

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ:

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΑΡΕΦΑΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ



Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

Πτυχιακή Εργασία

**Θέμα : Ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών με
χρόνια νοσήματα**

Καθηγητής: Δημήτριος Μαγριπλής

Σπουδάστρια: Μαρία Γαρεφαλάκη

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών με χρόνια νοσήματα.



Εισαγωγή	σελ. 3
Κεφάλαιο πρώτο : Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα	σελ. 5
Ενότητα 1.1: Ο χρόνιος πόνος.....	σελ. 7
Ενότητα 1.2: Τι είναι χρόνιος πόνος.....	σελ. 8
Ενότητα 1.3: Επιπτώσεις του χρόνιου πόνου.....	σελ.9
Ενότητα 1.4: Οι ψυχικές διαταραχές σε χρόνιους πάσχοντες ασθενείς.....	σελ 13
Κεφάλαιο δεύτερο : Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας	σελ. 15
Ενότητα 2.1 : Οι σχέσεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	σελ. 17
Ενότητα 2.2 : Σχέση Ιατρού – Ασθενή.....	σελ. 20
Ενότητα 2.3: Ο ρόλος του ιατρού.....	σελ. 21
Ενότητα 2.4: Ο ρόλος των νοσηλευτών.....	σελ. 24
Ενότητα 2.5 : Ενημέρωση του αρρώστου.....	σελ. 26
Ενότητα 2.6 : Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας.....	σελ. 28
Ενότητα 2.7 : Ο ρόλος του περιβάλλοντος.....	σελ. 33
Ενότητα 2.8: Ο ρόλος της οικογένειας	σελ. 36
Κεφάλαιο Τρίτο : Η συμβολή της ψυχολογίας στον χρόνο πάσχοντα ασθενή	σελ. 37
Ενότητα 3.1 : Ψυχολογία της υγείας.....	σελ. 38
Ενότητα 3.2 : Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας	σελ. 40
Κεφάλαιο Τέταρτο: Κατ' Οίκον Νοσηλεία μέσω ψυχοκοινωνικής παρέμβασης	σελ. 42
Ενότητα 4.1 Ιστορία της Κατ' Οίκον Νοσηλείας.....	σελ. 43
Ενότητα 4.2 Η κατ' οίκον νοσηλεία ανά τον κόσμο.....	σελ. 44
Ενότητα 4.3 Ανάπτυξη της τεχνολογίας και κατ' οίκον νοσηλεία.....	σελ. 45
Ενότητα 4.4 Έκτακτες καταστάσεις.....	σελ.46
Ενότητα 4.5 Κατ' οίκον νοσηλεία και πληροφορική.....	σελ. 47
Ενότητα 4.6 Τα οφέλη της κατ' οίκον νοσηλείας.....	σελ.48
Κεφάλαιο Πέμπτο : Άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις	σελ. 50
Ενότητα 5.1 Παρηγορητική ιατρική	σελ. 50
Ενότητα 5.2: Ο κοινωνικός λειτουργός και ο ρόλος του στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη.....	σελ. 51
Ενότητα 5.3 : Ο ρόλος του ιερέα	σελ.53
5.3.1 Η συνεργασία ιατρικής και θείας αντιλήψεως.....	σελ. 54
5.3.2 Οι πρώτες συνδέσεις Ναού και Θεραπευτικού Κέντρου.....	σελ.56
Κεφάλαιο Έκτο: Η γνώμη ασθενών για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη	σελ. 58

Ενότητα 6.1 : Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού:	
Απόψεις Ασθενών.....σελ. 58	
6.1.1 Αποτελέσματα..... σελ. 62	
6.1.2 Συμπεράσματα έρευνας σελ. 68	
Ενότητα 6.2: Συνέντευξη από μία χρόνια ασθενή.....σελ. 69	
Συμπεράσματασελ. 72	
Βιβλιογραφία σελ. 75	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι ένα πολύπλοκο και πολύπλευρο σύστημα. Κάθε άνθρωπος κατά την διάρκεια της ζωής του έχει βρεθεί στη δυσάρεστη θέση να ασθενήσει, άλλοτε ελαφριά, άλλοτε βαριά. Όταν συμβαίνει αυτό συνήθως στρεφόμεστε σε γιατρούς και υγειονομικές υπηρεσίες για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε την ασθένεια που μας ταλαιπωρεί. Είναι όμως αρκετή η χορήγηση υγειονομικών υπηρεσιών και φαρμάκων για να αντιμετωπίσουμε κάθε τι που συμβαίνει στο σώμα μας;

Από τα βάθη της ιστορικής διαδρομής, αλλά αναμφίβολα και της προϊστορικής, πρωτεύον μέλημα του ανθρώπου ήταν η αντιμετώπιση του πόνου με όσα και όποια μέσα της εποχής¹. Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο όλων των κλάδων της επιστήμης εμπλουτίζεται η ιατρική φαρέτρα σε βαθμό που συχνά ο πόνος δεν είναι πλέον ακαταμάχητος. Σε αυτό τον αγώνα αντιμετώπισης του πόνου πρέπει να λάβουμε υπόψη μας την ψυχική και κοινωνική διάσταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα άτομο που πάσχει από χρόνια ασθένεια. Χαρακτηριστικό των περισσότερων χρόνιων ασθενειών είναι και ο χρόνιος πόνος. Πολλά είναι αυτά που επηρεάζουν τον άνθρωπο που πονά. Ο πόνος έχει την ιδιότητα να επηρεάζει τη διάθεση του πάσχοντος αφού τον κάνει να νιώθει ανήμπορο και τον γεμίζει με αισθήματα φόβου και στρες. Λόγο αυτής της ιδιότητας πολλές φορές παρατηρείται ότι ασθενείς με χρόνια νοσήματα πάσχουν και από Διαταραχές της Διάθεσης.

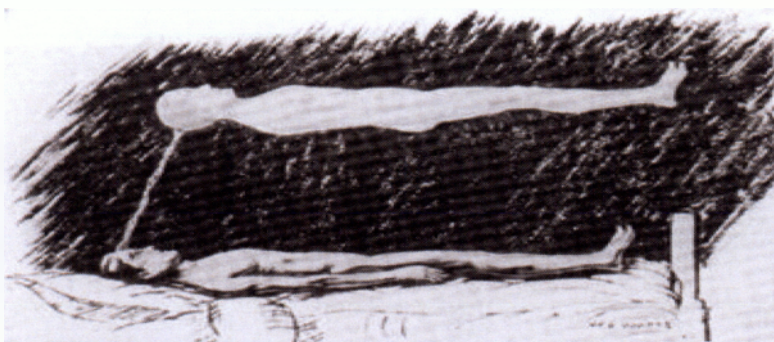
Οι διαταραχές της διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Αυτές οι διαταραχές οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, τέτοιοι είναι και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής που μέσα σε αυτά συγκαταλέγεται και ο πόνος².

¹“Ημερίδα για τον πόνο” Ιατρικό Βήμα, τεύχος 77, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2001, σελίδα 54.

² www.psychologia.gr/disorders/mood%20disorders.htm, “Διαταραχές της διάθεσης”

Για την αντιμετώπιση του πόνου οι επιστήμονες βάλθηκαν να ανακαλύψουν διάφορα είδη αναλγητικών. Για την αντιμετώπιση όμως των επιπτώσεων του πόνου, όπως αυτών των διαταραχών της διάθεσης, υπάρχουν άλλα μέσα όπως η υποστήριξη κοινωνικού λειτουργού ή ψυχιάτρου, η δημιουργία καταλλήλου περιβάλλοντος και άλλα. Στην εργασία αυτή θα δούμε τους τρόπους που μπορεί ένας χρόνια πάσχων ασθενής να βοηθηθεί ψυχοκοινωνικά αφού αυτό είναι και ένας μεγάλος παράγοντας που επηρεάζει την ανάρρωση του.

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο ή διαβήτη όπως και άλλων χρόνιων παθήσεων αρχίζει να γίνεται πλέον απαραίτητη γι' αυτό άλλωστε παρατηρείται η ίδρυση κέντρων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης τέτοιων ατόμων. Η ψυχοκοινωνική όμως υποστήριξη δεν είναι δουλειά μόνο ειδικών κέντρων αλλά ξεκινά από το νοσοκομείο τους ιατρούς το νοσηλευτικό προσωπικό και φτάνει μέχρι το οικογενειακό περιβάλλον του κάθε ασθενή.



Εικ. 1 : Οι δύο φύσεις του ανθρώπου- ασθενή. το σώμα και η ψυχή

Κεφάλαιο 1^ο

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Τα κριτήρια με τα οποία ορίζεται σαν χρόνια μια σωματική ασθένεια είναι η χρονική διάρκεια της ασθένειας, ο βαθμός σοβαρότητας της, η επίδραση την οποία επιφέρει στην λειτουργικότητα του ατόμου και η ανάγκη την οποία δημιουργεί για διαρκή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας. Βάσει αυτών, χρόνια σωματική ασθένεια ή διαταραχή ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί άνω των τριών μηνών ή συνεπάγεται μια περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μήνα, η οποία προκαλεί περιορισμούς στην κλίμακα των ικανοτήτων και των συμπεριφορών του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στην κοινωνική λειτουργικότητα ή στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων. Χρόνιες ασθένειες είναι ασθένειες όπως : μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, επιληψία, καρκίνος, καρδιακές παθήσεις και άλλα.³

Ουσιαστικά όλοι έχουν ασθενήσει κάποια φορά στη ζωή τους. η παρουσία μιας ασθένειας συχνά σημαίνει ότι διαταράσσονται καθημερινές συνήθειες όπως το να πηγαίνει κανείς στη δουλειά, να παρακολουθεί μαθήματα ή να μαγειρεύει. Σημαίνει ακόμη ότι ο πάσχων είναι πολύ πιθανόν να μην αισθάνεται καλά ούτε σωματικά ούτε ψυχικά για κάποια χρονική περίοδο.⁴

Κάθε ασθενής που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια δεν αντιμετωπίζει μόνο τις παρενέργειες που έχει η αρρώστια πάνω στο σώμα του. Με αυτού του είδους τις παρενέργειες ασχολούνται οι αρμόδιοι γιατροί και προσπαθούν με κάθε δυνατό τρόπο να τις αντιμετωπίσουν. Ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με την ψυχοκοινωνική πλευρά της αρρώστιας που είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό από τους γύρω του. Η



Εικ. 1.1. :
Καλλιτεχνική
προσέγγιση που
απεικονίζει τον
άνθρωπο που

«ζημιιά» γίνεται αφού όχι μόνο ταλαιπωρείται το σώμα, με τον έντονο, ανυπόφορο και κουραστικό πόνο που νιώθει ο ασθενής, αλλά και ολόκληρη η ζωή του παίρνει μια τελείως διαφορετική τροχιά αφού αλλάζουν τα πάντα γύρω του. Τα ψυχικά του αποθέματα αρχίζουν

³<http://childmentalhealth.gr/index?categoryId=27>

⁴Sara Nettleton, «Κοινωνιολογία της υγείας κ της ασθένειας», Polity Press 1995, σελ. 107

να καταναλώνονται και αυτό δυσκολεύει την προσαρμογή του στα νέα δεδομένα της ζωής του ή ακόμα και την ίδια την ανάρρωση του.

Στις δυτικές εκβιομηχανισμένες κοινωνίες, οι χρόνιες παθήσεις γίνονται όλα και πιο συχνές, σε βαθμό τέτοιο που οι περισσότεροι από μας θα γνωρίζουν σίγουρα κάποιον που να υποφέρει από κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας και θα ξέρουμε ότι οι συνέπειες τέτοιων παθήσεων εκτείνονται πέρα από τις βίο-φυσιολογικές αλλαγές. Για παράδειγμα αν το μέλος μιας οικογένειας υποφέρει από γεροντική άνοια, είναι πιθανό ότι αυτό θα έχει αντίκτυπο και στην υπόλοιπη οικογένεια, στο μέτρο που θα χρειαστεί να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τις ευθύνες για τη φροντίδα του και εξαιτίας των οικονομικών συνεπειών να έχει κάποιος ένα συγγενή που δεν μπορεί πλέον να φροντίζει τον εαυτό του.

Συνεπώς, είναι σαφές ότι οι βίο-φυσιολογικές αλλαγές έχουν σοβαρές κοινωνικές συνέπειες. Η ασθένεια μας υπενθυμίζει ότι η φυσιολογική λειτουργία του σώματος και του πνεύματος βρίσκονται στο επίκεντρο της κοινωνικής δράσης κι αλληλεπίδρασης. Απ' αυτή την άποψη, η μελέτη της ασθένειας διευκρινίζει τη σχέση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σώμα, το άτομο και την κοινωνία. Η χρόνια ασθένεια έχει επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην ταυτότητα τους (την άποψη που έχουν οι άλλοι για κείνους) και την αίσθηση του εαυτού τους (την προσωπική τους άποψη για τους ίδιους). Η αρρώστια είναι μια μορφή παρέκκλισης, ένα ασυνείδητο κίνητρο να εγκαταλείψει κανείς τις ικανότητες που αφομοίωσε ως ενήλικας. Παρ' όλα αυτά, ο άρρωστος δε θεωρείται κατακριτέος και γι' αυτό του παραχωρούνται ορισμένα δικαιώματα και προνόμια. Έτσι ο ρόλος του άρρωστου ορίζει μια σειρά δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Οι άρρωστοι δεν υποχρεούνται να φέρουν εις πέρας τις κανονικές κοινωνικές τους υποχρεώσεις και δεν θεωρούνται υπεύθυνοι για την ασθένειά τους. Από την άλλη, όμως, ο ρόλος του άρρωστου προϋποθέτει ότι ο άρρωστος θέλει να γίνει καλά και προκειμένου να επιτευχτεί αυτός ο στόχος, πρέπει να αναζητήσει την τεχνικά ικανή βοήθεια και να συνεργαστεί. Έτσι η ασθένεια μπορεί να γίνει μέρος της ταυτότητας του πάσχοντος κι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γι' αυτούς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Η αλλαγή της ταυτότητας του άρρωστου ατόμου εξαρτάται από την αντίδραση των άλλων, ενώ το πώς οι άνθρωποι αντιδρούν εξαρτάται από την ίδια τη φύση της νόσου⁵.

Όλα αυτά κάνουν τον χρόνο πάσχοντα ασθενή να παίρνει μέρος σε ένα «αγώνα δρόμου» με συμμάχους τους γιατρούς, το οικογενειακό περιβάλλον και τον ίδιο του τον εαυτό, με έπαθλο την υγεία του και την ποιοτικότερη ζωή παρόλο τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και θα αντιμετωπίζει

Ο σκοπός κάθε ανθρώπου με χρόνια προβλήματα υγείας είναι να φτάσει στη υγεία με την κυριολεκτική της έννοια. Υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου, αλλά πλήρης φυσική ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία

⁵ Sara Nettleton, «Κοινωνιολογία της υγείας κ της ασθένειας», Polity Press 1995, σελ. 107-111

είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει της κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες.⁶

Ενότητα 1.1 Ο χρόνιος πόνος

Πολλές από τις χρόνιες ασθένειες συνοδεύονται από πόνο. Ο πόνος είναι γνωστός σε όλους μας αφού όλοι κάποια στιγμή τον έχουμε νιώσει.

Στις ανεπτυγμένες χώρες υπολογίζεται ότι το 30% του πληθυσμού, σε κάποια φάση της ζωής του, πάσχει από χρόνια πόνο.⁷ Ημικρανίες, πόνοι στη μέση και την πλάτη και άλλα παρόμοια άλγη των μυών και των οστών ταλαιπωρούν όλο και περισσότερους από εμάς στη σύγχρονη εποχή: πόνοι οι οποίοι σαν «κλέφτες» έρχονται και φεύγουν, διαρκούν για κάποιες μέρες ή βδομάδες, υποχωρούν και επανέρχονται μετά από κάποιους μήνες χωρίς προφανή αιτία.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, οι γρήγοροι ρυθμοί και η καθιστική ζωή φαίνεται ότι προκαλούν τέτοιου είδους πόνους. Και σχεδόν όλοι αναζητούμε τη λύση στα παυσίπονα, αφού οι ρυθμοί της καθημερινότητας μάς επιβάλλουν να αντιμετωπίσουμε τον πόνο γρήγορα.

Τραυματισμοί, ή χρόνιες παθήσεις όπως οστεοαρθρίτιδες, αυχενικό σύνδρομο και νευροπάθεια, ταλαιπωρούν πολλούς ανθρώπους, "κρατώντας" τους στο σπίτι και πολλές φορές σε μια ψυχολογική εξάρτηση από τα μικρά μπλε ή κόκκινα χαπάκια τα οποία παίρνουν, εναποθέτοντας σε αυτά τα μικροσκοπικά πραγματάκια τη "σωτηρία" τους από κάτι τόσο μεγάλο, τον ανυπόφορο πόνο.

Όταν οι τραυματισμοί είναι σοβαροί και προκαλούνται ανεπανόρθωτες ζημιές στο σπόνδυλο, ή υπάρχουν παθήσεις όπως δισκοπάθεια και άλλες μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, ο πόνος, που είναι συνεχής, καταδικάζει τους πάσχοντες στη συνεχή λήψη φαρμάκων, τα οποία μπορούν να έχουν σοβαρές παρενέργειες σε άλλα επίπεδα της ανθρώπινης υγείας.

Τα "ισχυρά" αυτά φάρμακα καταλαγιάζουν το χρόνια πόνο, αλλά μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στο συκώτι και το στομάχι, ή να μη συνιστώνται στις περιπτώσεις ασθενών με καρδιακά προβλήματα.

Αυτός ο συνεχής και δυνατός πόνος, σε συνδυασμό με την ανάγκη του ανθρώπου που πάσχει να καταφεύγει στα φάρμακα, κατατρώει την καθημερινότητά του, καταδυναστεύει την κοινωνική του ζωή και "κλέβει" μέρα με τη μέρα κάθε ανάσα του για μια ζωή με αξιοπρέπεια. Δεν είναι τυχαίο



Εικ. 1.2. : Φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου

⁶ Σωτήρη Σούλη, «Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα», Αθήνα 1997

⁷ Ελληνική Εταιρία Πόνου, «Χρόνιος Πόνος : Μια ξεχωριστή βασανιστική νόσος», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 76, Ιούλιος-Αύγουστος 2001, σελ. 42

ότι πολλές φορές χρόνιοι ασθενείς με σοβαρές μυοσκελετικές παθήσεις μπορεί να παρουσιάσουν μέχρι και κατάθλιψη.

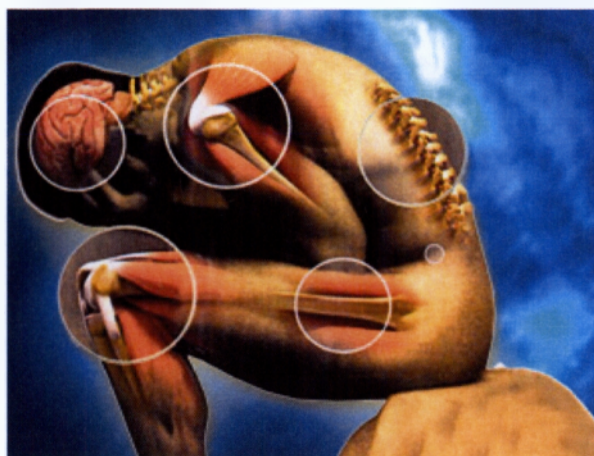
Με τα νέα δεδομένα που υπάρχουν εδώ και λίγα χρόνια στο διεθνή ιατρικό χώρο, μήπως μπορεί να υπάρξει λύση ή έστω μία επιπλέον βοήθεια για τέτοιες περιπτώσεις, μειώνοντας τον πόνο και βοηθώντας τους ασθενείς να βελτιώσουν τη ζωή τους;

Μπορεί μια συντονισμένη θεραπεία με παροχή φαρμάκων και άλλων τεχνικών θεραπειών, όπως η φυσικοθεραπεία, η ήπια άσκηση και οι τεχνικές ελέγχου του πόνου, να δώσει λύση; Αρκετοί επιστήμονες παγκοσμίως υποστηρίζουν ότι ένας τέτοιος συνδυασμός μπορεί βοηθήσει πάρα πολύ. Η φυσικοθεραπεία κερδίζει συνεχώς έδαφος τα τελευταία χρόνια, ακόμη και στις ήπιες περιπτώσεις.

Στις σοβαρότερες, όμως, περιπτώσεις, στις οποίες ο ασθενής αντιμετωπίζει καθημερινά τον πόνο, το να μάθει να αναπτύσσει τεχνικές χαλάρωσης και "διαχείρισης" του πόνου, πχ με σωστές αναπνοές, σε συνδυασμό με εναλλακτικές μορφές θεραπειών, όπως φυσικοθεραπεία και άσκηση, κρίνεται σωτήριο, και κάτι τέτοιο έρχεται να δώσει πίσω λίγη από την κλεμμένη ποιότητα ζωής του.⁸

Ενότητα 1.2: Τι είναι χρόνιος πόνος

Πριν αποφασιστεί η θεραπεία που πρέπει να δοθεί στις περιπτώσεις χρόνιων πόνων, θα πρέπει να γίνει κατανοητό γιατί υπάρχει αυτός και τι ακριβώς είναι. Ο πόνος παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη συνολική μας υγεία και οι γιατροί τον παρομοιάζουν σαν το προειδοποιητικό σύστημα, τη "σειρήνα" του οργανισμού μας. Όταν υποστούμε κάποιο τραυματισμό, τα περιφερειακά νεύρα της πληγείσας περιοχής στέλνουν σήμα στη σπονδυλική στήλη και εντέλει στον εγκέφαλο. Η άμεση αντίδραση πραγματοποιείται στη σπονδυλική



Εικ. 1.3. : Σημεία στο ανθρώπινο σώμα που συχνά νιώθει πόνο ο ασθενής.

στήλη: "παίρνει" το βάρος από το σπασμένο πόδι και καθηλώνει το σώμα στο έδαφος. Όλα τα σήματα πόνου καταλήγουν τελικά στον εγκέφαλο, προκαλώντας διάφορα συναισθήματα, όπως κλάμα, μνήμες και διάφορα πολύπλοκα βιοχημικά συμβάντα, με σκοπό να προστατέψουν το σώμα του ασθενούς από περισσότερη ζημιά.

Με το χρόνο πόνος, όμως, η "σειρήνα" αυτή συνεχίζει να ηχεί χωρίς λόγο, παρόλο που ο φυσικός κίνδυνος για τον οργανισμό έχει

* www.cretetv.gr/news/newsf.php?ArtID=15362

περάσει. Κάπου ανάμεσα το σύστημα αυτό που στέλνει τα σήματα πόνου - είτε στο αρχικό στάδιο του τραυματισμού, είτε στη σπονδυλική στήλη ή τον εγκέφαλο - "κόβεται" και έτσι διαιωνίζεται ο πόνος.

Μόνο πρόσφατα οι ερευνητές κατάφεραν να αποδείξουν ότι αυτή η συνεχής έκθεση σε αυτή τη "σειρήνα" μπορεί να κάνει περαιτέρω ζημιά και να δυσκολέψει τη θεραπεία.⁹

Ενότητα 1.3: Επιπτώσεις του χρόνιου πόνου



Εικ. 1.4. : Η αρρώστια θεωρείται πια ψυχοσωματικό πρόβλημα

Ένας στους πέντε ανθρώπους υποφέρει από μέτριο έως δυνατό πόνο, σύμφωνα με τα στοιχεία πρόσφατης ευρωπαϊκής έρευνας και ένας στους τρεις ανθρώπους είναι λιγότερο ικανός ή ακόμη και ανίκανος να ζήσει μίαν ανεξάρτητη ζωή λόγω πόνου. Ένας στους τέσσερις διαταράσσει τις φιλικές και συγγενικές σχέσεις του με κύρια αιτία τον πόνο. Εν γένει, το 50% έως 75% των ασθενών με πόνο «δεν έχουν καλή ποιότητα ζωής. Πάνω απ' όλα, λοιπόν, προέχει η αντιμετώπιση των συνεπειών του χρόνιου πόνου σε έναν ασθενή».¹⁰

Ο χρόνιος πόνος συχνά δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση ενός πλέγματος σωματικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών που αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του προβλήματος και προσθέτει τα μέγιστα στο φορτίο του ασθενούς.

Οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν:

- Ακινησία και συνακόλουθη εξασθένηση μυών, συνδέσμων κλπ.
- Καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες.
- Διαταραχές ύπνου.

⁹ www.cretetv.gr/news/newsf.php?ArtID=15362

¹⁰ www.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_346986_10/10/2004_119142

- Ανορεξία και απίσχναση.
- Υπερβολική εξάρτηση από την οικογένεια και άλλα άτομα που παρέχουν φροντίδα.
- Κατάχρηση και ατελέσφορη χρήση των επαγγελματικών συστημάτων παροχής φροντίδων υγείας.
- Πτωχή επίδοση στην εργασία ή ανικανότητα προς εργασία.
- Απομάκρυνση από την κοινωνία και την οικογένεια, εσωστρέφεια.
- Άγχος, φόβος.
- Πικρία, απαξίωση, κατάθλιψη.

Εκτός όμως από τις σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του πάσχοντα από χρόνια νόσο και του περιβάλλοντός του, ο χρόνιος πόνος έχει σοβαρές επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα.

Σε αυτά περιλαμβάνονται :

- Κόστος υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικής αγωγής.
- Απουσία από την εργασία , πρόκληση διαταραχής στο χώρο της υγείας.
- Απώλεια εισοδήματος.
- Μείωση παραγωγικότητας στην οικονομία και την οικογένεια.
- Οικονομική επιβάρυνση στην οικογένεια τους φίλους και τους εργοδότες.
- Κόστος αποζημιώσεων, πρόωρων συντάξεων και δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας.¹¹

¹¹ Ελληνική Εταιρία Πόνου, «Χρόνιος Πόνος : Μια ξεχωριστή βασανιστική νόσος», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 76, Ιούλιος-Αύγουστος 2001, σελ. 42-44

Για παράδειγμα , η χρόνια οσφυαλγία υπολογίζεται ότι οδηγεί στις ΗΠΑ σε 20 εκατομμύρια ώρες χαμένης εργασίας το χρόνο, με κόστος 6,5 δις δολάρια , στη Μεγάλη Βρετανία σε 33 εκατομμύρια χαμένης εργασίας και στη Γερμανία σε 16 εκατομμύρια χαμένης εργασίας κ.ο.κ.

Χαρακτηριστικά, έχει υπολογιστεί ότι μόνο από χρόνια οσφυαλγία το κόστος ενός βιομηχανικού προϊόντος σε μια βιομηχανία που απασχολεί 5000 εργάτες αυξάνει κατά 5%.¹² Στις ΗΠΑ χάνονται κάθε χρόνο 550 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες λόγω προβλημάτων πόνου των εργαζομένων. Κατά τον BONICA και BLACK (1974) υποφέρουν το 1/3 όλων των κατοίκων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών από χρόνιους πόνους. Στην δυτική Γερμανία – αναφέρουν οι ZIMMERMANN και SEEMANN (1986)- ότι πάσχουν από χρόνιους πόνους περίπου 3 εκατ. άτομα και ότι 400000 από αυτά χρειάζονταν αναλγητική θεραπεία. Στη δυτική Γερμανία πάλι , παρουσιάζονται χρόνιες ημικρανίες σε 4-12% του πληθυσμού και από αυτούς που ζήτησαν ιατροψυχολογική βοήθεια για αυτό τον λόγο οι περισσότεροι ήταν γυναίκες (3:1 αναλογία γυναικών: ανδρών). Στις ΗΠΑ οι χρόνιοι πόνοι της πλάτης κατέχουν την τρίτη θέση των αιτιών εργατικών ατυχημάτων και αυτή είναι συχνά η αιτία πρόωρης συνταξιοδότησης. Επίσης το 30% αυτών που υποφέρουν πάνω από 6 μήνες από ισχιαλγίες δεν επανεντάσσονται στην εργασία τους.

Από αυτούς τους αριθμούς γίνεται κατανοητό ότι ο πόνος δεν είναι ένα φαινόμενο που έχει αρνητικές επιπτώσεις μόνο για το άτομο αλλά σημαίνει και κόστος τόσο για τις Υπηρεσίες υγείας όσο και για την Οικονομία μιας χώρας. Αυτή η σημασία των διαταραχών λόγω πόνου φαίνεται και στην κατανάλωση αναλγητικών από τον πληθυσμό. Ο GLAESKE (1986) υπολόγισε ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση αναλγητικών στην δυτική Γερμανία είναι 18,2 γραμμ. το χρόνο γεγονός πολύ ανησυχητικό γιατί συνδέεται με οργανικές νόσους όσο και με ψυχολογικές παρενέργειες, εκτός βέβαια και από το



Εικ. 1.5. : Ασθενής που ταλαιπωρείται από οσφυαλγία.

οικονομικό σκέλος που επιβαρύνει τις Ασφάλειες Υγείας και τους υποφαινόμενους. Ειδικά για τις ημικρανίες, αναφέρει η KRONER- HERWIG (1987) ότι η χρόνια λήψη αναλγητικών έχει ως συνέπεια την αύξηση του πόνου, πολλαπλές οργανικές παρενέργειες, ψυχική εξάρτηση κ.α.¹³

Μπορούμε να κατανοήσουμε λοιπόν βάση των παραπάνω ότι οι ασθένειες επηρεάζουν όχι μόνο ατομικά τον πάσχοντα αλλά όλο το κοινωνικό σύνολο. Ας σκεφτούμε ότι αν μια χρόνια ασθένεια όπως η οσφυαλγία ή η ημικρανία, που είναι πολύ κοινή, επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό, τότε άλλες χρόνιες ασθένειες πιο

¹² Ελληνική Εταιρία Πόνου, «Χρόνιος Πόνος : Μια ξεχωριστή βασανιστική νόσος», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 76, Ιούλιος-Αύγουστος 2001, σελ. 42-44

¹³ Αναστασία Καλαντζή – Αζίζι, «Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας.», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999,σελ. 68- 69

σύνθετες και επίπονες ,όπως για παράδειγμα ο καρκίνος που είναι μάλιστα πολύ διαδεδομένος τα τελευταία χρόνια, θα έχουν σίγουρα μεγαλύτερο ποσοστό επηρεασμού της ζωής σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο πόνος είναι μέρος της καθημερινότητας μας, άλλοτε αμυδρός, άλλοτε έντονος, οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μαθαίνουν να ζουν με αυτόν, τον αντιμετωπίζουν με κάθε μέσο που διαθέτουν. Όμως δεν παύει να επηρεάζει τη ζωή τους και να βραδύνει τους ρυθμούς της σε ένα κόσμο που τα πάντα κυλούν γρήγορα με αποτέλεσμα οι χρόνιοι πάσχοντες ασθενείς να γίνονται πολλές φορές απλοί θεατές χωρίς να λαμβάνουν μέρος σε πολλές δραστηριότητες της ζωής και να χάνουν πράγματα που για ένα υγιή άνθρωπο είναι πολύ απλά και καθημερινά.

Άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα , όπως ο καρκίνος, υφίστανται την επαναλαμβανόμενη εμπειρία του χρόνιου πόνου. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων δεκαπέντε ετών υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η παρουσία του χρόνιου πόνου επηρεάζεται άμεσα από συναισθηματικούς , γνωστικούς και άλλους ψυχολογικούς παράγοντες. Οι γνωστές «κλινικές πόνου» έχουν δημιουργηθεί με στόχο να βοηθήσουν τους πάσχοντες να αποδεχτούν και να αντιμετωπίσουν το χρόνιο πόνο με μη φαρμακευτικά μέσα.¹⁴

Ο πόνος ξεκινά από την καταπόνηση του σώματος μα συνεχίζει στην καταπόνηση της ψυχής του πάσχοντα. Όλες αυτές οι επιδράσεις που έχει στη ζωή του, όλες αυτές οι αλλαγές που υπομένει λόγω της ασθένειας, τον κάνουν να δέχεται φοβερές ψυχολογικές πιέσεις, από συναισθήματα ανικανότητας μέχρι μελαγχολία και στρες. Στον σωματικό πόνο παρεμβαίνει ο αρμόδιος γιατρός και χορηγεί την κατάλληλη θεραπεία, στον ψυχικό πόνο όμως πρέπει να γίνει μια συντονισμένη προσπάθεια όχι μόνο από τους θεράποντες ιατρούς αλλά από το νοσηλευτικό προσωπικό, την οικογένεια του ασθενούς, από γιατρούς με ειδίκευση στην ψυχολογία και φυσικά να υπάρχει κατάλληλο περιβάλλον στο μέρος που βρίσκεται ο ασθενής, είτε αυτό είναι το νοσοκομείο ή το σπίτι ή κάποιο κέντρο αποκατάστασης. Η αντιμετώπιση του ασθενούς δεν πρέπει να είναι απρόσωπη και «κρύα» είτε από τους προμηθευτές υγείας είτε από το οικείο περιβάλλον. Ο ασθενής δεν παύει δικαιωμάτων από τη στιγμή που αρρωσταίνει, δεν γίνεται κατώτερος ή «μιαρός» επειδή πάσχει από μια ασθένεια. Παρακάτω θα αναλύσουμε τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφέρονται τόσο οι προμηθευτές υγείας όσο και οι ίδιοι οι συγγενείς του ασθενούς προκειμένου να βοηθούν στην αντιμετώπιση της ασθένειας και στην αποτροπή της ψυχολογικής καταπόνησης του ασθενούς με τέτοιο τρόπο που να βοηθούν μέχρι και στην ανάρρωση του.

¹⁴Γρηγόρης Α. Ποταμιανός «Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σελ. 20-21

Ενότητα 1.4: Οι ψυχικές διαταραχές σε χρόνιους πάσχοντες ασθενείς.

Όταν η ασθένεια είναι σοβαρή και ο άρρωστος μπαίνει σε μια συνεχή ταλαιπωρία, είτε μπεινοβγαίνοντας σε νοσοκομεία, ή πίνοντας φάρμακα, η με οποιονδήποτε άλλο τρόπο παρεμβαίνει στη ζωή του η ασθένεια, τότε αρχίζουν να υπάρχουν και διάφορες ψυχικές διαταραχές.

Ψυχική διαταραχή όταν ακούει κάποιος αμέσως μπαίνει στο μυαλό του ο όρος ψυχολόγος ψυχιατρείο κλπ. Ψυχική διαταραχή όμως δεν είναι μόνο μια ακραία συμπεριφορά ή μια αλλοπρόσβαλη κατάσταση που χρήζει ψυχιατρικών υπηρεσιών ίσως και νοσηλείας. Κάθε ένας μας έχει ζήσει ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής μας. Αισθήματα όπως φόβος, άγχος, πίεση είναι μερικά από αυτά τα αισθήματα που οδηγούν πολλές φορές σε διαταραχές της διάθεσης.

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης, που επηρεάζουν την διάθεση μας από τη μια ή την άλλη πλευρά¹⁵.

Διαταραχές όπως κατάθλιψη, έξαρση, θυμός κλπ, είναι συνήθη στους σωματικά ασθενείς, παρόλο που συχνά υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Ψυχική και σωματική νόσος είναι ουσιαστικά οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, εφόσον χρησιμοποιούν τους ίδιους φυσιολογικούς και χημικούς διαύλους για να εκφραστούν και δεν διαφέρουν μεταξύ τους παρά μόνο ως προς τον τρόπο της κλινικής έκφρασης. Τα ψυχιατρικά νοσήματα εκφράζονται με συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα ενώ τα σωματικά από την σωματική σφαίρα. Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ των νοσημάτων αυτών είναι δυσδιάκριτη, καθώς σύμφωνα με την σύγχρονη ψυχοσωματική αντίληψη του George Engel, η σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με την αιτιολογία των νοσημάτων δεν είναι γραμμική αλλά σύνθετη (πολυπαραγοντική) και όλα τα νοσήματα (ψυχικά και σωματικά) έχουν αιτιολογία, στη διαπλοκή και αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών αιτιών. Με άλλα λόγια όλα τα νοσήματα είναι ψυχοσωματικά. (Χριστοδούλου Γ.,2000).

Μια σοβαρή νόσος μπορεί να είναι ένας σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας, επηρεάζοντας την εικόνα του σώματος του ατόμου, την αυτοεκτίμησή του, την αίσθηση της ταυτότητας του, αλλά και την ικανότητα του να εργαστεί και να διατηρήσει τις κοινωνικές, οικογενειακές και συζυγικές του σχέσεις. Η ψυχολογική αντίδραση στο σωματικό νόσημα και ιδίως όταν είναι σοβαρό, δεν είναι ίδια σε όλους τους ανθρώπους

Ένας από τους τρόπους αντίδρασης είναι η ανάπτυξη κατάθλιψης που παρατηρείται συχνά σε άτομα με χρόνιες ασθένειες. Συνήθως ένα ποσοστό 70-90% τέτοιων περιπτώσεων δε διαγιγνώσκεται και αυτό ίσως γιατί οι γενικοί ιατροί δύσκολα αναγνωρίζουν και παραδέχονται τυχόν ψυχικές

¹⁵ www.psychologia.gr

διαταραχές αφού τα συμπτώματά τους μπορούν να αποδοθούν σε κάποια άλλη νόσο ή τα συμπτώματά της υπάρχουσας νόσου να τα καλύπτει.¹⁶

Οι λόγοι που οι ψυχικές διαταραχές, οφειλόμενες σε σωματικές ασθένειες, δεν γίνονται αντιληπτές είναι πολλοί. Άλλοι οφείλονται στους ίδιους τους γιατρούς και άλλοι στους ασθενείς.

Αυτά που εμποδίζουν τον γιατρό να δει την συνύπαρξη σωματικής ασθένειας με ψυχικής είναι τα πιστεύω του και η στάση που κρατά απέναντι στις ψυχικές νόσους εξαιτίας των ελλειψών γνώσεων αλλά και δεξιοτήτων του.

Η διάγνωση γίνεται ακόμα δυσκολότερη καθώς ο ασθενής μπορεί να κρύβει τα καταθλιπτικά του συμπτώματα, εξαιτίας της ντροπής που αισθάνεται ή του φόβου του ότι ο γιατρός δε θα έχει χρόνο για να τον ακούσει. Γι' αυτό και ο γιατρός θα πρέπει να διαθέτει αρκετό χρόνο για να την συνέντευξη και την εξέταση του ασθενούς.



¹⁶Ηγουμένου Άρτεμη. «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001,σελ. 61

Κεφάλαιο δεύτερο

Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν βασικό ρόλο στη ζωή ενός ασθενή. Πόσο μάλλον σε ένα χρόνιο πάσχοντα ασθενή που τις χρησιμοποιεί πολύ συχνά, ίσως και μέχρι το τέλος της ζωής του. Καθετί που περικλείει τον ασθενή πρέπει να είναι καλά μελετημένο ούτως ώστε να βοηθά στην καλύτερη κατάσταση του και στην ποιότητα της ζωής του. Οι υπηρεσίες υγείας διαφέρουν κατά πολύ από όλες τις άλλες υπηρεσίες αφού έχουν να αντιμετωπίσουν ανθρώπινες ζωές και διαφορετικούς ψυχισμούς. Κάθε εργαζόμενος των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να έχει εις γνώση του αυτή τη διαφορά και να κινείται με ευαισθησία και προσοχή. Κάτι τέτοιο δεν βοηθά μόνο τον ασθενή αλλά και την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.



Εικ. 2.1. : Νοσηλευτικό προσωπικό εν ώρα εργασίας.

Ο ασθενής για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση την οποία βρίσκεται πρέπει να υποστηρίζεται τόσο τεχνικά (φάρμακα, μηχανήματα, ιατρικό προσωπικό, κλπ) όσο και ψυχολογικά (ειδικούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, οικείο περιβάλλον, ιατρικό προσωπικό κλπ). Πρέπει δηλαδή να υπάρχει μια καλή απόδοση των υπηρεσιών υγείας.

Η έννοια της αποδοτικότητας συνδυάζεται με την αποτελεσματικότητα και το στόχο της παροχής των υπηρεσιών¹⁷.

Η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών σχετίζονται άμεσα με το κόστος περίθαλψης, με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, και την ικανοποίηση του

¹⁷Μπουντούρη Μελομένης, «Αποδοτικότητα Νοσοκομείου Πτολαμαΐδας, Μποδοσάκειο.» Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα 2001,σελ. 2-3

πληθυσμού με την επάρκεια /ισοτιμία πρόσβασης στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας.

Η αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων έχει να κάνει με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το στόχο της παροχής.

Η έννοια της απόδοσης έχει πολλές διαστάσεις στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα εξαρτάται από και σχετίζεται με:

- Την άριστη χρησιμοποίηση των παραγωγικών συντελεστών και τη σωστή αξιοποίηση των δαπανών υγείας και τη βελτίωση της υποδομής.
- Τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων , πετυχαίνοντας μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας.
- Την ελαχιστοποίηση / σμίκρυνση των διαφοροποιήσεων και αποκλίσεων στις συμπεριφορές / δραστηριότητες νοσοκομείων , γιατρών, ασθενών, ασθενειών.
- Την ελαχιστοποίηση της διάρκειας νοσηλείας και του κόστους νοσηλείας.
- Την ύπαρξη επαρκούς αριθμού προσωπικού , ώστε να καλύπτει και να εξυπηρετεί άμεσα και αποτελεσματικά τις ανάγκες των ασθενών.¹⁸

Η απόδοση σχετίζεται άμεσα με την κατάσταση του ασθενούς. Όταν οι υπηρεσίες υγείας αποδίδουν και υπάρχει μια ποιοτική και αποτελεσματική παροχή, τότε ο ασθενής μπορεί με πιο σιγουριά να "αφεθεί" στα χέρια των κατάλληλων και ειδικευμένων προμηθευτών υγείας.

Η διοίκηση των υγειονομικών υπηρεσιών είναι η βάση που ξεκινά η παρεχόμενη υπηρεσία, γι' αυτό τα τελευταία χρόνια βλέπουμε μια προσπάθεια να αναπτυχθεί το μανάτζμεντ στο χώρο της υγείας με

σκοπό να βρεθούν τρόποι που να βοηθούν το σύστημα υγείας να είναι αποδοτικότερο και να μπορούν τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες να είναι ικανοποιημένα και να λαμβάνουν ποιότητα στη ζωή τους ακόμα κι αν η ασθένεια που τους ταλαιπωρεί είναι πολύπλοκη και δύσκολη.

Ο ασθενής όμως, τις περισσότερες φορές, δεν έρχεται σε άμεση επαφή με την διοίκηση ενός νοσοκομείου. Συνήθως η επαφή γίνεται με γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κατά κύριο λόγο και πολλές φορές με



Εικ. 2.2. :
Ανθρώπινη επαφή

¹⁸ ¹⁸ Μπουντούρη Μελλομένης, «Αποδοτικότητα Νοσοκομείου Πτολαμαΐδας, Μποδοσάκειο.» Πτυχιακή εργασία , Καλαμάτα 2001,σελ. 2-3

διοικητικούς υπαλλήλους για να φτιάξουν διάφορα απαραίτητα χαρτιά (εισιτήρια , εξιτήρια, πληρωμές κλπ)

Το βάρος πέφτει στο ιατρικό προσωπικό, γιατρούς και νοσηλευτές, όπου έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και έχουν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο την νόσο αυτή κάθε αυτή αλλά και το ψυχισμό κάθε ασθενούς.

Ο ψυχισμός του ασθενή μπορεί να επηρεάσει την συμμετοχή του και την συνεργασία του με τον γιατρό ή το νοσηλευτή. Γι' αυτό το λόγο όπως αναφέραμε και παραπάνω όλοι αυτοί που έχουν να κάνουν με τον ασθενή και την φροντίδα του θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και να συνειδητοποιούν το πόσο σημαντικό είναι να ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν και πως πρέπει να είναι η σχέση τους με τον ασθενή.



Εικ. 2.3. : Ιατρός με ασθενή

Ενότητα 2.1 :Οι σχέσεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Η ικανοποίηση του ασθενή ,από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έχει άμεση σχέση με την πορεία και την ανάρρωση της νόσου που τον ταλαιπωρεί. Ο βαθμός της ικανοποίησης του αρρώστου από την φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία της υγείας.

Δυο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν: (α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και (β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή.

Υπάρχουν πολλές αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο . Μια από τις βασικότερες αιτίες είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία υγείας να λειτουργήσει ως «δάσκαλος» , «σύμβουλος», «γονέας», «σωτήρας», με αποτέλεσμα να συμβουλευεί , να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του συνομιλητή του¹⁹ . Έτσι πολύ σύντομα από ακροατής μετατρέπεται σε

¹⁹ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 183

ομιλητή εμποδίζοντας τον άρρωστο να εκφράσει αυτό που τον απασχολεί. Ορισμένοι από τους συνηθισμένους φραγμούς περιλαμβάνουν:



Εικ. 2.4. : Ιατρός που ενημερώνει ασθενή για αποτελέσματα εξετάσεων

- Αλληπάλληλες ερωτήσεις . Συχνά επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι όσες περισσότερες ερωτήσεις θέσει ο επαγγελματίας υγείας , τόσες περισσότερες πληροφορίες θα συλλέξει για να κατανοήσει τον άρρωστο. Οι πολλές ερωτήσεις δίνουν την

αίσθηση της ανάκρισης και εμποδίζουν την ελεύθερη έκφραση.

- Κήρυγμα , ηθικολογία. Συχνά το πρόσωπο υγείας ηθικολογεί καθοδηγώντας τον άρρωστο στο πως «πρέπει» να νιώθει να σκέπτεται και να συμπεριφέρεται.
- Κριτική. Η κριτική μειώνει τον άρρωστο και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του και συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύει την αμυντική ή την επιθετική στάση του ασθενή. Μερικές φορές η κριτική συνοδεύεται από αρνητικούς χαρακτηρισμούς που τον υποβιβάζουν(π.χ «είστε πολύ δύσκολος και απαιτητικός ασθενής»)
- Συμβουλή, καθοδήγηση . Η ευκολία με την οποία το προσωπικό υγείας δίνει συμβουλές , συστάσεις, απαντήσεις ή λύσεις στα προβλήματα του αρρώστου είναι εντυπωσιακή. Η καθοδήγηση δρα αρνητικά στη διαπροσωπική σχέση και δημιουργεί στο ασθενή την αίσθηση ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες.²⁰
- Εφησυχασμός , παρηγοριά. Συχνά με την χρήση πρόωρου εφησυχασμού(π.χ «μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά»)το προσωπικό υγείας αποφεύγει να αναγνωρίσει και να συζητήσει

²⁰ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 183-184

τα οδυνηρά συναισθήματα ή τις δυσάρεστες σκέψεις του αρρώστου, με αποτέλεσμα να παραγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του.

- Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών. Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση, το προσωπικό υγείας επιδιώκει με λογικά επιχειρήματα να τον «συνετίσει», αγνοώντας τα συναισθήματα του ή και υποτιμώντας τις ανησυχίες του
- Απειλή, προειδοποίηση. Με την απειλή το προσωπικό υγείας επιδιώκει να ελέγξει τη συμπεριφορά του άρρωστου, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνεργασία μαζί του.
- Αποφυγή ή αλλαγή στο θέμα της συζήτησης. Όταν ο επαγγελματίας νιώθει αμηχανία σε κάποιο σημείο της συζήτησης ή αδυναμία να χειριστεί τις αντιδράσεις του αρρώστου, αποφεύγει συχνά το θέμα, θέτει ερωτήσεις που αποπροσανατολίζουν τον άρρωστο ή αρχίζει να μιλά ο ίδιος

Αν και οι παραπάνω φραγμοί μπορεί να μοιάζουν ανώδυνοι, στην πραγματικότητα αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου» καθώς παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές.²¹

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο άρρωστος είναι σε μια πολύ ευαίσθητη ψυχοσωματική κατάσταση και ότι χρειάζεται απόλυτη προσοχή κάθε κίνηση προσέγγισης και επικοινωνίας μαζί του. Το αίσθημα αδυναμίας τόσο σωματικά όσο και ψυχικά τον κάνει ευάλωτο. Κάθε τέτοια συμπεριφορά όπως περιγράφηκε παραπάνω τον ωθεί στο να νιώθει αισθήματα κατάθλιψης, άγχους και γενικά να αναπτύσσει μια κακή ψυχολογία. Μια τέτοια κακή ψυχολογία όχι μόνο τον κάνει πλέον απρόσιτο και δυσκολεύει την σωστή διάγνωση αλλά τον κάνει να θέλει να απομακρυνθεί και μπορεί να επηρεάσει ακόμα και την ανάρρωση του σε μεγάλο βαθμό αφού η παροχή σωστών και κατάλληλων υπηρεσιών υγείας δεν είναι δυνατή.

Ο ασθενής όπως και ο επαγγελματίας υγείας έχει κάποιες υποχρεώσεις και δικαιώματα. Η σχέση ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας είναι αμοιροβαρής. Όπως ο επαγγελματίας υγείας έχει χρέος να κάνει ότι είναι δυνατόν για να βοηθήσει τον πάσχοντα ασθενή, έτσι και ο ίδιος ο ασθενής έχει χρέος να κάνει τα πάντα για να βοηθήσει σε αυτό τον αγώνα που αποσκοπεί στην απόκτηση της υγείας του. Πρέπει να υπάρχει μια άφογη συνεργασία με πρώτο συστατικό την συνεννόηση και την κατανόηση και από τις δύο πλευρές. Η ενημέρωση του αρρώστου, που θα αναλύσουμε

²¹ Δανάη Παπαδάπτu, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 184

παρακάτω, είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που βοηθά σε αυτή την συνεργασία.

Ενότητα 2.2: Σχέση Ιατρού – Ασθενή

Η σχέση γιατρού ασθενή μελετήθηκε από την προϊστορία, την αρχαιολογία, τη μυθολογία και την ιστορία. Διάφοροι μύθοι στην αρχαία Αίγυπτο, στην Ελλάδα, στην Κίνα και στην Κεντρική Αμερική θεοποίησαν τον γιατρό. Τον έκαναν τελετουργό, τον κατέστησαν απόστολο, τον ενέταξαν σε ιερατείο.

Η απομυθοποίηση και η απογύμνωση των ιατρών δεν άργησε να πραγματοποιηθεί με τις θετικές επιστήμες. Η μυθοπλασία όμως εξακολουθεί ακόμα σε μεγάλο βαθμό να παρατηρείται στην ιατρική. Ασφαλώς έπαψαν να μιλούν για το ιερατείο των ιατρών. Κανένας χειρουργός δε χειροτονήθηκε από κανένα, ούτε χορεύει κάποιον ιερό χορό.

Το έργο του γιατρού είναι αξιόλογο. Ο άρρωστος εμφανίζεται συνήθως ξαπλωμένος ενώ ο ιατρός του στέκεται όρθιος, ελαφρά γερμένος προς τον άρρωστο. Οι δύο μαζί, ιατρός και άρρωστος σχηματίζουν συμβολικά ένα σταυρό. Εκ της φύσεως της εργασίας του, στη σχέση του με τον ασθενή, ο γιατρός τείνει προς το καλό, ωθούμενος από ένα συναίσθημα που καλούμε αρετή. Η άσκηση της ιατρικής έχει ως αντικείμενο τον άνθρωπο και είναι κοινωνικής τάξεως. Γιατροί, χειρουργοί και άλλοι εξειδικευμένοι γιατροί, πρέπει να ασκούν το λειτούργημά τους με την πλήρη συνείδηση των ευθυνών που επωμίσθηκαν και με την απόλυτη εμπιστοσύνη με την οποία περιβάλλονται. Ασκούν το λειτούργημά τους για να βοηθήσουν και να θεραπεύσουν τους αρρώστους. Αυτή είναι λοιπόν η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού ασθενή²².



Εικ. 2.5. : Ιατρικό προσωπικό εν ώρα

Για τον άρρωστο η σχέση με το γιατρό του εξακολουθεί και σήμερα να είναι σχέση βαθύτερης εσωτερικής επικοινωνίας. Τούτο περιλαμβάνεται στο μηχανισμό αυτοάμυνας που αναπτύσσει ο άρρωστος για να ξαναβρεί την υγεία του. Οι ιατροί ασκούν το επάγγελμά τους όσο καλύτερα μπορούν κι όσοι δεν το κάνουν περιφρονούν τον ίδιο τους τον εαυτό.

Ο άρρωστος ακόμα και σήμερα δεν έρχεται προς τον ιατρό θεωρώντας τον σαν ένα απλό άνθρωπο, αλλά προσέρχεται σε κάποιο ειδικό που έχει τη δύναμη της γνώσης να θεραπεύσει.

²²Σπύρος Γαρζώνης, «Η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού και αρρώστου», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος-Ιούνιος 1993, σελ. 60-62

Συνεχίζει ακόμα και σήμερα η σχέση ιατρού και αρρώστου να είναι τελείως ιδιόρρυθμη , με συναισθηματική φόρτιση χωρίς να υπακούει σε καμία λογική, διότι ο γιατρός ασκεί λειτουργήματα.

Στους αρρώστους κατά κόρον επαναλαμβάνεται ότι οι γιατροί είναι και αυτοί απλοί άνθρωποι και έχουν ένα επάγγελμα όπως όλοι οι άλλοι. Τονίζεται ότι οι ιατροί ασκούν το επάγγελμά τους όσο μπορούν καλύτερα και θέτουν στη διάθεση των συνανθρώπων του τις γνώσεις τους τις εμπειρίες τους και τη συνείδηση τους. Λέγεται από μερικούς ότι μόνο αν ο άρρωστος αντιληφθεί ότι είναι ίσος με τον ιατρό του, η ψυχική και η σωματική υγεία του θα έχει να ωφεληθεί πολλά. Ο άρρωστος θα πρέπει να πλησιάζει το γιατρό του χωρίς ασυλλόγιστους φόβους και χωρίς τρελές ελπίδες. Μόνο τότε θα φεύγει χωρίς αδικαιολόγητες ευγνωμοσύνες ή απογοητεύσεις²³..

Ενότητα 2.3: Ο ρόλος του ιατρού

Η αποστολή του ιατρού δεν παραμένει σήμερα ακέραια και αμετάβλητη, όπως περιγράφηκε προ 24 αιώνων στον Όρκο του Ιπποκράτη. Οι σύγχρονοι κώδικες δεοντολογίας μετέβαλαν πολλά. Οι μεταβολές που έγιναν σε όλη την ανθρωπότητα ως συνέπεια της συνεχούς επανάστασης στα επιστημονικά, τα τεχνικά και τα κοινωνικά δεδομένα γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς και στον τομέα της ιατρικής. Η ανακάλυψη νέων θεραπευτικών μεθόδων θεαματικής αποτελεσματικότητας, η εμφάνιση νέων νόσων, η παράταση του μέσου όρου ζωής, οι μεταμοσχεύσεις, τα «παιδιά του σωλήνα», τα άλματα της γενετικής, οι όλο και τολμηρότερες επεμβάσεις των χειρουργών, η ταχύτατη εξέλιξη της κοινωνικής πρόνοιας , η εξάπλωση των κοινωνικών κλάδων και των κοινωνικών ασφαλίσεων μετατόπισαν το κέντρο βάρους της ιατρικής.

Την αποστολή του ο σύγχρονος ιατρός , την επιτελεί βασιζόμενος, πρώτον, στην άσκηση της ηθικής τελειοποίησης του, δεύτερον, στην εκ μέρους του συνειδητοποίηση της υπευθυνότητας και την έκφραση της ευθύνης του και τρίτον στη βαθιά επιστημονική του κατάρτιση. Η εξουσία που έχει ο ιατρός, που βασίζεται απάνω στις ηθικές αρχές του, στην υπευθυνότητα και στις γνώσεις του , δε μπορεί σε καμία περίπτωση να είναι



Εικ. 2.6. : Ιατρός εξετάζει αποτέλεσμα ακτινογραφίας.

²³ Σπύρος Γαρζώνης, «Η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού και αρρώστου», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος-Ιούνιος 1993, σελ. 60-62

αντίθετη προς τα ηθικά προβλήματα και τις νόμιμες απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας²⁴.

Στην επιτέλεση του λειτουργήματός του ο ιατρός συναντά πολλούς περιορισμούς, που οφείλονται στην αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας, η οποία του στερεί την επαφή με τον άρρωστο.

Άλλοι περιορισμοί είναι :

- Οι ηθικές επιλογές (ευθανασία, περίθαλψη καταδικασθέντων και ανιάτων αρρώστων)
- Κίνδυνοι που προκύπτουν από την χορήγηση νέων φαρμάκων
- Οι επίμονες και λυσσαλέες κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις.
- Το επαγγελματικό απόρρητο που τον τελευταίο καιρό παραβιάζεται κατά τρόπο απαράδεκτο.
- Και τέλος οικονομικοί περιορισμοί. Ως γνωστόν ο ιατρός διαθέτει σήμερα το απεριόριστο δικαίωμα της συνταγογραφίας, της επιβολής στους αρρώστους του παρακλινικών εξετάσεων, των ερευνών και των χειρουργικών επεμβάσεων.

Ο ιατρός λοιπόν είναι ο αποκλειστικός κριτής του πρακτέου με βάση τον ορθολογισμό, την ηθική, τη συνείδηση του και την υπευθυνότητα του κατά την άσκηση του λειτουργήματός του. Στον ορθολογισμό, στην ηθική και στην ευθύνη του ιατρού βασίζεται το μέλλον της οικονομικής ισορροπίας της κοινωνικής Ιατρικής, που είναι και γίνεται όλο και περισσότερο ένας από τους συντελεστές της οικονομίας μας.

Αυτές καθ' αυτές οι αρχές ηθικής είναι βασικές προϋποθέσεις για το σωστό και καλό ιατρό, άσχετα εάν αυτός ασκεί την γενική ιατρική, την χειρουργική ή οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα. Οδηγούμενος από την ηθική ο ιατρός θα βρει πάντα τον καλό δρόμο. Οι εμπνεύσεις του θα τον οδηγήσουν προς το καλό και θα μπορέσει να επιτελέσει την αποστολή του, αποστολή αγάπης προς τους πάσχοντες και μη συνανθρώπους του²⁵.

²⁴ Σπύρος Γαρζώνης, «Η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού και αρρώστου», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος-Ιούνιος 1993, σελ. 60-62

²⁵ Σπύρος Γαρζώνης, «Η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού και αρρώστου», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος-Ιούνιος 1993, σελ. 60-62

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούμε σε ένα πρότυπο ιατρό, μια εξέχουσα προσωπικότητα και εξαιρετο επιστήμονα. Ο Λουκάς Βόϊνο-Γιασενέτσκι (1877- 1961) ιατρός, καθηγητής της τοπογραφικής ανατομίας και χειρουργικής αλλά και Αρχιεπίσκοπος Συμφερουπόλεως και Κριμαίας²⁶.



**Εικ. 2.7. : Ο
Λουκάς Βόϊνο-
Γιασενέτσκι
(1877- 1961)**

Άνθρωπος με σπάνια ταλέντα και πνευματικά χαρίσματα, με εκπληκτική επιστημονική κατάρτιση που διακόνησε τον άνθρωπο ως ποιμένας και γιατρός, με αξιοθαύμαστη αυταπάρνηση και αγάπη στα δύσκολα χρόνια που έζησε και με όλες τις δυσκολίες που αντιμετώπισε. Βραβεύτηκε με το βραβείο Στάλιν για το «Δοκίμιο Χειρουργικής των Πυογόνων Λοιμώξεων» και είχε μια αξιοζήλευτη πορεία τόσο σε θέματα επιστημονικά όσο και στην καθημερινή του ζωή. Όραμά του ήταν η ανακούφιση του αρρώστου.

Επιθυμούσε να κάνει πιο υποφερτό τον πόνο των αρρώστων και πιο εύκολο το έργο των γιατρών.

Οι συνθήκες που εργάστηκε και πρόσφερε ο ιατρός Βόϊνο-Γιασενέτσκι ήταν πολύ δύσκολες. Για παράδειγμα, οι χώροι των ιατρείων στη Ρομάνοφκα (περιοχή της Ρωσίας) και στα γύρω χωριά ήταν φρικτοί, μικροί και αποπνικτικοί, σε ένα δωμάτιο τρεις γιατροί δέχονταν ταυτόχρονα τρεις ασθενείς και μοιράζονταν το ίδιο γραφείο. Στον ίδιο χώρο πίσω από ένα παραβάν γίνονταν γυναικολογικές εξετάσεις, δίπλα έκαναν μικροχειρουργικές επεμβάσεις, παραδίπλα αλλαγές, εμβολιασμούς παιδιών κ.λ.π. Αυτό όμως δεν τον σταμάτησε και δεν μείωσε την απόδοση του σαν ιατρός αντιθέτως έκανε τα πάντα για να βοηθά τους έχοντες ανάγκη.

Έκτος από Ιατρός και Αρχιεπίσκοπος ήταν και Διδάκτωρ της ιατρικής και φρόντιζε πάντα να μεταδίδει στους φοιτητές του το πώς θα πρέπει να φέρεται ο ιατρός στον ασθενή. Χαρακτηριστικά έγραφε στο βιβλίο του και τόνιζε: «Ξεκινώντας την εξέταση, ο γιατρός πρέπει να έχει υπ' όψη του όχι μόνον την κοιλιακή χώρα, αλλά και τον ασθενή εξ' ολοκλήρου, τον οποίο δυστυχώς οι γιατροί συνήθως αποκαλούν «περίπτωση». Ο άνθρωπος φοβάται και είναι απελπισμένος, η καρδιά του σπαρταρά, όχι μόνο με την κυριολεκτική σημασία της λέξης, αλλά και με τη μεταφορική της σημασία. Γι' αυτό όχι μόνον πρέπει να δυναμώσετε την καρδιά του με "καμφορά" αλλά πρέπει να απαλλάξετε τον ασθενή από το άγχος και την ψυχολογική φόρτιση».

Κάθε ασθενής ήταν για τον γιατρό μοναδικός και ανεπανάληπτος. Κρατούσε πλήρες ιστορικό. Κατέγραφε με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο τα συμπτώματα, την πορεία της αρρώστιας και γενικότερα το ιατρικό ιστορικό, αλλά και κάθε λεπτομέρεια από το χαρακτήρα και τη ζωή του ασθενούς, ακόμα και τις συνθήκες ζωής του. Δεν ήταν αδιάφορος προς τον συνάνθρωπό του. Συναισθανόταν τον πόνο του, συνέπασχε μαζί του, ενδιαφερόταν για όλα τα προβλήματα του και συμπαραστεκόταν όσο μπορούσε.

²⁶ Αρχ. Νεκταρίου Αντωνοπούλου, « Αρχιεπίσκοπος Λουκάς Βόϊνο-Γιασενέτσκι, ένας άγιος ποιμένας και γιατρός χειρουργός», Εκδόσεις Ακρίτα, σελ.53, 221, -223

Ο ιατρός εκτός την άριστη γνώση της ιατρικής είχε σύμμαχο του και την πίστη του η οποία πολλές φορές τον βοήθησε να ξεπεράσει τόσο δυσκολίες πάνω στην ιατρική όσο και στη ίδια του τη ζωή. Γι' αυτό το λόγο έγινε μοναχός, παράλληλα όμως εξασκούσε την ιατρική, δεν άφησε ποτέ το έργο του και τους ανθρώπους που τον είχαν ανάγκη, αργότερα τον έκαναν και Αρχιεπίσκοπο και ήταν όχι μόνο ιατρός σωμάτων αλλά και ψυχών. Αυτός ο ιατρός Αρχιεπίσκοπος είχε να αντιμετωπίσει σε μια δύσκολη περίοδο διωγμών και άσχημων καταστάσεων τόσο τις αρρώστιες και τα διάφορα περιστατικά όσο και τον διωγμό του για την πίστη που είχε προς τον Θεό. Πέρασε μαρτυρικά χρόνια με εξορίες και φοβερές κακουχίες χωρίς όμως να ξεχνά το χρέος του σαν ιατρός και να βοηθά, σε σημείο εξαντλήσεως, κάθε άνθρωπο που τον είχε ανάγκη²⁷.

Αυτά και άλλα πολλά που δεν είναι δυνατόν να γραφούν σε αυτήν εδώ την εργασία τον έκαναν Άγιο πρώτα στις καρδιές όλων αυτών που βοήθησε και μετά επίσημα το Μάιο του 1996 ανακηρύχθηκε Άγιος της Ορθοδόξου Εκκλησίας μας. Αυτή η εξαιρετική μορφή, που την Μνήμη τιμούμε στις 11 Ιουνίου, ας είναι παράδειγμα για κάθε ιατρό και ας ζητούν την βοήθειά του τόσο οι ασθενείς όσο και οι ίδιοι οι γιατροί. Ο Άγιος ιατρός Λουκάς Βόϊνο-Γιασενέτσκι (1877- 1961) απέδειξε έμπρακτα το πώς ο γιατρός θα πρέπει να είναι άνθρωπος και πως η πίστη και η βοήθεια του Θεού μας, πολλές φορές, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ιατρική επιστήμη. Πολλές φορές ο ιατρός δεν μπορεί να κάνει θαύματα και καταφεύγει σε φράσεις όπως «ο Θεός είναι μεγάλος» για να δώσει κουράγιο σε συγγενής και ασθενείς. Ο ιατρός Λουκάς Βόϊνο-Γιασενέτσκι έγινε πολλές φορές ο σύνδεσμος μεταξύ ανθρώπων – ασθενών και του Ίδιου του Θεού κάνοντας πάντα προσευχή πριν κάθε του εγχείρηση και δίνοντας κουράγιο στον άρρωστο μιλώντας του για τον Θεό και την πίστη.²⁸ Σε άλλο κεφάλαιο αναλύουμε πως βοηθά τον άρρωστο η πίστη του προς τον θεό και πως του δίνει κουράγιο να υπομένει καρτερικά κάθε δυσκολία της νόσου.

Ενότητα 2.4: Ο ρόλος των νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές με την διαρκή και εξειδικευμένη παρουσία τους σε 24ωρη βάση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου και γενικά στην κατάσταση του αρρώστου. Η δραστηριότητα του νοσηλευτή ξεκινάει από την ψυχολογική υποστήριξη των



Εικ. 2.8. : Νοσηλεύτρια φροντίζει ασθενή.

²⁷ Αρχ. Νεκταρίου Αντωνοπούλου, « Αρχιεπίσκοπος Λουκάς Βόϊνο- Γιασενέτσκι, ένας άγιος ποιμένας και γιατρός χειρουργός», Εκδόσεις Ακρίτα, σελ.53, 221, -223

²⁸ Αρχ. Νεκταρίου Αντωνοπούλου, « Αρχιεπίσκοπος Λουκάς Βόϊνο- Γιασενέτσκι, ένας άγιος ποιμένας και γιατρός χειρουργός», Εκδόσεις Ακρίτα, σελ.53, 221, -223

αρρώστων και επεκτείνεται με την συμμετοχή του σε όλα τα στάδια προετοιμασίας και εφαρμογής μεθόδων και τεχνικών αντιμετώπισης της κατάστασης του²⁹.

Δυστυχώς το ιατροκεντρικό μοντέλο της θεραπευτικής προσέγγισης των χρόνιων και σοβαρά ασθενών, οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας στην παραγνώριση της ψυχιατρικής διάστασης του προβλήματος.

Επειδή για τους γιατρούς η ολιστική αυτή προσέγγιση του ασθενούς είναι πολύ δύσκολη υπόθεση, εξαιτίας του ρόλου τους, το βάρος της αναγνώρισης και αποκρυπτογράφησης των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών μετατίθεται στο νοσηλευτικό προσωπικό³⁰.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πορεία και την ανάρρωση του ασθενή δεν είναι μόνο να τον εξυπηρετεί. Ο νοσηλευτής έχει συν της άλλης και τον ρόλο του «παρατηρητή» αφού πρέπει να αναζητά και να παρατηρεί κάθε αντίδραση και αλλαγή τόσο σωματική όσο και ψυχολογική που έχει ο άρρωστος.. Αλλαγές τέτοιες μπορεί να προκαλούνται είτε από αντίδραση σωματική στα χορηγηθέντα φάρμακα είτε σε ψυχολογικές αστάθειες που απορρέουν από συναισθήματα φόβου και πίεσης που τυχόν μπορεί να νιώθει ο άρρωστος.

Οι νοσηλευτές είναι φύσει και θέσει ικανοί όχι μόνο να αναγνωρίσουν αλλά και να παρέμβουν κάθε φορά που διαπιστώνουν κάποια παρέκκλιση από τη φυσιολογική συναισθηματική και ψυχολογική πορεία του ασθενούς μέσα στην όλη νοσηρή διεργασία που βιώνει³¹.

Όλες οι πληροφορίες που συλλέγει ο νοσηλευτής είναι πολύ σημαντικές γιατί συμβάλουν στην βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου, στην έγκαιρη αντιμετώπιση παρενεργειών και γενικά στην καλύτερη φροντίδα του. Η σωστή ενημέρωση δε των πρωτοκόλλων και η τήρηση αρχείου είναι σημαντική τόσο για την άμεση αντιμετώπιση των αρρώστων, όσο και για την μετέπειτα εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τις εφαρμοζόμενες τεχνικές και την αποτελεσματικότητά τους. Ακόμα μας προσφέρουν την δυνατότητα να ανατρέξουμε στα παλαιότερα πρωτόκολλα σε περίπτωση που ο ασθενής θα επανέλθει στο νοσοκομείο³².

²⁹ Ιωάννα Χαρατζά. «Ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση του Μετεγχειρητικού Πόνου.» Επιθεώρηση της Υγείας, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1997, Τεύχος 48, σελ.123-125

³⁰ Ηγουμενού Άρτεμη «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001, σελ. 141

³¹ Ηγουμενού Άρτεμη «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001, σελ. 141

³² Ιωάννα Χαρατζά. «Ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση του Μετεγχειρητικού Πόνου.» Επιθεώρηση της Υγείας, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1997, Τεύχος 48, σελ.123-125

Ενότητα 2.5 : Ενημέρωση του αρρώστου.

Πολύ συχνά ο άρρωστος που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι αιτίες είναι πολλές:

- Το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες
- Ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και αν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του.
- Ο άρρωστος βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται.

Η αποφυγή της ενημέρωσης του αρρώστου εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει θεωρείται μη κατανοητή, κατά συνέπεια μυστηριώδης, και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις.

Στη χώρα μας, για παράδειγμα, η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται, τις περισσότερες φορές, στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή. Υιοθετείται μια τακτική αοριστολογίας που πηγάζει από την πεποίθηση ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχθεί από τη γνώση ότι μπορεί να πεθάνει. Ωστόσο, σύμφωνα με τη Sontag (1993), σύγχρονη άρνηση του θανάτου δεν δικαιολογεί την συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών που αποκρύπτουν την αλήθεια και ψεύδονται.

Οι αιτίες της μη ενημέρωσης είναι πολύ βαθύτερες και άμεσα συνδεδεμένες με τους συμβολισμούς που αποδίδονται σε ορισμένες ασθένειες. Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να έχει τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνει μέσα σε λίγα χρόνια από ένα επεισόδιο με αυτές που έχει και ένα άτομο που πάσχει από καρκίνο. Παρ' όλα αυτά, κανείς δεν κρύβει την αλήθεια από τον καρδιοπαθή, καθώς το έμφραγμα δεν θεωρείται γεγονός που προκαλεί ντροπή. Υποδηλώνει αδυναμία, οργανική βλάβη ή βιολογική ανεπάρκεια.

Αντίθετα, η διάγνωση του καρκίνου αποκρύπτεται από τον άρρωστο, γιατί είναι μια ασθένεια που στη αντίληψη της ευρύτερης κοινωνίας ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη και ταυτόχρονα θεωρείται αποτρόπαια και «κακιά» αρρώστια³³.

Οι αναπαραστάσεις που περιβάλλουν ασθένειες όπως ο καρκίνος ή το AIDS είναι συχνά οδυνηρότερες για τον άρρωστο και την οικογένειά του από την ίδια την πραγματικότητα της νόσου³⁴.

³³ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ.185

³⁴ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ.188

Πέρα από τις κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν σε σχέση με ορισμένες αρρώστιες, ένα σύνολο παραγόντων παρεμποδίζουν την ανακοίνωση «δυσάρεστων πληροφοριών». Οι σημαντικότεροι είναι :

Φόβος πρόκλησης ψυχικού πόνου από την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων.

- Αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του ασθενή.
- Φόβος έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη που βιώνει ο ασθενής.
- Φόβος αμφισβήτησης του «παντοδύναμου» ρόλου που το προσωπικό υγείας υιοθετεί.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να ανακουφίζει ή να ελαττώνει τον πόνο του αρρώστου και συχνά είναι διστακτικό και απρόθυμο να τον υποβάλει σε μια ψυχική δοκιμασία.³⁵

Οι αντιδράσεις του ασθενή ακούγοντας τυχόν δυσάρεστα νέα μπορεί να είναι απρόσμενες. Φωνές, υστερίες αλλά και κλείσιμο του ασθενή στον ίδιο του τον εαυτό, όπως και πολλές άλλες αντιδράσεις είναι συχνές και δυσάρεστες για τους επαγγελματίες υγείας.

Κάτι που βοηθά στο να προλάβουμε η να ελαττώσουμε τέτοιες αντιδράσεις είναι οι σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των προμηθευτών υγείας και των ασθενών.



Εικ. 2.9. : Ασθενής προβληματισμένη με την ασθένεια που την ταλαιπωρεί.

³⁵ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ.188-189

Ενότητα 2.6 : Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας

Σύμφωνα με τα παραπάνω και αφού προσπαθήσαμε να αναλύσουμε ποιος είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ας προχωρήσουμε στο τι πρέπει να κάνει ο επαγγελματίας υγείας για να υποστηρίξει τον χρόνιο πάσχοντα ασθενή.

Πρέπει πάντοτε, ο γιατρός και ο νοσηλευτής να προσεγγίζουν τον ασθενή με ευαισθησία και να προσπαθούν να κατανοήσουν πως αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής την κατάσταση του.

Πρέπει να γίνεται σεβαστή η ταυτότητα του κάθε ασθενούς να του απευθύνονται με το επώνυμό του και να αποφεύγεται να παραμένει ο ασθενής γυμνός σε κοινή θέα χωρίς λόγο. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του ασθενούς και σεβασμός στην προσωπικότητα του.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να συστήνονται στον ασθενή με το όνομά τους σε κάθε καινούρια βάρδια. Το να μην γνωρίζει ο ασθενής με ποιόν έχει να κάνει, ενδυναμώνει το συναίσθημα του ότι είναι ανώνυμος και ανίσχυρα παραδομένος.

Πρέπει να απευθύνει κανείς συχνά το λόγο στον ασθενή, ακόμα κι αν αυτός αντιδρά ελάχιστα ή καθόλου³⁶. Είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η ειδική ιατρική ορολογία.. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να επικοινωνούν και να εκφραστούν και να διευκολύνονται σε αυτό με κάθε μέσο.

Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται εκ των προτέρων για κάθε πράξη που θα εφαρμοστεί σε εκείνον. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται συχνά για το που βρίσκεται και τι συμβαίνει γύρω του

Η μη αυστηρά επαγγελματική συναλλαγή ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι η λύση στο πρόβλημα της μη αναγνώρισης των ψυχιατρικών προβλημάτων από τους θεράποντες γιατρούς. Μέσα από μια ζεστή ανθρώπινη σχέση, που στηρίζεται στην ανθρωπιά, την κατανόηση, το σεβασμό της ανθρώπινης υπόστασης και της αξιοπρέπειας, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αποβούν ευεργετικοί για την αποκατάσταση της ψυχοσωματικής ισορροπίας και ευεξίας του ατόμου³⁷.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να είναι αδιάφοροι και στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς σε καταστάσεις και αισθήματα απόγνωσης.

Θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Τα κοινωνικά προβλήματα μπορεί να είναι κρίσιμα για την πορεία της νόσου. Οι ασθενείς ανησυχούν για χρήματα, διαπροσωπικές σχέσεις, φοβούνται για τις πιθανές συνέπειες της νόσου τους (πόνος, ανικανότητα, θάνατο) και αυτά τα

³⁶ Βάρδα Παρασκευή, «Η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με παρατεταμένη παραμονή σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001 σελ.41- 42

³⁷ Ηγουμένου Άρτεμη, «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001, σελ. 141

συναισθήματα μπορεί να αμβλυνθούν με διάλογο και εκπαίδευση γύρω από τη διαταραχή και τις εναλλακτικές θεραπείες³⁸.

Θα πρέπει να έχουν δεξιότητα στην επικοινωνία και να είναι διαθέσιμοι να υποστηρίξουν τον ασθενή όταν εκφράζει τυχόν φόβους του, ανησυχίες, θυμό ή άλλα οδυνηρά συναισθήματα. Ο Buckman (1992) προτείνει ένα μοντέλο έξι διαδοχικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αναγγελία «δυσάρεστων» ειδήσεων ως αναφορά τη διάγνωση, την υποτροπή, τα αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων ή άλλες «δύσκολες» ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει.

Τα έξι αυτά διαδοχικά στάδια είναι:

Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης.

Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ ειδικού και αρρώστου, χωρίς διακοπές ή διασπάσεις. Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων από το τηλέφωνο ή στο πόδι μέσα στους διαδρόμους του νοσοκομείου περιορίζει κάθε δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας. Απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα καθώς όσο σημαντικό είναι το τι θα πει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, άλλο τόσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο άρρωστος. Πριν δοθεί οποιαδήποτε πληροφορία, είναι χρήσιμο να ενθαρρύνεται ο ασθενής να προκαλέσει οποιονδήποτε επιθυμεί να παρευρίσκεται στην ενημέρωση. Το προσωπικό υγείας πρέπει να αποφεύγει να αναθέτει στον άρρωστο την ευθύνη της πληροφόρησης του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος και αντιστρόφως.

Διερεύνηση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.

Ο δεύτερος στόχος αποβλέπει στη διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πόσο ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του, πως ερμηνεύει τα συμπτώματα του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Με αυτόν τον τρόπο, ο επαγγελματίας υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και πιο είναι το επίπεδο των γνώσεων του. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον τρόπο με τον οποίο εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του, ποιες λέξεις χρησιμοποιεί

³⁸ Ηγούμενου Αρτεμη. «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001, σελ. 61

όταν μιλά για το σώμα του ή την ασθένεια του και πως εκδηλώνει τα συναισθήματα του.

Εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρηση του.

Είναι σημαντικό να ρωτάτε ευθέως το άτομο «πόσα» και «τι» επιθυμεί να γνωρίζει τη συγκεκριμένη στιγμή σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Έρευνες επισημαίνουν ότι ακόμα και όταν τα νέα είναι δυσάρεστα, οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες οι οποίες, αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος, ωστόσο παρέχουν μία αίσθηση ελέγχου. Ο φόβος των επαγγελματιών υγείας, ότι η πλήρης ενημέρωση μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις, δεν επαληθεύεται σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα³⁹.

Παροχή πληροφοριών

Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του αρρώστου, το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωσή του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και αναφέρει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσης του. Οι ιατρικοί όροι αποφεύγονται ή επεξηγούνται. Η συνήθης ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό υγείας (πχ λοίμωξη, ύφεση, υποτροπή, μετάσταση κλπ.) δεν είναι αυτονόητα κατανοητή από τους περισσότερους ασθενείς. Τα «θετικά» αποτελέσματα μιας εξέτασης μπορεί να παρερμηνευτούν ως «καλά» από τον άρρωστο. Έρευνες επισημαίνουν ότι οι γνώσεις σχετικά με την λειτουργία και τον εντοπισμό των οργάνων του σώματος είναι λανθασμένες σε υψηλό ποσοστό. Το ίδιο ισχύει για τις διαγνώσεις κοινών ασθενειών (πχ αρθρίτιδα, βρογχίτιδα, ίκτερος, υπέρταση κλπ), αλλά και για την πρόγνωση τους⁴⁰.

Οι φράσεις και λέξεις που χρησιμοποιεί το προσωπικό υγείας, όταν πληροφορεί τον άρρωστο, αποτυπώνονται βαθιά στη μνήμη του τελευταίου και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή

³⁹ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999 σελ.189-193

⁴⁰ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999 σελ.189-193

του στην αρρώστια και τις επιπτώσεις της, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει με το μέλος του προσωπικού υγείας που του ανακοινώνει τις «δυσάρεστες» ειδήσεις.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες (πχ. «αυτή είναι μια “κακιά” αρρώστια», «τα πράγματα είναι άσχημα...ακροβατούμε...», «δυστυχώς, θα είστε ανάπηρος» κλπ.). Παράλληλα, είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του αρρώστου(τι θα μπορεί να κάνει), χωρίς η πληροφόρηση να εστιάζεται αποκλειστικά στους περιορισμούς και τα προβλήματα που θα προκύψουν από την αρρώστια, από ενδεχόμενη αναπηρία και από τη θεραπεία του.

Το ίδιο σημαντική είναι και η αποφυγή ποσοστιαίων προγνωστικών εκτιμήσεων όσον αφορά τις πιθανότητες ίασης ή τη χρονική διάρκεια επιβίωσης. Οι στατιστικές ενδείξεις (πχ. «έχετε πιθανότητα 60% να θεραπευθείτε» ή «ο μέσος όρος επιβίωσης για τη συγκεκριμένη αρρώστια είναι δύο χρόνια»), μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην περίπτωση του αρρώστου ή να τον αποθαρρύνουν. Άλλοτε, πάλι, τον προκαταβάλλουν και τον προδιαθέτουν αρνητικά, με αποτέλεσμα να εκπληρώνονται οι φόβοι του και ταυτόχρονα οι προβλέψεις του γιατρού⁴¹.

Όταν η πληροφόρηση παρέχεται σε μικρές δόσεις, τότε ελέγχεται η κατανόηση της και διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες, παρερμηνείες ή απορίες. Η συχνή επανάληψη των κυριότερων σημείων, συνοδευόμενη από έντυπο ενημερωτικό υλικό, γραπτές οδηγίες ή διαγράμματα, ενισχύει την αφομοίωση των πληροφοριών και συμβάλλει στην απομνημόνευσή τους.

Κι ενώ ο επαγγελματίας υγείας έχει ένα νοητικό πλάνο σχετικά με τα βασικά σημεία που επιδιώκει να περιβάλει στην ενημέρωση του αρρώστου, ταυτόχρονα ακούει προσεκτικά τις ερωτήσεις και αγωνίες του και προσαρμόζει ανάλογα και την πληροφόρησή του. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακούς εφησυχασμούς, διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή⁴².

Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών.

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η ικανοποίηση του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη

⁴¹ Δανάη Παλαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999 σελ.189-193

⁴² Δανάη Παλαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999 σελ.189-193

δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Οι ανησυχίες μπορεί να ποικίλλουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αφορούν τον ίδιο, αλλά σημαντικά άτομα στο περιβάλλον του. Αν και δεν μπορούν να επιλυθούν όλες, τουλάχιστον ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν. Οι αντιδράσεις των ασθενών στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων ποικίλλουν, γι' αυτό και το προσωπικό πρέπει να τις αναγνωρίζει, να τις κατανοεί και να τις αντιμετωπίζει χωρίς να κρίνει ή να συμβουλεύει τον άρρωστο σχετικά με το πώς πρέπει να νιώθει, να σκέπτεται ή να ενεργεί.

Προγραμματισμός και υποστήριξη.

Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτουν από κοινού ο ασθενής με το γιατρό ή το νοσηλεύτη. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του αρρώστου. Με τον όρο «συναίνεση» νοείται η συγκατάθεση που δίνει ο άρρωστος προκειμένου να πραγματοποιηθούν στον ίδιο ορισμένες ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό. Προϋποθέτει την ειλικρινή ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη φύση της αρρώστιας και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Ο άρρωστος διατηρεί πάντα το δικαίωμα της ανάκλησης της συναίνεσης. Ο νόμος του δίνει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία ή μέρος αυτής. Τέλος, η υποστήριξη του αρρώστου ισοδυναμεί με τη συνοδεία του στην πορεία και εξέλιξη της υγείας του. Προϋποθέτει διαθεσιμότητα, ενεργητική ακρόαση και κατανόηση, ακόμα κι αν οι απόψεις ή τα συναισθήματα του αρρώστου διαφέρουν από εκείνα του επαγγελματία⁴³.

Συμπερασματικά η ενημέρωση και η προσέγγιση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Δεν είναι απλή, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα. Απλοϊκές δικαιολογίες όπως «καλύτερα να μην γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης του, γιατί μπορεί να καταρρεύσει ή να αυτοκτονήσει», «ο άρρωστος δε θέλει να ξέρει», «δεν αντέχω να του στερήσω τη μοναδική του ελπίδα...» κλπ. Εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην αρρώστια, τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή.

⁴³ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999 σελ.189-193

αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση⁴⁴.

Ενότητα 2.7 :Ο ρόλος του περιβάλλοντος

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τον ασθενή και την ανάρρωσή του είναι και το περιβάλλον το οποίο βρίσκεται. Τόσο το νοσοκομειακό όσο και το οικείο περιβάλλον θα πρέπει να είναι έτσι φτιαγμένα ώστε όχι μόνο να εξυπηρετούν και να διευκολύνουν τον άρρωστο στις όποιες ανάγκες του αλλά και να τον κάνουν να νιώθει άνετα και ευχάριστα.



Εικ. 2. 10. : Θάλαμος ασθενών σε κρατικό Νοσοκομείο.

Στα σύγχρονα νοσοκομεία παρατηρούμε αυτή τη προσέγγιση του ασθενή. Νοσοκομεία με όμορφο περιβάλλον που, πέρα από την τεχνολογία που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση της νόσου, χρησιμοποιούν και διάφορα άλλα μέσα για την χαλάρωση και την άνετη παραμονή του ασθενή στο νοσοκομειακό χώρο. Τέτοια μπορεί να είναι απαλή μουσική στους διαδρόμους του νοσοκομείου, όμορφη και πρακτική διαμόρφωση των χώρων, δημιουργία κήπων κατά μήκος του νοσοκομείου κλπ.

Ο άνθρωπος που νοσεί είναι ευάλωτος σε κάθε ερέθισμα. Το να βρίσκεται σε ένα περιβάλλον μουντό, βρόμικο, χωρίς ευχρηστία και να του θυμίζει πάντα το λόγο που είναι εκεί, τον κάνει να νιώθει σαν φυλακισμένος και ανίκανος να αντιδράσει. Κάτι τέτοιο δεν είναι ότι καλύτερο για την ψυχολογία του χρόνιου ασθενή και όχι μόνο δεν τον βοηθά στην ανάρρωσή του αλλά τον κάνει πολλές φορές να μην θέλει να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας έστω κι αν είναι για πολύ λίγο χρονικό διάστημα.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται έρευνες με θέμα το νοσοκομειακό περιβάλλον και γίνεται μια προσπάθεια να διαμορφωθεί ένας νέος τύπος νοσοκομείου που θα είναι ευχάριστος προς τον άρρωστο. Θα τον κάνει όχι μόνο να αισθάνεται άνετα, αλλά παράλληλα θα βοηθά στην καλύτερη και γρηγορότερη ανάρρωσή του.

⁴⁴ Δανάη Παπαδάτση, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999 σελ.189-193

Ένα παράδειγμα για αυτή τη νέα προσέγγιση είναι και πρόσφατες επιστημονικές εργασίες που θεμελιώνουν αντικειμενικά την ευεργετική επίδραση της μουσικής σε μεγάλες ομάδες νοσημάτων.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η μουσική προκαλεί χαλάρωση η οποία μειώνει σημαντικά το αίσθημα του πόνου (πχ. Σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου) ⁴⁵. Τα παραπάνω τόνισε και ο καρδιολόγος του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου κ. Αθανάσιος Δρίτσας, συνθέτης και πρωτοπόρος στην Ελλάδα της κλινικής εφαρμογής και έρευνας της μουσικής στην ιατρική.



Εικ. 2.11. : Διαδρόμος Νοσοκομείου.

Ακούγοντας μουσική, εξήγησε ο κ. Δρίτσας, φαίνεται ότι ενεργοποιείται η παραγωγή, η απελευθέρωση ενδορφινών, ουσιών που συμβάλουν βιοχημικά στην ελάττωση της αντίληψης του πόνου και στο γενικό αίσθημα ευεξίας. Την τελευταία διετία (1997-1998) στις ΗΠΑ κλινικές μελέτες στα πανεπιστήμια Μινεσότα, Στάντφορντ, Μπράϊαν, Μεμόριαλ, Ορλάντο έδειξαν ότι η μουσική μπορεί να ελαττώνει την

καρδιακή συχνότητα, δηλαδή τους παλμούς και την αρτηριακή πίεση σε καρδιοπαθείς ακόμα και στο επίπεδο της νοσηλείας στην εντατική μονάδα. Η χαλαρωτική αυτή δράση της μουσικής, συνδέεται επιπλέον και με μείωση της στάθμης της ορμόνης του στρες δηλαδή της αδρεναλίνης στο αίμα. Ασθενείς με στεφανιαία νόσο που υπεβλήθησαν σε επέμβαση παράκαμψης των στεφανιαίων (by-pass) είχαν καλύτερη και ταχύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση όταν άκουγαν μετά την επέμβαση επιλεγμένη μουσική σε σχέση με ασθενείς που δεν άκουγαν καθόλου μουσική⁴⁶.

Αν κάτι τόσο απλό, όπως το να βάλουμε μουσική στους ασθενείς είναι τόσο ευεργετικό για την ανάρρωσή τους, ας φανταστούμε πόσο καλό θα κάνει αν στους νοσοκομειακούς χώρους γίνονταν αλλαγές τέτοιου είδους που να τους κάνουν πιο ευχάριστους. Αν βγάzaμε το γκρι και το άσπρο των τοίχων και βάζαμε έντονα και ευχάριστα χρώματα. Πίνακες με έντονα χρώματα και λουλούδια να στολίζουν τους διαδρόμους θα βοηθούσαμε στην αλλαγή της ψυχολογίας των ασθενών και γενικά στο τρόπο που θα αντιμετώπιζαν την νόσο που τους ταλαιπωρεί.

Δεν είναι τυχαίο που ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία εφαρμόζουν τέτοιου είδους τεχνικές για να έλκουν τους ασθενείς(πελάτες), αφού όχι μόνο προσφέρουν υγειονομικές υπηρεσίες αλλά φροντίζουν οι υπηρεσίες αυτές να συνοδεύονται και από ένα καλό «ξενοδοχειακό» περιβάλλον.

⁴⁵ «Θεραπευτική μουσική στο νεογνό και το παιδί», Ιατρικός Τύπος, Τεύχος 235, Φεβρουάριος 2001, σελ 23

⁴⁶ «Θεραπευτική μουσική στο νεογνό και το παιδί», Ιατρικός Τύπος, Τεύχος 235, Φεβρουάριος 2001, σελ 23

Με συγκεκριμένες επιστημονικές έρευνες αποτύπωσης της κοινής γνώμης αλλά και εμπειρικές δημοσιογραφικές καταγραφές έχει πιστοποιηθεί η δυσαρέσκεια των πολιτών για τη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών των κρατικών νοσοκομείων. Η καταγεγραμμένη δυσαρέσκεια των πολιτών αφορά κυρίως στην ξενοδοχειακή λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων⁴⁷.

Πράγματι, το επίπεδο των ξενοδοχειακών υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς-πελάτες και το κοινωνικό τους περίγυρο, υστερεί δραματικά σε σύγκριση με το μέσο βιοτικό επίπεδο των ελλήνων, το οποίο καθορίζει τις απαιτήσεις τους και διαμορφώνει μέτρα σύγκρισης. Οι χρήστες (ένοικοι) των νοσοκομειακών θαλάμων αναμένουν υποδομές και συνθήκες ανάλογες της μόνιμης κατοικίας τους, διαμαρτυρόμενοι όταν διαπιστώνουν ότι υποχρεώνονται να διαβιώσουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον και στρεφόμενοι, αν και όταν μπορούν, στον ιδιωτικό τομέα γι' αυτό το λόγο⁴⁸.

Βλέπουμε λοιπόν ότι κάτι τόσο απλό, όπως το περιβάλλον του νοσοκομείου μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την ψυχολογία του ασθενή. Κάτι τέτοιο δεν λαμβάνεται υπόψη, ή τουλάχιστον δεν λαμβάνονταν μέχρι πριν λίγα χρόνια. Η προσοχή είχε στραφεί μόνο στις παρεχόμενες ιατρικές φροντίδες και το περιβάλλον ήταν το



Εικ. 2.12. : Θάλαμος ασθενών σε ιδιωτικό Νοσοκομείο.

τελευταίο που σκεφτόταν κανείς. Όσο τα χρόνια περνούν και ανεβαίνει το βιοτικό επίπεδο, τόσο αυξάνονται και οι απαιτήσεις και οι επιστήμες

ακμάζουν. Όσο η επιστήμες ακμάζουν όλο και περισσότεροι τρόποι ανακαλύπτονται για να βοηθήσουν τους ασθενείς στον αγώνα για την απόκτηση της υγείας τους. Η ψυχολογική προσέγγιση συνδέεται και με το ευχάριστο περιβάλλον και κάθε ένας από εμάς το αντιλαμβάνεται με τις δικές του εμπειρίες στο χώρο των νοσοκομείων. Ας φανταστούμε πόσο σημαντικό είναι το περιβάλλον σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και μπαινοβγαίνουν πολύ συχνά στους νοσοκομειακούς χώρους.

⁴⁷ Γιώργος Ι. Στάθης, «Η ξενοδοχειακή λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος – Ιούνιος 2001, σελ. 5

⁴⁸ Γιώργος Ι. Στάθης, «Η ξενοδοχειακή λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος – Ιούνιος 2001, σελ. 5

Ενότητα 2.8 ο ρόλος της οικογένειας

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Ως εκ τούτου, κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού έχει αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια. Και αντίστροφα, όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη επηρεάζονται από αυτό.

Εδώ και μία εικοσαετία περίπου, η βούληση των κυβερνήσεων για ανάπτυξη μίας περίθαλψης κατ' οίκον, πιο φθηνής από του νοσοκομείου, ενίσχυσε το ρόλο της οικογένειας στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Αυτή η πολιτική συνέβαλε στην παραμονή κατ' οίκον των ηλικιωμένων κ των κατάκοιτων. Η εμφάνιση του AIDS ενίσχυσε αυτή την εξέλιξη. Άλλωστε η κίνηση για μεταφορά των ιατρικών τεχνολογιών στην οικογενειακή σφαίρα επιτρέπει την περίθαλψη ασθενειών όπως νεφρική ανεπάρκεια, διαβήτη ή κληρονομικές ασθένειες του μεταβολισμού κ.λπ. Είτε πρόκειται για μια απλή φύλαξη ενός άρρωστου παιδιού, κατά τη διάρκεια μιας «ελαφριάς παιδικής ασθένειας», είτε για πιο σοβαρές περιπτώσεις, η διαχείριση της αρρώστιας από την οικογένεια την καθιστά κεντρικό παράγοντα της υγειονομικής φροντίδας, αυτή η μη εξειδικευμένη εργασία τις περισσότερες φορές ωστόσο δεν αναγνωρίζεται και παραμένει σε μεγάλο μέρος αδιόρατη. Όμως κατορθώθηκε να γίνει φανερή αυτή η οικογενειακή παροχή περίθαλψης. Η μελέτη της Renee Waismann πάνω στην αιμοκάθαρση κατ' οίκον των παιδιών με νεφρική ανεπάρκεια δείχνει πόσο η φροντίδα μιας σοβαρής ασθένειας βαραίνει την καθημερινή ζωή μιας οικογένειας. Η οικογένεια, και κυρίως η μητέρα, παίζουν το ρόλο πραγματικών ειδικών θεραπειών γύρω από το παιδί και την μηχανή που το φροντίζει⁴⁹.

Το ίδιο ισχύει, όμως, και για τους ενήλικες ασθενείς που όταν βρίσκονται με τα οικία τους πρόσωπα νιώθουν καλύτερα και παίρνουν κουράγιο και δύναμη από τους ανθρώπους τους. Οι οικογένεια πλέον δεν είναι ένας απλός θεατής όταν ασθενήσει κάποιο μέλος της αλλά μπορεί να πάρει ενεργό ρόλο στην βοήθεια και την περίθαλψη του ασθενούς. Το ρόλο της οικογένειας τον έχουν αντιληφθεί όλοι γι' αυτό βλέπουμε όλο και περισσότερα νοσοκομεία αλλά και κοινωφελείς οργανισμοί να δημιουργούν ξενώνες για τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται με σκοπό να είναι κοντά τους και μέσα στο νοσοκομείο και να μην νιώθουν μόνοι οι ασθενείς. Ο ρόλος της οικογένειας ίσως να είναι κι ο πιο σημαντικός αν και δεν έχει δοθεί η απαραίτητη σημασία σε αυτό. Συνήθως αυτό αφήνεται στην καλή θέληση των μελών της οικογένειας, κάτι που θα μπορούσε να είναι πιο οργανωμένο, να υπάρχει δηλαδή ενημέρωση στην οικογένεια για τους τρόπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους τόσο ψυχολογικά όσο και πρακτικά.

⁴⁹ Philippe Adam, Claudine Herzlich «Η κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999, σελ. 100-101

Κεφάλαιο Τρίτο

Η συμβολή της ψυχολογίας στον χρόνιο πάσχοντα ασθενή

Τα φυσικά σωματικά προβλήματα σχετίζονται αφενός με την έκπτωση φυσιολογικών λειτουργιών (είτε λόγω της χρόνιας πάθησης, είτε των ειδικών θεραπειών που αυτή απαιτεί, χημειοθεραπείες , ακτινοβολίες κλπ) και αφετέρου με την προσθήκη παθολογικών καταστάσεων που κατά κανόνα πληθαίνουν όσο η νόσος επιπλέκεται από μεταστάσεις , καχεξία , συνέπειες της θεραπείας κλπ. Συχνά οι ασθενείς έχουν την ανάγκη πολλών διαφορετικών επιμέρους ειδικοτήτων και καταναλώνουν πολλά φάρμακα, με αποτέλεσμα την αυξημένη συχνότητα ιατρογενών νόσων. Οι ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν , εκτός από τα σωματικά και πολλά άλλα προβλήματα όπως έχουμε επισημάνει και στα προηγούμενα κεφάλαια. Συνέπεια των πολυσχιδών αναγκών είναι ότι για την ολοκληρωμένη φροντίδα τους χρειάζεται αρμονική συνεργασία πολλών επαγγελματικών κλάδων (**ιατρών, νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, κληρικών** αλλά και εθελοντών). Η συνεργασία αυτή επιτάσσει την καλή και συνεχή επικοινωνία ανάμεσα σε όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα , ώστε το αποτέλεσμα να είναι το καλύτερο δυνατό για τον άρρωστο⁵⁰.

Η υγεία συνιστά ένα πολύπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Είναι ακριβώς αυτή η σύγχρονη αντίληψη για την υγεία, η οποία επιβάλλει την ύπαρξη της Ψυχολογίας της Υγείας, όχι μόνο ως αντικείμενο ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος, αλλά και ως εφαρμοσμένη προσέγγιση στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Φαίνεται να είναι γενικά αποδεκτό πως οι οργανικές αλλαγές στον άνθρωπο ακολουθούνται απαραίτητα από αντίστοιχες ψυχολογικές διαδικασίες. Με αυτό το δεδομένο, είναι λογικό κάθε «οργανική» θεραπευτική παρέμβαση (ανεξάρτητα τη φύση του προβλήματος) να περιλαμβάνει εξίσου επαρκή στοιχεία ψυχολογικής υποστήριξης για μια ολοκληρωμένη προσπάθεια επίλυσης ιατρικών προβλημάτων. Σημαντική είναι η προσφορά του ψυχολόγου υγείας στο θέμα της ανακοίνωσης του επικείμενου θανάτου σε άτομα που πάσχουν από ανίατη ασθένεια (καρκίνος, έιτζ, κλπ). Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν αν η κατάστασή τους οδηγεί στο θάνατο. Αντικείμενο μελέτης και ψυχολογικής παρέμβασης έχει επίσης γίνει ο τρόπος της αντίδρασης των ανθρώπων στους οποίους αναγγέλλεται ο επικείμενος θάνατος τους.

Αξιζει να αναφερθεί ότι οι ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης σε άτομα με ανίατη ασθένεια φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματικές. Είναι σαφές ότι ο ρόλος του ψυχολόγου σε ανάλογες καταστάσεις ενισχύεται από

⁵⁰ Δρ Αντώνιος Παπαγιάννης «Γηριατρική & Παρηγορητική Ιατρική», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 90, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004, σελ. 86-91

το γεγονός και μόνον ότι υπάρχει υπερβολική συναισθηματική φόρτιση τόσο από τον ασθενή όσο και από το οικείο περιβάλλον⁵¹

Στις υπηρεσίες υγείας βλέπουμε να μην χρησιμοποιείται τόσο η ψυχολογία της Υγείας ή τουλάχιστον δεν είναι ευρέως γνωστή η δράση της, τόσο στο προσωπικό παροχής υγείας, όσο και στους ίδιους τους ασθενείς. Γεγονός είναι ότι ο σημαντικός ρόλος της ψυχολογίας της υγείας έχει γίνει γνωστός εδώ και πολύ καιρό. Το 1911 η Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση διοργάνωσε συμπόσιο με θέμα «η θέση της ψυχολογίας στην Ιατρική Εκπαίδευση». Οι διακεκριμένοι ψυχολόγοι και ιατροί που έλαβαν μέρος συμφώνησαν στην αναγκαιότητα της διδασκαλίας μαθημάτων ψυχιατρικής και νευρολογίας. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι η συνειδητοποίηση, ότι η αρρώστια είναι μια κατάσταση που επηρεάζεται από το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του ασθενή, έχει γίνει πολύ νωρίς. Τι είναι όμως ψυχολογία της υγείας και ποιος ο ρόλος της σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Ενότητα 3.1 : Ψυχολογία της υγείας

Η ψυχολογία της υγείας μπορεί να οριστεί ως η εφαρμογή της ψυχολογίας στην υγεία, στα προβλήματα υγείας και στη φροντίδα υγείας . Με βάση τις νέες αντιλήψεις για τη σχέση μεταξύ σώματος , νου και ευεξίας (η ψυχολογία της υγείας) είναι ο ταχύτερα αναπτυσσόμενος τομέας της εφαρμοσμένης ψυχολογίας⁵² ..

Μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της Ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και θεραπεία της αρρώστιας και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία⁵³.

Η ψυχολογία της Υγείας ως εφαρμοσμένη επιστήμη οφείλει την ύπαρξή της σε κοινωνικούς κυρίως παράγοντες. Μεταξύ αυτών, η αποδοχή από την πλειονότητα της επιστημονικής κοινότητας ότι ψυχολογικοί και κοινωνικοί μηχανισμοί επηρεάζουν την υγεία έπαιξε ουσιαστικό ρόλο όχι μόνο στην έρευνα, αλλά και στο σχεδιασμό της παροχής υπηρεσιών. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η ανάγκη αναζήτησης λύσεων σε ουσιαστικά «κοινωνικό-ιατρικά» προβλήματα (όπως η μακροχρόνια φροντίδα ατόμων τρίτης ηλικίας και ατόμων με χρόνιες παθήσεις, η αύξηση του κόστους υγείας και η αμφισβήτηση του βιοιατρικού μοντέλου) αποτέλεσαν μερικούς από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης του αντικειμένου.

⁵¹ Γρηγόρης Α. Ποταμιανός «Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σελ 18-21

⁵²Γρηγόρης Α. Ποταμιανός «Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σελ 13

⁵³Δανάη Παπαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος «Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999. σελ.24-25

Η σχεδόν καθολική αποδοχή ότι ψυχολογικοί και κοινωνικοί μηχανισμοί επηρεάζουν την υγεία ή την ανάπτυξη νόσου επηρέασε σημαντικά τόσο τις ερευνητικές όσο και τις θεραπευτικές προσπάθειες, οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ αφενός άγχους και στρες και αφετέρου εμφάνισης της νόσου.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων δεκαπέντε ετών, που αναφέρονται σε δημοσίευμα των Erskine and Williams (1992) , υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η παρουσία χρόνιου πόνου επηρεάζεται άμεσα από συναισθηματικούς γνωστικούς και άλλους ψυχολογικούς παράγοντες. Οι γνωστές «κλινικές πόνου» έχουν δημιουργηθεί με στόχο να βοηθήσουν τους πάσχοντες να αποδεχθούν και να αντιμετωπίσουν τον χρόνιο πόνο με μη φαρμακευτικά μέσα.

Πρώτος στόχος της ψυχολογίας που ασχολείται με θέματα υγείας θεωρείται η προαγωγή και διατήρηση της υγείας , καθώς και η ανάπτυξη συνηθειών και συμπεριφορών που την προστατεύουν. Οι ψυχολόγοι μελετούν θέματα, όπως τους λόγους που οι άνθρωποι καπνίζουν , κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, ή ακολουθούν ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής.

Επίσης, οι επιστήμονες αυτοί συμβάλουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία και στην εκστρατεία ενημέρωσης, από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, ώστε να καλλιεργηθούν στο ευρύ κοινό υγιεινές συμπεριφορές και συνήθειες.

Ένας δεύτερος στόχος της ψυχολογίας που εξειδικεύεται σε θέματα υγείας είναι η πρόληψη και η **ολιστική θεραπεία των ασθενειών**. Ποικίλες ψυχολογικές παρεμβάσεις και τεχνικές χρησιμοποιούνται για την μείωση των διαταραχών της υγείας , όπως για παράδειγμα η πρόληψη της αρτηριακής πίεσης. Οι ψυχολόγοι προτείνουν συγκεκριμένα μέτρα που αποσκοπούν στην αποτελεσματική προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες που επιβάλλει η πάθησή τους. Επίσης, στις περιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων, αναπτύσσουν προγράμματα αποκατάστασης που συμβάλουν στην ποιότητα της ζωής του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Ο τρίτος στόχος επικεντρώνεται στις αιτίες των ασθενειών και στη διάγνυσή τους. Για παράδειγμα, η συμπεριφορά τύπου Α έχει σχετιστεί με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας μελετά επίσης τα φαινόμενα που αναπτύσσονται μέσα στο σύστημα υγείας, όπως είναι οι σχέσεις του προσωπικού υγείας με τον άρρωστο, οι παράγοντες που επηρεάζουν την τήρηση των ιατρικών οδηγιών και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, η καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας κ.λπ⁵⁴.

⁵⁴» Δανάη Παλαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος «Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999. σελ.25-26

Ενότητα 3.2 : Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας

Οι κυριότερες εφαρμογές της ψυχολογίας της Υγείας έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης . Η βασική προσφορά της ψυχολογίας της υγείας έχει υλοποιηθεί κυρίως σε χώρες με οργανωμένα εθνικά συστήματα υγείας (π.χ. Βρετανία) ή σε εκείνες όπου το επάγγελμα του ψυχολόγου είναι θεσμικά κατοχυρωμένο και οι οικονομικές συνθήκες επιτρέπουν την επαγγελματική συμβίωση ποικίλων επαγγελματιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα (π.χ. ΗΠΑ)⁵⁵.

Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας (ή του κλινικού ψυχολόγου) στην υγειονομική περίθαλψη έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Ο κλινικός ψυχολόγος αναλαμβάνει συμβουλευτικό και διασυνδεδετικό ρόλο.

Η συμβουλευτική- διασυνδεδετική ψυχιατρική μπορεί να οριστεί ως εκείνη η περιοχή της κλινικής ψυχιατρικής που ασχολείται με τη συνεργασία και την παροχή συμβουλών σε μη ψυχιάτρους γιατρούς σε όλα τα επίπεδα παροχής κλινικών υπηρεσιών, αλλά ειδικότερα στο γενικό νοσοκομείο. Αναπτύχθηκε μαζί με την ψυχιατρική στα γενικά νοσοκομεία. Μπορεί να θεωρηθεί ως υποειδικότητα της ψυχιατρικής που ασχολείται με τη διάγνωση, το θεραπευτικό χειρισμό, τη μελέτη και τη πρόληψη της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον σωματικά ασθενή. Επιδιώκει την ψυχοσωματική προσέγγιση της νόσου, ενώ επικεντρώνεται περισσότερο στον άρρωστο και στο ανθρώπινο περιβάλλον και λιγότερο στο πρόβλημα του ως μεμονωμένο γεγονός.

Σύμφωνα με το Ν. Μάνο (1997), η κύρια λειτουργία των συμβούλων ψυχιάτρων είναι να προσφέρουν κλινική υπηρεσία με τη μορφή συμβουλών και βοήθειας στη διάγνωση και το θεραπευτικό χειρισμό διαφόρων ασθενών ύστερα από αίτηση ή παραπομπή του κλινικού ιατρού ή νοσηλευτή. Στη δικαιοδοσία του είναι επίσης η ψυχολογική υποστήριξη και διδασκαλία των μελών της οικογένειας των ασθενών, που βιώνουν έντονο άγχος λόγω της ασθένειας και των εσωτερικών απειλών που προκύπτουν από αυτήν⁵⁶.

Εκτός, όμως, από τα παραπάνω ο ψυχίατρος έχει και άλλο ένα ρόλο, να μεταδώσει στους κλινικούς γιατρούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό την ικανότητα να εντοπίζουν και να βοηθούν τους ασθενείς που έχουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ειδικές ημερίδες και σεμινάρια γίνονται με θέμα την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών, τον τρόπο που πρέπει να πλησιάζει τους ασθενείς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και πως πρέπει να παρεμβαίνουν για να βοηθούν σε τέτοιες καταστάσεις.

Για να μπορέσει ένας γιατρός ή νοσηλευτής να αντεπεξέλθει σε αυτή την εργασία πρέπει, εκτός της ειδικής εκπαίδευσης, να υπάρχουν και ορισμένα άλλα προσόντα που ο κλινικός ψυχολόγος δεν μπορεί να μεταδώσει. Αυτά είναι : ενδιαφέρον και περιέργεια (να αναζητά και να βοηθά στη λύση των

⁵⁵Γρηγόρης Α. Ποταμιανός, «Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σελ 24

⁵⁶ Ηγουμένου Άρτεμη «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία .Αθήνα 2001, σελ. 69

υπαρχόντων προβλημάτων), επιμονή, καρτερικότητα, αυτοπεποίθηση, ελαστικότητα, αυτοκατεύθυνση (σχετικά με το πώς , πότε, που, για ποιον και πόση υπηρεσία θα προσφέρει), ατομική και επαγγελματική ωριμότητα, ικανότητα καλής συνεργασίας, ευρύτητα πνεύματος και αντικειμενικότητα για να βλέπει το πρόβλημα από όλες τις οπτικές γωνίες (προσωπικού, ασθενούς, οικογένειας κλπ.), να είναι τολμηρός, καλός ακροατής και να μπορεί να κινείται λεπτά και διακριτικά μεταξύ προσωπικού και αρρώστων , πολύπλοκων μηχανημάτων και συμβολικών επικοινωνιών.

Η συνεχώς αυξανόμενη βιβλιογραφία πάνω σε θέματα κλινικής ψυχολογίας που έχουν άμεση σχέση με την υγεία μας γεμίζει ελπίδα ότι στο μέλλον θα γίνεται πιο σωστά και πιο «ανθρώπινα» η θεραπεία ασθενειών και ότι στο χώρο της πρόληψης ψυχοκοινωνικών και ψυχοφυσιολογικών διαταραχών θα γίνουν μεγάλες αλλαγές σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουμε να φτάσουμε στους τρεις στόχους της Κλινικής Ψυχολογίας :

A) να έχουν και οι ασθενείς και οι υγιείς την πρέπουσα ψυχολογική βοήθεια για αυτοβοήθεια οπότε πρέπει να ξεπεράσουν διάφορες δυσκολίες «προσαρμογής»

B) να μπορούμε να εφαρμόσουμε τα καλύτερα δυνατά προγράμματα «θεραπείας»

Γ) να παίρνουμε υπόψη πάντα τα πορίσματα ψυχολογικών ερευνών όταν είναι να κάνουμε «προγράμματα αλλαγής στην ποιότητα και ποσότητα της ζωής μας»⁵⁷.

⁵⁷ Αναστασία Καλαντζή – Αζίζι, «Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας.», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.σελ.10

Κεφάλαιο Τέταρτο

Κατ' Οίκον Νοσηλεία

Κατ' Οίκον Νοσηλεία μέσω ψυχοκοινωνικής παρέμβασης

Τι σημαίνει ο όρος "κατ' οίκον νοσηλεία;"

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει την κατ' οίκον νοσηλεία ως: Παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι από επαγγελματίες και μη, φροντιστές, με σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση του μέγιστου βαθμού ευεξίας, λειτουργικότητας και υγείας του ατόμου.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας μπορούν να ταξινομηθούν σε προληπτικές, θεραπευτικές, αποκατάστασης, **φροντίδας χρόνιων νόσων** και **παρηγορητικές**. Είναι φανερό ότι αυτός ο ορισμός παραπέμπει σε τεράστιο φάσμα υπηρεσιών που συνήθως περιλαμβάνουν τη φροντίδα **χρονίως πασχόντων**, σίτιση ατόμων με ειδικές ανάγκες (meals on wheels), επισκέψεις οικογενειακών ιατρών, εμβολιασμούς, χορήγηση φαρμάκων, οξυγόνου και ιατρικών αναλωσίμων στο σπίτι, συμβουλευτική, λογοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία⁵⁸.

Όμως πολύ συχνά με τον όρο κατ' οίκον νοσηλεία χαρακτηρίζονται υπηρεσίες που δεν είναι καν ή είναι οριακά νοσηλευτικές, όπως π.χ. βοήθεια ατόμων με αναπηρίες ως προς την προσωπική τους υγιεινή, το λουτρό, το ντύσιμο, την καθημερινή φροντίδα του σπιτιού τους, τα καθημερινά τους ψώνια, επισκευές του σπιτιού, πληρωμές λογαριασμών και γραφική εργασία, επισκέψεις ιερέων και κοινωνικών λειτουργών.

Η πολυφωνία οδηγεί σε απόλυτη σύγχυση και έτσι, ενώ σχεδόν κάθε χώρα στον κόσμο αναφέρει την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, τα είδη των προσφερομένων υπηρεσιών είναι τόσο ποικίλα, ώστε δύσκολα μπορεί κανείς να διακρίνει τη σκοπιμότητα της αθρόας ταξινόμησής τους κάτω από την ίδια επικεφαλίδα.

Χαρακτηριστικό είναι, ότι, ενώ σύμφωνα με τα εθνικά στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου μέσα σε μία εβδομάδα τον Σεπτέμβριο του 2002 προσφέρθηκαν 2,98 εκατομμύρια ώρες κατ' οίκον νοσηλείας σε 381.900 άτομα, στην ίδια αναφορά η κατ' οίκον νοσηλεία ορίζεται ως υπηρεσίες που έχουν σκοπό να βοηθήσουν το άτομο να είναι όσο το δυνατόν ανεξάρτητο και να ζει στο σπίτι του και περιλαμβάνουν



Εικ. 4.1 : Χρόνια ασθενής που νοσηλεύεται σπίτι της.

⁵⁸ <http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>

καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού μέσα και έξω από το σπίτι, προσωπική φροντίδα και φροντίδα αναψυχής, με τη συνεργασία και των οικείων του⁵⁹.

4.1 Ιστορία της Κατ' Οίκον Νοσηλείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει τις ρίζες της στα βάθη της ιστορίας. Το πρώτο νοσοκομείο που αναφέρεται στην ιστορία χρονολογείται γύρω στο 300-400 μΧ. Συνεπώς κάθε φροντίδα ασθενούς πριν από αυτή την εποχή αλλά και πολύ αργότερα, είναι λογικό ότι γινόταν στον τόπο της κατοικίας του. Όμως η οργανωμένη παροχή κατ' οίκον νοσηλείας φαίνεται ότι στο δυτικό τουλάχιστον κόσμο ξεκίνησε με πρωτοβουλία της Χριστιανικής Εκκλησίας κατά τη διάρκεια των Σταυροφοριών.

Στις Η.Π.Α. οι πρώτες οργανώσεις κατ' οίκον νοσηλείας εμφανίσθηκαν μεταξύ 1885 και 1889. Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι στα νοσοκομεία της Ερμούπολης Σύρου και της Κωνσταντινούπολης πριν από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο νοσηλεύονταν μόνο οι άστεγοι, οι φτωχοί και οι τεχνίτες, ενώ οι πλέον ευκατάστατοι νοσηλεύονταν στα σπίτια τους, δηλαδή είχαν τη δυνατότητα να μετακινούν ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό από το νοσοκομείο στο σπίτι⁶⁰.

Σήμερα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο απολαμβάνουν κάποια μορφή κατ' οίκον νοσηλείας.

Η χώρα με τη μακρύτερη παράδοση κατ' οίκον νοσηλείας στον κόσμο είναι οι Η.Π.Α. Στη

χώρα αυτή λειτουργούν σήμερα πάνω από 20.000 οργανισμοί κατ' οίκον νοσηλείας



Εικ.4.2 : Ασθενής στο σπίτι

⁵⁹ <http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>

⁶⁰ <http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>

4.2 Η κατ' οίκον νοσηλεία ανά τον κόσμο

Οι ΗΠΑ είναι η χώρα με τη μακρύτερη παράδοση στην Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Οι πρώτοι οργανισμοί έκαναν την εμφάνισή τους μεταξύ 1889 και 1889, περίοδο κατά την οποία η Κατ' Οίκον Νοσηλεία αποτελούσε την κύρια εργασία των περισσοτέρων νοσηλευτριών. Μέχρι το έτος 1905 λειτουργούσαν ήδη 171 οργανισμοί που απασχολούσαν 455 επισκέπτριες αδελφές. Σήμερα λειτουργούν 20.215 οργανισμοί Κατ' Οίκον Νοσηλείας στις ΗΠΑ, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε περισσότερους από 7 εκατομμύρια πολίτες. Υπηρεσίες που κοστίζουν 38 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο.

Παρ' όλο που σήμερα οι περισσότερες χώρες αναζητούν επιστημονικές αποδείξεις για να αποφασίσουν αν θα υποστηρίξουν την ανάπτυξη της Κατ' Οίκον Νοσηλείας, οι Αμερικανοί θεωρούν το είδος αυτό της περίθαλψης τόσο αυτονόητο, ώστε ξοδεύουν αυτά τα υπέρογκα ποσά χωρίς να χρειάζονται πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση⁶¹.

Οι περισσότερες υπηρεσίες Κατ' Οίκον Νοσηλείας στις ΗΠΑ παρέχονται από νοσηλεύτριες, το έργο των οποίων συμπληρώνεται από φυσιοθεραπευτές, βοηθούς και άλλους επαγγελματίες της υγείας. **Οι ιατροί σπάνια επισκέπτονται ασθενείς στο σπίτι.**

Στη Μεγάλη Βρετανία σε μια δημοσκόπηση που έγινε το 1999, προέκυψε ότι σε μία εβδομάδα είχαν παρασχεθεί 2,7 εκατομμύρια ώρες Κατ' Οίκον Νοσηλείας σε 424.000 νοικοκυριά, με σκοπό να παραμένουν στο σπίτι τους άνθρωποι που διαφορετικά θα έπρεπε να πάνε σε οίκους ευγηρίας. Οι υπηρεσίες αυτές συνίστανται σε βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η έγερση από το κρεβάτι, η κατάκλιση, το ντύσιμο, το πλύσιμο, η προσωπική υγιεινή, νοικοκυριό, ψώνια, μαγείρεμα και χορήγηση φαρμάκων.

Το 1995 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Κατ' Οίκον Νοσηλείας προσπάθησε να συλλέξει πληροφορίες από όλα τα κράτη σχετικά με το είδος Κατ' Οίκον Νοσηλείας που προσφέρεται σε αυτά. Ερωτήθηκαν 187 χώρες. Από αυτές 63 απάντησαν ότι παρείχαν κάποιο είδος Κατ' Οίκον Νοσηλείας, Βοήθεια σε άτομα με ειδικές ανάγκες, νοσηλεία, αγωγή υγείας, ανακούφιση του πόνου, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, εμβολιασμοί, φροντίδα τραύματος, είναι μερικά από τα είδη φροντίδας που προσφέρονται κατ' οίκον⁶².

Hospital at Home. Μια νεοεμφανιζόμενη μορφή Κατ' Οίκον Νοσηλείας. Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε στη διεθνή σκηνή μια νέα ιδέα: Η παροχή κάποιου βαθμού νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι, ώστε να μειωθεί η μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία. Η ιδέα αυτή φαίνεται συναρπαστική και προκλητική και έχει τύχει κάποιων εφαρμογών. Τέτοια σχήματα ονομάζονται διεθνώς "Hospital at Home" ή "Hospital-in-the-Home HITH" (στην Αυστραλία), όρος που αντιδιαστέλλει το είδος αυτό της υπηρεσίας από τον ευρύτατο όρο "Home Care"..

Τα περισσότερα αναφερθέντα σχήματα συνίστανται σε πρώιμη έξοδο ασθενών από νοσοκομεία, σε φάση κατά την οποία έχει ουσιαστικά συμπληρωθεί το μεγαλύτερο μέρος της νοσηλείας τους και χρειάζεται μικρή

⁶¹ <http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>

⁶² <http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>

ακόμη συνέχιση της θεραπείας. Μερικά σχήματα Hospital at Home ονομάζονται "αποφυγή εισαγωγής" (Admission avoidance or total episode substitutions). Όμως αυτοί οι ασθενείς εκτιμώνται στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία κάποιου νοσοκομείου και μερικές φορές νοσηλεύονται για μία ημέρα. Επί πλέον κατάλληλοι για να νοσηλευθούν στο σπίτι τους κρίνονται ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση, των οποίων η κατάσταση της υγείας είναι αρκετά σταθερή ώστε να χρειάζεται ελάχιστη υποστήριξη. Σχεδόν σε όλους αυτούς τους ασθενείς η νοσηλεία προσφέρεται αποκλειστικά από νοσηλεύτριες και νοσηλευτές και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχει κάποιου βαθμού συμμετοχή από συνοικιακούς γενικούς ιατρούς⁶³.

4.3 Ανάπτυξη της τεχνολογίας και κατ' οίκον νοσηλεία

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας είναι ένας παράγοντας που βοηθά την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας. Οι πρόοδοι οι οποίες έχουν επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στην ιατρική τεχνολογία δίδουν πλέον τη δυνατότητα στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα να αποφεύγουν την παρατεταμένη νοσηλεία στα νοσοκομεία. Ιατρικά μηχανήματα τα οποία ως και το πρόσφατο παρελθόν χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά σε νοσοκομεία και ιατρικά

κέντρα είναι σήμερα διαθέσιμα για χρήση και στο σπίτι. Η εξέλιξη των ιατρικών συσκευών, σε συνδυασμό με τις δυνατότητες που προσφέρουν οι τεχνολογίες της τηλεματικής, επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις την κατ' οίκον παρακολούθηση. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου και τη

συμμετοχή του ασθενούς στον έλεγχο της, ενώ εξασφαλίζει την παραμονή στο φιλικό περιβάλλον του σπιτιού του. Παράλληλα συμβάλλει στην εξοικονόμηση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων καθώς μειώνει σημαντικά τις επισκέψεις του ασθενούς στο νοσοκομείο⁶⁴



Εικ. 4.3. : Μηχάνημα που ελέγχει το ζάχαρο του αίματος, μπορεί κ μόνος του ο ασθενείς να το χρησιμοποιεί και μάλιστα έχει μνήμη για να αποθηκεύονται οι τιμές του ζαχάρου κάθε μέτρησης και έτσι ο γιατρός να μπορεί να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη.

⁶³ <http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>

⁶⁴ Μαρίνα Πετροπούλου, «Οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο», Εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ» 26/11/2000, Σελ.:56

Πρόκειται για μια σειρά «έξυπνα» μηχανήματα, μη επεμβατικά και σχεδιασμένα έτσι ώστε να παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας του ασθενούς χωρίς να διαταράσσουν τις συνθήκες του περιβάλλοντός του. Το ψηφιακό στηθοσκόπιο και πιεσόμετρο, ο ψηφιακός μετρητής της αρτηριακής πίεσης, ο μετρητής σακχάρου με υπέρυθρη ακτινοβολία, ο ηλεκτροκαρδιογράφος, το παλμικό οξύμετρο (μετράει το ποσοστό του οξυγόνου στο αίμα) είναι μερικά μόνο από τα ιατρικά μηχανήματα που σήμερα είναι διαθέσιμα για την κατ' οίκον παρακολούθηση.

Με τη βοήθεια των συσκευών αυτών ο γιατρός λαμβάνει τα δεδομένα μέσω σταθερού ή κινητού τηλεφώνου στην οθόνη του υπολογιστή του και παρακολουθεί ανά πάσα στιγμή την κατάσταση της υγείας των ασθενών του. Η χρήση εξελιγμένων πληροφοριακών συστημάτων «έμπειρα συστήματα» τα οποία εντοπίζουν πιθανή επιδείνωση της κατάστασης και σημαίνουν συναγερό δίδει τη δυνατότητα ταυτόχρονης παρακολούθησης μεγάλου αριθμού ασθενών από έναν γιατρό ελαχιστοποιώντας ως εκ τούτου τους απαιτούμενους πόρους.

4.4 Έκτακτες καταστάσεις

Όπως επισημαίνεται σε άρθρο το οποίο δημοσιεύτηκε πρόσφατα στην ιατρική επιθεώρηση «British Medical Journal» των **Ηλία Ιακωβίδη**, υπευθύνου ερευνητικών προγραμμάτων στις εφαρμογές πληροφορικής στην υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και **Andrew Balas**, καθηγητή Πολιτικής της Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Μισούρι, οι τεχνολογίες πληροφορικής στην υγεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την πρόληψη εκτάκτων καταστάσεων σε ασθενείς με αυξημένο ρίσκο, όπως καρδιοπαθείς, ή σε ανθρώπους με χρόνια νοσήματα, όπως οι διαβητικοί. Σύμφωνα με το άρθρο του «BMJ», μια σειρά κλινικές μελέτες έχει αποδείξει ότι η παρακολούθηση του ασθενούς στο σπίτι εξασφαλίζει τη συμμετοχή του στον έλεγχο της νόσου και ταυτόχρονα την εκπαίδευσή του για την καλύτερη αντιμετώπισή της. Το γεγονός αυτό έχει σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα και επιδρά θετικά στη γενική κατάσταση της υγείας. Όπως αναφέρεται, ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη και εντάχθηκαν σε προγράμματα παρακολούθησης του επιπέδου της γλυκόζης από απόσταση κατάφεραν να ελέγχουν πολύ καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με το παρελθόν⁶⁵.

Επισημαίνεται ότι η εφαρμογή προγραμμάτων παρακολούθησης από απόσταση μπορεί, μεταξύ των άλλων, να συμβάλει σημαντικά και στη συγκράτηση των δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας, τόσο μέσα από την ελαχιστοποίηση των μετακινήσεων του ασθενούς στο νοσηλευτικό κέντρο

⁶⁵Μαρίνα Πετροπούλου, «Οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο», Εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ» 26/11/2000, Σελ.:56

για εξετάσεις, όσο και από τη βελτίωση της υγείας του γενικότερα. Βεβαίως η εφαρμογή αναλόγων συστημάτων τηλεματικής απαιτεί επενδύσεις οικονομικών πόρων που, όπως φαίνεται, ακόμη δεν έχουν γίνει⁶⁶.

4.5 Κατ' οίκον νοσηλεία και πληροφορική

Ο καθηγητής Καρδιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και πρόεδρος του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛΙΚΑΡ) κ. Π. Τούτουζας επισημαίνει ότι μεγάλο μέρος του ιατρότεχνολογικού εξοπλισμού τείνει πλέον να απομακρυνθεί από τα νοσοκομεία και τα χέρια των γιατρών.

Ειδικότερα για τους καρδιοπαθείς ο καθηγητής εξηγεί ότι υπάρχουν πλέον συσκευές οι οποίες παρακολουθούν τον καρδιακό ρυθμό και τη γενικότερη κατάσταση της καρδιάς του ασθενούς χωρίς να είναι απαραίτητη η απομάκρυνσή του από το σπίτι. Οι πρόοδοι της τεχνολογίας και η εφαρμογή της πληροφορικής στην υγεία, σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων, έχουν μειώσει, σύμφωνα με τον κ.



Εικ. 4.4. : Μηχάνημα που ελέγχει την πίεση του ασθενή κ μπορεί να το χρησιμοποιεί μόνος στο σπίτι.

Τούτουζα, τη διάρκεια νοσηλείας και παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. «Οι τεχνολογικές πρόοδοι», επισημαίνει ο πρόεδρος του ΕΛΙΚΑΡ, «βοηθούν το γιατρό, τόσο ως προς τη διάγνωση, όσο και ως προς τη θεραπεία δίδοντάς του ανά πάσα στιγμή μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του ασθενούς». Βεβαίως ο κ. Τούτουζας υπογραμμίζει ότι σε περιπτώσεις πολύ σοβαρών περιστατικών, όπως το οξύ έμφραγμα, η ταχύτερη προσέλευσης του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη και μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια⁶⁷.

Ο κ. Ν. Παλληκαράκης, καθηγητής Ιατρικής Φυσικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Πατρών και πρόεδρος του Ινστιτούτου Βιοϊατρικής

⁶⁶ Μαρίνα Πετροπούλου, «Οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο», Εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ» 26/11/2000, Σελ.:56

⁶⁷ Μαρίνα Πετροπούλου, «Οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο», Εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ» 26/11/2000, Σελ.:56

Τεχνολογίας (INBIT), επισημαίνει ότι «η κατ' οίκον παρακολούθηση αποτελεί σίγουρα μια νέα πραγματικότητα η οποία βελτιώνει ουσιαστικά τις συνθήκες περίθαλψης των ασθενών επιτυγχάνοντας ταυτόχρονα μείωση του κόστους». Η πρακτική αυτή, η οποία έγινε δυνατή χάρη στην πρόοδο της βιοιατρικής τεχνολογίας και της τηλεματικής, αναμένεται, σύμφωνα με τον καθηγητή, να εξελιχθεί ραγδαία τα επόμενα χρόνια μέσα από την ανάπτυξη νέων βιοαισθητήρων (σ.σ.: μικρές συσκευές που μετρούν παραμέτρους, όπως θερμοκρασία και αγωγιμότητα δέρματος) και ολοκληρωμένων αυτόνομων συστημάτων υποστήριξης φυσιολογικών λειτουργιών⁶⁸.

Υπηρεσίες για την κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών έχουν αρχίσει σταδιακά να λειτουργούν και στη χώρα μας, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα διάγνωσης κάνοντας μια σειρά εξετάσεις (αίματος, ακτινογραφίες, ηλεκτροκαρδιογράφημα) με τη βοήθεια ιατρικών μηχανημάτων που υπάρχουν στο σπίτι του ασθενούς. Σε τακτά χρονικά διαστήματα και όταν ο ασθενής επισκέπτεται το ιατρείο καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό του φάκελο, ο οποίος περιέχει το ιστορικό του, τα πρόσφατα αποτελέσματα των εξετάσεών του και οποιοδήποτε άλλο νέο ιατρικό δεδομένο τον αφορά. Παράλληλα, με τη βοήθεια του Διαδικτύου, οι γιατροί είναι σε θέση να βλέπουν από απόσταση τα αποτελέσματα των εξετάσεων του ασθενούς και να προχωρούν σε διάγνωση ή γνωμάτευση. Η τηλεϊατρική προσφέρει τη δυνατότητα για δεύτερη διάγνωση από άλλους εξειδικευμένους επιστήμονες χρησιμοποιώντας δορυφορικές συνδέσεις ή το Διαδίκτυο . Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας βρίσκονται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο και παρέχουν τη δυνατότητα άμεσης ιατρικής επίσκεψης όταν αυτό κριθεί απαραίτητο, ενώ οι περισσότερες εξετάσεις πραγματοποιούνται στο σπίτι του ασθενούς⁶⁹.

4.6 Τα οφέλη της κατ' οίκον νοσηλείας

Τα οφέλη από την λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας, όπως αυτά έχουν καταγραφεί και αξιολογηθεί σε ήδη λειτουργούσες αντίστοιχες υπηρεσίες, είναι ότι :

⁶⁸ Μαρίνα Πετροπούλου, «Οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο», Εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ» 26/11/2000, Σελ.:56

⁶⁹ Μαρίνα Πετροπούλου, «Οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων στο σπίτι και όχι στο νοσοκομείο», Εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ» 26/11/2000, Σελ.:56

- Παρέχει στον ασθενή την δυνατότητα να παραμένει στο οικογενειακό του περιβάλλον με θετικές επιπτώσεις για την συναισθηματική και ψυχολογική του κατάσταση.
- Προσφέρει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή και την οικογένειά του με την εφαρμογή της θεραπείας, τις αλλαγές τραύματος, την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων, την διασύνδεση με άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες και την παροχή σωστής πληροφόρησης.
- Περιορίζει τις απουσίες από την εργασία, δίνοντας την δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν να εργάζονται, όσοι τουλάχιστον το επιθυμούν.
- Απελευθερώνει νοσοκομειακές κλίνες και κατά συνέπεια μειώνεται ο χρόνος και οι λίστες αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Το κόστος λειτουργίας των Υ.Κ.Ο.Ν είναι το 1/5 έως το 1/6 του νοσοκομειακού κόστους νοσηλείας⁷⁰.

Η κατ' οίκον νοσηλεία χαράζει νέους δρόμους στο τομέα της υγείας. Δίνει λύση σε πολλά προβλήματα τόσο των ασθενών όσο και του ίδιου του συστήματος Υγείας. Ο ασθενής με χρόνια νόσο βλέπει με «συμπάθεια» την κατ' οίκον νοσηλεία αφού του προσφέρει ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες στο ίδιο του το σπίτι κάνοντας τον να νιώθει άνετα. Το προσωπικό του περιβάλλον είναι πολύ σημαντικό για την πορεία της νόσου. Παραμένοντας στο σπίτι, δεν πιέζεται και δεν νιώθει άβολα. Επίσης αποφεύγει το συνωστισμό ή την επαφή του με άλλους χρόνιους ασθενείς που θα μπορούσαν να επιδράσουν αρνητικά στην ψυχολογία του βλέποντας τυχόν χειροτέρευση της νόσου του. Ο χρόνιος πάσχων ασθενής μπορεί να συνεργαστεί καλύτερα και παίρνει κι ο ίδιος πρωτοβουλίες ως αναφορά την νόσο του και τον τρόπο που θα την αντιμετωπίσει.

⁷⁰ <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pansyn/Praktika>

Κεφάλαιο Πέμπτο

Άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Στο πέμπτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας θα αναφερθούμε σε άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τον πάσχοντα να αντιμετωπίσει την νόσο που τον ταλαιπωρεί και να κάνουν την ζωή του καλύτερη. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που μπορούν οι αρμόδιοι να αναπτύξουν είναι πολλές, μερικές από αυτές είναι και οι παρακάτω.

Ενότητα 5.1 Παρηγορητική ιατρική

Η παρηγορητική ιατρική είναι μια νέα ειδικότητα που ασχολείται με τους ανίατους ασθενείς, κυρίως καρκινοπαθείς. Ωστόσο το αντικείμενο με το οποίο ασχολείται (η χρόνια/ ανίατη αρρώστια) είναι παλιό όσο και ο άνθρωπος. Η παρηγορητική ιατρική αναγνωρίστηκε ως ειδικότητα στη Βρετανία το 1987 και από τότε ο αριθμός των ξενώνων αλλά και των πανεπιστημιακών εδρών στην ειδικότητα αυτή αυξάνεται συνεχώς. Οι βασικές αρχές που διέπουν την παρηγορητική Ιατρική φαίνονται στον **πίνακα 1**

Πίνακας 1. Βασικές Αρχές.

- Έλεγχος συμπτωμάτων
- Αποτελεσματική επικοινωνία
- Λειτουργική αποκατάσταση
- Συνέχεια στην περίθαλψη- φροντίδα
- Φροντίδα στο τελικό στάδιο
- Υποστήριξη στο πένθος
- Εκπαίδευση
- Έρευνα

Ουσιαστικά πρόκειται για τα βασικά συστατικά της καλής κλινικής ιατρικής, ανεξάρτητα από την νόσο του πάσχοντος. Υπό το πρίσμα αυτό μπορούν να θεωρηθούν ως αρχές απαραίτητες για κάθε κλινική ειδικότητα⁷¹.

⁷¹ Δρ Αντώνιος Παπαγιάννης, «Γηριατρική & Παρηγορητική Ιατρική», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 90, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004, σελ. 86-91

Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ιατρικές που εστιάζουν το γνωστικό τους ενδιαφέρον σ' ένα οργανικό σύστημα, η παρηγορητική ιατρική αποτελεί σύνθετη ειδικότητα, που δίνει βάρος στη σφαιρική προσέγγιση του πάσχοντος (ο όλος οργανισμός και όχι τα μέρη του).

Η παρηγορητική ιατρική άπτεται όλων των προβλημάτων της κλινικής ιατρικής, τα οποία εκδηλώνονται πιο ανάγλυφα σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (χρόνιων πασχόντων). Η αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων των κατηγοριών αυτών από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό και η αποδοχή του ανθρώπου ως προσώπου, ανεξάρτητα από την νόσο που τον μαστιάζει ή το επίπεδο της συνείδησης του, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ασθενών. Σε τελευταία ανάλυση θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παρηγορητική ιατρική αποτελεί έκφραση μιας σωστής κλινικής πρακτικής που βάζει τον πάσχοντα άνθρωπο πάνω από την τεχνολογία και την απόλυτη επιστημονική γνώση. Αποτελεί αυτό που στη σύγχρονη γλώσσα ονομάζεται «ολιστική» ή καλύτερα «ολοκληρωμένη ιατρική». Ίσως αυτή να είναι και η κύρια αιτία της εμφάνισης αυτής της ειδικότητας, δηλαδή η βαθμιαία έκπτωση και ο κατακερματισμός της μίας κλινικής ιατρικής. Αν δεν υποκύψουν στον πειρασμό της αυστηρής και άκαμπτης επιστήμης, που τοποθετεί την τυχαιοποιημένη μελέτη πιο ψηλά από το ανθρώπινο πρόσωπο και το στατιστικό σύνολο πάνω από την ποιότητα της ζωής του κάθε συγκεκριμένου ασθενούς, Αυτός ο νέος κλάδος μπορεί να αποτελέσει πρότυπο σωστής ιατρικής πρακτικής και για τις άλλες κλινικές ειδικότητες⁷².

Ενότητα 5.2: Ο κοινωνικός λειτουργός και ο ρόλος του στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικού Σχεδιασμού. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σ' όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις (για καρκινοπαθείς, μαστεκτομείς γυναικών, νεοπλασίες σε παιδιά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά, ασθενείς με AIDS, νεφροπαθείς κ.ά.). Σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα Υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, ο Κοινωνικός Λειτουργός, στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα Υγείας, στη νοσηλευτική διεκπεραίωση του αρρώστου. Το επαγγελματικό

⁷² Δρ Αντώνιος Παπαγιάννης, «Γηριατρική & Παρηγορητική Ιατρική», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 90, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004, σελ. 86-91

επίκεντρο της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο, είναι η προσαρμοστική αλλαγή ανθρώπινων σχέσεων⁷³.

Ενδεικτικά, κατηγορίες περιστατικών, με τα οποία ασχολούνται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί:

- Ασθενείς με CA σε όλες τις ηλικίες.
- Παιδιά με νεοπλασίες.
- Απόπειρες αυτοκτονίας.
- Παραπληγικούς –τετραπληγικούς –άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Άγαμες μητέρες.
- Άτομα με νοσηρή παχυσαρκία.
- Νεφροπαθείς.
- Ρευματοπαθείς.
- Ασθενείς με AIDS.
- Κακοποιημένες γυναίκες.
- Παραμέληση – Κακοποίηση παιδιών.
- Ψυχιατρικοί ασθενείς.
- Αλλοδαποί.
- Ασθενείς στις χημειοθεραπείες –ακτινοθεραπείες.

Η αρρώστια είναι συχνά συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών, ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων. Αναγνωρίζεται διεθνώς ότι η αρρώστια δεν θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες ζωής.

Αποτελεί, πλέον, διεθνή παραδοχή, ότι η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει και κοινωνική βάση. Αυτός ο προσδιορισμός, που σχετίζει το βιολογικό μέρος με τις κοινωνικές συνθήκες της ζωής του ανθρώπου, δίνει διάσταση στην Κοινωνική Εργασία και την κάνει να παίζει βασικό ρόλο σ' αυτό που λέμε ύπαρξη συστήματος υπηρεσιών Υγείας, για την καλύτερη ποιότητα της ζωής του ανθρώπου και όχι μόνο για την καταπολέμηση της συγκεκριμένης ασθένειας, που μπορεί να έχει ο ασθενής και έρχεται στο Νοσοκομείο γι' αυτό το λόγο⁷⁴.

Ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογεί τα περιστατικά που παρουσιάζονται, διερευνώντας την οικογενειακή, οικονομική, κοινωνική και υγειονομική κατάσταση τους. Προσπαθεί να βρει τρόπους για να βοηθηθούν οι ασθενείς που έχουν ανάγκη από ψυχοκοινωνική βοήθεια και τους προτείνει ανάλογα προγράμματα ή τους παραπέμπει στους αρμόδιους.

⁷³ http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.asp

⁷⁴ http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.asp

Ενότητα 5.3 : Ο ρόλος του ιερέα

Μπορούμε να δούμε ότι σε κάθε νοσοκομείο υπάρχει , είτε μέσα είτε στον εξωτερικό του χώρο, ναός για να μπορούν οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους να έχουν που να προσευχηθούν και να αναζητήσουν παρηγοριά και κουράγιο. Είναι πολύ σημαντικό και αποτελεί μέρος του χαρακτήρα και του ψυχισμού κάθε ασθενή το που πιστεύει και το να μπορεί να το εκφράζει ελεύθερα αλλά και να έχει την δυνατότητα πρόσβασης σε ένα ιερό χώρο. Μεγάλο έργο προσφέρει ο ιερέας που τοποθετείται σε ένα τέτοιο χώρο, όπως αυτός του νοσοκομείου.

Ας μου επιτραπεί να καταθέσω την προσωπική μου εμπειρία, μια και βρέθηκα σε χώρο νοσοκομείου ως ασθενής για εγχείρηση αφαίρεσης χολής λόγω χολολιθίασης. Εκτός από το πόσο με εντυπωσίασε η συμπεριφορά των νοσοκόμων που εξισορροπούσαν την συμπεριφορά των καλών με πολλές φορές απρόσιτων ιατρών, ένα άλλο πρόσωπο μου κίνησε το ενδιαφέρον και έχει χαραχθεί μέσα στο μυαλό μου σαν κάτι πολύ θετικό και το θεωρώ πλέον ένα πολύ σημαντικό μέρος της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κάθε ασθενούς. Αυτό το πρόσωπο ήταν ο ιερέας του νοσοκομείου και εφημέριος του ναού του νοσοκομείου των Αγίων Ταξιάρχων. Μέσα στην άσχημη ψυχολογία και το βαρύ κλήμα του νοσοκομείου υπήρχε μια μορφή που ακούραστη έμπαινε και έβγαινε από τους θαλάμους, μιλούσε σε όλους τους ασθενείς, χαιρετούσε με χαμόγελο και μοίραζε κουράγιο από το πιο ελαφρύ περιστατικό μέχρι το πιο βαρύ. Ήμουν καινούρια στο θάλαμο, γι' αυτό ρώτησα τις ασθενείς που ήταν εκεί για τον ιερέα, μου είπαν με μεγάλη χαρά ότι επισκέπτεται όλους τους θαλάμους του νοσοκομείου και όλες τις κλινικές που υπήρχαν εκεί δύο φορές την ημέρα. Μου περιέγραψαν ότι όχι μόνο βοηθά τους ασθενείς με το να τους ενισχύσει ψυχολογικά και να τους δίνει κουράγιο να αντεπεξέλθουν στην δυσκολία της νόσου αλλά βοηθά και ψυχολογικά το προσωπικό να αντέχει την πίεση και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε κάθε περιστατικό. Δεν επέλεγε να πηγαίνει μόνο σε αυτούς που πίστευαν αλλά αδιακρίτως σε όλους τους ασθενείς ακόμα κι αν δεν ήταν πιστοί στην θρησκεία που αντιπροσώπευε.

Η σκέψη που μου ήρθε στο μυαλό ήταν ότι αυτό είναι άλλος ένας τρόπος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και μάλιστα είναι λιγότερο γνωστός αν και πολύ σημαντικός. Ο κάθε άνθρωπος έχει τα πιστεύω του, εμείς στην Ελλάδα έχουμε τον Ορθόδοξο Χριστιανισμό που είναι παντού και πάντα παρόν σε κάθε ανάγκη του λαού μας.

Αν και δεν είναι ευρέως γνωστή η συνεισφορά του ορθοδόξου ελληνικού πνεύματος στο τομέα της υγείας δεν πρέπει να παραληφθεί. Ακόμα κι αν δεν ήταν γνωστή ως «ψυχοκοινωνική υποστήριξη» μπορούμε να την εντοπίσουμε από πολύ παλιά στην Βασιλειάδα της Καισάρειας τον 4^ο αιώνα μ.Χ. και αργότερα στο νοσοκομείο του Αγίου Σαμψών του Ξενοδόχου(6^ο αιώνας) και στο νοσοκομείο της Μονής Παντοκράτορος στην Κωνσταντινούπολη, όπως και σε άλλα αντίστοιχα ιδρύματα του βυζαντίου⁷⁵.

⁷⁵ Δρ Αντώνιος Παπαγιάννης, «Γηριατρική & Παρηγορητική Ιατρική», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 90, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004, σελ. 86-91

Παρόμοια κέντρα για την ανακούφιση των ανιάτων ασθενών αναπτύσσονται στην μεσαιωνική δύση αρχικά και πάλι όμως από μοναχικά τάγματα.

Η αρχή της υπάρξεως Ιερού Ναού και Κληρικών μέσα στο Νοσοκομείο έχει πνευματικές ρίζες και ιστορική ιδρυτική παρουσία. Η θεωρητική τοποθέτηση, στην οποία στηρίζεται ο θεσμός, προηγήθηκε των γεγονότων και περιλαμβάνει δύο αρχές, τις οποίες η Ιατρική, από τα πολύ παλαιά χρόνια, αποδέχεται ανεπιφύλακτα: την ανάγκη ενιαίας αγωγής υγείας ψυχής και σώματος. τη συνεργασία ιατρικής και θείας αντιλήψεως στη θεραπεία του αρρώστου.

Στην πρακτική εφαρμογή η σύνδεση ιερέως ιατρού, ναού και θεραπευτικού κέντρου ανάγεται ήδη στα Ασκληπιεία (7ος αιώνας π.Χ.). Συνεχίστηκε στη χριστιανική εποχή στην άσκηση της ιατρικής από τους αγίους ιατρούς και τις άγιες ιατρίνες (1ος-4ος αιώνες) κατ' εξοχή δε στη συγκρότηση και λειτουργία των βυζαντινών Νοσοκομείων (4ος-15ος αιώνες) ή των ευαγών οίκων. Με νεαρές διατάξεις και κανόνες καθορίζεται η ανέγερση Ναού στα νοσηλευτικά Ιδρύματα και ο διορισμός εμμίσθων ιερέων για τους ασθενείς, καθώς και ιερέως κηδείας⁷⁶.

Η σχέση ιατρού και Εκκλησίας κατά τους βυζαντινούς χρόνους περιλαμβάνει τη δυνατότητα συνυπάρξεως των δύο ιδιοτήτων στο αυτό πρόσωπο, τη διάκριση του ιερέως από τον ιατρό ως επαγγελματία, τον προσδιορισμό υπό της Εκκλησίας των χαρακτηριστικών του καλού ιατρού.

5.3.1 Η συνεργασία ιατρικής και θείας αντιλήψεως

Διαχρονικώς αναγνωρίζεται από τους ιατρούς, και τους φιλοσόφους η δημιουργική, νομοθετική, εξυγιαντική και θεραπευτική επενέργεια του θείου στη δημιουργία, στη φύση και στην ανθρώπινη φυσιολογία και παθολογία (Ηράκλειτος ο Εφέσιος, Ιπποκράτης, Πλάτων, Αριστοτέλης, Πλίνιος, Αρεταίος ο Καππαδόκης, Μιχαήλ Ψελλός, Ρογήρος Βάκων, Καρτέσιος, Θωμάς Σύντενχαμ, Κάρολος Λινναίος, Διονύσιος Πύρος, Αλέξης Καρρέλ, Γεώργιος Παπανικολάου).

Ο Ιπποκράτης θεωρεί την ιατρική επιστήμη «θεοπρεπή» (άξια του Θεού, θαυμάσια) και συμπεραίνει ότι «οι πρώτοι ευρώντες ωθήθησαν αξίην την τέχνην Θεώ προσθείναι (να ανατεθεί στο Θεό) ως και νομίζεται». Γνωρίζει ότι το θείο παρέχει εξυγιαντική ενέργεια, επειδή «τα μέγιστα των αμαρτημάτων και ανοσιώτατα το θείον έστι το καθαίρον και αγνίζον και ρύμμα (αποκαθαρισμός) γινόμενον ημίν». Στις διάφορες παθήσεις η ιατρική σέβεται τους Θεούς. «Ευρίσκεται τα πολλά προς θεών εντίμως κειμένη η ιητρική, οι δε ιητροί θεοίσι παρακεχωρήκασι (οι ιατροί παραμερίζουν προ των Θεών)». Η σύνδεση ανθρωπίνης και θείας ιάσεως «υγιανεί τον βίον και εύρηταί μοι δίαίτα ξυν τοίσι θεοίσι». Παράλληλα με τις ανθρώπινες προσπάθειες «δει και αυτών (τον ασθενή) ξυλλαμβάνοντα (συνεργαζόμενο) τους θεούς επικαλέεσθαι»⁷⁷.

Η δια θείας δυνάμεως θεραπευτική επέμβαση ομολογείται ήδη από τις επιγραφές των Ασκληπιείων. Σε «επιγραφή ιαμάτων» στο Αμφιάραιο Ωρωπού

⁷⁶ http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html

⁷⁷ http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html

αναφέρεται ότι «ο Θεός καλώς επιμελείται των αφικνουμένων Αθηναίων εις το Ιερόν εφ' υγεία και σωτηρία πάντων των εν τη χώρα». Ο Όμηρος μνημονεύει ότι σε λοιμό, ο οποίος έπληξε το στρατόπεδό τους, οι Αχαιοί απευθύνονται σε ιερέα. Ο ιατρός Ερυμίμαχος, κατά τον Πλάτωνα, αναγνωρίζει από την ιατρική του πείρα τη θαυμαστή ιαματική επένεργεια του Θεού. Ο Αριστοτέλης αποδέχεται υπέρ φύσιν «θείαν ευτυχίαν», ως τρόπον ίασεως, και απλώς «ευτυχίαν», όταν η ίαση έχει λογικοφανή ερμηνεία. Ο Αρεταίος Καππαδόκης φρονεί ότι το υπέρτατο Όν ίσταται υπεράνω της ανθρωπίνης ιατρικής δυνατότητας. Τις δύσκολες ιατρικές περιπτώσεις, «τα μείζονα πάντα, κώνται μούνοι Θεοί (θεραπεύσουν μόνον οι Θεοί)». Ο στοχαστικός χριστιανός φιλόσοφος Ερμάς (1ος αιώνας) συνδέει τη σωματική από τον Θεό ίαση με την ψυχική κάθαρση του ασθενούς, «εάν ίδη την καρδίαν του μετανοούντος καθαράν». Ο φιλόσοφος και μάρτυς Ιουστίνος θεωρεί τα υπέρ φύση ιάματα «κατά θείαν δύναμιν» ως ακατανόητα από την ανθρωπίνη λογική. Ο Αυγουστίνος, αναφερόμενος στον Ασκληπιό, πιστεύει ότι το θείο ενεργεί θεραπευτικά είτε καθ' εαυτό, είτε μέσω της ιατρικής επιστήμης. Ως προς θαυματουργικές ίασεις, αυτές τις διαχωρίζει από τις περιπτώσεις θεραπείας ασυνήθιστης ή σπανίας. Ο Αρχίατρος του Ιουστινιανού Αέτιος Αμιδηνός επικαλείται στις ιατρικές του πράξεις τη θεία αντίληψη: «Κύριε Ιησού Χριστέ (οδήγησε ... ηγού αμήν)». Ο Επιφάνιος Κύπρου αναφέρεται στη θεραπευτική δύναμη «του αλεξητήρος (υπερασπιστού) ημών και αληθούς ιατρού Θεού», εξηγώντας ότι «Ιησούς κατά την εβραϊκήν διάλεκτον θεραπευτής καλείται, ήτοι ιατρός και σωτήρ». Ο Όσιος ιατρός και ιερέυς Σαμψών ο Ξενοδόχος θεράπευσε τον Ιουστινιανό, ο οποίος έπασχε από κακώθες νόσημα της ουροδόχου κύστεως, «τη ιατρική τέχνη ομού μετά της Χάριτος». Ο Μιχαήλ Ψελλός σημειώνει τη στροφή του ασθενούς προς το θείο με σκοπό «ως τετυχήκοι θειότερας ίασεως». Θεωρεί τις δεήσεις ως τρόπον ενιαίας αγωγής και προληπτικής ιατρικής: «αποτρόπαια του νοσήματος εποιήσατο, ίλασμοίς χρησάμενος και ναών τοις Αναργύροις αυτού λαμπρόν εδομήσατο». Τον 17ο αιώνα, στο Λονδίνο, ο Χίος ιατρός και χημικός του βασιλέως Καρόλου Β' Κωνσταντίνος Ροδοκανάκης σε επιδημία πανώλους συνιστούσε «το ιατρικόν αλεξιάκον το πνεύμα του άλατος» κα προέτρεπε δεήσεις εις τον Ύψιστον, όπως απομακρύνει την μάστιγα».

Η θαυματουργική ιατρική εκφράζεται από τους αγίους Αναργύρους ιατρούς, άνδρες και γυναίκες, όπως οι Λουκάς, Κοσμάς και Δαμιανός, Παντελεήμων, Ζηναίς και Φιλονίλα, Ερμιόνη κ.ά., οι οποίοι είναι προστάτες και προστάτιδες της ιατρικής και των ειδικοτήτων της⁷⁸.

⁷⁸ http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html

5.3.2 Οι πρώτες συνδέσεις Ναού και Θεραπευτικού Κέντρου

Τα Ασκληπιεία θεωρούνται ως ο πρώτος συνδυασμός ιερού και θεραπευτικού τόπου, όπου επιδρούσαν: «Θεός, τύχη αγαθή, ιάματα του Απόλλωνος και του Ασκληπιού». Οι Ασκληπιάδες είχαν την ιδιότητα ιερέως και ιατρού, παρείχαν δε ιατρική θεραπεία και ψυχοσωματική αγωγή μέσα σε ωραίο φυσικό περιβάλλον, υγιεινό κλίμα, ψυχαγωγία και λατρεία. Η κάθαρση δια των λουτρών και η εγκοίμηση με τη θέα ονείρου αποτελούσαν μέρος του τελετουργικού της θεραπείας. Στα ιδρύματα αυτά ελάμβανε χώρα και η εκπαίδευση των νέων ιατρών.

Στα πρώτα χριστιανικά χρόνια, οι αδελφές Ζηναΐς και Φιλονίλα, και η Ερμιόνη, κόρη του διακόνου Φιλίππου, ιατροί Ανάργυροι και οι τρεις, συνδύασαν τη συνύπαρξη νοσηλευτικού χώρου και λατρευτικού τόπου. Οι πρώτοι υποτυπώδεις νοσοκομειακοί σχηματισμοί δημιουργούνται από τις Ζηναΐδα και Φιλονίλα (1ος αιώνας), από την Ταρσό της Κιλικίας και συγγενείς του Αποστόλου Παύλου, οι οποίες ίδρυσαν σπήλαιο-νοσοκομείο στη Δημητριάδα της Μαγνησίας. Έχουν μείνει γνωστές με τον χαρακτηρισμό «φίλοι της ειρήνης». Στον κοινοβιακό αυτό χώρο, μαζί με τις άγιες ιατρίνες, συγκαταβίωναν και άνδρες μοναχοί-νοσηλευτές. Ακολουθεί η ανάργυρη ιατρός Ερμιόνη (1ος-2ος αιώνας), η οποία ίδρυσε το πρώτο πανδοχείο-νοσοκομείο στην Έφεσο, όπου με την κατά Χριστό πίστη παρείχε ιάματα ψυχής και σώματος δωρεάν. Το ίδρυμα αυτό απετέλεσε το πρότυπο των βυζαντινών Ξενώνων και Νοσοκομείων. Νοσηλευτικά κέντρα εγκατέστησαν και οι Ανάργυροι στρατιωτικοί ιατροί Κύρος και Ιωάννης (3ος αιώνας), από την Αλεξάνδρεια και την Έδεσσα της Συρίας αντιστοίχως, σε μία Μονή στον Αραβικό Κόλπο. Ο άγιος ιατρός και φιλόσοφος Διομήδης (3ος αιώνας) δημιούργησε την πρώτη κλινική στη Νίκαια της Βιθυνίας και ο άγιος ιατρός Θαλλέλαιος (3ος αιώνας) την πρώτη οικία – αναρρωτήριο στη Φοινίκη του Λιβάνου. Νοσοκομείο ιδρύθηκε και από τον Εφραίμ τον Σύρο στην Έδεσσα της Μεσοποταμίας.

Κατά τη βυζαντινή περίοδο δημιουργούνται πλήρως οργανωμένα Νοσοκομεία με Ναό, κρατικά όπως ο Ξενώνας του Σαμψών, ιδιωτικά όπως το Πτωχοτροφείο του Μιχαήλ Ατταλειάτη, μοναστηριακά, όπως της Μονής του Παντοκράτορος, εκκλησιαστικά όπως η Βασιλειάδα του Μ. Βασιλείου. Στα Νοσοκομεία αυτά, εκτός των ιατρών και των ιατρίνων, εμφανίζεται για πρώτη φορά και ο θεσμός των αδελφών νοσοκόμων.

Στη χριστιανική Δύση, η αγία Φαβιόλα ιδρύει το πρώτο Νοσοκομείο στη Ρώμη, ενώ στην Αναγέννηση εμφανίζονται οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα πρόδρομοι των νεωτέρων⁷⁹.

Το συναγόμενο συμπέρασμα είναι ότι η παρουσία του Ναού και του εφημερίου ιερέως μέσα στο Νοσοκομείο υπήρξε απ' αρχής συνδεδεμένη με την ανάγκη περιθάλψεως των αρρώστων. Τούτο θα εκφράσει ως ιατρικό γνωμικό ο Πέτρος Ηπίτης, από τους πρώτους Καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Οθώνειου (1837) και μετέπειτα Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών:

⁷⁹ http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html

Ὁ ἰατρός και ο πνευματικός ηνωμένοι, ως ἀδελφοί, να κοιτάξουν τους πάσχοντας με την δυνατή επιμέλεια και φιλανθρωπία και να τους παρηγορήσουν⁸⁰. Ο νοσοκομειακός εφημέριος υπήρξε το σύμβολο και το μέσο της παρουσίας του Θεού για τη βοήθεια της ψυχοσωματικής υγείας του ασθενούς, στην οποία βασίζεται η θεραπευτική αγωγή. Ο νοσοκομειακός ιερέας, ο οποίος γνωρίζει και παρακολουθεί το έργο υγείας που επιτελείται σε κάθε ασθενή, μπορεί να μεταγγίσει στο έργο αυτό την απαραίτητη στην ιατρική τέχνη θεία Χάρη, προ πάντων σήμερα που οι άμεσοι και έμμεσοι φορείς της τέχνης αυτής επικαλούνται γενικώς από ελάχιστα έως και καθόλου. Ο ιερέας παρέχει ακόμη την ελπίδα στον πόνο, αποτελεί παρηγορητικό παράγοντα της φιλανθρωπίας του Θεού προς τον πάσχοντα και είναι οπωσδήποτε αυτός ο οποίος μπορεί να εξασφαλίσει την πνευματική υγεία τού δια μέσου πολλών κακουχιών διερχομένου οδοιπόρου προς την Βασιλεία των Ουρανών⁸⁰.

⁸⁰ http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html

Κεφάλαιο Έκτο

Η γνώμη ασθενών για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Τίποτα όμως από αυτά που λέγονται παραπάνω δεν μπορούν να αποδειχτούν καλύτερα από το να μας δώσουν οι ίδιοι οι ασθενείς την γνώμη τους για όλο αυτό που τους συμβαίνει και για το πώς και τι τους βοηθά ή τι θέλουν αυτοί οι ίδιοι να τους βοηθήσει.

Στην αναζήτηση στοιχείων για την εργασία αυτή βρέθηκε μια έρευνα πιλότος σχετικά με τις πηγές κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών με καρκίνο μαστού καθώς επίσης και με την αποτελεσματικότητα των πηγών αυτών στην υποστήριξη των ασθενών. Αυτή η έρευνα παρουσιάζεται παρακάτω μια και παρουσιάζει την γνώμη των ασθενών και βοηθά να καταλάβουμε πως νιώθουν και ποιες είναι οι ανάγκες τους.

Ενότητα 6.1 : «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας

Για πολλές ασθενείς με καρκίνο του μαστού η θεραπεία και τα αποτελέσματα της έχουν πολλές ψυχολογικές επιπτώσεις στις ίδιες και στις οικογένειές τους. Συχνά έχουν την εμπειρία δυσάρεστων επιδράσεων από την θεραπεία , αβεβαιότητα για τη φύση, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου, μειωμένη ικανότητα ελέγχου της ζωής τους, εξάρτηση από τους άλλους και αναστάτωση της οικογενειακής και κοινωνικής τους ζωής.

Την τελευταία εικοσαετία , έχουν γίνει συστηματικές μελέτες ως προς τη δυνατότητα των διαπροσωπικών σχέσεων να απαλύνουν την ένταση και να βοηθήσουν τις ασθενείς αυτές.

Πολλές μελέτες τονίζουν ότι η συναισθηματική υποστήριξη κατά την περίοδο της διάγνωσης προοιωνίζει την απουσία συναισθηματικής κατάθλιψης και μακροζωία, όπως και τη σημασία της καλής ενδοοικογενειακής επαφής στη γενικότερη κατάσταση της ασθενούς. Ανάλογες μελέτες θεωρούν την κοινωνική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο μαστού ως μια διαπροσωπική ανταλλαγή που εμπεριέχει ένα ή περισσότερα στοιχεία από τα ακόλουθα⁸¹ :

- Συναισθηματικό ενδιαφέρον
- Πρακτική βοήθεια
- Πληροφορίες σχετικά με το περιβάλλον
- Αποτίμηση.

⁸¹ Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Με βάση τα προαναφερθέντα, σκοπός της παρούσης έρευνας- πιλότου ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών, καθώς και της συναισθηματικής υποστήριξης που ζητούν και τους παρέχει τόσο το οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και το προσωπικό της υγειονομικής μονάδας στην οποία νοσηλεύονται⁸²

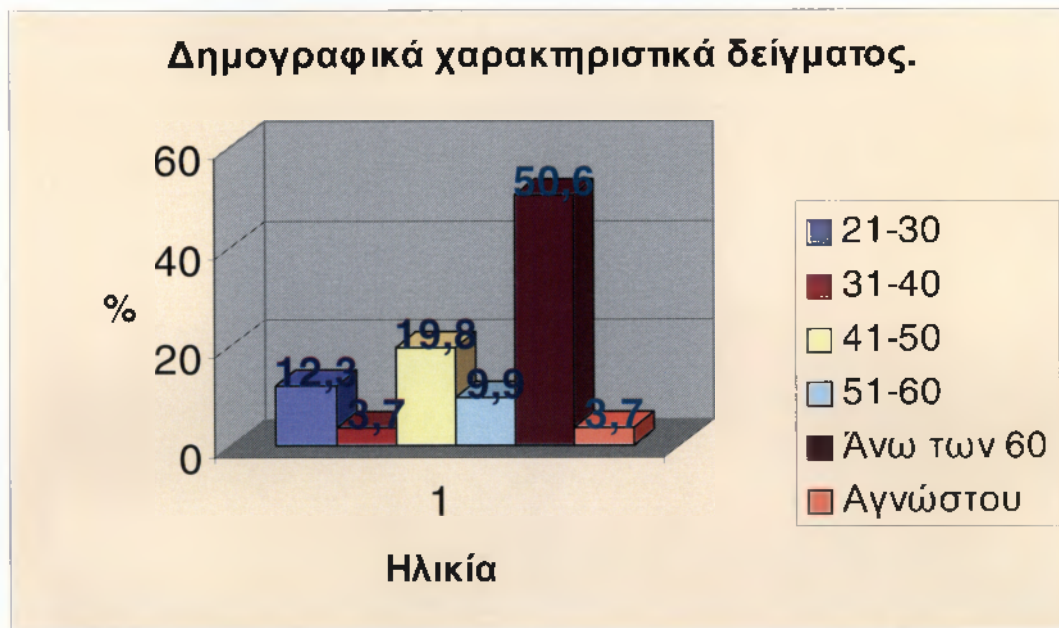
Στην έρευνα συμμετείχαν 81 ασθενείς. Όλες ήταν γυναίκες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον **πίνακα 1**.

Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος		
Ηλικία	N	%
21-30	10	12.3
31-40	3	3.7
41-50	16	19.8
51-60	8	9.9
Άνω των 60	41	50.6
Άγνωστου	3	3.7
=====	=====	=====
Εκπαίδευση	N	%
Αναλφάβητοι	2	2.5
Δημοτικό	18	22.2
Γυμνάσιο-Λύκειο	30	37
Ανωτέρα-Ανωτάτη	28	34.6
Άγνωστη	3	3.7
=====	=====	=====
Επάγγελμα	N	%
Οικιακά	18	22.2
Εργάτες- Αγρότες	5	6.2
Υπάλληλοι	9	11.1
Ελεύθ. Επαγγελματίες	21	25.9
Συνταξιούχοι	25	30.9
Άγνωστο	3	3.7
=====	=====	=====
Οικογεν. Κατάσταση	N	%
Άγαμες	14	17.3
Έγγαμες	56	69.1
Διαζευγμένες	4	4.9
Χήρες	6	7.4
Άγνωστο	1	1.2

⁸² Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Η πλειοψηφία των ασθενών (79%) κατοικεί στην Αττική. Μόνο το 21% των ασθενών κατοικεί εκτός Αττικής.

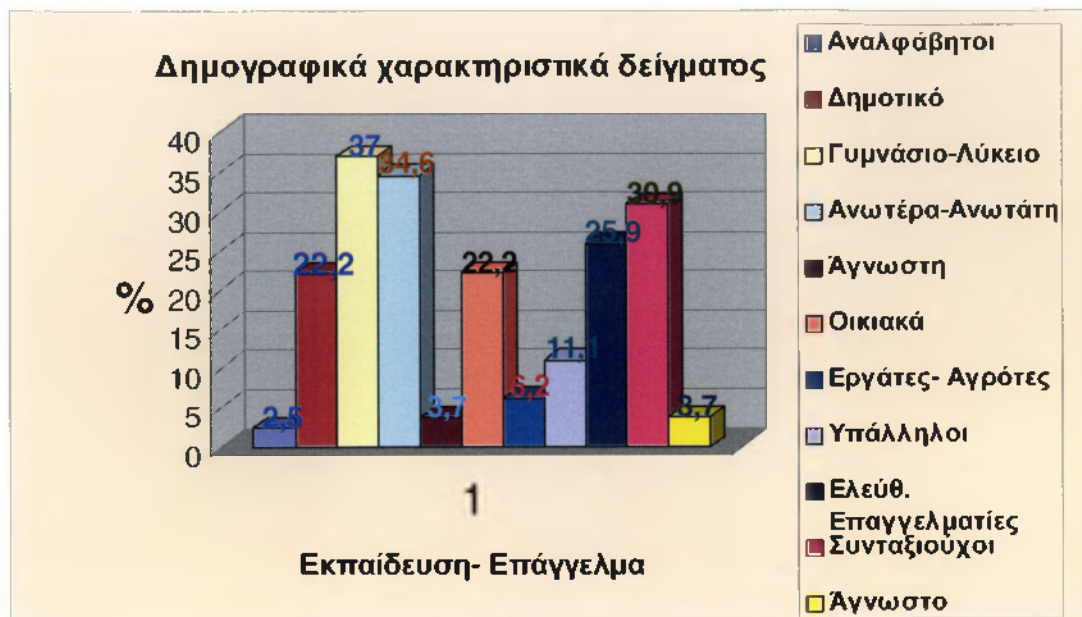
Η πλειονότητα των περιπτώσεων, δηλαδή το 50.6% είναι ασθενείς ηλικίας άνω των 61 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 19.8% γυναίκες ηλικίας από 41 έως 50 ετών. Τρίτη κατά σειρά βρίσκουμε την ηλικιακή κατηγορία 21-30 με 12,3%, τέταρτη ασθενείς 51 μέχρι 60 με 9,9% και τελευταία ασθενείς 31 έως και 40 ετών με ποσοστό 3,7%⁸³. **Γράφημα πίνακα 1 Ηλικία:**



Ως προς την εκπαίδευση, το 37% των ασθενών έχουν πάει γυμνάσιο-Λύκειο, και ακολουθούν της Ανωτέρας και ανώτατης εκπαίδευσης με ποσοστό 34.6%, εργάτες- αγρότες με ποσοστό 6.2%⁸⁴. **Γράφημα πίνακα 1. Εκπαίδευση:**

⁸³Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

⁸⁴Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27



Από πλευράς οικογενειακής κατάστασης έγγαμες ήταν το 69.1% των ασθενών αυτών. Έπονται οι άγαμες με ποσοστό 17.3%, ακολουθούν οι χήρες με 7.4% και τέλος οι διαζευγμένες με ποσοστό 4,9%⁸⁵.



⁸⁵ Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

6.1.1 Αποτελέσματα

Για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων πρέπει να τονιστεί ότι ,από τις γυναίκες αυτές που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, δεν γνώριζαν την κατάσταση τους οι 15, ποσοστό 18,5%, ενώ την γνώριζαν οι 66, δηλαδή 81.5%. Για το λόγο αυτό , οι απαντήσεις διαφέρουν. Για παράδειγμα , ορισμένες, όπως θα δούμε παρακάτω, στην ερώτηση πόσο σας απασχολεί το πρόβλημα υγείας σας , απάντησαν καθόλου, διότι θεωρούσαν ή πίστευαν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα⁸⁶.

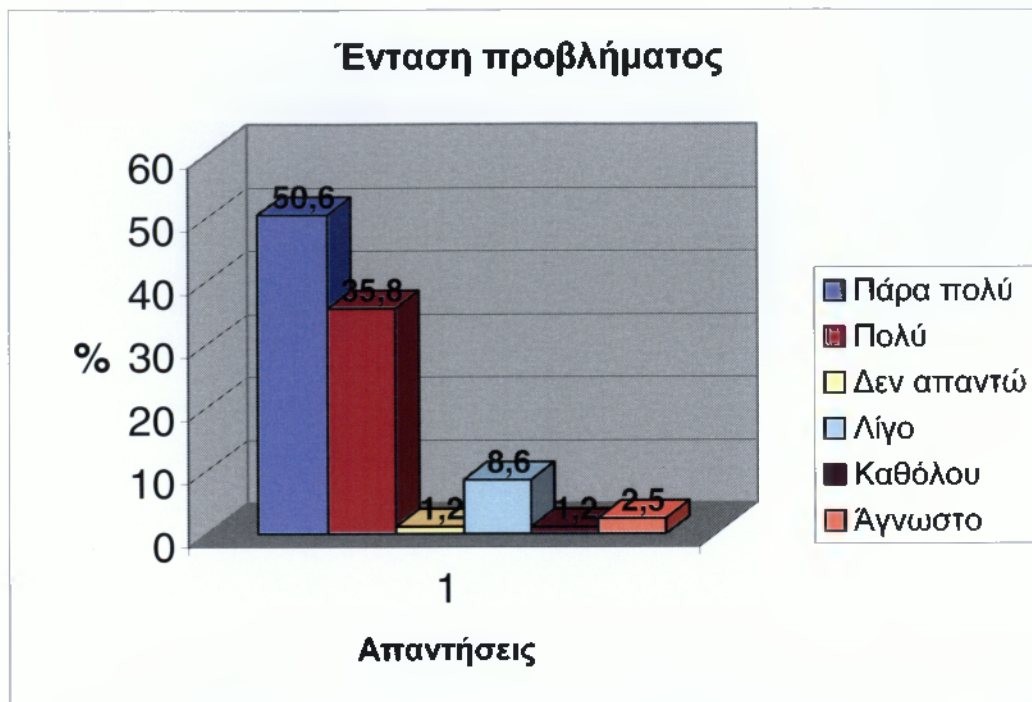
Με δεδομένο λοιπόν τον περιορισμό αυτό, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν την ακόλουθη εικόνα. Όσον αφορά το βαθμό στον οποίο τις απασχολεί το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν , η συντριπτική πλειονότητα απάντησε ότι την απασχολεί πολύ, 86.4%. Το 8.6% απάντησε «λίγο» και το 1.2% «καθόλου» όπως φαίνεται και στον **πίνακα 2**⁸⁷.

Πίνακας 2 : Ένταση προβλήματος		
Απαντήσεις	%	Αριθμός απαντήσεων
Πάρα πολύ	50,6	41
Πολύ	35,8	29
Δεν απαντώ	1,2	1
Λίγο	8,6	7
Καθόλου	1,2	1
Άγνωστο	2,5	2
Σύνολο	100	81

⁸⁶Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

⁸⁷Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Γράφημα πίνακα 2.



Σε ερώτηση που αφορούσε τα κύρια προβλήματα που απασχολούν τις ασθενείς σε σχέση με τη νόσο τους, ήταν η επανεμφάνιση της νόσου 33%, ο φόβος του θανάτου 23.5% και το είδος των θεραπειών τους 18.5% όπως φαίνεται στον **πίνακα 3**⁸⁸.

Πίνακας 3 : Στοιχεία που Προκαλούν την Ένταση ως προς το Πρόβλημα Υγείας

Στοιχεία	%	Αριθμός απαντήσεων
Επανεμφάνιση της νόσου	33,3	27
Φόβος θανάτου	23,5	19
Είδος θεραπείας και συνέπειες	18,5	15
Άλλο	19,8	16
Άγνωστο	4,9	4
Σύνολο	100	81

⁸⁸Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Γράφημα πίνακα 3.



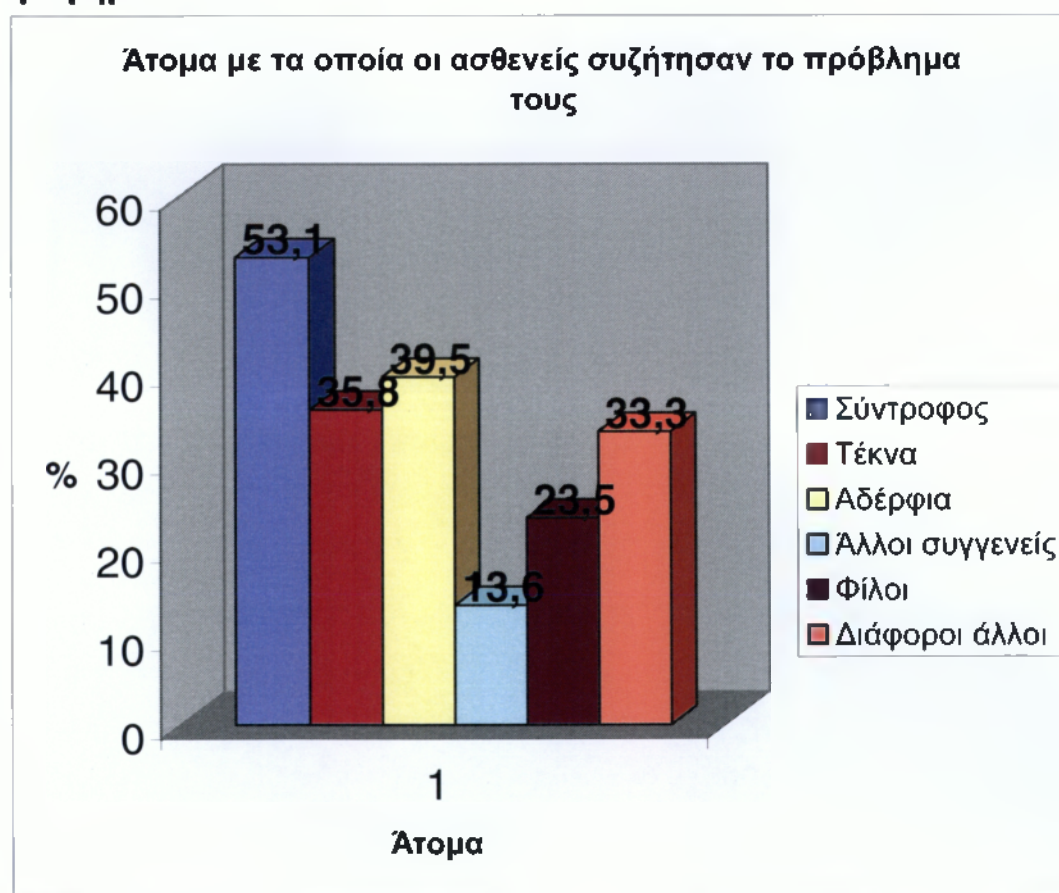
Τα υπόλοιπα στατιστικά δεδομένα αφορούσαν τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα δίκτυα υποστήριξης των ασθενών. Το 91% των ασθενών θεωρούσε ότι το περιβάλλον τους προσπαθούσε να τις βοηθήσει να ξεπεράσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, προσφέροντας κυρίως ηθική και συναισθηματική βοήθεια 49.4%, με τη συνεχή παρουσία κοντά τους 20% και με τη βοήθεια στις διάφορες δουλειές 11%. Επίσης, το 80% των ασθενών θεωρεί την προσφερόμενη βοήθεια ως αυτή που εκείνες αισθάνονται αναγκαία.

Η πλειοψηφία των ασθενών 53% νιώθει την ανάγκη να συζητά το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Τέτοιες συζητήσεις κάνει με το σύντροφό του 53%, τα παιδιά του 36% , τα αδέρφια του 40%, άλλους συγγενείς 14%, φίλους 23% και διάφορους άλλους 33% , στους οποίους περιλαμβάνεται και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. **(πίνακας 4).**⁸⁹

⁸⁹ Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Πίνακας 4 : Άτομα με τα οποία οι ασθενείς συζήτησαν το πρόβλημα τους		
Άτομα	%	Αριθμός απαντήσεων
Σύντροφος	53,1	43
Τέκνα	35,8	29
Αδέρφια	39,5	32
Άλλοι συγγενείς	13,6	11
Φίλοι	23,5	19
Διάφοροι άλλοι	33,3	27
Σύνολο	100	81⁹⁰

Γράφημα πίνακα 4

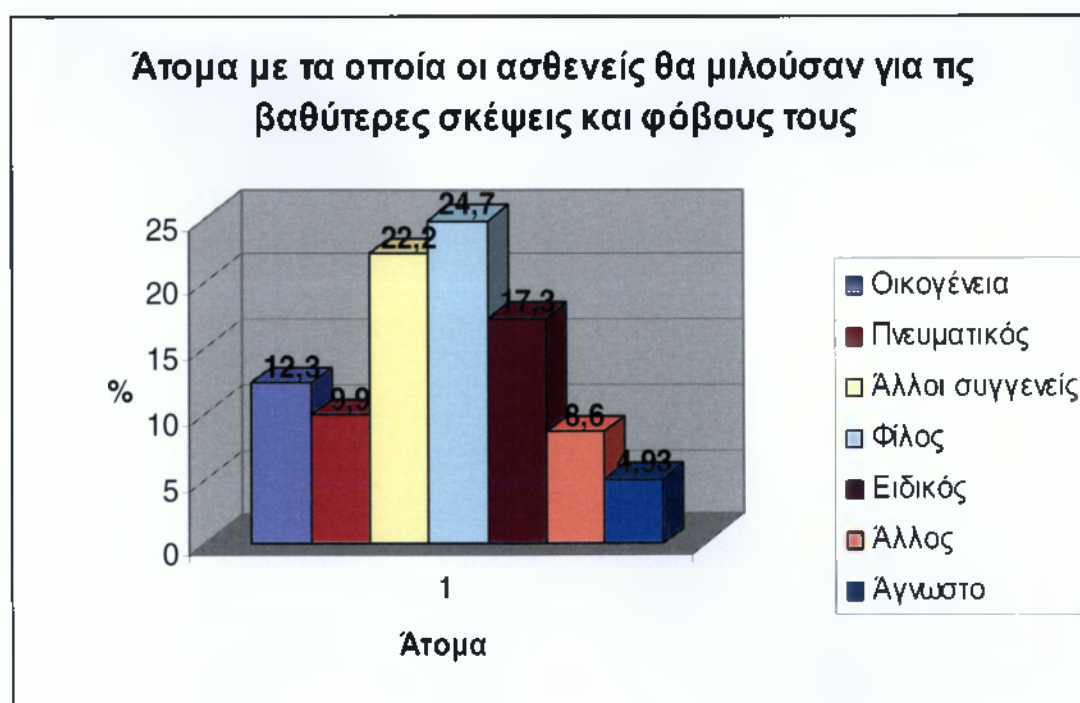


⁹⁰ Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Το 44,5% ανέφερε ότι θα μιλούσε για τις βαθύτερες σκέψεις ή φόβους του στην οικογένεια, στον πνευματικό και άλλους συγγενείς. Σε φίλους 25% και σε ειδικό σε θέματα ψυχολογικής υποστήριξης 17%, ενώ το 27% θεωρεί ότι η βοήθεια που έχει περισσότερο ανάγκη είναι η ψυχολογική υποστήριξη (πίνακας 5 και πίνακας 6, αντίστοιχα)⁹¹.

Πίνακας 5: Άτομα με τα οποία οι ασθενείς θα μιλούσαν για τις βαθύτερες σκέψεις και φόβους τους.		
Άτομα	%	Αριθμός απαντήσεων
Οικογένεια	12,3	10
Πνευματικός	9,9	8
Άλλοι συγγενείς	22,2	18
Φίλος	24,7	20
Ειδικός	17,3	14
Άλλος	8,6	7
Άγνωστο	4,93	4
Σύνολο	100	81

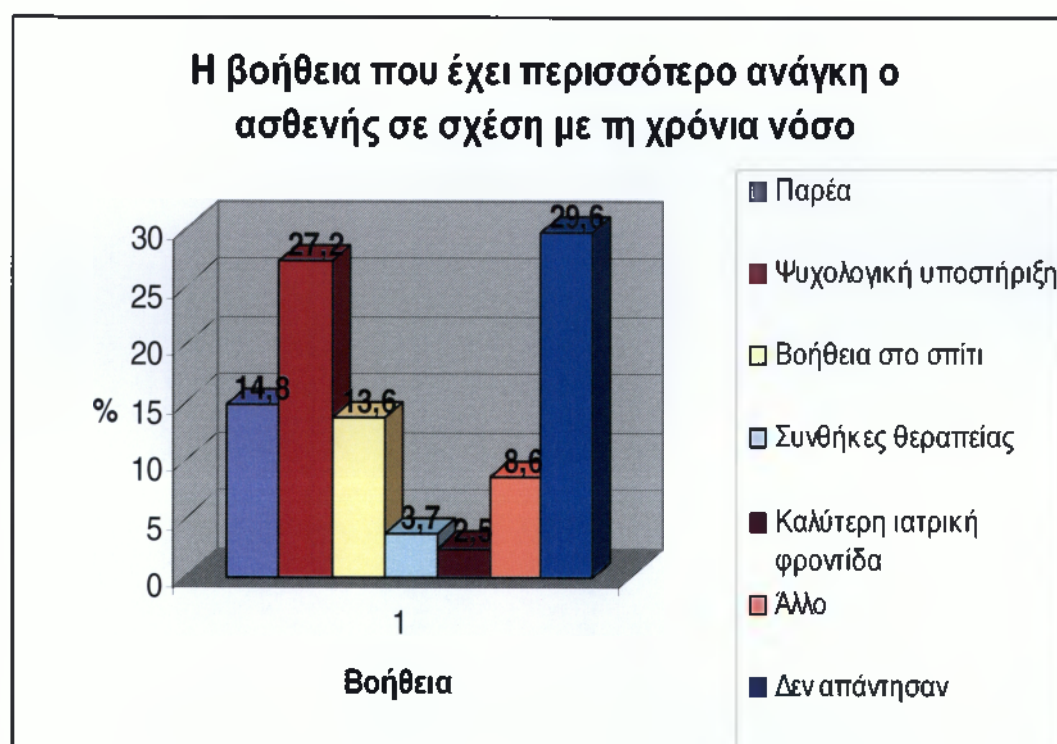
Γράφημα πίνακα 5.



⁹¹ Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Πίνακας 6: Η βοήθεια που έχει περισσότερο ανάγκη η ασθενής σε σχέση με τη Χρόνια Νόσο		
Βοήθεια	%	Αριθμός απαντήσεων
Παρέα	14,8	12
Ψυχολογική υποστήριξη	27,2	22
Βοήθεια στο σπίτι	13,6	11
Συνθήκες θεραπείας	3,7	3
Καλύτερη ιατρική φροντίδα	2,5	2
Άλλο	8,6	7
Δεν απάντησαν	29,6	24
Σύνολο	100	81⁹²

Γράφημα πίνακα 6.



⁹²Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών», Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

6.1.2 Συμπεράσματα έρευνας

Η έρευνα για μια ακόμα φορά, υποδεικνύει την ανάγκη που έχουν οι πάσχουσες από καρκίνο του μαστού για ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι ο κύριος κορμός βοήθειας παραμένει η οικογένεια, αφού σ' αυτή στρέφονται ή προτιμούν να στρέφονται οι ασθενείς. Το κύριο ερώτημα που εγείρει ένα τέτοιο αποτέλεσμα είναι κατά πόσο η οικογένεια είναι ικανή να βοηθήσει αποτελεσματικά στον τομέα αυτό.

Ο ειδικός στην ψυχολογική υποστήριξη θα ήταν ο άνθρωπος στον οποίο θα ήθελαν να μιλήσουν κυρίως έξω από το οικογενειακό ή άμεσα φιλικό τους περιβάλλον, γεγονός που τονίζει την ανάγκη για προγράμματα υποστήριξης μέσα και έξω από τους χώρους νοσηλείας⁹³.

Δεν μπορούμε να ξέρουμε από τα αποτελέσματα τις παρούσης έρευνας αν ο τόσο σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών με καρκίνο μαστού, οφείλεται ή όχι στην απουσία εναλλακτικών τρόπων συναισθηματικής στήριξης της ασθενούς.

Το βέβαιο είναι ότι ως βασική ανάγκη αυτών των ασθενών παρουσιάζεται εκείνη της συναισθηματικής υποστήριξης και ως προς αυτό το σύστημα υγείας έχει να προσφέρει ελάχιστα. Οργανωμένες υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης δεν υπάρχουν ή αν υπάρχουν υπολείπονται. Οι γιατροί και οι συγγενείς, που εκ των πραγμάτων καλούνται αρκετές φορές να καλύψουν και αυτό το πεδίο, δεν έχουν ανάλογη εκπαίδευση ή τον απαιτούμενο χρόνο. Οι πολίτες ως σύζυγοι, συγγενείς, φίλοι, προσφέρουν όσο μπορούν στη συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο μαστού. Η υποχρέωση, όμως, εισαγωγής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στο γενικότερο νοσηλευτικό πλαίσιο, ανήκει πρώτιστα στην πολιτεία και στα νοσηλευτικά ιδρύματα⁹⁴.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα μπορούσαν να ισχύουν για όλες σχεδόν τις χρόνιες ασθένειες αφού οι περισσότερες έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά. Αποδεικνύει το πόσο σημαντική είναι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ότι την αποζητούν οι ίδιοι οι ασθενείς.

⁹³Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

⁹⁴Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000, σελ.25-27

Ενότητα 6.2: Συνέντευξη από μία χρόνια ασθενή

Στην αναζήτηση των στοιχείων για την εργασία αυτή μου δόθηκε η ευκαιρία να πλησιάσω κάποια ασθενή με χρόνια πάθηση. Συνομίλησα μαζί της για να δω πως ένας άνθρωπος με χρόνια πάθηση αντιμετωπίζει αυτό που του συμβαίνει και τι είναι σημαντικό για τον ίδιο. Βρέθηκα στο περιβάλλον της και είδα στο πρόσωπό της πόση δύναμη μπορεί να έχει τελικά ο άνθρωπος και πόσο σημαντικός είναι ο ψυχικός κόσμος του ασθενή στην αντιμετώπιση της ασθένειας που τον ταλαιπωρεί. Η ασθενής βρίσκεται στην Αρχαία Μεσσήνη και πάσχει από μια ασθένεια που την έχει καθηλώσει στο κρεβάτι για πολλά χρόνια, είναι 45 χρονών και προσβλήθηκε από την ασθένεια όταν ήταν 5 χρονών. Παρακάτω παρατίθεται η συζήτηση με την ασθενή :

- Πως σε κάνουν να νιώθεις οι γιατροί?
- *Το 69' όταν αρρώστησα τους φοβόμουν, γιατί μερικοί δεν έχουν ευαίσθησιες είναι απρόσεχτοι. Όμως μερικοί είναι καλοί, βρέθηκε ένας γιατρός που με έσωσε το 2004.*
- Και οι νοσοκόμες?
- *Οι νοσοκόμες είναι καλές.*
- Στο νοσοκομείο μπαινεις συχνά?
- *Τώρα όχι, αλλά για πολλά χρόνια μπαινόβγαίνα σε πολλά νοσοκομεία και γιατρούς και τα φοβόμουν τα νοσοκομεία.*
- Αν έβλεπες ένα νοσοκομείο με όμορφο περιβάλλον, χρώματα, πίνακες μουσική, θα ένιωθες καλύτερα?
- *Ναι θα ένιωθα καλύτερα, βοηθά και στην ανάρρωση. Για μένα ο καλύτερος γιατρός από όλους είναι μονάχα η Παναγία.*
- Πιο πολύ ποιο σε βοηθάει η πίστη σου ή οι γιατροί?
- *Η πίστη μου.*
- Με τι ασχολείσαι? Πώς περνάς την ώρα σου?
- *Το 76' ήρθε η Νονά μου από την Αμερική που μένει και με ρώτησε με τι ασχολούμαι, με τίποτα, της είπα. Δεν ασχολιόμουν με τίποτα πήγαινα βόλτα με την φίλη μου. Στην Αμερική τα κορίτσια δουλεύουν, μου είπε, μπορείς να κεντάς σιγά σιγά ένα το χρόνο και να φτιάχνεις κεντητά. Εγώ*

το αγάπησα και φτιάχνω το ένα κέντημα πίσω από το άλλο. Αύριο θα τελειώσω πάλι ένα και θα αρχίσω άλλο.

- Και τι τα κάνεις? Τα πουλάς ?
- *Όχι τα δωρίζω. Περιπάταγα κένταγα τα πάντα και μετά όταν έκατσα στο καρότσι για ένα χρόνο το 81' εκεί κένταγα και έκανα του κόσμου τα κεντητά. Το 82' έπεσα στο κρεβάτι και ακόμα κεντάω. Θα φτιάξω εγώ πολλά.*
- Πώς περνάς την μέρα σου?
- *Το πρωί με φτιάχνει η μαμά μου, με γυρίζει και αρχίζω το κέντημα μέχρι τις 12 με 12:30 που βάζω μάσκα, μετά τρώω και συνεχίζω το έργο μου μέχρι τις 20:00 το βράδυ.*
- Διαβάζεις τίποτα?
- *Βεβαίως και διαβάζω.*
- Και τι σ' αρέσει περισσότερο από αυτά που διαβάζεις?
- *Όλα μ' αρέσουν αλλά την μεγάλη εβδομάδα μ' αρέσει να διαβάζω, έχω τρία βιβλία για το βράδυ που είναι η εκκλησία και κει ψέλνω. Μ' αρέσουν όλα και το διάβασμα και το κέντημα και η προσευχή.*
- Από όλα τι σ' αρέσει περισσότερο?
- *Η οικογένεια και ο Θεός.*
- Έχεις νιώσει ποτέ σου απελπισία και κατάθλιψη?
- *Ποτέ γιατί έχω τον πιο ωραίο δάσκαλο το Θεό και εκεί πιστεύω. Πιστεύω πάντα στο Θεό, τόσα και τόσα που πέρασα γιατί να απελπιστώ.*
- Σε βοηθούν οι γονείς σου?
- *Ναι οι γονείς μου ο αδερφός μου και η νύφη μου.*
- Έχουν έρθει από το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι να σε επισκεφτούν?
- *Έρχονται ναι, είναι μια φίλη μου νοσοκόμα και έρχεται εδώ κάθε Πέμπτη. Θέλω να γίνουμε φίλες μου λέει, με παίρνει τηλέφωνο την παίρνω και εγώ.*
- Πες μου κάτι τελευταίο ότι θες.

- *Να έχουμε πίστη, δύναμη και κουράγιο. Πρέπει ο άνθρωπος να παλεύει, να έχει κουράγιο, πίστη, υπομονή και να παλεύουμε για την ζωή. Πιστεύω ότι θα γίνω καλά και ότι θα σηκωθώ να περπατήσω και θα κάνουμε όλα τα όνειρά μας πραγματικότητα με τους γονείς μου και τον αδερφό μου.*

Με αυτή την συνέντευξη μπορούμε να καταλάβουμε πόσο σημαντικό πράγμα είναι ο ασθενής να βρίσκεται σε μια πολύ καλή ψυχολογική κατάσταση, πόσο τον ωφελεί τόσο η συμβολή της οικογένειας στην αντιμετώπιση της ασθένειας όσο και το να πιστεύει και να έχει την ελπίδα μέσα του. Εκτός όμως αυτών παρατηρήθηκε και η εργασιοθεραπεία και πόσο σημαντική είναι για ένα χρόνιο ασθενή. Ένας άνθρωπος όταν ασθενεί δεν παύει να θέλει να δημιουργεί και να προσφέρει, είναι μέσα στη φύση του ανθρώπου να θέλει να είναι χρήσιμος και πολλές φορές να μπορεί να κάνει πράγματα που πολλοί δεν μπορούν. Έτσι και οι χρόνιοι ασθενείς με μια παραπάνω ανάγκη από όλους τους άλλους θέλουν να προσφέρουν. Πολλές φορές δίνεται η εντύπωση για ορισμένες χρόνιες ασθένειες ότι ο ασθενής δεν μπορεί να εργαστεί και ότι θα έπρεπε να είναι σε μια κατάσταση συνεχούς νοσηλείας, ξαπλωμένος και προστατευμένος από τα πάντα σαν ένα πολύ εύθραυστο γυαλί που όλοι πρέπει να το έχουμε σε απόσταση και γενικά να προσέχουμε για να μην σπάσει. Όμως δεν ισχύει κάτι τέτοιο για όλες τις ασθένειες, σαφώς και πρέπει να υπάρχει προσοχή αλλά υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει ένας ασθενής και να απασχολείται νιώθοντας χρήσιμος και ολοκληρωμένος. Κάτι τέτοιο όχι μόνο βοηθά τον ασθενή ψυχολογικά αλλά δίνει και ένα διαφορετικό τόνο ποιότητας στη ζωή του.

Ευχαριστώ για την πολύτιμη βοήθεια της την Πηνελόπη και τον Π.Γ.Μπίζα.

Συμπεράσματα

Η ασθένεια δεν είναι μια κατάσταση που αποκλειστικά ταλαιπωρεί μόνο το σώμα, η ασθένεια είναι ένα πλέγμα που επηρεάζει το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό φάσμα του κάθε ασθενή. Κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή οντότητα και επηρεάζεται από το κάθε τι που του συμβαίνει με διαφορετικό τρόπο. Οι χρόνιοι ασθενείς είναι μια από τις ευπαθέστερες ομάδες ασθενών και έχει απασχολήσει πολύ την ιατρική, την κοινωνιολογία και την ψυχολογία.

Ο ασθενής λόγω της κατάστασης που βρίσκεται μπορεί να επηρεαστεί και να επιβαρύνει ή να καλυτερεύσει την κατάσταση του ανάλογα με τα ερεθίσματα που έχει το χρονικό διάστημα που αντιμετωπίζει την ασθένεια.

Τέτοια ερεθίσματα που επηρεάζουν την κατάσταση του ασθενή είναι το περιβάλλον του νοσοκομείου, οι σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας αλλά και διάφοροι μηχανισμοί παρέμβασης που μπορούν να επηρεάσουν προς το καλύτερο την κατάσταση του.

Ο πάσχον αντιμετωπίζει τις αλλαγές που έρχονται στην ζωή του ως απόρροια της ίδιας της ασθένειας, οι αλλαγές αυτές δεν έχουν να κάνουν μόνο με τις αλλαγές που τυχόν γίνονται στο ίδιο του το σώμα, αλλά και στις αλλαγές που γίνονται τόσο στο τρόπο ζωής του, ο οποίος αλλάζει ριζικά και πρέπει να προσαρμοστεί στα καινούρια δεδομένα, όσο και στις αλλαγές που γίνονται στο ίδιο του το περιβάλλον αφού τίποτα πια δεν μένει το ίδιο. Η χρόνια ασθένεια δυστυχώς επηρεάζει από την κοινωνική εικόνα του ασθενούς μέχρι και την οικονομική. Όλα αυτά με όλες τις πιέσεις και τις ψυχολογικές διακυμάνσεις που δέχεται ο ασθενής γίνονται αιτία πολλές φορές ο ασθενής αντί να καλυτερεύει την κατάσταση του να την επιβαρύνει.

Γι' αυτό το λόγο υπάρχουν διάφοροι τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν τόσο στο να καλυτερεύσει η κατάσταση του ασθενούς όσο και στο να γίνει η ζωή του ποιοτικότερη με βάση τα νέα δεδομένα που έρχονται και που απορρέουν από την ασθένεια.

Η ιδιαιτερότητα όλης αυτής της κατάστασης είναι που έκανε αναγκαία την μελέτη και την παρέμβαση σε ιατρικό, ψυχολογικό και σε κοινωνικό επίπεδο.

Ο Γιατρός πλέον καλείται να μην βλέπει τον ασθενή του σαν μια περίπτωση αλλά να εμβαθύνει περισσότερο στα προβλήματα που έχει και να αντιμετωπίζει με κάθε δυνατό τρόπο αλλά και με πολύ ενδιαφέρον όλες τις αντιδράσεις του ασθενή. Αυτό όχι μόνο μπορεί να του υποδείξει τυχόν συμπτώματα της ασθένειας αλλά μπορεί να βοηθήσει και τον ασθενή στο να εμπιστευθεί και να αφεθεί στα ικανά χέρια των ιατρών ούτως ώστε να μειωθούν τα λάθη στην θεραπεία και να βοηθηθεί ο ασθενής ψυχολογικά να ξεπεράσει την ασθένεια ξέροντας πως σε αυτή τη μάχη έχει συμμάχους που τον νοιάζονται και δεν τον αντιμετωπίζουν ως μια επίσκεψη ρουτίνας.

Κάτι ανάλογο ισχύει και για το νοσηλευτικό προσωπικό, αφού είναι οι άνθρωποι που είναι σε συνεχή επαφή με τον ασθενή και είναι οι μόνοι που μπορούν να παρατηρήσουν την κάθε αλλαγή που έχει ο ασθενής τόσο στα συμπτώματα της ασθένειας όσο και στην ίδια του την συμπεριφορά. Το

νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που φροντίζει τον ασθενή και που ο ασθενής θα βρεθεί στα χέρια του πολλές φορές νιώθοντας αβοήθητος και ανήμπορος να αντιδράσει και να τον περιποιηθεί.

Δεν είναι όμως μόνο δουλειά των ιατρών και νοσηλευτών οι αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών, βασικό ρόλο παίζουν και διάφορα άλλα πρόσωπα που μπορούν και πρέπει να εμπλακούν στην θεραπεία έτσι ώστε να είναι ολιστική δηλαδή να μην αφορά μόνο το βιολογικό τομέα αλλά ολόκληρη την οντότητα και κάθε τι που την αποτελεί. Αυτά τα άτομα είναι ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ιερείς ακόμα και εθελοντές και κυρίως η οικογένεια του ασθενούς που διαδραματίζει βασικό ρόλο στην πορεία του. Κάθε ένας από αυτούς με τις κατάλληλες γνώσεις την απαιτούμενη ευαισθησία και το απαραίτητο ενδιαφέρον μπορούν να αποτελέσουν καταλυτικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας, στην αντιμετώπιση της αλλά και στην καλύτερη της είδη υπάρχουσας κατάστασης. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσουν όχι μόνο τα συγκεκριμένα άτομα αλλά και διάφοροι μηχανισμοί παρέμβασης, όπως το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι ή οι διάφορες παρηγορητικές κλινικές- κλινικές πόνου που όχι μόνο βοηθούν στην πορεία της ασθένειας αλλά δίνουν την ευκαιρία στον ασθενή να έχει ποιότητα στη ζωή του.

Σε αυτή την εργασία έγινε μια προσπάθεια να συγκεντρωθούν βασικά στοιχεία για την κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι πάσχοντες ασθενείς και να παρουσιαστούν τα προβλήματα που τους απασχολούν. Επίσης παρουσιάστηκαν διάφοροι τρόποι που μπορεί ο ασθενής να βοηθηθεί και ποια πρόσωπα παίζουν σπουδαίο ρόλο στον αγώνα αυτό. Πολλοί θα πουν πως ένα επάγγελμα σαν αυτό του Διοικητή μονάδων υγείας δεν ασχολείται άμεσα με τον ασθενή και κύρια δουλειά του είναι η υποστήριξη ενός οργανισμού με έσοδα και έξοδα που πρέπει απλά να καλοκουρδιστεί σαν ένα ρολόι για να βγει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Σε αυτή τη δουλειά όμως δεν έχει να κάνει ο μάντζερ με κάτι απλό ή άψυχο αλλά έχει να κάνει με ανθρώπους που έχουν διαφορετικές ανάγκες και ψυχισμούς και για να μπορέσει να καταφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα πρέπει να κοιτάζει πως μπορεί να τους ικανοποιεί. Ασχοληθήκαμε με τους χρόνιους ασθενείς γιατί είναι αυτοί που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό και ίσως μία από τις ευπαθέστερες ομάδες ασθενών όπου επηρεάζουν τόσο τον τομέα της υγείας όσο και την κοινωνία την ίδια.

Βιβλιογραφία

Αναστασία Καλαντζή – Αζίζι, «Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Γρηγόρης Α. Ποταμιανός, «Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας» Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995

Δανάη Παπαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος «Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Philippe Adam, Claudine Herzlich «Η κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999

Αρχ. Νεκταρίου Αντωνοπούλου, « Αρχιεπίσκοπος Λουκάς Βόϊνο- Γιασενέτσκι, ένας άγιος ποιμένας και γιατρός χειρουργός» , Εκδόσεις Ακρίτα

Sara Nettleton, «Κοινωνιολογία της υγείας κ της ασθένειας», Polity Press 1995

Σωτήρη Σούλη, «Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα» , Αθήνα 1997

Ηγουμένου Άρτεμη «Συνύπαρξη κατάθλιψης με οργανικές νόσους σε ενήλικες ασθενείς», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001

Βάρδα Παρασκευή, «Η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με παρατεταμένη παραμονή σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001

Μπουντούρη Μελπομένης, «Αποδοτικότητα Νοσοκομείου Πτολαμαΐδας, Μποδοσάκειο.» Πτυχιακή εργασία , Καλαμάτα 2001

Π.Β. Χεράς, Σ.Σ. Καραγιάννης, Γ.Ν. Μαυρέλου, Δ.Ν. Μητσιμπούνας «Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί Ασθενών με Καρκίνο Μαστού: Απόψεις Ασθενών». ,Επιθεώρηση της υγείας, Τεύχος 63, Μάρτιος-Απρίλιος 2000

Δρ Αντώνιος Παπαγιάννης, «Γηριατρική & Παρηγορητική Ιατρική», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 90, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2004

Γιώργος Ι. Στάθης, «Η ξενοδοχειακή λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος – Ιούνιος 2001

«Θεραπευτική μουσική στο νεογνό και το παιδί», Ιατρικός Τύπος, Τεύχος 235, Φεβρουάριος 2001

Ιωάννα Χαρατζά. «Ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση του Μετεγχειρητικού Πόνου.» Επιθεώρηση της Υγείας, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1997, Τεύχος 48

Σπύρος Γαρζώνης, «Η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού και αρρώστου», Επιθεώρηση της υγείας, Μάιος- Ιούνιος 1993

Ελληνική Εταιρία Πόνου, «Χρόνιος Πόνος : Μια ξεχωριστή βασανιστική νόσος», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 76, Ιούλιος-Αύγουστος 2001

Ημερίδα για τον πόνο, Ιατρικό Βήμα, τεύχος 77, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2001

http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html

http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.asp

<http://www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Nosileia/NosileiaGR.htm>
www.psychologia.gr

www.psychologia.gr/disorders/mood%20disorders.htm, “Διαταραχές της διάθεσης”

<http://childmentalhealth.gr/index?categoryId=27>

www.cretetv.gr/news/newsf.php?ArtID=15362

www.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_346986_10/10/2004_119142