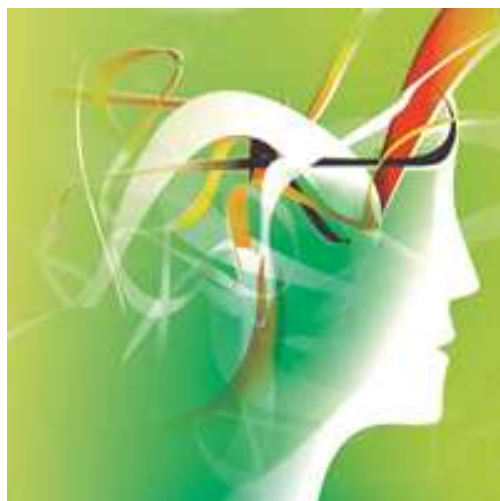


**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ

ΚΟΥΛΟΥΡΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

ΣΠΥΡΙΔΑΚΗ ΑΘΗΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΕΤΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας διήρκεσε αρκετό χρονικό διάστημα λόγω διάφορων δυσκολιών που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της αναζήτησης πληροφοριών. Για αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την Κα Σταυροπούλου Αρετή για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση της.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Νοσηλευτικό προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. για την συνεργασία τους και βοήθεια για την ολοκλήρωση της έρευνας, καθώς και τους φροντιστές των ψυχικά ασθενών που παρά τις αρχικές τους επιφυλάξεις δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την πολύτιμη βοήθεια τους όλα αυτά τα χρόνια που χωρίς αυτούς δεν θα είχαμε ολοκληρώσει τις σπουδές μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	6
1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	7
1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
1.3 ΕΝΝΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	10
1.4 ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	19
2.1 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	20
2.2 ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ	22
2.3 ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	26
2.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	31
2.5 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	32
2.6 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	36
2.7 Η ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	44
3.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	45
3.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	45
3.3 (ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ) ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	47
3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	50
3.4.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	50
3.4.2 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	51
3.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	57
3.5.1 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ	58
3.5.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	59
3.5.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	64
3.5.3.α ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	64

3.5.3.β ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	65
3.6 Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	66
3.7 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	76
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	77
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	78
4.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	78
4.3.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	78
4.3.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	79
4.3.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	80
4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	80
4.4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	80
4.4.1.α ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	81
4.4.1.β ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	85
4.5 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	89
4.6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	90
4.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	98

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο ψυχικά ασθενείς, νοούνται τα άτομα εκείνα που δεν μπορούν να προσαρμοσθούν ικανοποιητικά στις ανάγκες της ζωής τους. Η ισορροπία ενός ατόμου διατηρείται με την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας. Σε περίπτωση που η ισορροπία αυτή διαταραχθεί τότε εκδηλώνεται κάποια ψυχική ασθένεια, η οποία μπορεί να φτάσει στο επίπεδο της ψύχωσης, όταν η σκέψη, η συμπεριφορά, το συναίσθημα και η επικοινωνία του ατόμου είναι σοβαρά διαταραγμένες¹. Τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών αναλαμβάνει αρχικά η οικογένειά τους, η οποία λειτουργεί ως φροντιστής και όταν καταστεί ανάγκη και ο ασθενής εισάγεται σε νοσοκομείο καθίσταται απαραίτητη τόσο η συνεργασία μεταξύ φροντιστών και νοσηλευτών όσο και η ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών από τους νοσηλευτές.

Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν μεγάλο βάρος για τους συντρόφους, τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους των ασθενών. Τα μέλη της οικογένειας συχνά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς εφόσον η συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών παρουσιάζει πολλές επιπτώσεις. Τα μέλη της οικογένειας μερικές φορές βιώνουν αισθήματα υπερβολικής ενοχής μετά τη διάγνωση του ασθενή, ανησυχούν για τις σκέψεις μίσους ή για το θυμό που είχαν προς τον ασθενή και πολλοί αναρωτιούνται μήπως προκάλεσαν με κάποιο τρόπο τη νόσο επειδή δεν ήταν υποστηρικτικοί ή δεν είχαν μεγάλες αντοχές. Η ζωή της οικογένειας αλλάζει σημαντικά, εφόσον η ασθένεια του αγαπημένου τους προσώπου μεταβάλλει τόσο τη ζωή του ίδιου του ασθενούς, όσο και την δική τους κοινωνική, προσωπική, επαγγελματική. Για τους παραπάνω λόγους η υποστήριξη των φροντιστών κρίνεται απαραίτητη και σημαντική τόσο για τη δική τους υγεία όσο και για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενούς τους.

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να μελετήσει την υποστήριξη των φροντιστών των ψυχικά ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό αναδεικνύοντας τη σημαντικότητα και την αναγκαιότητα αυτής της υποστήριξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ύπαρξη ψυχικών ασθενειών χρονολογούνται από την αρχαιότητα. Η μελέτη και κατανόηση της ψυχικής νόσου καθώς και οι μέθοδοι αντιμετώπισής της διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή για τον λόγο ότι η ερμηνεία και κατανόησή της επηρεάζονταν πάντα από τις διάφορες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες καθώς και της εκάστοτε ιδεολογίας που επικρατούσε στη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή.

Στην αρχαία Ελλάδα χρησιμοποιούσαν διάφορες μεθόδους για να απαλλαγεί ο άνθρωπος από τις διάφορες ψυχικές ασθένειες (με ψυχοσωματική θεραπεία) στα Ασκληπεία. Αντιθέτως, κατά τον Μεσαίωνα οποιοσδήποτε είχε κάποια ψυχική διαταραχή χαρακτηριζόταν αυτομάτως «δαιμονισμένος» και έρμαιο των «σατανικών δυνάμεων» και για αυτό τον έριχναν στην πυρά. Κατά την περίοδο της Αναγέννησης «τα πλοία των τρελών» γέμιζαν τα ποτάμια της Ευρώπης.

Κατά τον 18ο αιώνα δυστυχώς τα πράγματα δεν άλλαξαν προς το καλύτερο στον τομέα της ψυχιατρικής. Σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπιζόταν από τον επίσκοπο. Ο επίσκοπος λάμβανε την θέση του ψυχικού θεράποντα-ιατρού. Η ιδιότητα αυτή μεταφέρεται και στους ηγουμένους των μοναστηριών και εκκλησιών, με σκοπό τη φύλαξη, «θεραπεία» της «τρέλας» και της «δαιμονοκατοχής».

Στα τέλη του 18ου αιώνα άρχισαν να ιδρύονται ψυχιατρικά ιδρύματα με πρώτο στη Γαλλία το 1774. Σύντομα κι άλλες χώρες ακολούθησαν το παράδειγμα της Γαλλίας ιδρύοντας κι εκείνες ψυχιατρικά ιδρύματα. Για την Ελλάδα, το πρώτο υγειονομικό διάταγμα ήταν ο γνωστός νόμος ΨΜΒ/1862 «Περί των φρενοκομείων», ως ενέργεια κρατικής μέριμνας. Ωστόσο αυτός ο νόμος τελικά λειτούργησε πολλά χρόνια αργότερα.

Το ενδιαφέρον για την ιστορική πορεία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα δεν είναι τυχαίο. Οι λόγοι, όπως συνήθως, είναι πολλαπλοί και όχι κι όχι πάντα αυτονόητοι.

Η μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων. Κάπου λοιπόν υπάρχει η ανάγκη να φωτίσουμε την πορεία που ακολούθησε εδώ και έναν

αιώνα, καθώς και τις πρακτικές που προϋπαρξαν και συνυπήρξαν, για πολύ καιρό, μαζί της.

Η εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα σχετίζεται με την παρουσία και την εδραίωση των αστικών σχέσεων και με την λειτουργικότητα του δυτικό ευρωπαϊκού προτύπου. Τα κοινά σημεία με το παραπάνω πρότυπο είναι εξίσου ενδιαφέροντα με τις διαφορές.

Έχει συζητηθεί ευρύτατα ο χαρακτήρας της ψυχιατρικής κι ο ρόλος της σε μία κοινωνική οργάνωση. Πολλοί έχουμε ευαισθητοποιηθεί σε αυτά τα προβλήματα διαβάζοντας κριτικές και δοκίμια που αφορούν την ψυχιατρική, όπως ασκήθηκε και ασκείται σε άλλες χώρες.

Οι σημαντικές ιστορικές εργασίες για την Ελλάδα του 19ου και του 20ου αιώνα, που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία χρόνια, δίνουν μία στερεότερη βάση για τη συζήτηση του προβλήματος, ψυχιατρική και κοινωνία και συγχρόνως απαγορεύουν να ισχυρισθεί άγνοια ορισμένων ελληνικών ιδιομορφιών, σε αυτόν που θα θελήσει να μεταφέρει δανεικά πρότυπα στην ερμηνεία της πορείας της ελληνικής ψυχιατρικής. Τα όσα ακολουθούν δεν φιλοδοξούν παρά να προσφέρουν μερικά στοιχεία στην συζήτηση².

1.2. ΕΝΝΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Α. Ψυχική Υγεία: Είναι η ολοκληρωτική λειτουργία της όλης προσωπικότητας (Π.Ο.Υ.) « Ψυχική υγεία είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει , έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει τον μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεώς του ».

Η Dr. M. Jahoda³ υποστηρίζει ότι δεν είναι επαρκής ο ορισμός ότι ψυχική υγεία είναι η απουσία ψυχικής νόσου. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τον ένα πολιτισμό στον άλλο ως προς τα ποια είδη παρεκκλίσεων από την φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά . Δεν μας βοηθάει το να ισοβαθμήσουμε την ψυχική υγεία με τον όρο « Φυσιολογικός » γιατί και ο όρος « Φυσιολογικός » είναι το

ίδιο απροσδιόριστος . Ούτε πάλι θεωρείται ικανοποιητικό ότι η ψυχική υγεία είναι κατάσταση ευεξίας.

Το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική ιδέα για τις ικανότητες του ότι έχει περάσει τα διάφορα στάδια της αναπτύξεώς του αποβάλλοντας τους τύπους της συμπεριφοράς και τις απόψεις του που του φαίνονται ακατάλληλοι καθώς μεγαλώνει ότι έχει κάποιο σκοπό σταθμίζοντας τις δικές του ανάγκες και σκεπτόμενος τους άλλους. Η προσωπικότητά του είναι ολοκληρωμένη δείχνοντας ότι έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και ασυνειδήτων δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι. Είναι σε θέση να αναλάβει προσωρινές χαρές και απολαύσεις για κάποιο ανώτερο μελλοντικό καλό.

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πράγματι είναι και όχι πως θα τα ήθελε να είναι. Το άτομο αυτό είναι σε θέση να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου και έτσι να γευθεί τι οι άλλοι σκέπτονται και αισθάνονται. Αυτό ονομάζεται ενσυναίσθηση ή κοινωνική ευαισθησία.

Τέλος, η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει την ικανότητα να αγαπάει, είναι επαρκές στις σχέσεις του με τους άλλους, όπως στην εργασία, στο παιχνίδι, είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για την ζωή του στην κοινότητα, να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής .

Με πιο απλά λόγια, όσον αφορά την υπεροχή του ατόμου στο περιβάλλον του, το άτομο με ικανοποιητική ψυχική υγεία μπορεί να αντέξει σε ένα βαθμό συγκρούσεως εσωτερικής και εξωτερικής και να αποκτήσει δύναμη στην υπερνίκηση των εμποδίων όπως αυτά συμβαίνουν¹.

1.3.ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ψυχική Νόσος, είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει .

Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής νόσου.

- Κληρονομικοί
- Οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί).
- Ενδοπροσωπικοί
- Διαπροσωπικοί–Οικογενειακοί (ψυχογεννητική άποψη), φθορά της «εκτενούς» οικογένειας με τους πολυάριθμους συγγενείς και μετατόπιση προς την μάλλον απομονωμένη μονάδα, την «πυρηνική» οικογένεια, που αποτελείται από γονείς και τέκνα, απορφανισμός.
- Κοινωνικοί, μεγαλύτερη ποικιλία διαπροσωπικής συμπεριφοράς, τεχνολογία που μεταβάλλεται και αυξημένη μόρφωση και καλλιέργεια ή και το αντίθετο.
- Πολιτιστικοί, μεταβολές ηθικής, εθίμων, στάσεων στα άτομα που αποκλίνουν από το φυσιολογικό.
- Πολυπαραγοντική άποψη θεωρείται η επικρατέστερη και συμπεριλαμβάνει όλους τους παραπάνω παράγοντες⁴.

Οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν, μεταξύ των δυνάμεων που ασκούν αυτοί οι παράγοντες, λεπτή ισορροπία, που τους επιτρέπει σχετικά σταθερή ζωή. Η ισορροπία διατηρείται με τους μηχανισμούς άμυνας (Μετουσίωση, απώθηση, προβολή, άρνηση, ενδοβολή, επαναγωγή, ματαίωση, σχηματισμός από αντίδραση, απομόνωση, μετάθεση, εκλογίκευση, ταυτοποίηση).

Όταν η ισορροπία αυτών των παραγόντων διαταραχθεί, έχουμε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση:

1. Stress από άτομο που προκαλεί «νευρικές » αντιδράσεις, όπως άγχος ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών, όπως του ύπνου και της ορέξεως.
2. Stress στους γύρω από το άτομο, που προκαλείται από περίεργη συμπεριφορά γνωστή συχνά σαν «συναισθηματική εκφόρτιση» ή «αντικοινωνική συμπεριφορά» – και προκαλεί διάγνωση «διαταραχής προσωπικότητας», με την έννοια ότι το άτομο εμφανίζει ελάχιστα ή κανένα άγχος, αν και ο τρόπος της ζωής του είναι άκαμπος και απροσάρμοστος.
3. Συνδυασμός των παραπάνω κάνει το άτομο να μη προσαρμόζεται στο περιβάλλον του, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας ψυχικής νόσου.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες το άτομο έχει ανάγκη ειδικής φροντίδας και στις βαρύτερες περιπτώσεις, νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι ψυχικές νόσοι εμφανίζουν διαταραχές στις αισθητηριακές λειτουργίες με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να εστιάσει την προσοχή του σε συνηθισμένα διανοητικά καθήκοντα⁵. Ως επακόλουθο αυτών το άτομο τείνει να παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές στην ομιλία, στη σκέψη, στη συμπεριφορά, στην προσωπικότητα και στον χαρακτήρα του.

1. Συνείδηση

Συνείδηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις λειτουργίες που είναι απαραίτητες ώστε να γνωρίζει το περιβάλλον του κι όσα συμβαίνουν γύρω του και μέσα στον ίδιο τον εαυτό του. Από ψυχολογική πλευρά «συνείδηση είναι το σύνολο των ψυχικών εκδηλώσεων του ατόμου σε κάθε στιγμή, μέσα στην αλληλουχία τους ».

Συνείδηση είναι η αφύπνιση του πνεύματος και η στροφή προς τη μελέτη ή την προσαρμογή κάποιου αντικειμένου. Ότι γνωρίζει το άτομο σε μια στιγμή με σαφήνεια, αυτό αποτελεί τη συνείδηση. Η συνείδηση αποτελεί το απαραίτητο δομικό στοιχείο του ψυχικού οργάνου, στο οποίο ευαισθητοποιούμαστε δηλαδή έχουμε επίγνωσή του εαυτού μας.

Στοιχεία του εαυτού μας σκέψεις, δεδομένα, αποτιμήσεις για τα οποία δεν έχουμε επίγνωση, βρίσκονται έξω από το χώρο της συνειδήσεως, στο ασυνείδητο⁵.

2. Προσωπικότητα

Δεν υπάρχει ενιαία άποψη περί του τι είναι προσωπικότητα. Η προσωπικότητα είναι ένα πολυσύνθετο δεδομένο, κάτι το δυναμικό, που η διαμόρφωση του δεν φθάνει ποτέ στο τέρμα. Ωριμος και υγιής προσωπικότητα είναι η προσωπικότητα: που σχηματίζεται από τη συρροή και την αλληλεπίδραση δύο κυρίως παραγόντων: α) Κληρονομούμενου βιολογικού υποστρώματος και β) Περιβάλλοντος.

Ο Freud⁶ υποστηρίζει ότι ένα άτομο είναι υγιές όταν δεν δεσμεύεται από τα αισθήματά του. Το υγιές άτομο έχει αρκετή ενέργεια για να κάνει παραγωγική εργασία και ακόμη είναι ελεύθερο να εκφράσει τον εαυτό του σε σχέσεις αγάπης με τους άλλους.

Ο Sullivan⁷ υποστηρίζει ότι το άτομο με υγιή προσωπικότητα κατανοεί τον εαυτό του, τους άλλους ανθρώπους γύρω του και ξέρει πώς να συνδέεται μαζί τους. Το άτομο έχει μια πραγματική αντίληψη για τους άλλους ανθρώπους, ζωή του έχει νόημα, οι σχέσεις του μαζί τους είναι πλούσιες και πλήρεις, γιατί έχει την ικανότητα να τους αγαπά.

Η θεωρία της υγιούς προσωπικότητας κατά τον Maslow⁸ περιγράφει το άτομο σα μια οντότητα που συνεχώς αναζητά, αναπτύσσεται και βρίσκει νέα ερεθίσματα για δημιουργία. Το άτομο με υγιή προσωπικότητα είναι αυθόρμητο και φυσικό καθώς ενεργά ζει τη ζωή και εκφράζει τη μοναδικότητα του.

Συνοψίζοντας το άτομο με υγιή προσωπικότητα:

- Έχει θετική και σωστή εικόνα για το σώμα του. Η εικόνα αυτή είναι το σύνολο των συνειδητών και ασυνειδητών απόψεων που έχει το άτομο για το σώμα του π.χ. μέγεθος, λειτουργίες, εμφάνιση, υγεία, δύναμη.
- Έχει μια πραγματική αντίληψη περί του πως πρέπει να συμπεριφέρεται καθώς και αξιόλογους και πραγματοποιήσιμους σκοπούς για τη ζωή του.
- Έχει θετική αντίληψη για τον εαυτό του σαν μέρος της προσωπικότητάς του.

- Έχει αυτοεκτίμηση. Βλέπει τον εαυτό του σαν ένα πρόσωπο που αξίζει το σεβασμό.
- Έχει αίσθηση της ταυτότητάς του. Γνωρίζει ποιος είναι και τι μπορεί να γίνει.
- Έχει την ικανότητα να συνδέεται με τους άλλους ανθρώπους. Με την ειλικρινή επικοινωνία του μπορεί να εμπιστεύεται τους άλλους και να δημιουργεί σχέσεις αμοιβαιότητας και αλληλοεξάρτησης.

Το άτομο με τις παραπάνω ιδιότητες είναι ικανό να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους σωστά. Η ικανότητά του αυτή του δημιουργεί ένα αίσθημα αρμονίας και εσωτερικής ειρήνης.

3. Χαρακτήρας

«Χαρακτήρας είναι το σύνολο των διαθέσεων και των μορφών συμπεριφοράς, με τις οποίες το άτομο εκφράζει τον τρόπο της ύπαρξής του και αντιδρά απέναντι στον εξωτερικό κόσμο και στον εαυτό του».

Δηλαδή λέγοντας χαρακτήρα εννοούμε ένα τρόπο ζωής, ένα ιδιαίτερο τρόπο αντιδράσεως του υποκειμένου προς το περιβάλλον. Χωρίς περιβάλλον δεν εκδηλώνεται ο χαρακτήρας.

Ο τρόπος που ο άνθρωπος αισθάνεται και ενεργεί, παίρνει αποφάσεις, αξιοποιεί και βάζει σκοπούς, κρίνει και παίρνει θέση απέναντι στον έξω κόσμο, ο τρόπος που εκδηλώνεται, μιλάει, βαδίζει, χειρονομεί είναι που τον διακρίνει από τους άλλους ανθρώπους, αποτελεί το χαρακτήρα. Είναι το εκφραστικό όργανο της προσωπικότητας. Οι αντιδράσεις, που αποτελούν το χαρακτήρα, εξαρτώνται από τη βιολογική κατασκευή και γι' αυτό, σε μεγάλο βαθμό, είναι κληρονομικές, όπως αφορά την προέλευση.

4. Συμπεριφορά

Οι ενέργειες ενός ατόμου ή μιας ομάδας αποτελούν την συμπεριφορά. Συμπεριφορά είναι η παρατηρούμενη απάντηση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η συμπεριφορά είναι το εκτελεστικό όργανο της προσωπικότητας.

Ο ψυχολόγος Spencer⁹, ο οποίος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την σχέση του ατόμου προς το περιβάλλον του, ορίζει τη ζωή σαν μια συνεχή προσαρμογή των εσωτερικών σχέσεων του ατόμου προς τις εξωτερικές σχέσεις και τονίζει ότι η λειτουργία της ψυχικής σφαίρας του οργανισμού είναι αυτή ακριβώς, το να βοηθήσει τον οργανισμό να προσαρμοσθεί στις καταστάσεις του περιβάλλοντός του.

Τα αισθήματα ενός ατόμου, οι αισθητικές του λειτουργίες, η δύναμη της σκέψης του, η ικανότητα του να αποκτά νέες συνήθειες και η μνήμη του, θεωρούνται σαν μέσα με τα οποία το άτομο μπορεί να συνδιαλαγεί και να ανταποκριθεί σωστά στις ανάγκες της ζωής. Παράγοντες που διαμορφώνουν την συμπεριφορά είναι:

- α. Η αρχική, γενετικά καθορισμένη βιολογική δομή του ατόμου.
- β. Η προσωπικότητά του όπως διαμορφώνεται από κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.
- γ. Οι εμπειρίες της ζωής και ιδιαίτερα αυτές που άφησαν ανεξίτηλα ψυχοτραυματικά εντυπώματα.
- δ. Οι μηχανισμοί άμυνας και προσαρμογής που διαμόρφωσαν όλοι οι προηγούμενοι παράγοντες.

4.1. Ανώμαλη συμπεριφορά

Με αυτό τον όρο αποδίδουμε τον τύπο εκείνο της συμπεριφοράς του ατόμου που προκαλεί είτε στον ίδιο είτε στους άλλους ενόχληση και δυσφορία. Ακόμη προκαλεί αντίδραση ξενισμού, γιατί βρίσκεται, έξω από το πλαίσιο, τον τύπο της συμπεριφοράς που είναι παραδεκτή για το δεδομένο τόπο και χρόνο¹.

1.4.ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Η ψύχωση ορίζεται σαν μια μείζονα ψυχική διαταραχή στην οποία σκέψη, συναίσθημα, επικοινωνία και συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα ώστε η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής παρακωλύεται σημαντικά. Τέτοιοι ορισμοί δίνουν έμφαση στην απώλεια της λειτουργικότητας.

Εντούτοις, πολλά άτομα τα οποία είναι σοβαρά διαταραγμένα στην καθημερινή τους ζωή (π.χ. αυτά με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας) δεν θεωρούνται ψυχωτικά, ενώ μερικοί άρρωστοι που κρύβουν προσεκτικά τις παραληρητικές ιδέες τους (π.χ. ότι οι σκέψεις τους ελέγχονται από ξένους πράκτορες) μπορούν παρόλα αυτά να είναι λειτουργικοί στην εργασία τους και ακόμη να καταφέρνουν να διατηρούν οικογενειακή ζωή.

Δεν υπάρχει κάποιος ενιαίος ορισμός που να ικανοποιεί όλους τους κλινικούς. Για πρακτικούς σκοπούς η ψύχωση μπορεί να ορισθεί ως η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμη κι όταν οι αποδείξεις της πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες. Βασικά, το ψυχωτικό άτομο έχει διαταραγμένη την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Η απώλεια της ικανότητας ελέγχου της πραγματικότητας είναι ουσιώδες στοιχείο της ψύχωσης.

Τεκμήριο για την ψύχωση είναι το μπέρδεμα ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο. Το ψυχωτικό άτομο έχει χάσει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο «μέσα» και το «έξω». Κοινές ψυχωτικές πεποιθήσεις είναι ότι το άτομο μπορεί να ελέγξει τη σκέψη των άλλων, ότι ξένες δυνάμεις έχουν τοποθετήσει σκέψεις στο μυαλό του ατόμου, ότι οι άλλοι μπορούν να διαβάσουν τις σκέψεις του ατόμου. Όλα αυτά εμπεριέχουν την ιδέα ενός «διαπερατού» μυαλού. Οι ψευδαισθήσεις οι οποίες είναι παθολογικές της ψύχωσης είναι εσωτερικά ερεθίσματα (π.χ. φωνές) τα οποία λανθασμένα πιστεύεται ότι προέρχονται από εξωτερική πηγή.

Στο στενό ορισμό που δόθηκε παραπάνω η ψύχωση περιλαμβάνει λανθασμένες ιδέες ή αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο οι οποίες δεν μπορούν να αλλάξουν ακόμη κι όταν υπάρχουν αποδείξεις. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει σαφές όριο ανάμεσα

στην ψυχωτική και την μη ψυχωτική σκέψη, γιατί λανθασμένες ιδέες και αντιλήψεις μπορούν να υποστηρίζονται από διάφορους ανθρώπους με μια ποικίλου βαθμού εμμονή.

Θα πρέπει να παρατηρείτε και να ακούτε προσεκτικά για σημεία ψύχωσης καθ' ότι μπορεί να είναι καλά καλυμμένα στη διάρκεια της συνέντευξης. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα ψύχωσης αφορούν διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης (π.χ. παραληρητικές ιδέες) ή της αντίληψης (π.χ. ψευδαισθήσεις) και περιγράφονται κάπως λεπτομερειακά παρακάτω. Επίσης αλλόκοτοι τρόποι ομιλίας και συμπεριφοράς έχουν συνήθως σχέση με ψύχωση. Η ψύχωση δεν είναι από μόνη της μια νόσος. Αποτελεί σύμπτωμα μιας ποικιλίας διαταραχών που εκτείνονται από την υπερβολική δόση φαρμάκων έως τη μανιο-καταθλιπτική νόσο και τη σχιζοφρένεια.

Μερικές διαταραχές περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα εξ ορισμού (σχιζοφρένεια), ενώ άλλες πιθανόν να περιλαμβάνουν και πιθανόν όχι (κατάθλιψη). Ένα άτομο μπορεί να είναι ψυχωτικό για περίοδο λεπτών ή πολλών ετών. Τα ψυχωτικά συμπτώματα συχνά αυξάνονται και ελαττώνονται όσον αφορά τη βαρύτητά τους, μπορεί όμως να παραμείνουν αναλλοίωτα για μεγάλες χρονικές περιόδους. Έτσι σε κάθε συνέντευξη με τον ασθενή θα πρέπει να επανεκτιμάται εάν η ψύχωση είναι παρούσα⁵.

Στις κυριότερες μορφές ψυχώσεων ανήκουν : 1) η Σχιζοφρένεια και 2) η Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.

1. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια θεωρείται μια από τις σημαντικότερες ψυχικές παθήσεις, η αιτιολογία της αποτελεί αίνιγμα για την ιατρική, καθώς αναφέρεται ότι υπάρχει κάποιου βαθμού κληρονομική επιβάρυνση.

Κλινικές μορφές Σχιζοφρένειας

- Απλή σχιζοφρένεια, είναι μια σοβαρή ασθένεια του εγκεφάλου, η οποία επηρεάζει την ομιλία, την σκέψη, την συμπεριφορά και τον τρόπο αντίληψης των καταστάσεων από τον ασθενή.

- Ηβηφρενική σχιζοφρένεια, χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συμπεριφοράς. Παρουσιάζει ευερεθιστότητα, συνύπαρξη αντίθετων συναισθημάτων και μια συμπεριφορά αντίδρασης προς το περιβάλλον, αμφιταλαντευόμενη συμπεριφορά προς την οικογένεια, επιθετική παρόρμηση και απομονωτική συμπεριφορά, αλλά τα στοιχεία του βάθους είναι σχιζοφρενικού τύπου.
- Κατατονική σχιζοφρένεια, σε αυτή τη μορφή εμφανίζεται μια έντονη ψυχοκινητική κατάσταση ή μια πλήρης ανακοπή κάθε δραστηριότητας. Συχνά εμφανίζονται παρανοϊκές ιδέες ή και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς εναλλάσσονται από την ψυχοκινητική δραστηριότητα στην ψυχοκινητική αναστολή και η πάθηση χρήζει εντατικής παρακολούθησης διότι αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή.
- Παρανοειδής σχιζοφρένεια, κυριαρχεί η παρανοϊκή συμπτωματολογία και οι ψευδαισθήσεις. Εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία και συνήθως δεν προκαλεί σοβαρές αλλοιώσεις της προσωπικότητας και της διανοητικής ικανότητας⁵.

2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση

Είναι συναισθηματική ψύχωση που εμφανίζεται σε μεγάλα κάπως άτομα κυρίως ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Εκδηλώνεται με δυο φάσεις – μανία και κατάθλιψη – που είτε εναλλάσσονται στην κλινική εκδήλωση είτε εκδηλώνεται πάντα η μια μόνο φάση.

Κλινικές μορφές Μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης

- Μανία, είναι μια εξαιρετικά σοβαρή διαταραχή διάθεσης η οποία χαρακτηρίζεται από ανυψωμένη ή οξύθυμη διάθεση, ανυψωμένη ενέργεια και διαταραγμένες σκέψεις. Τα επεισόδια της μανίας συνδέονται γενικά με τη διπολική διαταραχή και την κλινική κατάθλιψη.

- Κλινική Κατάθλιψη (Μελαγχολία)⁴, είναι μια κοινή διαταραχή της διάθεσης στην οποία η καθημερινότητα του ατόμου διαταράσσεται από την έντονη θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η οικογένεια σαν βασικό κύτταρο της κοινότητας αποτελεί το θεμελιακό λίθο της. Μέσα στην οικογένεια είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν τόσο οι αιτίες όσο και οι τρόποι αντιμετώπισης ποικίλων προβλημάτων υγείας και ένα πλήθος στρατηγικών και μέσων που θα συντελέσουν στην προαγωγή της υγείας.

Τι είναι όμως οικογένεια; Οικογένεια είναι το σύνολο που αποτελείται από δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία κατοικούν στον ίδιο χώρο, έχουν κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, κοινούς σκοπούς και επιδιώξεις και διεκπεραιώνουν αλληλοεξαρτώμενες δραστηριότητες.

Τα χαρακτηριστικά που ισχύουν για κάθε οικογένεια είναι:

- Κάθε οικογένεια είναι μοναδική, διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη. Χρειάζονται λοιπόν συγκεκριμένες πληροφορίες για την κάθε οικογένεια ξεχωριστά με σκοπό να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν οι δικές της ιδιαίτερες ανάγκες.
- Κάθε οικογένεια έχει ομοιότητες με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια . Οι ομοιότητες αυτές είναι:
 - Αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα
 - Έχει τις δικές τις πεποιθήσεις και κανόνες λειτουργίας
 - Διεκπεραιώνει συγκεκριμένες δραστηριότητες
 - Περνά από τα στάδια εξέλιξης της οικογένειας
 - Μερικές οικογένειες μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους από άλλες. Έχουν κάποιο κοινό ιδιαίτερο χαρακτηριστικό¹⁰.

Παρ' όλους τους ορισμούς και τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την οικογένεια, οι επιστήμονες υγείας δίνουν περισσότερο έμφαση στο άτομο σαν μοναδική

προσωπικότητα, έτσι κάνουν το λάθος να βλέπουν την οικογένεια σαν ένα σύνολο ατόμων. Το λάθος αυτό οφείλεται και σε ένα δεύτερο λόγο, στο γεγονός ότι βλέπουν την οικογένεια μέσω του ατόμου. Με αποτέλεσμα, σπάνια να τους απασχολεί το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ένα ενιαίο σύνολο¹⁰.

Τα άτομο και η οικογένεια είναι συνδεδεμένα με δεσμούς. Μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας αναπτύσσονται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας ώστε όταν ένα μέλος πάσχει από μια χρόνια ασθένεια τότε όλη η οικογένεια επηρεάζεται. Η χρόνια ανίατη ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της, γιατί είναι ένα κοινωνικό σύστημα και κάθε αλλαγή μέσα σε αυτό αναπόφευκτα το διαταράσσει¹¹.

Οι οικογένειες που έχουν ένα μέλος που πάσχει από χρόνια ανίατη νόσο συνήθως πρέπει:

1. Να αναζητούν και να κατανοούν τις πληροφορίες για την ασθένεια
2. Να αποδεχθούν και να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής
3. Να έχουν τη δυνατότητα ανοικτής και ειλικρινής επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών της οικογένειας ως προς την ασθένεια
4. Τη δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά, αποδεκτά και αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και η ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους
5. Τη σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα.
6. Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία στη βάση παιδί – γονέα
7. Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου
8. Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών.
9. Πνευματικές αξίες και οικογένεια ατόμου με χρόνια ανίατη νόσο¹².

Κάτω από αυτή τη θεώρηση οι κρίσεις που βιώνουν οι οικογένειες και τα άτομα είναι αποτέλεσμα της δυσαρμονίας του σώματος και του πνεύματος. Έτσι, οι άνθρωποι πρέπει να αναζητήσουν πνευματικές διαστάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της χρόνιας ασθένειας, όπως:

- Έκφραση ανάγκης
- Εκδήλωση ενδιαφέροντος
- Ικανότητα να συγχωρεί τους άλλους για πόνο που προκαλούν
- Ικανότητα να δίνει και να παίρνει
- Ικανότητα να αποδέχεται τον εαυτό του όπως είναι
- Ικανότητα να απολαμβάνει τη ζωή ακόμα και μέσα από περιορισμούς.

2.2. ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

Η Brooks¹³ προσδιορίζει τρεις ψυχολογικούς τύπους οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους ένα χρόνια ασθενή:

1. Η απορριπτική οικογένεια: Ο τύπος αυτός δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το ασθενές μέλος της. Τα μέλη της οικογένειας συνεχίζουν τους προηγούμενους ρυθμούς και αδιαφορούν για το άτομο και τις ανάγκες του. Ο τύπος αυτός μπορεί να κρατά σε συνοχή τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αλλά το ασθενές μέλος το εξοστρακίζει.

2. Η υπερπροστατευτική οικογένεια: Είναι ο τύπος της οικογένειας επικεντρώνει όλη την προσοχή της στο ασθενές μέλος και τα υπόλοιπα υπερτιμούν τις ανάγκες υποστήριξης του. Η οικογένεια γίνεται υπερπροστατευτική, ανήσυχη και δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης με τον ασθενή παραβλέποντας τη θέληση του.

3. Η προσαρμοστική οικογένεια: Ο τύπος αυτός συμπαραστέκεται στο ασθενές μέλος της χωρίς να παραμελεί τις ανάγκες των υπολοίπων και να θυσιάζεται. Οι

παραδοσιακοί ρόλοι αναπροσαρμόζονται ώστε να βρει το ασθενές μέλος τη θέση του μέσα στην οικογένεια¹¹.

Σε περιπτώσεις όμως που το ασθενές μέλος είναι ένα παιδί τότε η κατάσταση γίνεται δυσκολότερη. Οι γονείς και γενικά η οικογένεια προσπαθεί να βρει τρόπους για να αντιμετωπίσει την οδυνηρή αυτή κατάσταση¹².

Οι Petermann & Bode¹⁴ διακρίνουν πέντε συνηθισμένους υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της ασθένειας με αντίστοιχες στρατηγικές/μεθόδους αντιμετώπισης της:

1. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται τη ασθένεια ως «πρόκληση» και κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά, έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους.
2. Οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται σαν «δοκιμασία» επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις.
3. Ως «κακοτυχία» και συνήθως βιώνουν ταυτόχρονα με την διάγνωση και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες.
4. Ως «θέλημα της μοίρας» και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Τέλος, την αντιλαμβάνονται ως «τιμωρία» και έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για την ζωή¹².

Η οικογένεια, μέσα από τις πνευματικές διαστάσεις, τους βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην καλύτερη λειτουργία της και τους τρόπους εκτίμησης και στρατηγικής αντιμετώπισης της ασθένειας μπορεί να διατηρήσει ένα συναισθηματικό και κοινωνικό περιβάλλον σύμφωνα με αυτό του προηγούμενου τρόπου ζωής του ασθενούς. Αυτό μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, είτε στο νοσοκομείο¹⁵.

Η οικογένεια θεωρείται ένα οργανωμένο σύνολο ατόμων που τα μέλη της εξαρτώνται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, έχοντας σαφή διαχωρισμό των ρόλων των μελών. Η αποδοχή αυτών των ρόλων διέπει τη συμπεριφορά της οικογένειας και διασφαλίζει την λειτουργία της και την ικανότητά της να προσαρμοσθεί σε αλλαγές όταν προκύψουν^{16,17}. Τα δομικά στοιχεία αφορούν κυρίως τις σχέσεις και τις

αλληλεπιδράσεις των μελών που ισχυροποιούν την οικογένεια όταν παρουσιασθούν προβλήματα και συγκρούσεις.

Προβλήματα υγείας πολλές φορές ανατρέπουν την επιβεβλημένη ισορροπία και ομοιόσταση της οικογένειας και αυξάνουν τις υποχρεώσεις των μελών προς το άρρωστο μέλος τους. Η παρουσία μιας απειλής σε προβλήματα υγείας συχνά συσπειρώνει τα μέλη για να μοιραστούν τις ανησυχίες και τις υποχρεώσεις και να αναζητήσουν προστασία, στήριξη και ασφάλεια¹⁸.

Παρά τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές και τη βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας η οικογένεια θεωρείται βασικό μέρος της ομάδας παροχής υπηρεσιών και σημαντικός «συνεργάτης» για την φροντίδα του ασθενή από μέλος της οικογένειας. Η φροντίδα αποκατάστασης ασθενή με εγκεφαλικό επεισόδιο συνεχίζεται για μακρύ χρονικό διάστημα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και το κέντρο αποκατάστασης στο οικείο περιβάλλον του. Τα μέλη της οικογένειας καλούνται να παρέχουν φροντίδα καλύπτοντας έτσι τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας^{19,20}.

Έτσι η φροντίδα ορίζεται από την άποψη των αρμοδιοτήτων και των προκλήσεων που αντιμετωπίζει η οικογένεια από την απότομη έναρξη της νόσου. Συχνά οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με νέους ρόλους και υπευθυνότητες που τους παρέχουν οι προκλήσεις και οι ευθύνες. Με αυτή την έννοια ο ρόλος των συγγενών φροντιστών είναι πολύ σημαντικός ανεξάρτητα από το χώρο νοσηλείας, του ασθενούς (νοσοκομείο, κέντρο αποκατάστασης, γηροκομείο, σπίτι). Η απρόβλεπτη φύση του εγκεφαλικού και της αποκατάστασης οδηγεί πολλές φορές σε μια διαφορετική εμπειρία απ' ότι άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια^{18,21}.

Έτσι τότε η οικογένεια αναλαμβάνει αρμοδιότητες για τη φροντίδα του ατόμου με ψυχική ασθένεια ο ασθενής συχνά αδυνατεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές δραστηριότητες ζωής και η οικογένεια αναλαμβάνει να καλύψει τις ανάγκες του^{22,23}.

Ως φροντιστές (caregivers) ορίζονται τα άτομα που καλύπτουν τις ανάγκες του ασθενή στο σπίτι ή συντονίζουν την παρεχόμενη φροντίδα χωρίς να αμείβονται. Οι φροντιστές είναι κυρίως μέλη της οικογένειας όπως σύζυγοι, γονείς, παιδιά, αδέρφια ή άτομα του ευρύτερου κοινωνικού περίγυρου του ασθενή όπως, φίλοι, άλλα

συγγενικά πρόσωπα²⁴. Οι αρμοδιότητες της οικογένειας είναι ποικίλες και προκύπτουν από τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του ασθενή και της οικογένειας.

Η ανακουφιστική φροντίδα θεωρεί την οικογένεια βασικό μέλος της ομάδας παροχής υπηρεσιών προς το ασθενές μέλος της και από την ίδρυση της την συμπεριέλαβε στους κόλπους της ως «συνεργάτη» για την κάλυψη των συναισθηματικών και σωματικών αναγκών του ασθενούς²⁵.

Η φροντίδα ασθενούς προχωρημένου σταδίου στο σπίτι είναι εφικτή μόνο όταν οι συγγενείς φροντιστές μπορούν να αναλάβουν τον μεγαλύτερο όγκο της φροντίδας του, για την εξασφάλιση ήρεμης και άνετης διαβίωσης μέχρι τον θάνατο²⁵.

Ως συγγενείς φροντιστές ορίζονται τα άτομα που εκπληρώνουν την πλειοψηφία των αναγκών του ασθενούς στο σπίτι ή συντονίζουν την παρεχόμενη φροντίδα, χωρίς να λαμβάνουν οικονομική αποζημίωση. Οι φροντιστές μπορεί να είναι μέλη της οικογένειας ή άτομα του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου του ασθενούς²⁵.

Στο μέλλον, οι οικογένειες αναμένεται να παρέχουν στο σπίτι στα ασθενή μέλη τους όλο και πιο σύνθετη φροντίδα, η οποία προϋποθέτει υψηλό επίπεδο γνώσης και δεξιοτήτων. Παρόλο που το εννοιολογικό πλαίσιο των δεξιοτήτων παροχής φροντίδας από την οικογένεια μέχρι τώρα δεν έχει αναπτυχθεί από τη νοσηλευτική επιστήμη. Είναι γεγονός ότι η απόκτηση ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων μπορεί να έχει πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά από εκείνα της επαγγελματικής εξειδίκευσης και συμπεριλαμβάνει την καταγραφή και εκτίμηση των αλλαγών στην κατάσταση των ασθενών καθώς και ένα ευρύτατο φάσμα δραστηριοτήτων²⁵.

Σε μια κοινωνιολογική μελέτη που έγινε, βρέθηκε ότι οι μη επαγγελματίες φροντιστές εκτελούν όλο και πιο σύνθετες δραστηριότητες παροχής φροντίδας, με την παράλληλη μείωση του αριθμού των δραστηριοτήτων που διεκπεραιώνονται από τους επαγγελματίες υγείας²⁵.

Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι εφικτή αν η οικογένεια έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τον κατάλληλο εξοπλισμό. Τα πλεονεκτήματα της είναι:

- Την επιθυμία του ίδιου του ασθενή να μείνει στο σπίτι

- Την αντίληψη των συγγενών ότι ο ασθενής είναι πιο χαρούμενος
- Την απεξάρτηση από τις αρνητικές πλευρές της νοσοκομειακής ζωής
- Την ευκολότερη πρόσβαση των συγγενών και φίλων
- Την μικρότερη διατάραξη της οικογενειακής ζωής²⁶

2.3. ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Παρακάτω θα αναλύσουμε τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνουν οι οικογένειες κατά την παροχή φροντίδας, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της φροντίδας καθώς και ο τρόπος συμμετοχής των φροντιστών²⁵.

Τα μέλη της οικογένειας συχνά δρουν ως «φυσικοί» φροντιστές, συμπληρώνοντας τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και παρέχοντας σημαντική υποστήριξη στον ασθενή τους. Επιπλέον, προσφέρουν ενθάρρυνση, επιβεβαίωση, ακρόαση, άνεση, προστασία αλλά και απλή συντροφιά με ένα εντελώς διαφορετικό τρόπο από εκείνο των επαγγελματιών ή των άλλων «απλών γνωστών», γιατί οι δεσμοί με το πρόσωπο που πάσχει είναι διαφορετικής ποιότητας²⁵.

Στο σπίτι, ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας είναι ευκρινέστερος και σημαντικότερος. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της οικογενειακής φροντίδας είναι ότι, επειδή λαμβάνει χώρα στο σπίτι, δεν επιδέχεται χρονικούς και τοπικούς περιορισμούς. Εξοπλισμός και βοηθήματα δίνουν στο σπίτι την εμφάνιση νοσοκομείου. Επιπλέον, ο φροντιστής μπορεί να κληθεί να παρέχει βοήθεια οποιαδήποτε χρονική στιγμή κατά την διάρκεια της ημέρας και της νύχτας.

Τα άτομα που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι συχνά αναφέρουν ότι είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσφέρουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της νύχτας, δεδομένου ότι εξαντλούνται τα αποθέματα της ενέργειας τους και της γενικής υγείας τους και μειώνεται η ικανότητα ανταπόκρισης τους στις απαιτούμενες ανάγκες φροντίδας²⁵.

Κάποια από τα καθήκοντα που αναλαμβάνουν οι οικογενειακοί φροντιστές είναι: προετοιμασία γεύματος, μεταφορά ασθενούς, χορήγηση φαρμάκων, επικοινωνία με

τους γιατρούς, αξιολόγηση και διαχείριση συμπτωμάτων, ντύσιμο ασθενούς, βοήθεια στη μεταφορά με ασθενοφόρο και βοήθεια για έγερση.

Άλλα καθήκοντα που δεν αφορούν την άμεση φροντίδα του ασθενούς είναι το μαγείρεμα, πλύσιμο, ψώνια, οικονομική διαχείριση, άμεση διαθεσιμότητα του φροντιστή, επιτήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, ικανότητα οργάνωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς και διαχείριση επώδυνων συναισθημάτων²⁵.

Σε έρευνα, η φροντίδα αυτή διακρίνεται σε άμεση και έμμεση . Η άμεση περιλαμβάνει την παροχή της σωματικής φροντίδας, την επίβλεψη και καταγραφή των αντιδράσεων του ασθενούς στις διάφορες παρεμβάσεις, ενώ η έμμεση την ανάλυση των προηγούμενων ευθυνών του ασθενούς, όπως ψώνια και φροντίδα σπιτιού²⁵.

Αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου, οι συγγενείς φροντιστές συχνά καλούνται να λάβουν αποφάσεις για την αντιμετώπιση του, όπως τη ρύθμιση της δοσολογίας ή την αλλαγή του είδους των φαρμάκων, και να κάνουν χρήση της τεχνολογίας για τη χορήγηση τους. Πολλές φορές οι φροντιστές παίρνουν αποφάσεις σχετικά με το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων και την αύξηση των μεσοδιαστημάτων, σε περιπτώσεις επιδείνωσης του πόνου²⁵.

Δυστυχώς, πολλά από αυτά τα καθήκοντα καλούνται να τα αναλάβουν άτομα που οι συνηθισμένοι ρόλοι τους δεν έχουν σχέση με την φροντίδα και συνήθως με ελάχιστη προετοιμασία. Η παροχή φροντίδας σε κάποιον που πεθαίνει είναι εξαιρετικά επίπονη.

Ανεξάρτητα από τα γενικά καθήκοντα που πρέπει να εκπληρώνουν τα μέλη της οικογένειας, πρέπει πολλές φορές να ασχολούνται επιστάμενα με την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Μπορεί να χρειαστεί να παραμείνουν για ώρες ή για μέρες κοντά στο αγαπημένο μέλος, μεταγγίζοντας αγάπη και επιβεβαίωση με την παρουσία τους²⁵.

Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη διεργασία της φροντίδας μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Σε αυτούς που έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του φροντιστή

2. Σε αυτούς που έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και

3. Σε αυτούς που έχουν σχέση με τις ανάγκες της φροντίδας

Η αίσθηση της οικογενειακής συνοχής, η στάση του προσωπικό και η διάρκεια της νόσου δύναται να προωθήσουν ή να παρεμποδίσουν την ουσιαστική συμμετοχή των συγγενών στη φροντίδα ασθενούς μέλους. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή των συγγενών στην ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να είναι η εντόπιση της ασθένειας, η διάρκεια της τελικής φάσης, οι απόψεις των συγγενών για την φροντίδα, το στρες και ευεξία του ασθενούς.

Σημαντικούς παράγοντες μπορούν να αποτελέσουν η ηλικία των συγγενών, το φύλο, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, η μόρφωση, η θρησκεία, το επίπεδο υγείας, η κατάσταση διαβίωσης και η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον φροντιστή. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες είναι η ποιότητα γάμου, η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, η κοινωνική στήριξη από επίσημα ή ανεπίσημα δίκτυα και ο τρόπος που η οικογένεια διαχειρίζεται την κατάσταση του στρες²⁵.

Υπάρχει όμως το ερώτημα: Γιατί μερικοί φροντιστές φροντίζουν τους ασθενείς τους καλύτερα από άλλους ;

Οι λόγοι σχετίζονται με τη γνώση, την εμπειρία και το επίπεδο ενασχόλησης με τη φροντίδα. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας που παρέχεται από μέλη της οικογένειας είναι μέρος του νοσηλευτικού ρόλου. Τα μέλη αποζητούν τη νοσηλευτική εκτίμηση για τη φροντίδα που παρέχουν και αναμένουν βοήθεια ώστε να αναπτύξουν επιπλέον δεξιότητες. Η καλή φροντίδα δεν ταυτίζεται απλώς με τη συμμόρφωση στις οδηγίες, αλλά είναι πολυπλοκότερη και περιλαμβάνει τη δυνατότητα αναγνώρισης προβλημάτων και αναζήτησης λύσεων.

Η παροχή πληροφόρησης προς τους συγγενείς, ώστε να γνωρίσουν όσα χρειάζονται, αυξάνει τη δυναμικότητα τους και τις ευκαιρίες ουσιαστικής συμμετοχής στη φροντίδα. Η φροντίδα του προσωπικού που βασίζεται σε ανθρωπιστικές αξίες, μπορεί να προφυλάξει την οικογένεια και να αποτελέσει «γενική πηγή αντίστασης», έτσι ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες για ουσιαστική συμμετοχή της στη φροντίδα²⁵.

Ωστόσο, κάθε οικογένεια είναι μοναδική και επιθυμεί να συμμετάσχει με τον δικό της τρόπο. Άλλες φορές, όμως, είτε από τη πλευρά των συγγενών, είτε του ασθενούς, δεν θέλουν να υπάρχει συμμετοχή. Επομένως, οι νοσηλευτές έχουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο. Για τους τρόπους συμμετοχής των συγγενών στην τελική φροντίδα των ασθενών δεν υπάρχουν αρκετές αναφορές.

Ο Andershed και Ternestedt²⁷ περιγράφουν τρεις τρόπους «να γνωρίζουν», «να παρευρίσκονται» και «να ενεργούν» .

Το «να γνωρίζουν» σημαίνει ότι οι συγγενείς λαμβάνουν συνεχή πληροφόρηση με διαφορετικούς τρόπους για τα συμπτώματα, τη διάγνωση, τη πρόγνωση, τα συναισθήματα και τις πράξεις του ασθενούς. Το να γνωρίζουν δεν είναι μόνο μέρος της συμμετοχής τους αλλά και προαπαιτούμενο αυτής.

Το «να παρευρίσκονται» σημαίνει ότι οι συγγενείς είναι παρόντες, δείχνει ενδιαφέρον και τους επιτρέπει να εισχωρήσουν σε βαθύτερο επίπεδο στον κόσμο του ασθενούς.

Το «να ενεργούν» έχει σχέση με τα καθήκοντα και την βοήθεια των συγγενών σε πράξεις που ο ασθενής θα εκτελούσε μόνος του, αν ήταν δυνατόν²⁵.

Σε μια άλλη μελέτη, η συμμετοχή των συγγενών περιγράφεται με δυο διαφορετικούς τρόπους: Με τη «συμμετοχή στο φως» που χαρακτηρίζεται από καλά πληροφορημένους συγγενείς, που βιώνουν τη συμμετοχή με νόημα και βασίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη με το προσωπικό. Με την «συμμετοχή στο σκοτάδι» που σημαίνει περιορισμένη συμμετοχή από την πλευρά των συγγενών και νιώθουν ότι δεν αναγνωρίζονται από το προσωπικό, αλλά «ψάχνουν μέσα στο σκοτάδι» όταν προσπαθούν να στηρίξουν τον ασθενή τους. Οι φροντιστές που αντιμετωπίζουν τη γρήγορη εξέλιξη της νόσου του ασθενούς τους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάμιξης στο σκοτάδι.

Οι συγγενείς φροντιστές, πολλές φορές, κατέχουν στο όλο σύστημα παροχής υπηρεσιών, ασαφής θέση, με αποτέλεσμα να υπολογίζονται άλλοτε ως πηγές στήριξης, άλλοτε ως συνεργάτες, άλλοτε ως ασθενείς πελάτες και άλλοτε ως ειδικοί στην παροχή φροντίδας²⁵.

Όταν η οικογένεια θεωρείται ως πηγή στήριξης, οι συγγενείς και ιδιαίτερα οι σύντροφοι, θεωρούνται εκ προοιμίου διαθέσιμοι για την φροντίδα του ατόμου που πεθαίνει. Υπολογίζονται σαν «εξάρτημα» του ασθενούς και χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας στη παροχή φροντίδας. Παρόλο που αναγνωρίζεται η σημαντική θέση του φροντιστή στην παροχή φροντίδας η επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων προϋποθέτει την ύπαρξη προσυμφωνημένων κοινών σκοπών και στρατηγικών.

Όταν διαπιστώνεται ότι η συνέχιση της παροχής φροντίδας μπορεί να αποβεί επιζήμια για την υγεία και την ευεξία του φροντιστή, η επαγγελματική υποστήριξη και οι υπηρεσίες γενικότερα πρέπει να αποσκοπούν στην ενδυνάμωση του ώστε να επανακάμψουν προκειμένου να συνεχίσουν να παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα²⁵.

Παρόλο που πρόσφατα διατυπώθηκε η πρόταση οι φροντιστές να μη θεωρούνται ειδικοί για τη φροντίδα του αγαπημένου τους, είναι γεγονός ότι τα μέλη της οικογένειας είναι εκείνα που συνοδεύουν τον ασθενή στα εξωτερικά ραντεβού για να τον στηρίξουν, συγκεντρώνουν πληροφορίες για την ασθένεια και είναι εκείνα που τον παρακολουθούν για σημεία καταπόνησης. Είναι γνωστό ότι πολλές οικογένειες αναλαμβάνουν πολλά νοσηλευτικά καθήκοντα. Ενώ ορισμένοι φροντιστές αποκτούν γρήγορα τις απαραίτητες δεξιότητες, κάποιοι άλλοι δυσκολεύονται τόσο με την διεκπεραίωση των αναγκών φροντίδας, όσο και με την ανάληψη υπευθυνότητας, η οποία σταδιακά μπορεί να αλλάζει τη σχέση με τον αγαπημένο τους.

Όταν όμως η οικογένεια έχει λάβει την απόφαση να αναλάβει τη φροντίδα και δέχεται την κατάλληλη υποστήριξη παρατηρείται αξιοσημείωτη βελτίωση της ποιότητας. Για αυτό οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να παρέχουν επαρκή πληροφόρηση σχετικά με την ασφαλή εκτέλεση των καθηκόντων προς όφελος του ασθενούς και να συλλέγουν συστηματικά τις απαραίτητες πληροφορίες από τον συγγενή φροντιστή για την εξέλιξη της κατάστασης του αγαπημένου του, ώστε να προχωρούν στην αναγκαία τροποποίηση του πλάνου φροντίδας²⁵.

Τέλος, η θέση των μελών της οικογένειας ως ασθενείς –πελάτες αναγνωρίζει σαφώς ότι ο φροντιστής είναι ένα άτομο με τα δικά του δικαιώματα και τις δικές του ανάγκες, επιθυμίες και ρόλους, που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση²⁵.

2.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η πολυπλοκότητα των ψυχικών ασθενειών δεν επηρεάζει μόνο τους ασθενείς, αλλά και τα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του, δηλαδή τους νοσηλευτές, τους φροντιστές και τους επαγγελματίες υγείας. Οι φροντιστές υφίστανται σημαντικές συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές καταπιέσεις προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ασθενούς.

Με την σταδιακή αρχική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή οι φροντιστές αναγκάζονται να έχουν την ευθύνη της καθημερινότητας του ασθενή. Ο φροντιστής θα αναλάβει όλη την ευθύνη για τον ψυχικά ασθενή μιας και είναι το πρόσωπο εκείνο που θα βοηθήσει τον ασθενή να ντυθεί, να φάει ακόμη και να πάει στην τουαλέτα. Να είναι βέβαιος ότι λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή σε καθορισμένες ώρες και με τη σωστή δοσολογία, να διαχειρίζεται τα οικονομικά και νομικά του θέματα, να έχει την μέριμνα για τις κοινωνικές δραστηριότητες του και τις εξόδους του καθώς και τη γενική διαχείριση του νοικοκυριού του.

Έτσι σταδιακά και με την πορεία εξέλιξης της νόσου ο ασθενής εξαρτάται από τον φροντιστή του, ο οποίος είναι απαραίτητο να έχει την πλήρη και συνεχή εποπτεία του ασθενούς. Πρέπει να φροντίζει να είναι ασφαλής ο ασθενής ανά πάσα στιγμή και να ζει σε ένα κατάλληλο για αυτόν χώρο²⁸.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου τόσο η κατάσταση του ασθενή όσο και η κατάσταση του φροντιστή επιδεινώνεται σημαντικά. Ο φροντιστής προσπαθεί να προσφέρει στον ασθενή την καλύτερη δυνατή φροντίδα αλλά και να αντιμετωπίσει τα δικά του συναισθήματα, που είναι κυρίως συναισθήματα πένθους για την «απώλεια» ενός προσώπου, με το οποίο έχει δεθεί συναισθηματικά.

Το σημαντικότερο όμως για όλους τους φροντιστές είναι να συνειδητοποιήσουν πως για να μπορέσουν να φροντίσουν όσο το δυνατό καλύτερα το πρόσωπο αυτό είναι να αντιμετωπίσουν τα δικά τους συναισθήματα και να μην παραμελήσουν τον εαυτό τους. Η αναζήτηση βοήθειας είναι ένα σημαντικό κομμάτι για την επιτυχή φροντίδα ενός ατόμου με άνοια από τα άτομα που το φροντίζουν. Ακόμη και το να μοιραστεί ο φροντιστής τα οδυνηρά συναισθήματα που τον διακατέχουν είναι σημαντικό και αρκετά ανακουφιστικό για τον ίδιο.

Μέσα από μια τόσο επώδυνη κατάσταση η οποία διαρκεί αρκετά χρόνια ο φροντιστής ενός ατόμου με άνοια επιβαρύνεται κατά πολύ. Επιβαρύνει την συναισθηματική και σωματική του υγεία καθώς και την κοινωνική του ζωή. Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, να διερευνηθεί η όλη κατάσταση την οποία βιώνουν όλοι εκείνοι οι άνθρωποι οι οποίοι παρέχουν φροντίδα σε πρόσωπα τα οποία πάσχουν από ψυχική ασθένεια.

2.5. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η εμφάνιση μιας σοβαρής πάθησης ενός μέλους της οικογένειας, επιδρά και στα υπόλοιπα μέλη της, με διαφορετικό βέβαια τρόπο στο καθένα, ανάλογα με το είδος του δεσμού και το πόσο ικανοποιητική ήταν η σχέση τους στο παρελθόν. Επηρεάζει όμως ιδιαίτερα το άτομο που θα αναλάβει την αποκλειστική φροντίδα του ασθενούς. Κι αυτό γιατί βιώνει διττά το στρες έχει να διεργαστεί αφενός τα συναισθήματα που προκάλεσε η τραγωδία υγείας ενός αγαπημένου προσώπου και αφετέρου τους φόβους του για την απώλεια της οικογενειακής γαλήνης και ισορροπίας²⁹.

Υπάρχουν διαφορετικές πηγές στρες, οι οποίες επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου που φροντίζει έναν ασθενή:

1. Βιοσωματικό:

Καθώς όλη η φροντίδα εστιάζεται στην περιποίηση του ασθενούς, το άτομο παραμελεί τη δική του υγεία, δεν τρέφεται σωστά, στερείται ώρες ύπνου και ξεκούρασης.

2. Γνωστικό–Συναισθηματικό:

Το άτομο κατακλύζεται από άγχος, φόβο και αρνητικές σκέψεις για το μέλλον της υγείας του ασθενούς, με αποτέλεσμα να βιώνει αρνητικά συναισθήματα, κυρίως κατάθλιψης και απελπισίας.

3. Κοινωνικό:

Είναι δυστυχώς πολύ εύκολο να απομονωθεί κανείς κοινωνικά, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά. Πολλές αλλαγές επέρχονται στην κοινωνική ζωή της οικογένειας, κάποιες από τις σχέσεις διακόπτονται ή περιορίζονται, καθώς δεν υπάρχει η ψυχική διάθεση και η σωματική ενέργεια που απαιτείται.

4. Οικονομικό:

Διάφορα οικονομικά άγχη και φόβοι συνδέονται με την νόσο.

5. Προσωπικό–Σεξουαλικό:

Ορισμένες φορές οι διαπροσωπικές σχέσεις του ζευγαριού μπορεί να κλονιστούν ανεπανόρθωτα μετά την εκδήλωση μιας σοβαρής ασθένειας, ενώ άλλες να τονωθούν.

6.Μεταφυσικό:

Πολλές οικογένειες καταφεύγουν στο Θεό και αντλούν δύναμη από την πίστη και τη σχέση τους με την εκκλησία. Υπάρχουν όμως άτομα που κλονίζεται η πίστη του σε αυτές τις δύσκολες ώρες και αναθεωρούν τις σχέσεις τους με κάποιους θρησκευτικούς θεσμούς²⁹.

Στην περίπτωση, που ο ασθενής είναι στην τελικό στάδιο της ζωής του, μαζί του πεθαίνει συμβολικά και η οικογένεια. Σε αυτή τη τελική φάση της ζωής του ασθενή τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνη που βιώνει ο ασθενής που προετοιμάζεται ψυχολογικά για τον επικείμενο θάνατο του. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας είναι:

- Αυξημένο άγχος που οφείλεται στην αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς των ανθρώπων να ανατρέψουν τις συνθήκες που οδηγούν στο θάνατο. Το άγχος αυτό συχνά συνοδεύεται από οργή, ενοχές και κατάθλιψη.
- Διαρκή ενασχόληση με σκέψεις που αφορούν το θάνατο του ασθενούς, αλλά και προβληματισμούς σχετικά με τον δικό τους θάνατο.
- Έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα. Άλλοτε οι συγγενείς θέλουν να βοηθήσουν στη φροντίδα του ασθενούς, ενώ παράλληλα επιθυμούν να

απομακρυνθούν εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί η κατάσταση της υγείας του και ο επικείμενος θάνατος του.

- Προοδευτική συναισθηματική από-επένδυση από τα όνειρα, τις ελπίδες και τις προσδοκίες που είχαν για το άτομο και τη σχέση τους μαζί του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η φυσιολογική από-επένδυση δεν οδηγεί απαραίτητα στην εγκατάλειψη του ασθενούς που πεθαίνει.
- Έντονο προβληματισμό και προγραμματισμό σχετικά με τις άμεσες ή απώτερες συνθήκες ζωής που θα προκύψουν μετά το θάνατο του ασθενούς. Αυτές οι σκέψεις ενώ προκαλούν ενοχές αυξάνοντας τον ψυχικό πόνο των συγγενών, στη ουσία αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις της διεργασίας του θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου¹².

Στην αρχή της διεργασίας του θρήνου, ο πόνος και θλίψη των συγγενών μοιάζουν αβάσταχτοι και μερικές φορές συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα.

Προοδευτικά ο έντονος ψυχικός πόνος μετατρέπεται σε μελαγχολία και σταδιακή συμφιλίωση με τη σκέψη ότι ο ασθενής θα πεθάνει. Στην πραγματικότητα, η διεργασία του θρήνου επιτρέπει στην οικογένεια αφενός, να αφομοιώσει και να αποδεχτεί το γεγονός του επικείμενου θανάτου και αφετέρου, να αναπτύξει μια ουσιαστική σχέση με τον ετοιμοθάνατο ασθενή. Οι συγγενείς εύχονται να μην υποφέρει τις τελευταίες μέρες της ζωής του, καθώς η κατάσταση του επιδεινώνεται και οι ελπίδες περιορίζονται.

Παρότι, η διεργασία του θρήνου προετοιμάζει ψυχολογικά τους συγγενείς και τους φίλους για το θάνατο, μερικές φορές μπορεί να έχει και αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό συμβαίνει όταν ο θρήνος εκδηλώνεται πρώιμα ή με μεγάλη ένταση και φόρτιση.

Σε αυτή τη περίπτωση, απορροφημένοι από τα δικά τους συναισθήματα, οι συγγενείς απομακρύνονται από τον ασθενή. Δεν είναι σε θέση να τον στηρίξουν και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου, ενώ επίκειται άμεσα ο θάνατος του ατόμου, εκείνο συνέρχεται και συνεχίζει να ζει. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως το «Σύνδρομο του Λαζάρου». Οι ψυχολογικά προετοιμασμένοι συγγενείς νιώθουν ανίκανοι να επανασυνδεθούν μαζί του, ενώ παράλληλα βιώνουν έντονο θυμό, απογοήτευση και ενοχές για τα συναισθήματα

τους, που μερικές φορές αναπληρώνουν ασχολούμενοι υπερβολικά με τη φροντίδα του ασθενούς¹².

Άλλες φορές πάλι η έλλειψη της διεργασίας θρήνου μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής τόσο κατά την περίοδο της πορείας προς το θάνατο, όσο και κατά την περίοδο του πένθους. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν οι συγγενείς αρνούνται τον επικείμενο θάνατο.

Άλλοτε, θέλοντας να προστατεύσουν ορισμένα μέλη της οικογένειας (κυρίως παιδιά), αποφεύγουν να μιλούν για τον θάνατο. Έτσι, δεν δίνουν την ευκαιρία για τη ψυχολογική προετοιμασία και δεν δίνουν τη δυνατότητα να αποχαιρετήσουν τον αγαπημένο τους. Η ψυχολογική υποστήριξη που δίνουν στον ασθενή τα μέλη της οικογένειας και το προσωπικό υγείας είναι ανεκτίμητης αξίας, όταν τον ενθαρρύνουν να ζήσει «ολοκληρωμένα» τις σχέσεις του με τους ανθρώπους που αγαπά μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του¹².

Σύμφωνα με τους Glaser και Strauss³⁰, το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και περιβάλλοντος εξαρτάται από το πλαίσιο επίγνωσης. Οι συγγραφείς περιγράφουν τα παρακάτω πλαίσια μέσα στα οποία εξελίσσεται η επικοινωνία:

- Το πλαίσιο αποκλεισμένης επίγνωσης όπου ο ασθενής δεν γνωρίζει ότι πεθαίνει, ενώ όλοι γύρω του το γνωρίζουν
- Το πλαίσιο υποψιαζόμενης επίγνωσης όπου ο ασθενής υποψιάζεται αυτό που όλοι άλλοι γνωρίζουν
- Το πλαίσιο αμοιβαίας προσποίησης όπου το άτομο γνωρίζει καλά, όπως και όλοι γύρω του, όμως στα πλαίσια μιας σιωπηλής συμφωνίας αποφεύγονται οι συζητήσεις γύρω από το θάνατο.
- Το πλαίσιο επίγνωσης και ανοιχτής επικοινωνίας όπου το ενδεχόμενο θανάτου αναγνωρίζεται και συζητιέται ανοιχτά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το αποδέχονται.

Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει θετικά στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς που πεθαίνει. Τρεις από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος περιλαμβάνουν:

1. Τη συχνότητα της επικοινωνίας που εξαρτάται από τη συχνότητα της επίσκεψης και παραμονής των συγγενών, φίλων και προσωπικού
2. Το περιεχόμενο επικοινωνίας που καθορίζεται από την άνεση με την οποία ασθενής και περιβάλλον συζητούν ή αποφεύγουν διάφορα θέματα
3. Τον τρόπο επικοινωνίας και ανταλλαγής μηνυμάτων. Στα τελικά στάδια της ο ασθενής συνήθως εκφράζεται έμμεσα και συμβολικά, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαθέτει το προσωπικό υγείας εξειδικευμένες γνώσεις για να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς¹².

2.6. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σύμφωνα με έρευνα της Provencher³¹ για την επιβάρυνση των οικογενειών με άτομα ψυχικά ασθενή συμπεραίνει ότι το 90% των οικογενειών παρουσιάζουν αναστάτωση στη ζωή τους, ενώ το 84% παρουσιάζουν διαταραχή στο τομέα της εργασίας.

Οι Hoening και Hamilton³², αναφέρουν ότι οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών επιβαρύνονται όσον αφορά στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην εργασία τους αλλά και στον οικονομικό τομέα.

Οι Winefield H.R & Harvey E.J³³, αναφέρουν ότι κάποια μέλη των οικογενειών των ψυχικά ασθενών απομονώνονται κοινωνικά δεδομένου ότι δεν έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο, δυσκολεύονται να αναπτύξουν διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, ενώ διαταράσσεται και η απόδοσή τους στη εργασιακή τους ζωή.

Οι Grad και Sainsbury³⁴, μελέτησαν το κοινωνικό κόστος της ψυχιατρικής φροντίδας, το οποίο οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση και παράλληλα επηρεάζει την ψυχική

υγεία των μελών της οικογένειας. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι η εξέλιξη των μελών της οικογένειας, που φροντίζουν ένα ψυχικά ασθενή, στον εργασιακό τομέα είναι περιορισμένη, λόγω του αυξημένου στρες που υπάρχει και σχετίζεται άμεσα με την ψυχική και συναισθηματική επιβάρυνση που τους προκαλείται.

Οι Winefield και Harvey³³, τόνισαν πως όσο μεγαλύτερη επαφή έχουν τα μέλη της οικογένειας με τον ασθενή, τόσο μεγαλύτερες διαστάσεις έχει η επιβάρυνση που υφίστανται σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Στην έρευνά τους σχετικά με τις ευθύνες που έρχονται αντιμέτωποι οι συγγενείς που φροντίζουν άτομα με χρόνια ψυχική ασθένεια, καθώς και τις επιβαρύνσεις που επιδέχονται, ανέφεραν ότι τα μέλη των οικογενειών προσδιορίζουν ως επιβάρυνση (burden) τομείς της καθημερινής τους ζωής που έχουν αλλάξει λόγω της παρουσίας του ασθενούς. Το 47,8% των ερωτηθέντων ανέφερε πως έχει δεχτεί αρνητικές επιπτώσεις σε τομείς όπως διακοπές, ενώ το 30% ανέφερε αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές σχέσεις.

Οι δυσκολίες και οι δυσλειτουργίες που συναντούν τα μέλη στον εργασιακό τομέα οφείλονται στο γεγονός ότι τα άτομα δυσκολεύονται να αφοσιωθούν στο εργασιακό τους αντικείμενο και να απασχοληθούν χωρίς άγχος³⁵. Σε πολλές περιπτώσεις εξαιτίας της ανάγκης να φροντίζει κάποιος τον ασθενή, κάποιο μέλος αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία του. Όλα αυτά έχουν παράλληλα και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή της οικογένειας, γεγονός που επιδεινώνει την ψυχολογική τους φόρτιση.

Οι περιορισμοί στην κοινωνική τους ζωή αναφέρονται κυρίως στις μειωμένες κοινωνικές επαφές και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου. Εξαιτίας της παράξενης συμπεριφοράς του ασθενή και των παράξενων συνηθειών του, όσον αφορά τον ύπνο και το φαγητό, αλλά και των απαιτήσεων της κατάστασης, όπως ανάγκη να πάρει το φάρμακό του κάποια συγκεκριμένη ώρα, ανάγκη να τον προσέχει κάποιος σε περιόδους κινδύνου υποτροπής, τα άτομα έχουν αλλάξει πολλά πράγματα από τις συνήθειές τους, είτε γιατί δεν έχουν τον απαιτούμενο ελεύθερο χρόνο, είτε γιατί δεν έχουν την ψυχολογική διάθεση.

Άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αναφέρονται ως αρνητική επιβάρυνση στη ζωή της οικογένειας είναι η παθητικότητα στην αντιμετώπιση των καθημερινών συναλλαγών και προβλημάτων. Σε πολλές περιπτώσεις η παθητικότητα σε κάποιους

τομείς καθημερινών συναλλαγών συνοδεύεται με περιορισμένη λειτουργικότητα. Τα άτομα δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν το ίδιο δραστήρια, όπως και πρώτα, σε τυχαία συμβάντα της καθημερινότητας, σε κάποιους τομείς της ζωής που σχετίζονται με κοινωνικές συναναστροφές.

Επιπλέον, η κοινωνική απομόνωση και η ανεπάρκεια στις κοινωνικές σχέσεις είναι απόρροια του αποκλεισμού της οικογένειας και του άρρωστου μέλους της από την υπόλοιπη κοινότητα, για το λόγο ότι πολλά μέλη της κοινότητας βλέπουν με δυσπιστία την ασθένεια. Ο κοινωνικός αποκλεισμός εντείνει το άγχος και τις αρνητικές συνέπειες που υφίσταται, καθώς ο φροντιστής, όντας αποκλεισμένος από την κοινότητα, βιώνει ένα συναίσθημα απομόνωσης, αφού δεν έχει που να στρέψει τα ενδιαφέροντα του, να αναπτύξει κοινωνικές επαφές και να νιώσει συμπαράσταση.

Σε πολλές περιπτώσεις η παθητικότητα σε ορισμένους τομείς καθημερινών συναλλαγών, συνοδεύεται με περιορισμένη λειτουργικότητα σε κάποιους τομείς της ζωής, μειωμένη αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και της προσωπικής ικανότητας. Στην μειωμένη αίσθηση του προσωπικού ελέγχου, προστίθεται και η πεποίθηση που έχουν κάποια άτομα ότι τώρα πια δεν ζουν φυσιολογική ζωή καθώς πολλά πράγματα της καθημερινότητας τους έχουν αλλάξει, λόγω της παρουσίας του ασθενούς.

Οι ψυχικοί εξω-ατομικοί παράγοντες, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω προκαλούν σοβαρά προβλήματα υγείας. Ως ψυχοσωματικό πρόβλημα υγείας αναγνωρίζεται κάθε πρόβλημα υγείας που η παθογένειά του πιστεύεται, ότι οφείλεται σε ψυχικούς στρεσογόνους παράγοντες, που προκύπτουν από τη λειτουργική συμμετοχή του ατόμου σε διαπροσωπικές σχέσεις, όπως οι σχέσεις επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους³⁶.

Νευροφυσιολογικές έρευνες που εστιάζουν την προσοχή τους στο νευροφυτικό σύστημα, αναδεικνύουν τις συνδέσεις μεταξύ του ψυχικού και οργανικού, αντικειμενοποιούν το ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα στις εκκρίσεις των αδένων, στους μεταβολισμούς και στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Επομένως εάν κάποιο άτομο προσαρμοστεί με τις απαιτήσεις και τις πιέσεις του περιβάλλοντος, δεν διαταράσσεται η ισορροπία του και συνεπώς το άτομο αυτό επιβιώνει και ευ λειτουργεί. Αντιθέτως όμως, αν το άτομο δεν μπορέσει να

προσαρμοστεί στις ψυχολογικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος και δημιουργηθούν στρεσογόνες καταστάσεις, στην προσπάθειά του να ξεπεράσει το στρες που υφίσταται, δημιουργεί δυσλειτουργικές μορφές ισορροπίας, που οδηγούν στην παθοφυσιολογική διαδικασία, που η ιατρική αναγνωρίζει σαν ψυχοσωματική αρρώστια.

Σύμφωνα με τον Minuchin³⁷ στο Μοντέλο της Ψυχοσωματικής Οικογένειας, υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στις διάφορες καταστάσεις ζωής του ατόμου με τα συναισθήματά του και αυτά, με τις σωματικές παθήσεις. Τα ψυχοσωματικά προβλήματα αναφέρονται συνήθως στο καρδιακό σύστημα, τις δερματικές παθήσεις, το βρογχικό άσθμα, τις ρευματοπάθειες, τον καρκίνο, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη. Αυτή η δυσλειτουργική διαδικασία που υφίσταται ο οργανισμός μπορεί να οδηγήσει στα εξής:

- 1) Αύξηση της συχνότητας και διάρκειας των ψυχοσωματικών προβλημάτων. Η αύξηση οφείλεται κυρίως στη στρεσογόνο κατάσταση που διακατέχει το άτομο και κάθε επανάληψή της επιδεινώνει τη διάρκεια των ψυχοσωματικών προβλημάτων.
- 2) Σε πλήρη σύγχυση της συμπεριφοράς και στην εγκατάσταση οξέων δραματικών ψυχοσωματικών επεισοδίων όπως έμφραγμα, γαστρορραγία. Σε αυτήν την κατάσταση μπορούν να οδηγήσουν δυο ή περισσότερες στρεσογόνες καταστάσεις που υφίσταται το άτομο.

2.7. Η ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις. Εντούτοις, οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι.

Το θέμα είναι αν υπάρχουν συγκεκριμένες προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για τους φροντιστές, αν αυτές συμπίπτουν ή είναι αντιφατικές. Πολλές φορές οι

προσωπικές και οι επαγγελματικές αξίες δεν είναι σύμφωνες. Οι συνθήκες των φροντιστών, από τις καθημερινές εμπειρίες, ως τις δραματικές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, απαιτούν λήψη αποφάσεων και επομένως οι αξίες αλληλοσυγκρούονται³⁸.

Οι φροντιστές οφείλουν να ακολουθούν τις κάτωθι αξίες:

1. Φιλεύσπλαχνη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον άνθρωπο.
2. Δέος για το δώρο της ζωής.
3. Σεβασμός στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία, και ατομικότητα κάθε ανθρωπίνου όντος.
4. Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.
5. Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής φροντίδας.
6. Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
7. Συμβολή στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων³⁹.

Σε συνέδρια τα οποία διοργανώνονται στις μέρες μας αναπτύσσονται θέματα ηθικής και δεοντολογίας. Τα περισσότερα από αυτά εστιάζουν στα ακόλουθα:

1. Το να «αγαπήσεις το πλησίον σου ως εαυτόν» έχει μεγαλύτερη σημασία τώρα, σαν αποτέλεσμα της παρούσας έμφασης στην τεχνολογική ανάπτυξη και την υποβάθμιση του ανθρώπου.
2. Οι φροντιστές είναι ανάγκη να βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου σαν πρόσωπο, ο οποίος δικαιούται σεβασμό και χρειάζεται φροντίδα με δεξιοτεχνία.
3. Η νοσηλεία είναι λειτούργημα και πραγματοποιείται από άτομα με αγάπη, αφοσίωση, εμπιστοσύνη, ευσυνειδησία και ικανότητα. Η φροντίδα χρειάζεται οξεία ηθική και δεοντολογική ευαισθησία.

4. Η έλλειψη γνώσης αποτελεί πρώτου μεγέθους «ανήθικη» συμπεριφορά. Επομένως, οι φροντιστές πρέπει να ενδιαφέρονται για την ατομική ηθική διαγωγή⁴⁰.

Γενικά, η αγάπη για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο και η ανθρωπιστική φροντίδα είναι οι περισσότερο κυριαρχούσες θεμελιώδεις αξίες των φροντιστών σήμερα.

Η φροντίδα των ψυχικά ασθενών είναι συνυφασμένη με τις υπηρεσίες υγείας, τις ηθικές αξίες και τη δεοντολογία, δηλαδή την επιστήμη του καθήκοντος. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι φροντιστές εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση, αλλά και από την ηθική του τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες, καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες καταστάσεις, στις οποίες αντιμετωπίζουν διλήμματα στην πράξη.

Ηθικά διλήμματα στην πράξη είναι όσα έχουν σχέση με τις αξίες, συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής. Εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, μη ορθή θεραπεία, χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες και ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και ασφάλεια του αρρώστου. Θέματα κατανομής ανθρώπινων πόρων και υλικών, διάθεση οργάνων σώματος για μεταμόσχευση, προσδιορισμοί προτεραιοτήτων υγείας και νοσηλείας παρουσιάζουν σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα για τη διοίκηση υπηρεσιών.

Ηθικά διλήμματα έχουν τεκμηριωθεί σε τέσσερις περιοχές: (α) στο ιατρικό απόρρητο, (β) στο δικαίωμα των φροντιστών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, (γ) στην κατανομή των περιορισμένων πόρων (οικονομικών, προσωπικού κ.λπ.) και (δ) στη διατήρηση των επαγγελματικών προτύπων. Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα θέματα μη ηθικής συμπεριφοράς, που ενοχλούν του φροντιστές στην πράξη σύμφωνα με έρευνα του 1991, κατά σειρά βαθμολογίας είναι σχετικά με:

1. Ανεύθυνες ενέργειες συνεργατών
2. Περιπτώσεις που γίνονται συζητήσεις για ασθενείς με απαράδεκτο τρόπο.

3. Ανισομερή κατανομή πόρων - ανθρωπίνων και υλικών.
4. Παράταση της ζωής με ακραία μέσα.
5. Ανεπαρκής στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών⁴¹.

Η φροντίδα των ψυχικά ασθενών δημιουργεί ποικιλία ηθικών προβλημάτων που είναι ειδικά για το επάγγελμα ή διαμορφώνονται από αυτό. Μέσα στο χάος και τη σύγχυση της σύγχρονης φροντίδας υγείας, ειδικά κάτω από το πρίσμα των αυξημένων οικονομικών περιορισμών και της τεχνολογικής επανάστασης με τη δυνατότητα αλλαγής της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που πολλές φορές φαίνονται ανυπέρβλητα. Όμως σε αυτό το χάος δεν χάνονται. Η ίδια η νοσηλευτική παρέχει πυξίδα και άγκυρα, σταθερό σημείο στην καταιγίδα, πηγή υψηλών αξιών και παράδοση πλούσια για κατεύθυνση, κατανόηση και συμπάθεια για τα ανθρώπινα διλήμματα της αρρώστιας και της υγείας.

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές πολλές φορές είναι διαφορετικά από αυτά των ιατρών. Και οι δύο έχουν τα ίδια ερωτήματα ως προς το αν πρέπει να χρησιμοποιηθούν τεχνολογικά μέσα, όταν υπάρχουν ελάχιστες ελπίδες θετικού αποτελέσματος. Να χρησιμοποιηθούν ή όχι τα μέσα ανάνηψης; Γνωρίζει ο άρρωστος και αντιλαμβάνεται τους κινδύνους της εγχείρησης;

Πέρα όμως από αυτά υπάρχουν και άλλα ειδικά θέματα που απασχολούν τους φροντιστές. Υπάρχουν αρκετοί φροντιστές για την παροχή ασφαλούς φροντίδας; Πρέπει να συνεχίζονται οι αναρροφήσεις σε άρρωστο για τον οποίο υπάρχουν οδηγίες αντίθετες, γραπτές ή υπονοούμενες, όπως «όχι ανάνηψη»; Γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του αρρώστου; Και πολλά παρόμοια ατελείωτα ερωτήματα.

Ορισμένοι λένε, ότι το μεγαλύτερο στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας σήμερα είναι η τεχνολογική αναγκαιότητα. Και εφόσον υπάρχει η τεχνολογία να χρησιμοποιείται. Το ηθικό δίλημμα είναι: Πρέπει να χρησιμοποιείται η τεχνολογία απλά γιατί υπάρχει; Παραδείγματα κατάχρησης της τεχνολογίας βρίσκονται σε πολλές συνηθισμένες καταστάσεις. Ποια η θέση για το φροντιστή που προτιμά να χορηγήσει υπνωτικό παρά να χρησιμοποιήσει εναλλακτικά μέτρα, όπως να συζητήσει μαζί του για να τον

ηρεμήσει και τόσους άλλους δημιουργικούς τρόπους; Πολλά παρόμοια κλινικά προβλήματα παρουσιάζονται στην καθημερινή πράξη.

Είναι απαραίτητο για τον κάθε φροντιστή να εκτιμά την κατάσταση ώστε να προσδιορίζει τις επιπτώσεις στον άρρωστο αν η κάθε ενέργεια πρόκειται να επιφέρει βλάβη ή αν ο κίνδυνος βλάβης είναι μεγάλος. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων σχετικά με τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένεια και από τους συνεργάτες και να επιμένει στην ανάλυση των στοιχείων. Ο φροντιστής οφείλει να αποφασίσει υπεύθυνα και να ενεργεί με βάση την αξιολόγηση.

Οι ηθικές υποχρεώσεις δεν δικαιολογούνται με παραλήψεις ή παραβάσεις. Έχει προσωπική ευθύνη και δεν μπορεί να πει: «ακολουθώ τις ιατρικές οδηγίες». Απαιτείται περισσότερο ενεργητική θέση. Ο φροντιστής οφείλει να ζυγίζει τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασής του. Οφείλει, όταν αυτό είναι δυνατόν, να χρησιμοποιεί μηχανισμούς και διαδικασίες που διατίθενται για ελαχιστοποίηση αρνητικών επιπτώσεων στον άρρωστο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η μετάβαση από την ασυλική Ψυχιατρική έχει προ πολλού λήξει. Η μεταρρύθμιση η οποία πραγματοποιήθηκε είχε ως σκοπό την κοινωνική-κοινωνική Ψυχιατρική καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς, όπου αυτό επιδιώκεται μέσω οργανωμένου συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος 1397/83 πέτυχε τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας και ο νόμος 2716/99 πέτυχε την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

3.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Όπως προαναφέρθηκε χάρη στη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επετεύχθη σε ικανοποιητικό βαθμό η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Μετά το τέλος του Κανονισμού 815 το 1995, η χρηματοδότηση και η συνέχιση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα βασίζεται σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών μέσω του προγράμματος «Ψυχαργός», ένα ολοκληρωμένο δεκαετές σχέδιο που δόθηκε για πρώτη φορά το έτος 1997 και το οποίο περιγράφει δυο κατηγορίες δράσεων:

- Παρέμβαση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ανάπτυξη δομών στην κοινότητα (Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης)

Προκειμένου να υλοποιηθούν απρόσκοπτα οι παραπάνω στόχοι, εκδόθηκε ο Νόμος 2716/1999 περί «Ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Στην παράγραφο 2, του άρθρου 1 του Νόμου 2916/99. Στο άρθρο αυτό προβλέπεται ότι οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή έφηβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του Νόμου 2592/1953 και του Νόμου 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες.

Οι αρχές, οι προϋποθέσεις, η στελέχωση, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Μ. Ψ. Α. και των Π. Π. Δ. για άτομα με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές καθορίζονται από την Υ.Α. Α3Α/ΟΙΚ.876/00 (ΦΕΚ 661 Β/00) που εκδόθηκε κατά εφαρμογή του Νόμου 2716/1999. Σύμφωνα με το άρθρο 7 καθορίζεται ότι: 1. η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια ενέργεια όπου δίνονται δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα». Το πρόγραμμα της ΕΟΚ 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Η μετάβαση στο Πρόγραμμα Ψυχαργός

Με σκοπό να μην κινδυνεύσουν να διακοπούν τα προγράμματα μεταρρύθμισης, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα 10ετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία Ψυχαργός, το οποίο είχε ως σκοπό την κοινωνική επανένταξη και την είσοδο στην αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Ψυχαργός Φάση Α΄ και Ψυχαργός Φάση Β΄

Η Φάση Α τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Κύριο μέλημά του η συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας, ενώ η Φάση Β τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2002-2003 (βρίσκεται ακόμη και σήμερα σε εξέλιξη) και επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας. Οι ομάδες-στόχοι στα ψυχιατρεία αποτελούνται από

ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές παθήσεις και ασθενείς με νοητική καθυστέρηση που νοσηλεύονται στα ψυχιατρεία αυτά⁴².

3.3. (ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ) ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχιατρική είναι επιστήμη ανθρωποκεντρική και για αυτό το λόγο είναι αφ' εαυτής κοινωνική, οπότε ο ξεχωριστός όρος «κοινωνική» ίσως τελικά αποτελεί πλεονασμό.

Κατά επέκταση και η κοινοτική ψυχιατρική, ή ψυχιατρική που εφαρμόζεται στα πλαίσια της κοινότητας, είναι και αυτή κοινωνικού χαρακτήρα αφού δεν είναι δυνατό να γίνει γνωστό ένα άτομο με την παρουσία του και μόνο αλλά χρειάζεται και η επιπλέον γνώση για όλα τα γεγονότα, πρόσωπα ή πράγματα, όλες οι δραστηριότητες και οι συνθήκες ζωής που άπτονται του χώρου του.

Το σκεπτικό αυτό αποτελεί μέρος της ιδεολογίας της κοινωνικής ψυχιατρικής και της πρακτικής της. Η κοινοτική ψυχιατρική έρευνα με την μέχρι τώρα πορεία της έδειξε πως η δέουσα και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενή είναι αυτή που γίνεται κοντά στο χώρο διαβίωσής του, με την έννοια της συνολικής εκτίμησης μέσα στο φυσικό του περιβάλλον.

Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται και η προσπάθεια αναμόρφωσης και διαμόρφωσης του όλου συστήματος ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Φορέας, εκπρόσωπος και υπεύθυνος για την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της κοινωνικής έρευνας, είναι η κοινοτική ψυχιατρική.

Όπως και σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε, η κοινοτική ψυχιατρική αναλαμβάνει να προσεγγίσει την κοινότητα να την ενημερώσει, να την αναμορφώσει αν χρειάζεται, να συνεργαστεί μαζί της για την αποκατάσταση ενός ή περισσότερων μελών που πάσχουν από ψυχική νόσο, να φροντίσει σε συνεργασία με τους κοινοτικούς φορείς την προληπτική θεώρηση και εφαρμογή της ψυχικής υγείας γενικότερα και έτσι συνολικά να ενταχθεί σαν αναπόσπαστο κομμάτι της μέσα στην κοινότητα και να διάγει «Βίο παράλληλο με τις κοινοτικές εξελίξεις σε θέματα ψυχικής υγείας και υγιεινής.

Αν τώρα ληφθεί υπ' όψιν και η ύπαρξη του Τομέα, τότε η εφαρμογή της κοινοτικής ψυχιατρικής και γενικά η θεώρηση των πραγμάτων από την σκοπιά της, γίνονται πιο επιστημονικά και πιο εμπειριστατωμένα και κατά συνέπεια έχει και τα ανάλογα αποτελέσματα.

Ο Μαδιανός⁴³ υποστηρίζει ότι στη χώρα μας μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70 επικρατούσε ο συγκεντρωτισμός των ψυχιατρικών υπηρεσιών με έντονα παγιωμένη και ανεπτυγμένη νοοτροπία του εγκλεισμού. Παρ' ότι είχε ήδη (από το 1985) ξεκινήσει η λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στη Νοταρά με στόχο την πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη, δεν λειτουργούσε με βάση την εξυπηρέτηση ενός γεωγραφικού τομέα και την ιδεολογία και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής.

Με βάση τα παραπάνω οι Στυλιανίδης και Καρακώστας⁴⁴ με ανακοίνωση στο Ελληνο-γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, υποστηρίζουν ότι μέσα στο ίδιο εντάσσεται η εμφάνιση νέων δομών στην Κοινοτική Ψυχιατρική. Βέβαια οι «νέες δομές» υποκινήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από ομάδες ψυχιάτρων και γενικότερα λειτουργών της ψυχιατρικής πολύ πιο πριν από τον Νόμο 1397/83 που αναφερόταν στη σύσταση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και Ψυχιατρικών Τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία.

Οι νέες αυτές δομές ονομάζονται «ενδιάμεσες» γιατί αφορούν τη δημιουργία κάθε κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή, που μπορεί να χρησιμεύει σαν ενδιάμεσος σε όλες τις καταστάσεις αποκοπής από αυτή. Μπορεί να λειτουργήσει σαν διέξοδος της παραμονή σε ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία ή σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης.

Ο Ν. Μώρος⁴⁴ αναφερόμενος στις ενδιάμεσες δομές επεσήμανε τους στόχους τους στις ακόλουθες θεωρήσεις:

1. Σαν μια προσέγγιση της ψυχιατρικής που αντιπροσωπεύουν και στοχεύουν σε μια συρρίκνωση των ασύλων, γιατί η δημιουργία των δομών αυτών επιτρέπει την αντιμετώπιση όλων σχεδόν των περιστατικών που συχνά καταλήγουν στα άσυλα.

Έτσι ο ρόλος του ασύλου περιορίζεται στο απολύτως αναγκαίο και είναι αναπόφευκτα εύλογο πως η προσπάθεια για συρρίκνωση του ασύλου είναι στενά

συνδεδεμένη με την αποασυλοποίηση. Επίσης συνδέεται με τον εκσυγχρονισμό της ψυχιατρικής περίθαλψης και αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενή καθώς και την ενεργητική συμμετοχή της κοινωνικής ομάδας στην προάσπιση της ψυχικής υγείας.

2. Σαν αποκέντρωση της ψυχιατρικής περίθαλψης που ουσιαστικά σημαίνει εφαρμογή κοινοτικής ψυχιατρικής σε επιστημονική βάση με την ύπαρξη τομέα και σωστού σχεδιασμού και οργάνωσης προκειμένου να επιτευχθεί η κάλυψη αναγκών των «εν ενεργεία» και των «εν δυνάμει» καταναλωτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

3. Σαν μια ολοκληρωμένη ψυχιατρική περίθαλψη, δηλαδή δημιουργία των δομών εκείνων που το σύνθετο φάσμα των προβλημάτων ψυχικής υγείας καθιστά απαραίτητο. Αυτό σημαίνει έστω και μακροπρόθεσμα, τη λειτουργία πλέγματος παροχής υπηρεσιών, που καθιστά την ψυχική κάλυψη συνεχή με βάση τις ανάγκες και θα εξαπλώνεται από τον γενικό γιατρό μέχρι το απόλυτα εξειδικευμένο κέντρο και μέχρι την υπηρεσία αποκατάστασης και θα επιτρέπει την αξιοποίηση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων που η ψυχιατρική διαθέτει σήμερα.

4. Σαν μια κοινωνικοποίηση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Με λίγα λόγια είναι η δημιουργία εκπαιδευτικών θεσμών και η παροχή εκπαιδευτικών δυνατοτήτων που επιτρέπουν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός συστήματος ψυχιατρικής με διαφορετική λογική, αντιλήψεις και ποιότητα.

5. Σαν μια προτεραιότητα στην προληπτική ψυχιατρική και την ανοικτή περίθαλψη. Δηλαδή, παρέμβαση στην κοινότητα και τις κοινωνικές ομάδες, με απώτερο σκοπό την ενεργοποίηση των ενδιαφερόμενων ομάδων, ή κοινωνικών και κοινοτικών φορέων.

Η πρώτη φορά κατά την οποία έγινε προσπάθεια αποαποϊδρυματοποίησης χρόνιων ψυχωτικών ήταν το 1990, ως προσπάθεια ψυχοκοινωνικής επανένταξης στους τόπους καταγωγής τους. Είχε σκοπό στην αναζήτηση κατάλληλων στοιχείων τα οποία θα βοηθούσαν στην πραγματοποίηση του παραπάνω σκοπού.

3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για την πλήρη λειτουργία του τομέα ψυχικής υγείας προβλέπεται η απασχόληση του προσωπικού των εξής ειδικοτήτων:

1. Ψυχίατροι
2. Ψυχολόγοι ΠΕ
3. Κοινωνικοί Λειτουργοί ΤΕ
4. Νοσηλευτές Π.Ε.
5. Νοσηλευτές Τ.Ε
6. Νοσηλευτές Δ.Ε.
7. Βοηθοί Υγειονομικού Προσωπικό ΥΕ
8. Εργοθεραπευτές ΤΕ

3.4.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το προσωπικό αυτό συγκροτείται με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες λειτουργίας του Ψυχιατρικού Τμήματος. Το πρόγραμμα κατάρτισης περιλαμβάνει θεωρητική κατάρτιση σε θέματα όπως: Σύγχρονες τάσεις για την ψυχική υγεία και την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Αρχές Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, Φιλοσοφία και Πρακτική του Αποιδρυματισμού, Ευαισθητοποίηση και Αγωγή Κοινότητας, Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Νομικά Δεοντολογικά Θέματα σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχική διαταραχή. Επίσης θα περιλαμβάνει και πρακτική άσκηση (on the job training) μέσα στο ίδιο το Ψυχιατρικό τμήμα. Η κατάρτιση χρηματοδοτείται ως ξεχωριστό έργο από το Μ.2.4 με βάση τη σχετική πρόταση που υποβάλλεται/θα υποβληθεί⁴⁵.

3.4.2. ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Το προσωπικό που αποτελεί το ψυχιατρικό τμήμα, προσφέρει έργο σύμφωνα με τις αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής. Επομένως, το βασικό χαρακτηριστικό της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού είναι η εργασία ομάδας και η εργασία μέσα σε ομάδα.

Αυτό σημαίνει πως οι ξεχωριστές επαγγελματικές ικανότητες του κάθε μέλους της ομάδας διοχετεύονται πιο σωστά γιατί τους δίνεται η ευκαιρία να αναπτύξουν τις δυνατότητές τους σε όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αφού αποκτούν, μέσα στην ομάδα διαδραστική ισχύ.

Επίσης, η αίσθηση του «ανήκειν» σε μια διεπαγγελματική ομάδα προσφέρει τη δυνατότητα στην ομάδα να αποκτήσει περισσότερες εκπαιδευτικές δυνατότητες, αλληλοϋποστήριξη και πρόληψη του burnout.

Οι ειδικές αρμοδιότητες που αναλαμβάνουν καθώς και το είδος του έργου που προσφέρει το προσωπικό είναι οι παράγοντες οι οποίοι πηγάζουν από την ξεχωριστή, ιδιαίτερη επαγγελματική ταυτότητα του καθενός⁴⁶.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Ψυχίατρος:

Το έργο του ψυχιάτρου προσδιορίζει και την πορεία της κλινικής εργασίας (διάγνωση, θεραπευτική αγωγή), στη διασυνδεδετική συμβουλευτική, στην εργασία με την κοινότητα, στην εκπαίδευση της διεπαγγελματικής ομάδας, στη διεξαγωγή διαδικασίας αξιολόγησης της πορείας του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα συνόλου (1-2 φορές τη βδομάδα) στη οποία προΐσταται ο επιστημονικά υπεύθυνος του τμήματος.

2. Ψυχολόγος:

Ο ψυχολόγος παίρνει μέρος στην υποδοχή του αιτήματος και ουσιαστικά συμβάλλει στη διαγνωστική και κλινική εργασία (συμβουλευτική, διασυνδεδετική), τις ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα, την αξιολόγηση του

συνολικού έργου του τμήματος, την παραγωγή επιστημονικού έργου, τη διεξαγωγή έρευνας, τις δραστηριότητες προαγωγής της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

3. Κοινωνικός Λειτουργός:

Στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού είναι σημαντική γιατί συμβάλλει μέσω αξιολόγησης στην πρόληψη και αντιμετώπιση συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται σε ομάδες ή άτομα εξαιτίας της διατάραξης της σωματικής ή ψυχικής υγείας ή οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντος και τα οποία δυσκολεύουν τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάστασή τους. Η εργασία που προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός είναι συμβουλευτική και θεραπευτική, απευθύνεται αποκλειστικά στον ασθενή καθώς και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένα ενεργό μέλος της διεπαγγελματικής ομάδας. Παίρνει μέρος στις παρεμβάσεις και δραστηριότητες του τμήματος αναλαμβάνοντας την ευθύνη για τη διασύνδεση του τμήματος με τους κοινοτικούς πόρους.

4. Εργοθεραπευτής:

Βασικός σκοπός του έργου του εργοθεραπευτή είναι να παίρνει μέρος στην κατάρτιση ενός εξατομικευμένου σχεδίου παρέμβασης για τον κάθε ασθενή (εκτίμηση, σχεδιασμός παρέμβασης, υλοποίηση παρέμβασης, αξιολόγηση) σε επίπεδο ατομικό και ομαδικό. Μεγάλο ρόλο παίζει η εργασία του με ασθενείς οι οποίοι έχουν μικρή λειτουργικότητα. Σε περιπτώσεις όπως η προαναφερόμενη, ο εργοθεραπευτής και η διεπαγγελματική ομάδα συνεργάζονται από κοινού αρμονικά με σκοπό να επιτευχθεί η διεξαγωγή παρεμβάσεων στο πλαίσιο του εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας, οι οποίες θα επιτρέψουν την αύξηση της λειτουργικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Οι παρεμβάσεις στο έργο του εργοθεραπευτή λαμβάνουν μέρος και έχουν ως αντικείμενο το άτομο και το περιβάλλον του (φυσικό και διαπροσωπικών-ανθρώπινων σχέσεων).

5. Επισκέπτης Υγείας:

Ο επισκέπτης υγείας επιτελεί σημαντικό έργο στις δραστηριότητες προαγωγής της ψυχικής υγείας, τη μετά νοσοκομειακή παρακολούθηση του ασθενούς και την

υποστήριξή του (όπως και της οικογένειάς του) με αντικειμενικό σκοπό να επιτευχθεί ο έλεγχος των υποτροπών και η παραμονή του στην κοινότητα (community care).

6. Νοσηλευτικό προσωπικό:

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελείται από διάφορες αρμοδιότητες και ενέργειες, όπως παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς και παροχή συμβουλευτικού έργου στις οικογένειές τους, οργάνωση, προγραμματισμό, συντονισμό όλων των πτυχών της νοσηλευτικής φροντίδας και των πραγματοποιούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων, άσκηση πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής και άλλα. Το νοσηλευτικό προσωπικό δίκαια χαρακτηρίζεται ως ο άξονας γύρω από τον οποίο επικεντρώνεται το ψυχιατρικό τμήμα, είναι αυτό που λόγω της συνεχούς παρουσίας του, δίνει νόημα, πραγματικό και συμβολικό, στη συνέχεια του θεραπευτικού πλαισίου (Ψυχαργός, 2008β). Παράλληλα, ένας ακόμη ρόλος των επαγγελματιών στις πτυχές της ψυχικής υγείας είναι ως προς την δημιουργία και ενίσχυση του εθελοντισμού.

Εθελοντισμός είναι μια πράξη την οποία εκτελεί ένα άτομο με τη θέλησή του μέσα σε αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης και προσφοράς, καθαρά μη κερδοσκοπική. Επιπλέον το άτομο αυτό δεν αποβλέπει σε μελλοντική επαγγελματική του ανέλιξη αλλά αποσκοπεί καθαρά στην ευημερία του συνανθρώπου, της κοινότητας και γενικότερα της κοινωνίας. Δεν αποτελεί απλώς ένα είδος ανιδιοτελούς προσφοράς κοινωνικού έργου. Είναι τρόπος σκέψης και ζωής, το οποίο βασίζεται στην ιδεολογία και τις ηθικές αξίες που έχει ένας άνθρωπος, όπως αυτές της φιλανθρωπίας, της αλληλεγγύης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής συμμετοχής.

Οι εθελοντές αναδεικνύονται απαραίτητοι και αναντικατάστατοι συνεργάτες Μονάδων φροντίδας ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, όσον αφορά στην κοινοτική αποδοχή και στην ενσωμάτωσή τους αλλά και όσον αφορά στο έργο που παράγουν. Ειδικότερα, οι εθελοντές μπορούν να συνασπιστούν και να λειτουργήσουν ως συνδετικός κρίκος μέσα στην κοινότητα και με το έργο τους να ενισχύσουν τις διαδικασίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινοτικής ένταξης των ψυχικά ασθενών.

Η συγκρότηση ομάδων εθελοντών από κατοίκους και φορείς της τοπικής κοινωνίας με σκοπό την υποστήριξη της λειτουργίας της Μονάδας, είναι μια προσπάθεια η οποία απλώνεται σταδιακά, οργανωμένα και συστηματικά για την προσέλκυση, την αξιολόγηση, την εκπαίδευση και τη συνεργασία μαζί τους. Η αύξηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος που δείχνουν οι εθελοντές με τον καιρό, αποτελεί μια συνεχή προσπάθεια, η οποία ωστόσο χρειάζεται να πραγματοποιείται με τυπικούς αλλά και με ανεπίσημους τρόπους. Η Μονάδα έχει ανάγκη να εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για δημιουργία συνεργασίας μαζί τους με τη μορφή ανακοινώσεων, επιστολών και φυλλαδίων, ώστε να πληροφορεί και παράλληλα να προσκαλεί κατοίκους ή φορείς της κοινότητας να συμμετέχουν στις δραστηριότητές της.

Επίσης, πρέπει ακόμη να αναφερθεί ότι επειδή οι εθελοντές προσεγγίζονται ως συνεργάτες της Μονάδας, θεωρείται βασικό να γίνεται ένας προσδιορισμός όλων των χαρακτηριστικών που έχει ο κάθε εθελοντής ώστε να κριθεί αν ανταποκρίνεται ή όχι στις απαιτήσεις του ρόλου και του έργου που πρόκειται να αναλάβει. Βασικά στοιχεία-κριτήρια για την αξιολόγηση των εθελοντών είναι το κίνητρο, η διαθεσιμότητα, η προσωπικότητα, ο τρόπος επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, η κοσμοθεωρία του και οι αντιλήψεις του ως προς την ψυχική ασθένεια, ο σεβασμός των δικαιωμάτων του ανθρώπου καθώς και η τήρηση εχεμύθειας. Ακόμη, απαραίτητο στοιχείο θεωρείται η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευσή τους σε θέματα διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, γιατί τους βοηθάει να κατανοούν και να ανταποκρίνονται κατάλληλα στις πολύπλοκες ανάγκες λειτουργίας της Μονάδας των ψυχικά ασθενών.

Πρέπει ακόμη να τονιστεί ότι οι τρόποι εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των εθελοντών θα πρέπει να είναι αποτελεσματικές και φυσικά να έχουν βιωματικό χαρακτήρα. Τέλος, τονίζουμε ότι η συνεργασία η οποία θα αναπτυχθεί με τους εθελοντές θα πρέπει να έχει προοδευτικό χαρακτήρα και παράλληλα να είναι οργανικά ενταγμένη στα πλαίσια της γενικότερης λειτουργίας της Μονάδας ως εξής: Μέρος του προσωπικού αναλαμβάνει την ατομική συνεργασία με εθελοντές όπου συχνά οι εθελοντές θα έχουν την ευκαιρία να επικοινωνούν και να συνεργάζονται με τον υπεύθυνο της υπηρεσίας- περιοδικά ειδοποιούνται για να συμμετάσχουν σε συναντήσεις της ομάδας προσωπικού. Ενθαρρύνονται στη δημιουργία ομάδας εθελοντών με την υποστήριξη μελών του προσωπικού και δραστηριοποιούνται σύμφωνα με στόχους.

Η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας

Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης (τοπικής κοινωνίας) σε ότι αφορά την ψυχική ασθένεια έχει ως σκοπό την μεταστροφή των αρνητικών στάσεων και των προκαταλήψεων. Για αυτόν τον σκοπό συνήθως εκπονούνται προγράμματα αγωγής ψυχικής υγείας της κοινότητας όπου δίνεται προσοχή στην παροχή πληροφοριών με σκοπό την απόκτηση περισσότερων σχετικών γνώσεων. Όμως η εμπειρία δείχνει ότι η πληροφόρηση-ενημέρωση, παρόλο που προσφέρει βοήθεια ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο φόβος που έχει ο κάθε άνθρωπος μπροστά στην ψυχική ασθένεια, δεν σημαίνει ότι έχει και τη δύναμη να αλλάξει ριζικά τις σχετικές στάσεις και τη συμπεριφορά που αυτές συνεπάγονται.

Η κάμψη των προκαταλήψεων των ανθρώπων οι οποίοι έχουν ελάχιστη ή καμία επαφή με ψυχικά ασθενείς σίγουρα απαιτεί προσοχή και εφαρμογή συγκεκριμένης στρατηγικής και μεθόδων. Επισημαίνεται επίσης ότι το θέμα αυτό ακόμη δεν έχει μελετηθεί σε βάθος. Παρόλο που σχετικά με τη συμπεριφορά-στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια υπήρξαν πολλές έρευνες, ωστόσο οι μελέτες καθώς και οι πληροφορίες για τον τρόπο αλλαγής των στάσεων προς τους ψυχικά ασθενείς και τις Κοινοτικές Μονάδες φροντίδας τους είναι ελάχιστες.

Μια σχετική έρευνα-παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε από τους Wolff et al⁴⁷ για την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος των περιοίκων Ξενώνων ψυχικά ασθενών του Βόρειου Λονδίνου αναφέρει ότι αυτό το πρόγραμμα διασαφηνίζει σε ικανοποιητικό βαθμό το θέμα της ορθής, κατάλληλης στρατηγικής ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης της κοινότητας. Σε αυτήν την έρευνα έγινε σύγκριση ανάμεσα σε δύο ομάδες περιοίκων Ξενώνων ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

Στην πειραματική αυτή ομάδα υπήρχαν περίοικοι που συμμετείχαν σε ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα με εκπαιδευτικό αλλά και κοινωνικό χαρακτήρα (επίσκεψη στους Ξενώνες, γνωριμία με τους ενοίκους τους και κοινωνικές εκδηλώσεις). Στην ομάδα ελέγχου υπήρχαν περίοικοι οι οποίοι απλώς πληροφορήθηκαν σχετικά με την ψυχική ασθένεια και τις υπηρεσίες φροντίδας της. Η έρευνα υλοποιήθηκε πριν την έναρξη και μετά την υλοποίηση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, ώστε να μελετηθεί η επίδρασή τους στις στάσεις και τις συμπεριφορές των περιοίκων προς τους ψυχικά

ασθενείς των Ξενώνων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περίοικοι της πειραματικής ομάδας εμφάνισαν με την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής διεργασίας μεγάλη βελτίωση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου όσον αφορά στις στάσεις άρνησης, απόρριψης και τους φόβους για τους ψυχικά ασθενείς. Το 28% των περιοίκων της πειραματικής ομάδας προσκάλεσαν ένοικους Ξενώνων στα σπίτια τους, ενώ παρόμοια αντέδρασε μονάχα το 8% των περιοίκων της ομάδας ελέγχου. Το 13% των περιοίκων της πειραματικής ομάδας, ενώ κανένας από τους περίοικους της ομάδας ελέγχου, δημιούργησαν φιλικές σχέσεις με ενοίκους των Ξενώνων. Το 50% των ενοίκων των Ξενώνων της περιοχής της πειραματικής ομάδας περιοίκων δημιούργησαν σταθερές και συχνές κοινωνικές επαφές με τους γείτονές τους, ενώ κάτι αντίστοιχο δεν έγινε για κανέναν ένοικο των Ξενώνων της περιοχής της ομάδας ελέγχου των περιοίκων.

Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η άμεση επαφή με τους ενοίκους ψυχικά ασθενείς των Ξενώνων, αναφορικά με την παροχή μόνο γνώσεων, είναι περισσότερο παραγωγική στην κάμψη των φόβων και των τάσεων απομόνωσης των ψυχικά ασθενών από τους περίοικους, στη βελτίωση της κοινωνικής επαφής μεταξύ τους και στην εξάλειψη αμφιβολιών των περιοίκων για το εάν οι ψυχικά ασθενείς τυγχάνουν κατάλληλης προσοχής και υποστήριξης από τα μέλη του προσωπικού.

Το συμπέρασμα που εξήχθη από αυτήν την έρευνα είναι ότι για την επίτευξη αποδοτικότητας των προγραμμάτων ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής ασθένειας, δεν επαρκεί μονάχα η πληροφόρηση-ενημέρωση. Παράλληλα πρέπει να πραγματοποιείται και μια ολοκληρωμένη και βιωματική προσέγγιση η οποία πρέπει να εντάσσει και την κοινωνική αλληλεπίδραση με τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς και τις κοινοτικές Μονάδες φροντίδας τους.

3.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα έχει την ικανότητα να αναλάβει διάφορους ρόλους και αρμοδιότητες. Οι βασικές διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου εντοπίζονται στα παρακάτω:

- Εφαρμογή πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, στοχεύοντας στην πρωτογενή αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς επίσης και στην παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.
- Οργάνωση, προγραμματισμός και συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, προς κάλυψη βιο-ψυχο-κοινωνικών αναγκών των ψυχικά πασχόντων.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενή άτομα και υποστήριξη στις οικογένειές τους.
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με επιπλέον εξειδίκευση νομικά κατοχυρωμένη.
- Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους νοσηλευμένους, τους βοηθούς τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και το κοινό.
- Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, με άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες, με φορείς υπηρεσιών της κοινότητας και με το υπόλοιπο προσωπικό.
- Προστασία των ψυχικά ασθενών ατόμων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους.
- Αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία.
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

- Άσκηση συμβουλευτικής–διασυνδεδετικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής στο γενικό νοσοκομείο.
- Έρευνα και δημοσιεύσεις με θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτή σε όλες τις βαθμίδες.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών στις νοσηλευτικές ειδικότητες μιας ενιαίας τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Μεταπτυχιακή εκπαίδευση.
- Διαρκής επιμόρφωση σε νέα δεδομένα και εφαρμογή τους στην πράξη.

Ο Νοσηλευτής με βάση τη κλινική ηθική το οποίο είναι ένα σχετικά νέο παρακλάδι της ηθικής, απευθύνεται σε ηθικά ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν μέσα στα σχετιζόμενα με την φροντίδα του ασθενούς σε διαφορές θέσεις, στο νοσοκομείο, κατ' οίκον ευκολίες, στην κλινική και στο σπίτι. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τουλάχιστον δύο κοινές προσεγγίσεις στην κλινική ηθική. Την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές και την προσέγγιση που βασίζεται στην φροντίδα⁴⁷.

3.5.1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ.

Μια από τις θεωρίες που ηγούνται στην Βιοηθική και στην κλινική ηθική έχει ορισθεί με μια προσέγγιση τεσσάρων αρχών. Κατέστη ευρέως γνωστή από τους Beauchamp & Childress⁴⁸. Αυτή η προσέγγιση ορίζει τέσσερις ηθικές αρχές που προέρχονται από κοινά πιστεύω και τα χρησιμοποιεί για να ορίσει, συζητήσει και αναλύσει τις ηθικές ιδιομορφίες των ιδιαίτερων καταστάσεων.

Οι τέσσερις αρχές περιλαμβάνουν την αυτονομία, φιλανθρωπία, μη επιβλαβής πρακτική και δικαιοσύνη. Άλλοι θεωρητικοί ορίζουν σαν αρχές την ειλικρίνεια, τήρηση του απορρήτου, αφοσίωση, και αποφυγή της δολοφονίας. Όλα αυτά έχουν δημιουργηθεί ώστε να υποχρεώνουν τους επαγγελματίες υγείας στις εξής σκέψεις: όλα τα πράγματα είναι ίσα, είναι υποχρεωμένος να σέβεται τους ασθενείς, να τους

ωφελεί, να μην τους προκαλεί κακό, να φέρεται σε όλους δίκαια και να είναι ειλικρινής.

Ένα ηθικό δίλημμα προκύπτει όταν κάποιος είναι ανίκανος να εκτελέσει ταυτόχρονα δύο κύριες υποχρεώσεις. Μια γυναίκα με AIDS παρακαλεί το νοσηλευτή να μην ενημερώσει τον σύντροφο της και πατέρα του παιδιού της, ότι αυτή έχει AIDS διότι φοβάται ότι θα την εγκαταλείψει. Ενώ ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να σεβαστεί την ιδιωτική της ζωή και να διατηρήσει τις προσωπικές πληροφορίες μυστικές έχει επίσης την υποχρέωση να μην προκαλέσει κακό σε ανίδεους τρίτους. Προφανώς δεν μπορεί να κάνει και τα δύο. Δυστυχώς δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την ιεραρχία των αρχών που καθορίζουν ποιες αρχές μπορεί να υπερέχουν έναντι κάποιων άλλων.

Ο Clouser & Gert⁴⁹ προσφέρουν ένα ισχυρό κριτήριο αυτής της μεθόδου, το οποίο ορίζουν ως Principlism. Πολλές νοσηλεύτριες έχουν ασκήσει κριτική σε αυτή την μεθοδολογία γιατί ευρέως διαδεδομένες εκδόσεις φαίνεται να προάγουν ένα είδος αβέβαιης ηθικής του τύπου «να τραβήξω την πρίζα ή όχι», η οποία δεν είναι ευαίσθητη στις καθημερινές φροντίδες που παρέχουν οι νοσηλεύτριες.

3.5.2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Η μη ικανοποίηση με την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές για την νοσηλευτική ηθική συνδυασμένη με την ριζοσπαστική δουλειά του Gilligan (1982) στην ηθική ανάπτυξη οδήγησε κάποιες θεωρητικές νοσηλεύτριες να ξεκινήσουν να συνθέτουν μια ηθική της φροντίδας⁵⁰. Κέντρο αυτής της προοπτικής είναι η φύση της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενούς και προσοχή στις ιδιαιτερότητες των ξεχωριστών ασθενών ιδωμένα μέσα στα περιεχόμενα της ζωής τους. Δουλεύοντας με αυτή την μεθοδολογία οι νοσηλεύτριες δίνουν σημασία στις ανθρώπινες ανάγκες και ενδιαφέροντα που υπόκεινται στην ηθική διαμάχη με την πρόθεση να αποκαταστήσουν και να ενισχύσουν τους δεσμούς μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και οικογενειών⁵². Ο κώδικας ηθικής της ANA(American Nursing Association).

Ο νοσηλευτής προσφέρει υπηρεσίες με σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και μοναδικότητα για τον πελάτη, ελεύθερη από σκέψεις για κοινωνικό ή οικονομικό status, προσωπικές ιδιότητες, ή την φύση των προβλημάτων υγείας. Ο νοσηλευτής

προσέχει το δικαίωμα του πελάτη για ησυχία με το να προστατεύει με γνώση πληροφορίες με εμπιστευτική φύση. Ο νοσηλευτής δρα έτσι ώστε να προστατεύει τον πελάτη και το κοινό όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου.

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για ξεχωριστές νοσηλευτικές κρίσεις και πράξεις. Ο νοσηλευτής διατηρεί την ικανότητα στην νοσηλευτική. Ο νοσηλευτής εξασκεί πληροφορημένη κρίση και χρησιμοποιεί την ξεχωριστή ικανότητα και προσόντα σαν κριτήρια στην αναζήτηση συμβουλής, αποδοχή υπευθυνοτήτων και αναθέσεις νοσηλευτικών πράξεων σε άλλους.

Ο νοσηλευτής συμμετέχει σε δραστηριότητες που προσφέρουν στην συνέχεια της πορείας την ανάπτυξη της γνώσης του επαγγέλματος. Ο νοσηλευτής συμμετέχει επίσης στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των standards της νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατέψει το κοινό από την παραπληροφόρηση και κακή εκπροσώπηση και στην διατήρηση της ακεραιότητας της νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής τέλος συνεργάζεται με μέλη των επαγγελμάτων υγείας και άλλους πολίτες στην προαγωγή των προσπαθειών της κοινότητας και του έθνους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες υγείας του κοινού.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της νέας νοσηλευτικής λειτουργίας είναι να εγκαθιδρύσει μια σχέση φροντίδας και προσοχής προς όλες τις ανάγκες του άρρωστου ατόμου και όχι περιορισμό σε ένα απλό έλεγχο των συμπτωμάτων της αρρώστιας ή της ψυχολογικής μειονεξίας που εκδηλώθηκαν ή διαγνώστηκαν κάποτε.

Να προωθήσει της διαδικασία της αποκατάστασης δια μέσου της εγκαθίδρυσης μιας σχέσης με τον ασθενή που απλώνεται στο χρόνο, υπερασπίζοντας τον απέναντι σε εμπόδια ιδρυματικά, κοινωνικά, πολιτιστικά, και ενθαρρύνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις αρχίζοντας από τη δική του σχέση με τον άρρωστο σαν άνθρωπος προς άνθρωπο.

Η δυνατότητα εξεύρεσης νέων χώρων, και αυτό είναι επίσης ευθύνη του θεραπευτή δηλαδή του νέου ρόλου που πρέπει να αποκτήσει. Νέο χώρο στο περιβάλλον εκτός Ψυχιατρείου στο οποίο πρέπει να οργανωθεί η επανένταξη του ασθενή.

Η ικανότητα να δημιουργεί μια σύνθεση όλων των εμπειριών αποκατάστασης του ασθενή με στόχο το ξεπέραςμα των αντιφάσεων που από χωρισμένες εμπειρίες μπορούν να δημιουργούν στον ασθενή. Αυτό σημαίνει μια γενικευμένη γνώση δουλειάς που γίνεται με τον ασθενή και της προσωπικής του ιστορίας.

Τέλος, η δουλειά μέσα στην ομάδα, στο βαθμό όπου δια μέσου της κυκλοφορίας της πληροφορίας, είναι δυνατό να παρακολουθείται ο ασθενής με τους χρόνους και τους χώρους του.

Ο νοσοκόμος οφείλει κατά κάποιο τρόπο να καταλάβει ποια εναλλακτική λύση είναι η πιο κατάλληλη για τον ασθενή, να βρει αναγκαίους πόρους οικονομικούς, δομικούς, οργανωτικούς να κάνει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης για το ξεπέραςμα της ιδρυματικής πρακτικής της προνοιακής συντήρησης π.χ. να διδάξει τον ασθενή πως να τρώει αυτόνομα και σωστά, τη φροντίδα του σώματος, την οργάνωση χώρων διαμονής, να εξασφαλίσει τη βαθμιαία επανένταξη του ασθενή στη νέα κατάσταση της ζωής του, να τον μάθει να ψωνίζει, να τον διδάξει να χρησιμοποιεί το λεωφορείο, να τον ενθαρρύνει να αναπτύξει αυτόνομες φιλικές σχέσεις.

Ο νοσοκόμος πρέπει να εξεύρει πόρους που είναι αναγκαίοι π.χ. να κατευθύνει τον ασθενή στο γραφείο εύρεσης εργασίας, να προωθήσει την υλοποίηση των συνεταιρισμών, να βρει ιδιωτική χρηματοδότηση. Για τους συνεταιρισμούς πρέπει ιδιαίτερα να δείξει μια επαγγελματικότητα με στόχο αφενός την παραγωγική πλευρά και αφετέρου από τη άποψη της αποκατάστασης, πλευρές που είναι συνδεδεμένες μεταξύ τους, για να ανοίξει ένας χώρος στον οποίο ο ασθενής γίνεται συμμετοχος εργαζόμενος μέσα στον συνεταιρισμό.

Ένα άλλο πράγμα που πρέπει να κάνει για την ένταξη του ασθενή στην ελεύθερη αγορά είναι να βοηθήσει στη διαπραγματευτικότητα του και να τον στηρίξει στον εργασιακό του ρόλο. Ο νοσοκόμος πρέπει να είναι ικανός, να οδηγήσει σε ένα βαθμιαίο ξεπέραςμα του εξαναγκαστικού και του υποχρεωτικού χαρακτήρα της εργασίας του νοσοκομείου που είναι εμφανής και προγράμματα εργοθεραπείας ακόμη.

Η κοινωνική ταυτότητα σημαίνει ανάκτηση υποκειμενικότητας με την απελευθέρωση από συμπεριφορές επαναληπτικές και απρόσωπες, ικανότητα και δυνατότητα να πειραματίζεται με καινούργια πράγματα και να μαθαίνει μέσα από την εμπειρία. Σε αυτό ο νοσοκόμος πρέπει να προωθήσει τη βελτίωση συνθηκών ζωής και να κεντρίσει νέες ανάγκες όχι να επιβάλει, να κεντρίσει να παρακινήσει και να κάνει ικανό τον ασθενή να επιλέγει, να απαντήσει θετικά στις ανάγκες του ασθενή, να αναπτύξει την ικανότητα του να κατανοεί τις θεραπευτικές πράξεις που είναι και αναγκαίες πχ να παίρνει τα φάρμακα με τρόπο αυτόνομο και συνειδητό, να μάθει τη χρήση του χρήματος για να το χρησιμοποιεί ακολούθως μόνος του.

Ο νοσοκόμος δια μέσου της θεραπευτικής σχέσης πρέπει να παράγει στον ασθενή την ικανότητα να αναπτύσσει συνείδηση των δικαιωμάτων του. Πρέπει να επιτρέπει μια συναλλαγή όχι μόνο ανάμεσα σε λειτουργό και ασθενή αλλά σαν σχέση δύο ανθρώπων εμπειριών που έρχονται σε επαφή μεταξύ τους.

Θεωρώντας δεδομένα όσα προλογικά αναφέρθηκαν για τον τελικό στόχο για όλους τους ασθενείς μπορούμε να κάνουμε έναν αρχικό προγραμματισμό με τρόπο όχι άκαμπτο και σταθερό αλλά σε σχέση με το απρόβλεπτο της απαίτησης του χρόνιου και ιδρυματοποιημένου ασθενή. Εδώ σπίτι σημαίνει ιδιωτικός χώρος, ίσως ένα μικρό δωμάτιο, η δυνατότητα να κατέχει και να χρησιμοποιεί μικρά αντικείμενα, η εκπαίδευση στο φαγητό, η δυνατότητα να εκπαιδευτεί στην αυτοφροντίδα η δυνατότητα να κάνει σχέσεις με άλλα άτομα και να ζει σε ένα περιβάλλον αξιοπρεπές και καθαρό.

Ο νοσοκόμος πρέπει να δώσει μια τέτοια προσοχή στο περιβάλλον, ώστε να εξασφαλίσει τις καλύτερες συνθήκες υγιεινής κατοικίας και ερεθισμάτων. Να αρχίσει μια δουλειά εξατομίκευσης αποκατάστασης προσεγγίζοντας τον ασθενή με ένα τρόπο όλο και περισσότερο στην κατεύθυνση των κανονικών συνθηκών της καθημερινής ζωής σε σχέση με την αποδεκτή κουλτούρα.

Να αρχίσει να μοιράζεται τη δουλειά του με τους συναδέλφους του σαν δουλειά ομάδας. Εργασία σημαίνει να αρχίσει μια σχέση πειραματισμού με αντικείμενα και με το να κάνει πράγματα, να δοθεί η δυνατότητα στον άρρωστο να πειραματιστεί και τροποποιήσει την πρώτη του επαφή με το αντικείμενο χωρίς η καταστροφή ή απώλεια του αντικειμένου να δημιουργεί ευθύνες στον νοσηλευτή. Να οδηγεί τον

ασθενή σε μια διαδικασία αλληλεπίδρασης της σημασίας και της χρήσης του αντικειμένου στην πραγματικότητα.

Κοινωνική ταυτότητα σε αυτή την περίπτωση, μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίζεται σαν υποκείμενο με ίσα δικαιώματα κοινωνικά, νομικά, πολιτικά, δηλαδή δικαιώματα που δίνουν την ιδιότητα του πολίτη με ουσιαστικό τρόπο. Ο νοσοκόμος πρέπει να εξανθρωπίζει τη σχέση του με τον άρρωστο. Να γίνει ο λειτουργός του περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο που θα υποστηρίξει αυτά τα δικαιώματα κι έξω από τους τοίχους του Ψυχιατρείου. Να προσπαθήσει να διαμεσολαβεί σε περίπτωση δυσμενών σχέσεων με την κοινότητα, να επιτελέσει μια λειτουργία αλλαγής της νοοτροπίας και της κουλτούρας ενάντια στον αποκλεισμό και περιθωριοποίηση ή την αντιμετώπιση με οίκτο των λεγόμενων διαφορετικών ατόμων.

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι το είδος της θεραπευτικής σχέσης για την οποία μιλάμε και ποια δυνατότητα υπάρχει για μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση μέσα στο θεσμικό πλαίσιο στο οποίο δρούμε.

Μπαίνει λοιπόν το ερωτηματικό της υπέρβασης αυτής της ίδιας της σχέσης. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν είναι οι σχέσεις ανάμεσα σε ρόλους που έχουν την κύρια θεραπευτική σημασία αλλά είναι μια άλλη πιο υψηλού επιπέδου η σχέση άνθρωπο με άνθρωπο. Πως σχηματίζουμε λοιπόν τη σχέση μέσα στην οποία βρισκόμαστε τώρα με ένα τρόπο θεσμικά κατοχυρωμένο, τη θέση δηλαδή θεραπευτή-θεραπευμένου σε μια κατεύθυνση που αυξάνει και την εξουσία και τον αυτοκαθορισμό του ασθενή.

Ο κύριος τρόπος είναι δια μέσου του μετασχηματισμού της θέσης και του ρόλου του λειτουργού αποιδρυματοποιώντας τη γνώση του λειτουργού και την πρακτική του απομυστικοποιώντας την εξουσία του και χρησιμοποιώντας της σε άλλες κατευθύνσεις που δεν ήταν για τον έλεγχο του ασθενή αποδημώντας επ' άπειρον το ρόλο με την έννοια ότι ο λειτουργός αποκτά πολλαπλές λειτουργίες και στόχους ολοένα και λιγότερο ειδικούς προς μια σφαιρική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών⁵¹.

3.5.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολυάριθμοι και ποικίλης αιτιολογίας, διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς.

3.5.3.a. ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι γενικοί παράγοντες, αφορούν στο χώρο της ψυχικής υγείας, γενικότερα, επηρεάζοντας έμμεσα το νοσηλευτικό έργο. Οι παράγοντες αυτές είναι ανάλογοι με:

- Την ψυχιατρική δομή στην οποία καλείται να ασκήσει τα καθήκοντά του.
- Τη φιλοσοφία της δομής αυτής και το μοντέλο που εφαρμόζεται (συμπεριφορικό, γνωσιακό, συστημικό, αναλυτικό).
- Τη φάση (σύνθεσης, σύγκρουσης) που βρίσκεται η διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας και την εμπειρία της.
- Τον γενικότερο τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών ατόμων (π.χ. φαινομενολογικός τρόπος αντιμετώπισης: αρχική εκτίμηση, συνέντευξη, παρατήρηση, φαρμακοθεραπεία, εξιτήριο και κλασική λήψη ραντεβού για επανεξέταση).
- Την έλλειψη ολοκληρωμένης επίγνωσης των δομών, που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και των συναφών δομών, που συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων, στην αποκατάστασή τους και στην προσαρμογή τους στην κοινότητα.
- Την έλλειψη σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Την υπολειτουργία των προγραμμάτων αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα λόγω εξάρτησής τους από χρηματοδότηση από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης⁵².

Οι δύο τελευταίοι παράγοντες οδηγούν στην υπολειτουργία ή ακόμα και στην προσωρινή παύση της λειτουργίας των προγραμμάτων, στον αποσυντονισμό των απασχολούμενων, στην ελλιπή παρακολούθηση και επομένως υποτροπή της νόσου και τέλος στην απόλυση προσωπικού.

Για τους παραπάνω παράγοντες προτείνονται κάποιες λύσεις οι οποίες αφορούν, στη συνεργασία κάθε ειδικότητας, προκειμένου να εκδοθούν συγγράμματα που καλύπτουν ολοκληρωμένα το θεωρητικό μέρος της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επικεντρωμένα στις υπάρχουσες δομές. Επιπλέον, μέσα στην εκπαίδευση της κάθε ειδικότητας, η οποία αποτελεί τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, προτείνεται να συμπεριληφθεί τουλάχιστον θεωρία για τις υπάρχουσες ψυχιατρικές δομές με εκτενή αναφορά στο είδος των υπηρεσιών που παρέχουν. Τέλος, προτείνεται η συγκρότηση ολιγομελούς Επιτροπής Συντονισμού, η οποία θα αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας. Η επιτροπή αυτή θα είναι εξοπλισμένη με κεντρική μονάδα ηλεκτρονικού ελέγχου, που θα συνδέεται με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές των κατά τόπους δομών, από όπου θα παρέχει και θα αντλεί στοιχεία (ιστορικό, πορεία υγείας των ψυχικά πασχόντων ατόμων στην κοινότητα, αξιόπιστα στατιστικά δεδομένα)⁵³.

3.5.3.β. ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ειδικοί παράγοντες αφορούν ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό και επηρεάζουν άμεσα το νοσηλευτικό έργο. Συγκεκριμένα υπάρχει έλλειψη στο νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχουν 25.000 οργανικές θέσεις κενές και 5.000 άνεργοι νοσηλευτές.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και των δομών ψυχικής υγείας ειδικότερα, με νοσηλευτικό προσωπικό που αγγίζει τα όρια του προσωπικού ασφαλείας (50%). Επίσης παρατηρείται έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας, με επιβάρυνση στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών προς τους ψυχικά πάσχοντες.

Γενικά πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η επί 24ώρου παραμονή των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας δίπλα στο πάσχον ψυχικά άτομο, τους δίνει τη δυνατότητα να αποτελούν το χάρτη, πάνω στον οποίο χαράσσονται και μέσω αυτού εκτελούνται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας, σταυροδρόμι ενημέρωσης και προγραμματικού παρεμβατισμού, καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των θεραπευόμενων.

Επιτακτική κρίνεται η ανάγκη για ακριβή επιστημονική μεταφορά πληροφοριών, μέσω της νοσηλευτικής λογοδοσίας των παρατηρήσεων και εκτιμήσεων των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, προς ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας, ψυχικής υγείας σε καθημερινή βάση.

Επίσης ένας ειδικευμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας, πρέπει να έχει συνειδητοποιήσει το έργο που παρέχει και το χρόνο που διαθέτει κοντά στο θεραπευόμενο άτομο⁵³.

3.6. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η ποιότητα της επικοινωνίας είναι καθοριστική σε κάθε μορφής σχέση που αναπτύσσεται είτε στην προσωπική ζωή είτε στο επαγγελματικό περιβάλλον είτε γενικότερα σε οποιαδήποτε επαφή αναπτύσσεται μεταξύ δύο ή και περισσότερων ατόμων. Η δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων με άλλους είναι ο θεμέλιος λίθος της κοινωνίας. Η επικοινωνία, επιτρέπει τα να οργανώνονται, να παίρνουν αποφάσεις από κοινού, να εργάζονται μαζί, να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο, να έχουν κοινά ενδιαφέροντα, να συμμερίζονται με τους άλλους τις χαρές, τις λύπες, τις ανησυχίες τους. Μέσα στην οικογένεια, μέσα στο ζευγάρι και στη δουλειά η αποτελεσματική επικοινωνία αφορά από τη μια το πώς μιλά το άτομο αλλά και το πώς από την άλλη πώς ακούει τους άλλους⁵⁴.

Στα πλαίσια ενός Νοσοκομείου θα πρέπει να αναπτύσσονται παρόμοιες σχέσεις, επικοινωνίας. Ουσιαστικά ένα Νοσοκομείο είναι ένα ευρύ κοινωνικό σύνολο στο οποίο αναπτύσσονται σχέσεις. Οι σχέσεις αυτές δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο μεταξύ του εμπλεκόμενου σε ένα Νοσοκομείο ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά

θα πρέπει να είναι άμεσα συνδεδεμένες και με τους ασθενείς, που ουσιαστικά είναι οι «πελάτες». Φυσικά σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να υπάρχει μια πελατειακή σχέση, όπως ισχύει σε μια επιχείρηση απλά το προσωπικό του Νοσοκομείου και κυρίως οι γιατροί θα πρέπει να σέβονται τις ανάγκες του ασθενή προσπαθώντας να τις καλύψουν με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή επηρεάζεται πολλές φορές από ένα πλαίσιο εξουσίας, που ασκεί ο πρώτος στο δεύτερο⁵⁵. Ο ασθενής εισάγεται στο Νοσοκομείο με την πάθηση του, αλλά και με το κοινωνικό φορτίο της συγκεκριμένης εποχής και κοινότητας απ' όπου προέρχεται. Η σχέσης εξουσίας αλλά και η ταυτοποίηση του ασθενή με βάση τα χαρακτηριστικά του θα πρέπει να απέχουν, από τις σχέσεις επικοινωνίας του γιατρού με τον δεύτερο. Για το νοσηλευτή ο ασθενής πρέπει να είναι ή ένας πάσχον άνθρωπος ή ένας άνθρωπος με κάποια ανίατη αρρώστια ή ένας ανώνυμος άνθρωπος ανεξαρτήτου μόρφωσης, ηλικίας, φύλου, εθνικότητας θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων⁵⁶.

Η αντικειμενικότητα του νοσηλευτή προς τον ασθενή θα πρέπει να μεταφράζεται στις άριστες σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους και ειδικά από το νοσηλευτή προς τον ασθενή. Ουσιαστικά ο πρώτος θα πρέπει να επιδιώκει να έχει τις καλύτερες δυνατές σχέσεις με τους ασθενείς του επικοινωνώντας μαζί τους αλλά και προσφέροντάς τους την καλύτερη δυνατή πληροφόρηση ανεξαρτήτως των ατομικών τους χαρακτηριστικών⁵⁷.

Η σημασία της σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή υπογραμμίστηκε από τον Ιπποκράτη αναφέροντας ότι συμβάλει στη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενή. Δυστυχώς στη σύγχρονη εποχή οι περίπλοκες οργανωτικές δομές των Νοσοκομείων αλλά και ο έντονος καταμερισμός εργασίας δεν επιτρέπουν στο σύγχρονο νοσηλευτή να ασκήσει το λειτούργημα του όπως και στο παρελθόν⁵⁸. Η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή του έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές χάνοντας κατά ένα μεγάλο μέρος τον προσωπικό της χαρακτήρα⁵⁹. Το θέμα είναι ότι θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ανεξάρτητα από τις αλλαγές που έχει υποστεί η σχέση αυτή, θα πρέπει για να είναι ουσιαστική να πλαισιώνεται από εύρυθμη επικοινωνία και πληροφόρηση.

Οι τεχνικές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς τους παίζουν ένα σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στη σχέση μεταξύ ασθενούς και

νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές οι οποίοι είναι φιλικόι και εγκάρδιοι με τους ασθενείς τους είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούν μια απόμακρη και περισσότερο ψυχρή στάση⁶⁰. Σε έρευνα που δημοσιεύεται στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό Lancet, στις 10 Μαρτίου, αναλύονται 25 ανασκοπήσεις που έγιναν διαχρονικά και που εξετάζουν την ποιότητα σχέσης νοσηλευτή - ασθενή. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν τα ακόλουθα:

- Οι νοσηλευτές οι οποίοι είχαν μια ζεστή και φιλική σχέση με τους ασθενείς τους ήταν περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούσαν μια ψυχρή και περισσότερο επίσημη προσέγγιση. Ακόμα στις περιπτώσεις που ο ασθενής βίωνε σαν αβέβαιη την προσέγγιση του νοσηλευτή είχε αρνητικές επιπτώσεις.
- Οι καλοί τρόποι συμπεριφοράς των νοσηλευτών σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη φιλική προσέγγιση προς τους ασθενείς τους, κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται λόγω της κατάστασης του στο κρεβάτι, έχουν καλύτερη επίδραση και αποτελεσματικότητα.
- Η παραχώρηση λεπτομερούς και θετικής πληροφόρησης από τον νοσηλευτή προς τον ασθενή, αυξάνει το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης του ασθενούς και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας και τα αποτελέσματά της⁵⁹.

Σε περιπτώσεις που οι νοσηλευτές κρατήσουν μια πιο απότομη, σύντομη και τραχιά προσέγγιση τότε αυτό βιώνεται αρνητικά από τους ασθενείς και μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα.

Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς έχει πολύ μεγάλη σημασία. Οι καλοί τρόποι, η φιλική προσέγγιση, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς, η ικανοποίηση της ανάγκης για συνεχή κατατοπιστική πληροφόρηση, η καλή οπτική επαφή, η προσοχή που πρέπει να δίνεται στα μη λεκτικά μηνύματα ("η γλώσσα του σώματος") έχουν καθοριστική επίδραση στη αποτελεσματικότητα της ολοκληρωτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται προς τους ασθενείς. Δυστυχώς συχνά πολλοί νοσηλευτές δεν επικοινωνούν με σωστό τρόπο με τους ασθενείς τους. Αυτό συμβαίνει σε μεγαλύτερο βαθμό όταν πρόκειται για ασθενείς με ανίατες ασθένειες. Η

ανακοίνωση της διάγνωσης είναι τραυματική και οι ασθενείς δεν λαμβάνουν όλη την αναγκαία βοήθεια για να καταλάβουν όλες τις θεραπευτικές επιλογές που έχουν.

Οι ικανότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς τους, μπορούν να βελτιωθούν δια μέσου μιας καλύτερης εκπαίδευσης. Το συνεπακόλουθο είναι μια μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Παρόλα αυτά όμως η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς δεν είναι αρκετή για να καλυτερεύει το τι βιώνουν οι ασθενείς. Οι δεξιότητες που επιδιώκεται να αποκτηθούν από τους νοσηλευτές κατά την εκπαίδευσή τους είναι πολλές και συχνά ακαθόριστες⁵⁸.

Δίνεται συνήθως έμφαση στη μεγιστοποίηση της πληροφόρησης, στη συγκατάνευση του ασθενούς για μια θεραπεία μετά από πλήρη ενημέρωση, στη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη της θεραπευτικής απόφασης και στη συζήτηση των συναισθηματικών πτυχών που συνοδεύουν μια ασθένεια. Παρά τα δεδομένα αυτά, φαίνεται ότι η κατάσταση όπως παρουσιάζεται σήμερα δεν είναι ικανοποιητική. Είναι σημαντικό να γίνει περισσότερη έρευνα με έμφαση στο τι θέλουν και τι προσδοκούν οι ασθενείς από τους νοσηλευτές τους. Δεν πρέπει να παραμένουν οι νοσηλευτές σε αυτά που εκείνοι νομίζουν ότι είναι σημαντικότερα για τους ασθενείς τους.

Ένας πολύ σημαντικός τομέας στον οποίο εφαρμόζονται τα πιο πάνω, είναι η φροντίδα των ανίατων ασθενειών. Είναι γεγονός ότι όταν οι ασθενείς νιώθουν ευάλωτοι και ότι η ζωή τους απειλείται, αναζητούν μορφές και προσωπικότητες στις οποίες συνδέονται για να νιώθουν ασφάλεια. Οι νοσηλευτές που εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς τους λόγω των ικανοτήτων και της πραγματογνωμοσύνης τους, οι νοσηλευτές που σέβονται τους ασθενείς τους και τους θεωρούν ίσους, παράλληλα με το ότι αναπτύσσουν μια μοναδική ανθρώπινη ζεστή σχέση με τον κάθε ασθενή τους, μπορούν να κερδίσουν την εκτίμηση τους και να τους δώσουν το αίσθημα ασφάλειας που χρειάζονται όταν βρίσκονται σε ευάλωτη θέση και η ζωή τους απειλείται.

Οι ασθενείς χρειάζονται καλή επικοινωνία και πληροφόρηση για να μπορούν ελπίζουν και να εμπιστεύονται. Χρειάζονται ένα νοσηλευτή που να νιώθουν ότι είναι ικανός, ότι τους δίνει ιδιαίτερη και ξεχωριστή σημασία, ότι τους λέει την αλήθεια, ότι κάνει για αυτούς πράγματα που δεν είναι υποχρεωμένος να τα κάνει αλλά τα κάνει

για να τους προσφέρει περισσότερα και ότι έχει και άλλες ανθρώπινες αξίες παίρνοντας χρόνο να μιλήσει μαζί τους και για άλλα πράγματα εκτός από την ασθένεια.

Το βασικό είναι ότι αυτή η σχέση πληροφόρησης και επικοινωνίας θα πρέπει να πλαισιώνεται από τον κώδικα δεοντολογίας. Αυτό που πρέπει να αποφευχθεί μέσα από το κώδικα είναι να μην υπάρχει εκμετάλλευση της κατάστασης του ασθενή από το γιατρό. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται τη κατάσταση του και μην χρησιμοποιεί την επιρροή και την εξουσία που έχει πάνω στον άρρωστο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να τηρεί τις αποστάσεις, να μη δίνει ψεύτικες ελπίδες, να μη βλέπει τον ασθενή του ως πελάτη ενδιαφερόμενος για το κέρδος, να σέβεται την οικογενειακή του κατάσταση, να μην εκμεταλλεύεται τους συγγενείς του. Όταν η επικοινωνία και η πληροφόρηση αλλοιώνεται από τα παραπάνω τότε χάνει τη σημασία και το στόχο της.

3.7. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Σύμφωνα με τον Lovelock⁶⁰ η ποιότητα των υπηρεσιών είναι το πιο δημοφιλές πεδίο έρευνας των ακαδημαϊκών που ασχολούνται με την υπηρεσία. Η ποιότητα των υπηρεσιών συνδέει έννοιες όπως η ποιότητα, η διοίκηση ολικής ποιότητας και η ικανοποίηση του καταναλωτή.

Μία έρευνα έδειξε ότι οι πελάτες των υπηρεσιών δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο που τους παραδίδεται η υπηρεσία⁶¹. Ο Kotler⁶² επισημαίνει ότι σε περίπτωση που το προσωπικό αποτύχει να προσφέρει σωστά τις υπηρεσίες τότε ο πελάτης θα σκεφτεί διπλά, από ότι πριν να ξανά απευθυνθεί εκ νέου. Για παράδειγμα αν η κλινική αδιαφορεί στις ερωτήσεις των πελατών της ή το νοσηλευτικό προσωπικό της δεν είναι ευχάριστο, τότε μειώνεται η ικανοποίηση του ασθενή και άρα μειώνεται το ενδεχόμενο να ξανάρθει. Επίσης, οι πελάτες συγκρίνουν την υπηρεσία που δέχονται με την αναμενόμενη υπηρεσία. Σε περίπτωση που η ποιότητα της υπηρεσίας που δέχονται είναι μεγαλύτερη ή ίση με τις προσδοκίες τους, τότε θα ξανάρθουν.

Οι πέντε παράγοντες της ποιότητας της υπηρεσίας είναι οι εξής:

1. Εμπιστοσύνη. Η ικανότητα να γίνει σωστά η παρεχόμενη υπηρεσία
2. Ανταπόκριση. Η διάθεση του προσωπικού να ανταποκριθεί και να δώσει την κατάλληλη υπηρεσία
3. Σιγουριά. Οι γνώσεις του προσωπικού και η ικανότητα τους να μεταδώσουν εμπιστοσύνη στους καταναλωτές.
4. Ενσυναίσθηση. Να αντιλαμβάνεται τη θέση στην οποία βρίσκεται ο πελάτης θεωρώντας τα πράγματα από την πλευρά του πελάτη.
5. Απτότητα. Η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, του υλικού, του προσωπικού και τα υλικά επικοινωνίας⁶¹.

Σύμφωνα με έρευνα των Berry, Parasuraman και Zeithaml⁶¹ οι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών είναι οι παρακάτω:

1. Πιστότητα

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να εμπεριέχουν συνέπεια της απόδοσης και αξιοπιστία. Αυτό σημαίνει ότι η κλινική θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες της σωστά από την πρώτη επαφή με τον πελάτη. Επίσης σημαίνει ότι η κλινική θα πρέπει να τηρεί τις υποσχέσεις της. Ειδικότερα σ' αυτόν τον παράγοντα εμπλέκονται:

- Ακρίβεια στην τιμολόγηση
- Τήρηση σωστών εγγραφών στα αρχεία της
- Παροχή των υπηρεσιών στον προκαθορισμένο χρόνο.

2. Ανταπόκριση

Η ανταπόκριση σχετίζεται με την θέληση ή την ετοιμότητα του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και του τμήματος δημοσίων σχέσεων να παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό υπονοεί ότι η παροχή υπηρεσιών γίνεται εγκαίρως. Ακόμη και κατά την έξοδο του ασθενούς θα πρέπει να γίνεται:

- Άμεση ταχυδρόμηση της απόδειξης συναλλαγής και οτιδήποτε έχει να κάνει με την επικοινωνία με τον πελάτη- ασθενή

- Γρήγορη απάντηση του τηλεφωνήματος του πελάτη - ασθενή
- Άμεση παροχή υπηρεσιών

3. Ικανότητα

Σημαίνει ότι το προσωπικό θα πρέπει να διαθέτει τις γνώσεις για να παρέχει τις υπηρεσίες σε αυτό τον τόσο ιδιαίτερο τομέα. Αυτό σημαίνει:

- Ότι το προσωπικό θα πρέπει να διαθέτει γνώση και επιδεξιότητα και να έρχεται σε συνεχή επαφή με τον πελάτη.
- Ότι το προσωπικό της λειτουργικής υποστήριξης θα πρέπει να διαθέτει τη γνώση και επιδεξιότητα για να υποστηρίξει τον τομέα του.
- Ότι αν υπάρχουν προβλήματα θα πρέπει να διερευνούνται από τον ίδιο τον οργανισμό

4. Πρόσβαση

Αυτό σημαίνει ευκολία προσέγγισης και επαφής. Δηλαδή:

- Να είναι εύκολη και άμεση η προσβάση στο τηλέφωνο και στην κλινική (οι γραμμές δεν είναι κατειλημμένες και δεν σε βάζουν πολύ ώρα στην αναμονή).
- Ο χρόνος αναμονής για να παραχθούν οι υπηρεσίες να μην είναι μεγάλος.
- Το ωράριο λειτουργίας της κλινικής να είναι συνεχές.
- Ο χώρος και ο τρόπος μετάβασης να είναι βολικός.

5. Αβρότητα

Αυτό σημαίνει ευγένεια, σεβασμό, λεπτότητα, και φιλικότητα από το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με τον πελάτη συμπεριλαμβανομένων και των γραμματέων και των τηλεφωνητριών. Αυτό περιλαμβάνει επίσης:

- Σεβασμό στην προσωπικότητα του πελάτη.

- Καθαρή και προσεγμένη εμφάνιση του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με το κοινό.

6. Επικοινωνία

Αυτό σημαίνει να είναι πάντα οι πελάτες πληροφορημένοι για την κατάσταση της υγείας τους, σε γλώσσα που γίνεται άμεσα αντιληπτή από τους ίδιους, καθώς επίσης να υπάρχει η δυνατότητα να γίνεται αντιληπτή η βούληση και οι επιδιώξεις του πελάτη τους. Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αναπροσαρμόζει την γλώσσα επικοινωνίας της προς τους ασθενείς ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδό τους και μιλώντας απλά και κατανοητά με τους όχι τόσο σχετικούς. Αυτό περιλαμβάνει:

- Να εξηγούν την κατάσταση του ασθενούς και τους τρόπους βελτίωσής της
- Να εξηγείται το κόστος της υπηρεσίας
- Να εξηγείται την ανταλλαξιμότητα μεταξύ κόστους και υπηρεσίας
- Να επιβεβαιώνεται στον πελάτη ότι το θέμα του θα διευθετηθεί.

7. Αξιοπιστία

Στην έννοια αυτή περιλαμβάνεται συνέπεια, πειστικότητα, τιμότητα. Σημαίνει να ενδιαφέρεται η κλινική για το συμφέρον του πελάτη- ασθενή. Παράγοντες που συνεισφέρουν στην αξιοπιστία είναι :

- Το όνομα της κλινικής αλλά και το όνομα των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται εκεί.
- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του προσωπικού που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή.
- Ο βαθμός της καλής διάθεσης στις συναλλαγές με τον πελάτη.

8. Ασφάλεια

Είναι η απελευθέρωση - απαλλαγή από την αίσθηση του κινδύνου, του ρίσκου ή της αμφιβολίας. Η έννοια της ασφάλειας περιλαμβάνει:

- Την φυσική ασφάλεια.
- Την σωματική ασφάλεια.
- Εμπιστευτικότητα.

9. Κατανόηση

Η έννοια αυτή αναφέρεται στην προσπάθεια που καταβάλεται από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό να καταλάβει τις ανάγκες του πελάτη της. Αυτό αφορά:

- Να μάθει τις ειδικές ανάγκες του πελάτη.
- Να παρέχει προσωπική προσοχή στον πελάτη.
- Να αναγνωρίζει τον τακτικό πελάτη⁶¹.

Οι πελάτες των υπηρεσιών υγείας επιλέγουν αυτό που θα τους δώσει την μεγαλύτερη αξία (highest perceived value). Ο Kotler⁶² δίνει την αναμενόμενη αξία της υπηρεσίας ως την διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης αξιολόγησης του πελάτη και του κόστους της προσφοράς από τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που του δίνονται.

Η ολική αξία του πελάτη-καταναλωτή (total customer value) είναι η δεχόμενη οικονομική αξία σε συνάρτηση με ένα συνδυασμό οικονομικών και ψυχολογικών ωφελειών που αναμένουν οι πελάτες από την προσφορά του οργανισμού. Τέλος, το ολικό κόστος του πελάτη είναι το κόστος που περιμένει ο πελάτης από την αξιολόγηση και την χρήση της παρούσας προσφοράς.

Δεν φτάνει να έρθει ο πελάτης στην κλινική αλλά και να μείνει ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που θα του παρασχεθούν. Από το βαθμό ικανοποίησης θα εξαρτηθεί το εάν θα μείνει «πιστός» (customer loyalty) ή θα αποφασίσει να επιλέξει κάποια κλινική. Η ικανοποίηση ορίζεται ως τα συναισθήματα ευχαρίστησης ή απογοήτευσης

που είναι αποτέλεσμα της δεχόμενης αξίας του προϊόντος σε συνδυασμό με τις προσδοκίες του⁶³.

Ως αποτέλεσμα αυτού ο νοσοκομειακός οργανισμός θα πρέπει να δίνει μία εικόνα που να είναι όσο πιο κοντά στην πραγματικότητα αλλιώς μπορεί να σύντομα να απογοητευτεί ο πελάτης και να επιδιώξει να ψάξει για κάτι άλλο.

Η ποιότητα των υπηρεσιών έχει γίνει σημαντικό θέμα για κάθε οργανισμό και σιγά σιγά επεκτείνεται και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας αν και στον τομέα των κρατικών υπηρεσιών υγείας η ποιότητα δε λαμβάνεται υπόψη⁶⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ
ΜΕΡΟΥΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, απολαμβάνοντας παροχές σύγχρονης ψυχιατρικής περίθαλψης, μπορούν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της ασθένειας λαμβάνοντας θεραπεία και υποστήριξη στην κοινότητα. Ο ρόλος της οικογένειας στην θεραπεία και αποκατάσταση των σοβαρών ψυχικών ασθενειών και ιδίως της σχιζοφρένειας έχει αλλάξει πολλές φορές. Σήμερα η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό συνεργάτη στην αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Όταν οι οικογένειες πάρουν εκπαίδευση και υποστήριξη για να φροντίσουν τον συγγενή τους, τότε επιτυγχάνεται καλύτερη θεραπεία και θετικότερη πορεία και έκβαση της ασθένειας⁶⁵.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αναγκών φροντιστών ψυχικά ασθενών και η ενημέρωση και η διδασκαλία αυτών από το νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να παρέχουν μια ολοκληρωμένη φροντίδα στο άτομο της οικογένειάς τους που νοσεί ψυχικά.

Υλικό- Μέθοδος

Η παρούσα ποιοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, τον Δεκέμβριο 2008-Μάρτιο 2009 και είχε δείγμα (8) Νοσηλευτές με ΤΕ εκπαίδευση και δυο χρόνια προϋπηρεσία στην Ψυχιατρική κλινική και (8) Φροντιστές ψυχικά ασθενών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την μέθοδο της μη δομημένης συνέντευξης με μια ερώτηση ανοικτού τύπου. Η συμμετοχή στις συνεντεύξεις ήταν εθελοντική και ανώνυμη.

Αποτελέσματα

Αυτή η μελέτη παρουσιάζει τις ανάγκες και την εξάρτηση των φροντιστών από το νοσηλευτικό προσωπικό για υποστήριξη, ενημέρωση και διδασκαλία. Επίσης παρουσιάζει την αλληλεξάρτηση των δυο ομάδων (νοσηλευτές-φροντιστές) από την υπόλοιπη ομάδα ψυχικής υγείας για την καλύτερη στήριξη των φροντιστών και των ψυχικά ασθενών.

Συμπεράσματα

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την παρούσα μελέτη είναι ότι οι φροντιστές ψυχικά ασθενών, χρειάζονται κάθε είδους υποστήριξη από το προσωπικό, ηθική και ψυχολογική. Ταυτόχρονα χρειάζονται την ενημέρωση και τη σωστή και άμεση εκπαίδευση για την καλύτερη δυνατή απόδοσή τους απέναντι στον άρρωστο τους.

4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθούν οι ανάγκες υποστήριξης των φροντιστών ψυχικά ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό και κατά πόσο οι νοσηλευτές τις αναγνωρίζουν, αυτό επιτεύχθηκε με τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

Η ερώτηση που έγινε στους Φροντιστές:

- ❖ Τι υποστήριξη χρειάζεστε από το νοσηλευτικό προσωπικό?

Η ερώτηση που έγινε στους Νοσηλευτές:

- ❖ Τι υποστήριξη πιστεύετε ότι χρειάζονται οι φροντιστές ψυχικά ασθενών από εσάς?

4.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.3.1. Ερευνητική Προσέγγιση

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες που έχουν οι φροντιστές ψυχικά ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως αυτές προκύπτουν από την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Η μελέτη περιλαμβάνει ανοικτά, μη αριθμητικά δεδομένα που συγκεντρώθηκαν με μη δομημένες συνεντεύξεις και την παρατήρηση με συμμετοχή. Η ποιοτική έρευνα αφορά τις εμπειρίες των ανθρώπων για την ανάλυση των δεδομένων και σκοπό έχει (α) την διερεύνηση και συμμετοχή, (β) την επεξήγηση και διευκρίνιση των ευρημάτων, (γ) την ανακάλυψη και ερμηνεία και (δ) την διεύρυνση της θεωρίας. Η ερευνητική προσέγγιση ποιοτικού τύπου είναι η καταλληλότερη για την μελέτη και

διερεύνηση προσωπικών εμπειριών, αξιών και στάσεων. Η ποιοτική έρευνα αποτελείται από την σε βάθος συνέντευξη και την παρατήρηση⁶⁶.

4.3.2. Το Δείγμα

Η έρευνα εκπονήθηκε στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Το δείγμα περιελάμβανε οκτώ (8) Νοσηλευτές Τ.Ε, τρεις(3) άντρες και πέντε (5) γυναίκες, οι ηλικίες των οποίων κυμαίνονται από 25 ως 43 ετών και εργάζονται στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. πάνω από δυο έτη. Στην έρευνα συμμετείχαν και οκτώ (8) Φροντιστές ψυχικά ασθενών, έξι (6) γυναίκες και δυο (2) άντρες, οι ηλικίες των οποίων κυμαίνονται από 20 ως 68 έτη. Το μορφωτικό τους επίπεδο είναι σχετικά χαμηλό με εξαίρεση τρεις συμμετέχοντες οι οποίοι κατέχουν απολυτήριο Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (δυο γυναίκες και ένας άντρας). Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των φροντιστών κυμαίνεται από χαμηλή ως μεσαία και η σχέση μεταξύ φροντιστή – ασθενή είναι 1ΟΥ και 2ΟΥ βαθμού (τρεις μητέρες, δυο σύζυγοι, μια αδερφή, ένας πατέρας, ένας γιος).

Για τη συλλογή των δεδομένων από τους φροντιστές των ψυχικά ασθενών χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Στη συλλογή δεδομένων από το νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Χιονοστοιβάδας (Snowball sampling) η οποία αποτελεί ένα είδος της δειγματοληψίας ευκολίας, στην οποία τα μέλη του δείγματος προτείνουν άλλα μέλη στον ερευνητή, ώστε η διεργασία να κερδίζει ορμή, όπως η χιονοστοιβάδα που κυλά από ένα λόφο.

Και με τους δυο παραπάνω τρόπους της μεθόδου δειγματοληψίας ο ερευνητής δεν εξασκεί έλεγχο πάνω στη διεργασία της δειγματοληψίας ή στις πιθανές προκαταλήψεις, οι οποίες συχνά είναι αναπόφευκτες⁶⁶.

4.3.3. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μη δομημένης συνέντευξης. Η μέθοδος αυτή προσφέρει στον ερευνητή ευκαμπτότητα στη συλλογή δεδομένων, επιτρέπει στους αποκριτές να πουν τις δικές τους ιστορίες με διηγηματικό τρόπο. Το άτομο ενθαρρύνεται να μιλήσει για οτιδήποτε θέλει, που είναι σχετικό με το ενδιαφέρον του ερευνητή, με ανοικτές ερωτήσεις. Ο σκοπός των μη δομημένων συνεντεύξεων είναι να κατανοήσει ο ερευνητής τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τις έννοιες για τις οποίες ερωτάται.

Είναι η μέθοδος εκλογής για συλλογή δεδομένων στις επιτόπιες έρευνες, γιατί προάγει αυτό που η Brink⁶⁷ ονομάζει πιθανότητα οι απαντήσεις να είναι αυθόρμητες, αυτοαποκαλυπτικές και προσωπικές. Οι ανοικτές ερωτήσεις επιτρέπουν πλουσιότερες και πληρέστερες απόψεις για το θέμα ενδιαφέροντος. Η διαδικασία της συνέντευξης ήταν προγραμματισμένη και πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα συνεντεύξεων της Ψυχιατρικής κλινικής. Η συνέντευξη έγινε ατομικά χωρίς την παρουσία τρίτων οι οποίοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν την κρίση και τις απαντήσεις των συνεντευχθέντων. Έγινε καταγραφή των δεδομένων χωρίς να επηρεασθεί η ελευθερία λόγου και αντιλήψεων του δείγματος⁶⁶.

4.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.4.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για κάθε απάντηση που δόθηκε σημειώθηκαν, εντοπίστηκαν και απομονώθηκαν κοινές λέξεις. Αυτές οι λέξεις αποτέλεσαν τις μονάδες ανάλυσης από τις οποίες προέκυψαν κοινά ή παρόμοια νοήματα. Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες και τα αποτελέσματα που προέκυψαν αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες των φροντιστών από το νοσηλευτικό προσωπικό και κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό τις αναγνωρίζει.

4.4.1α. Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων Νοσηλευτών

Από την ανάλυση των δεδομένων των συνεντεύξεων των *Νοσηλευτών* προέκυψαν τέσσερις κύριες κατηγορίες, οι οποίες συμπεριληφθήκαν στις απαντήσεις των περισσότερων συμμετεχόντων, του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι οποίες ήταν: 1) Ενημέρωση, 2) Ψυχολογική υποστήριξη, 3) Εκπαίδευση και 4) Οικονομική ενίσχυση. Σε κάθε κύρια κατηγορία υπήρξαν έως δυο υποκατηγορίες.

Ενημέρωση

Όσων αφορά την ενημέρωση οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι οι φροντιστές πρέπει να ενημερωθούν πλήρως για τη φύση της ασθένειας, για ποιο λόγο αρρώστησε ο ασθενής τους, με ποιους τρόπους πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά τους.

Ένας νοσηλευτής χαρακτηριστικά αναφέρει στη συνέντευξή του:

« Η πρώτη ανάγκη που έχει ένας φροντιστής ψυχικά ασθενή είναι να κατανοήσει τη φύση της ασθένειάς του. Τι συμβαίνει και για ποιο λόγο».

Επίσης πήραμε τις παρακάτω απαντήσεις:

«Χρειάζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό να επεξηγήσει στον φροντιστή τα συμπτώματα της ασθένειας και τον λόγο των αντιδράσεων του. Να δώσουμε συμβουλές και οδηγίες για την αντιμετώπιση τους κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην κλινική και φυσικά μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο».

«Ενημέρωση στην αρρώστια των συγγενών τους».

«Ενημέρωση σε θέματα που αφορούν τη νόσο, τη θεραπεία, το προσδόκιμο της και τις παρενέργειες».

«Διδασκαλία των φροντιστών ψυχικά ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα της θεραπείας».

«Η πρώτη ανάγκη που έχει ένας φροντιστής ενός ψυχιατρικού ασθενή, είναι να κατανοήσει τη φύση της ασθένειας του ασθενή του. Τι συμβαίνει, για ποιο λόγο έχει ο ασθενής αυτά τα συμπτώματα, τι είναι η ασθένεια. Όλα αυτά τα ερωτηματικά βασανίζουν τον φροντιστή. Επομένως πρέπει να γνωρίζει τα πάντα γύρω από την ασθένεια του συγγενή του. Θα πρέπει λοιπόν ο επαγγελματίας υγείας να εξειδικεύσει την ασθένεια του εκάστοτε ασθενή στον φροντιστή του».

Ψυχολογική Υποστήριξη

Η ψυχική ασθένεια είναι ένα δυσβάσταχτο φορτίο τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του. Ο συγγενής αναλαμβάνοντας την πλήρη φροντίδα του ασθενή, καλείται να αντιμετωπίζει καθημερινά εξάρσεις και υποτροπές που οφείλονται στην ασθένειά του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να φθείρεται και ο ίδιος ψυχολογικά και να χρήζει ψυχολογικής υποστήριξης.

Μια νοσηλεύτρια υποστηρίζει:

« Οι φροντιστές πιθανότητα χρειάζονται και αυτοί ψυχολογική υποστήριξη διότι, είναι δύσκολο να έχουν έναν ψυχικά ασθενή στο σπίτι. Δημιουργούνται πολλά προβλήματα από απλή διέγερση του ασθενή μέχρι βίαιη ή επιθετική συμπεριφορά».

Επίσης αναφέρθηκαν:

«Ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών, συμμετοχή σε Ομάδες Υποστήριξης».

«Προαγωγή υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας από το νοσηλευτικό προσωπικό για την έκφραση συναισθημάτων των φροντιστών ψυχικά ασθενών και ενθάρρυνση τους».

«Επίσης πιθανόν και οι φροντιστές να χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης».

Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών, ώστε ο φροντιστής και κατά συνέπεια και όλη η οικογένειά του καλείται να αντιμετωπίσει σωστά και τον ασθενή και τα συμπτώματά που παρουσιάζει. Επίσης ζωτικής σημασίας είναι η εκπαίδευση του φροντιστή σε ότι αφορά τη φαρμακευτική αγωγή (δοσολογία, τρόπος χορήγησης, είδος φαρμάκου).

Μια νοσηλεύτρια τονίζει:

«Είναι πολύ σημαντικό για την σταθερότητα του ασθενή ο φροντιστής να βεβαιώνεται ότι ο ασθενής λαμβάνει όντως τα φάρμακα. Συχνά οι ασθενείς κρύβουν τα φάρμακα κάτω από τη γλώσσα τους και έπειτα τα φτύνουν».

Ακόμη οι νοσηλευτές υποστηρίζουν:

«Εκπαίδευση στην αρρώστια των συγγενών τους (ψύχωση, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κ.α.) και ο τρόπος που μπορούν να τους βοηθήσουν στη μείωση άγχους (ψύχωση), ελάττωση της στεναχώριας τους (κατάθλιψη)».

«Εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τη νόσο, τη θεραπεία, το προσδόκιμο της και τις παρενέργειες των φαρμάκων και αντιμετώπιση τους».

«Επομένως πρωτίστως θα πρέπει να παρέχουμε ενημέρωση και εκπαίδευση. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση αφορά δυο κύρια μέρη: το πρώτο είναι αυτό που αναφέρθηκε προηγουμένως (φύση της νόσου) και το άλλο αφορά στην αντιμετώπιση της νόσου».

«Χρειάζονται εκπαίδευση στον τρόπο αντιμετώπισης πιθανών υποτροπών».

«Χρειάζονται εκπαίδευση σε ότι αφορά τη νόσο, στη χορήγηση φαρμάκων, στις υποτροπές και στην αντιμετώπιση τους».

«Χρειάζεται εκπαίδευση των φροντιστών και συζήτηση με αυτούς καθώς τις περισσότερες φορές χρήζουν και οι ίδιοι ψυχολογικής υποστήριξης».

Οικονομική Βοήθεια

Τέλος, λόγω του ότι η πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών δεν εργάζεται το κόστος ζωής τους βαραίνει τους φροντιστές, οι οποίοι αναλαμβάνουν τα προσωπικά τους έξοδα καθώς και τα έξοδα της νοσηλείας και τη φαρμακευτική τους αγωγή. Επιδόματα ή κάποια οικονομική βοήθεια από τους δημόσιους φορείς είναι ανύπαρκτη.

Όπως υποστηρίζει ένας νοσηλευτής:

« Κάποιοι ασθενείς δεν έχουν ασφάλεια και μόνο τα φάρμακα τους στοιχίζουν πολύ. Οι οικογένειες δυσκολεύονται πολύ να ανταπεξέλθουν οικονομικά χωρίς κάποια βοήθεια από το κράτος».

Επίσης αναφέρονται οι εξής απαντήσεις:

«Πρέπει να έχουν κάποιες οικονομικές απολαβές από τους δημόσιους φορείς».

«Χρηζουν οικονομικής βοήθειας καθώς τα έξοδα είναι πολλά, στη συντήρηση των προσωπικών εξόδων του ασθενή, στη νοσηλεία, στα φάρμακα τους».

«Τα έξοδα των φροντιστών ανεβαίνουν πολύ σε κάθε υποτροπή του ασθενή τους που κρίνεται απαραίτητο να νοσηλευθεί, πέρα από την κάλυψη των καθημερινών εξόδων τους, (φαγητό, τσιγάρα, ένδυση)».

«Οι φροντιστές έχουν να καλύψουν τα έξοδα του ασθενή τους, τα οποία είναι πολλά και μόνο ο μισθός από τη δουλεία τους δεν τους φτάνει. Χρειάζονται κάποια οικονομική βοήθεια από το κράτος».

4.4.1.β. Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων Φροντιστών

Οι ανάγκες που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων στις συνεντεύξεις των φροντιστών διακρίνονται στις ίδιες τέσσερις κύριες κατηγορίες, δηλαδή στην Ενημέρωση, Ψυχολογική υποστήριξη, Εκπαίδευση και Οικονομική βοήθεια.

Ενημέρωση

Πρωτίστως, αναφέρθηκε η ανάγκη για ενημέρωση σε ότι αφορά την ασθένεια, αιτιολογία της νόσου, κύρια συμπτώματα, ενημέρωση για την πορεία της νόσου και πιθανή ή μελλοντική αποκατάσταση.

Η μητέρα ενός ασθενή εξέφρασε την ανάγκη της για ενημέρωση λέγοντας:

«Θέλω να με ενημερώσουν για την αρρώστια του γιου μου και τα συμπτώματα της, γιατί μου συμπεριφέρεται έτσι; Και πως πρέπει να του μιλάω και να του φέρομαι;»

Σύζυγος ενός ασθενή υποστηρίζει:

«Έχω ανάγκη για σωστή ενημέρωση από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό».

Πατέρας μιας ασθενούς αναφέρει:

«Θα ήθελα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας να ενημερώνομαι καθημερινά για την πορεία του ασθενή μου».

Αδερφή ενός ασθενή υποστηρίζει:

«Θέλω να γνωρίζω για την πορεία του αδερφού μου και πως εγώ μπορώ να βοηθήσω».

Μητέρα ασθενή αναφέρει:

«Θα ήθελα να ενημερώνομαι σε κάθε μου επίσκεψη στην κλινική για τις ασχολίες και την πορεία του συγγενή μου από την μια επίσκεψη μου μέχρι την άλλη».

Σύζυγος ασθενή αναφέρει:

«Χρειάζομαι ενημέρωση και καθοδήγηση για το πώς πρέπει να συμπεριφέρομαι στον άρρωστο μου.»

Ψυχολογική Υποστήριξη

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους φροντιστές διαπιστώθηκε ότι η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη και συμπαράσταση είναι μεγάλη. Με τη μέθοδο της παρατήρησης φάνηκε όχι μόνο η σωματική καταβολή αλλά και η συναισθηματική έκπτωση των φροντιστών λόγω των γρήγορων και συχνών αλλαγών στην καθημερινότητα τους όπως αυτή ήταν πριν την ασθένεια.

Σύζυγος ενός ασθενή υποστηρίζει:

«Χρειάζομαι ψυχολογική υποστήριξη και ηθική συμπαράσταση, από τότε που έκλεισε το θεραπευτήριο στη Σούδα όλο το βάρος το έχουμε επωμιστεί εμείς οι συγγενείς και η υποστήριξη από το προσωπικό είναι ανύπαρκτη».

Αδερφή ενός ασθενή λέει:

«Για να ανταπεξέλθουμε και να βοηθήσουμε τον αδερφό μας πρέπει να υπάρχει καλή συνεργασία και καλή συμπεριφορά, συμπαράσταση από το προσωπικό, στήριξη και περισσότερο ενδιαφέρον στους συγγενείς».

Μητέρα μιας ασθενούς λέει:

«Πρέπει να υπάρχει προσωπικό που να ασχολείται με την υποστήριξη των φροντιστών και βοήθεια στην αντιμετώπιση των δυσκολιών μας».

Σύζυγος ενός ασθενή αναφέρει:

«Εκτός από την ενημέρωση που θα πρέπει να έχω, θα ήταν καλό να υπάρχει υποστήριξη και στους συγγενείς από την κοινωνική υπηρεσία που γνωρίζω ότι υπάρχει στο νοσοκομείο».

Μητέρα ενός ασθενή υποστηρίζει:

«Χρειάζομαι καλή συμπεριφορά και υποστήριξη από όλο το προσωπικό».

Πατέρας ασθενούς αναφέρει:

«Χρειάζομαι κάποιο ειδικό να μου πει πώς να συμπεριφερθώ στον συγγενή μου και να με βοηθήσει ψυχολογικά. Θέλω ψυχολογική υποστήριξη».

Γιος ασθενή υποστηρίζει:

«Θέλω να με βοηθήσουν ψυχολογικά για τα προβλήματα που προκαλεί η ασθένεια στην οικογένεια μας. Υποστήριξη προσωπική και ηθική».

Εκπαίδευση

Οι φροντιστές αναγνωρίζουν ότι δεν έχουν γνώσεις Ψυχικής υγείας και πώς να αντιμετωπίσουν μια κρίση και για αυτό το λόγο νιώθουν την ανάγκη να εκπαιδευτούν. Πιστεύουν πως η εκπαίδευσή τους πάνω στο αντικείμενο σε ότι αφορά τη φύση της νόσου, την αντιμετώπιση των ασθενών και τη χορήγηση των φαρμάκων είναι υψίστης σημασίας για την πορεία της νόσου.

Πατέρας ασθενούς δηλώνει:

«Θέλω να γνωρίζω τα φάρμακα που παίρνει το παιδί μου, τι είναι το κάθε ένα και θέλω να μου πουν πότε και πως πρέπει να της τα δίνω όταν φύγουμε από το νοσοκομείο».

Αδερφή ασθενούς δηλώνει:

«Θέλω να γνωρίζω τα φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος μου και να με εκπαιδεύσουν στο πως πρέπει να τα χορηγώ εγώ η ίδια όταν φύγουμε από την κλινική».

Σύζυγος ασθενούς αναφέρει:

*«Πως πρέπει να του φέρομαι και πως πρέπει να τον αντιμετωπίσω.
Επίσης κάποιος πρέπει να με ενημερώσει για το φάρμακα του, τη σωστή λήψη, τη
δοσολογία καθώς και για το τι μπορεί να συμβεί αν ξεχάσω να του τα δώσω κάποια
φορά».*

Σύζυγος ασθενούς αναφέρει:

*«Χρειάζομαι συμβουλές και οδηγίες, θέλω να γνωρίζω το είδος των φαρμάκων και τις
επιδράσεις τους στον συγγενή μου και τον σωστό τρόπο χορήγησης».*

Μητέρα ασθενούς λέει:

*«Θέλω να μάθω τα πάντα για την αρρώστια του παιδιού μου και να μου δείξουν τι να
κάνω όταν την πιάνει κρίση ή όταν δεν θέλει να πάρει τα φάρμακα της και φωνάζει»*

Οικονομική Βοήθεια

Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν το οικονομικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν λόγω της επιπλέον επιβάρυνσης τους με τα έξοδα του άρρωστου μέλους τους. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς αδυνατούν να διατηρήσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα και κατά συνέπεια την οικονομικής του ανεξαρτησία.

Γιος ασθενή χαρακτηριστικά αναφέρει:

*«Χρειάζομαι οικονομική υποστήριξη για να καλύψω τις ανάγκες του πατέρα μου. Τα
φάρμακα είναι ακριβά και δεν έχω βοήθεια από κανέναν».*

Μητέρα ασθενή δηλώνει:

*«Επίσης θα ήθελα περισσότερη ενημέρωση σε θέματα οικονομικής υποστήριξης.
Υπάρχει πιθανότητα να μας δώσουν περισσότερα λεφτά; Πως μπορώ να πάρω τα
χρήματα».*

Αδελφή ασθενούς υποστηρίζει:

«Χρειαζόμαστε βοήθεια οικονομική διότι τα έξοδα είναι πολλά (νοσηλεία, φάρμακα, προσωπικά έξοδα)».

Σύζυγος ασθενή υποστηρίζει:

«Είναι δύσκολη η κατάσταση γιατί τα λεφτά που παίρνω δεν φτάνουν για τα έξοδα του σπιτιού και για τα έξοδα του άντρα μου εδώ».

Σύζυγος ασθενή αναφέρει:

«Είναι πολλά τα έξοδα και θα θέλαμε να υπήρχε οικονομική υποστήριξη, έστω για τα έξοδα του άντρα μου».

4.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ένας περιορισμός ήταν η πίεση του χρόνου για την επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας στο προκαθορισμένο χρονικό πλαίσιο. Ένας ακόμη περιορισμός ήταν η κατηγορηματική άρνηση των συμμετεχόντων του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, με αποτέλεσμα την καταγραφή των απαντήσεών τους χειρόγραφα. Τέλος, το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο των περισσότερων φροντιστών, κατέστησε τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων από δύσκολη έως αδύνατη.

Οι ηθικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας αναφέρονται στις ηθικές αναστολές μερικών εκ των ερωτώμενων να δώσουν κάποια αρνητική πληροφόρηση. Αυτό πιθανόν να αύξησε τις αναληθείς απαντήσεις και να διέφθιρε την εγκυρότητα των τελικών αποτελεσμάτων. Για τον λόγο αυτό, κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων διασαφηνίστηκε στους ερωτώμενους ότι θα τηρηθούν οι αρχές της εμπιστευτικότητας και την ανωνυμίας, εφόσον τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα.

Ακόμη οι συμμετέχοντες έδωσαν την συναίνεσή τους για να πάρουν μέρος στην έρευνα και ενημερώθηκαν ότι ανά πάσα στιγμή θα μπορούσαν να αποχωρήσουν.

4.6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα αυτή παρουσιάζει εμπειρίες και μαρτυρίες φροντιστών ψυχικά ασθενών οι οποίες συγκρίθηκαν με εμπειρίες από παρόμοιες μελέτες. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως δεν υπάρχει μεγάλη απόκλιση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας καθώς προηγούμενες μελέτες, όπως των Fleury και Grenier⁶⁸, επίσης αναφέρουν την δυσκολία των φροντιστών να αναλάβουν τους συγγενείς τους καθώς και την έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών στα Ψυχιατρικά τμήματα. Οι συγγενείς όμως, σταδιακά ίσως αντικαταστήσουν τις υπηρεσίες στην εκπλήρωση βασικών και λειτουργικών αναγκών των αγαπημένων τους και υποστηρίζουν ότι μπορούν να το κάνουν αν τους παρέχεται σωστή καθοδήγηση από τις υπηρεσίες.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη στην ανάλυση των δεδομένων του νοσηλευτικού προσωπικού, φάνηκε από τις απαντήσεις τους να γνωρίζουν και να κατανοούν τις ανάγκες που έχουν οι φροντιστές ψυχικά ασθενών. Αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της επιθυμίας των φροντιστών να ενημερωθούν σε ότι αφορά την Ψυχιατρική και τη φύση της νόσου του ασθενούς τους. Ότι θέλουν να γνωρίζουν τη συμπτωματολογία και τις πιθανές αντιδράσεις που πιθανόν να έχει ο ασθενής. Ποια θα είναι η εξέλιξη και αν κάποτε επέλθει ίαση. Ο Karanci⁶⁹, αναφέρει σε έρευνά του την ανάγκη των φροντιστών για βοήθεια από το προσωπικό και ενημέρωση για την πορεία της νόσου και αν υπάρχει ίαση.

Οι φροντιστές θεωρούν τους νοσηλευτές αρμόδιους για ότι αφορά την ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη και συνεχώς ζητούν πληροφορίες από αυτούς. Το πρόβλημα εδώ φαίνεται να είναι μεγαλύτερο για το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς η συνεχής επαφή με τους ασθενείς, κάνει αναπόφευκτη τη ρήξη ευθυνών από τους φροντιστές. Αυτό συμβαίνει γιατί οι νοσηλευτές είναι πιο προσιτοί από το ιατρικό προσωπικό και επίσης η πρόσβαση σε αυτούς είναι ευκολότερη λόγω της εικοσιτετράωρης παρουσίας τους στην κλινική. Ο ρόλος του νοσηλευτή όμως,

απέναντι στον ψυχικά ασθενή είναι η εφαρμογή της νοσηλείας και άλλων νοσηλευτικών διεργασιών, βοήθεια και συμπαράσταση στον ασθενή αλλά και στον φροντιστή του και όχι η παροχή πληροφοριών για την πορεία της νόσου.

Η έλλειψη προσωπικού κάνει ακόμη πιο δύσκολο το έργο των νοσηλευτών και έχει μεγάλο αντίκτυπο στους φροντιστές καθώς οι πληροφορίες και η βασική ενημέρωση των φροντιστών είναι ελλιπής. Υπάρχουν ωστόσο φροντιστές που το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο κάνει ακόμη δυσκολότερη την κατανόηση και τη φροντίδα που παρέχουν. Λόγω της άγνοιας ή έστω των στοιχειωδών γνώσεων που κατέχουν οι φροντιστές, συναντούν σε πρώτο στάδιο, δυσκολία στην αντιμετώπιση των συγγενών τους, καθώς δεν γνωρίζουν τη φύση της ασθένειας, τη συμπτωματολογία και φυσικά δεν έχουν τη γνώση για το πώς θα πρέπει να συμπεριφέρονται και να αντιμετωπίζουν ένα τόσο ιδιαίτερο ασθενή.

Επίσης είναι εμφανής η ανάγκη των φροντιστών για ψυχολογική υποστήριξη, από κάποιον ειδικό που να κατέχει τη φύση του προβλήματος τους και να γνωρίζει πιθανές λύσεις, καθώς δεν μπόρεσαν να συγκρατήσουν τη λύπη που αισθάνονται και να ξεσπάσουν σε κλάματα κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Ωστόσο, όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι αλλά και οι νοσηλευτές διστάζουν να συμμετάσχουν σε ομαδική θεραπεία και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και τη στεναχώρια τους μπροστά σε τρίτους. Αν και οι νοσηλευτές γνωρίζουν ότι και οι φροντιστές χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, δηλώνουν ότι υπάρχει δυσκολία από μέρους τους λόγω έλλειψης χρόνου να τους συμπαρασταθούν και επίσης δηλώνουν πως αρκετοί από τους φροντιστές βρίσκονται σε φάση άρνησης να δεχτούν ότι το μέλος της οικογένειας τους νοσεί. Και ακόμη δηλώνουν ότι κάποιοι αρνούνται να το συζητήσουν διότι νιώθουν ντροπή και μερικές φορές ακόμη και αποστροφή προς το ασθενές μέλος τους.

Όμως, δυστυχώς οι δυσκολίες δεν σταματούν εδώ, καθώς ο τομέας της Ψυχιατρικής, στη χώρα μας δεν έχει εξελιχθεί όσο θα ήθελαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ώστε να ανταπεξέλθουν καλύτερα στο έργο τους και να βοηθήσουν τους φροντιστές. Η έλλειψη χώρου, χρόνου και προσωπικού καθιστά δύσκολη, αλλά ευτυχώς όχι ακατόρθωτη την ενημέρωση των φροντιστών και στη συνέχεια την εκπαίδευση τους πάνω στο αντικείμενο της Κλινικής Ψυχιατρικής.

Σύμφωνα με την έρευνα των Y. Kartalova- O'Doherty και D.Tedstone- Doherty⁷⁰, απέδειξαν ότι η υποστήριξη του ασθενή έστω από ένα μέλος της οικογένειας, συχνά βοηθά ολόκληρη την οικογένεια να αντιμετωπίσει το stress που προκαλεί η ψυχική ασθένεια. Επίσης αναφέρουν πως οι φροντιστές παίζουν σημαντικό ρόλο στην θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Υποστηρίζουν πως η συμμετοχή των φροντιστών σε εκπαίδευση επίλυσης προβλημάτων μπορεί να μειώσει την παραμονή τους ασθενούς στο νοσοκομείο.

Θεωρείται απαραίτητο για τους φροντιστές να εκπαιδευτούν σε ότι αφορά τη φύση της νόσου(συμπτώματα), στη σωστή συμπεριφορά απέναντι σε ένα ψυχικά ασθενή, πως θα πρέπει να διαχειρίζονται τις πιθανές κρίσεις ή υποτροπές και πως να τις αντιμετωπίζουν και τέλος στη φαρμακευτική αγωγή(είδος, δόση, τρόπος χορήγησης). Για κάποιους από τους φροντιστές δεν είναι και τόσο ευχάριστη διαδικασία και κάποιοι άλλοι απλά πιστεύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους αναθέτει τη δουλειά του. Όμως, η εκπαίδευση είναι ζωτικής σημασίας ιδιαίτερα το κομμάτι που αφορά τη φαρμακευτική αγωγή καθώς μετά την έξοδο του ασθενή από την κλινική το αναλαμβάνουν ολοκληρωτικά οι φροντιστές. Πρέπει να γνωρίζουν την ακριβή δοσολογία και να εκπαιδευτούν στον τρόπο χορήγησης σε περιπτώσεις όπου το φάρμακο είναι ενέσιμο.

Η έλλειψη οικονομικής βοήθειας απασχολεί ιδιαίτερα τους φροντιστές καθώς δυσχεραίνουν να καλύψουν το κόστος των εξόδων της οικογένειας και του ψυχικά ασθενή. Η απουσία επαγγέλματος από τον ψυχικά ασθενή και τις περισσότερες φορές και από τον φροντιστή, καθώς κάποιοι φροντιστές είτε αδυνατούν να κρατήσουν τη δουλειά τους λόγω των αυξημένων απαιτήσεων που έχει η φροντίδα του ασθενούς, είτε το επιλέγουν για να αφοσιωθούν πλήρως στην παροχή φροντίδας. Έτσι το κόστος διπλασιάζεται και η οικονομική βοήθεια από τους δημόσιους φορείς είναι είτε ανύπαρκτη, είτε περιορίζεται σε πενιχρά ποσά.

Αυτό φαίνεται να ανησυχεί ιδιαίτερα τους φροντιστές, καθώς όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν, δεν υπάρχουν Δημόσια Ιδρύματα τώρα πια όπου να μπορούν να φιλοξενηθούν οι ασθενείς και τα οποία να καλύπτουν τα έξοδα τους ή ένα μέρος από αυτά όταν νοσηλεύονται.

Τέλος, φαίνεται να έχουν δυσκολία στη διαμονή με τους άρρωστους συγγενείς τους, διότι είναι συχνές οι προστριβές και οι διαμάχες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, καθώς οι ασθενείς προκαλούν εντάσεις και διαφωνίες, που φαίνεται να ενοχλούν ιδιαίτερα την υπόλοιπη οικογένεια⁶⁸. Βίαια επεισόδια και υποτροπές είναι συνήθη όπως υποστηρίζουν οι φροντιστές ψυχικά ασθενών της Ψυχιατρικής κλινικής του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. και εκτός ότι είναι ψυχοφθόρα για τον φροντιστή, δυσκολεύονται να τα αντιμετωπίσουν σωστά και αποτελεσματικά.

4.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συνοψίζοντας, αποδεικνύεται πως ο κλάδος της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα παρά τις όποιες προσπάθειες και τις συνεχείς μεταρρυθμίσεις που γίνονται, έχει ακόμα πολλά κενά. Δεν παρέχεται πλήρης και οργανωμένη υποστήριξη στους φροντιστές των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι έχουν πολύ περισσότερες ανάγκες από όσες μπορούν να καλυφθούν με το παρόν σύστημα υγείας.

Το κλείσιμο των ψυχιατρικών θεραπευτηρίων, που φιλοξενούσαν μέχρι πρότινος μεγάλο αριθμό ασθενών και η αντικατάστασή τους από Ξενώνες και Δομές, με πολύ μικρότερη δυνατότητα φιλοξενίας ασθενών δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την ήδη βεβαρημένη κατάσταση. Οι οικογένειες αναλαμβάνουν την πλήρη φροντίδα των ασθενών.

Η φύση της νόσου, δεν επιτρέπει σε μεγάλο αριθμό ασθενών την ενεργή επαγγελματική ζωή. Ωστόσο τα επιδόματα που τους χορηγούνται από τους κρατικούς φορείς είναι πενιχρά, με αποτέλεσμα οι φροντιστές πέρα από την φροντίδα τους αναλαμβάνουν και το οικονομικό κόστος.

Αρχικά, οι φορείς Ψυχικής Υγείας χρειάζονται οικονομική υποστήριξη ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα που αναζητούν οι επαγγελματίες υγείας για τον

ψυχικά άρρωστο και την οικογένεια του. Με αυτό εννοείται η ίδρυση περισσότερων Ξενώνων και Δομών για την φιλοξενία των ασθενών και πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού.

Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα θα ήταν αναγκαίο για τους φροντιστές η οργάνωση Ομάδων Υποστήριξης από εξειδικευμένο προσωπικό για την ψυχολογική και ηθική τους υποστήριξη. Η ομάδα αυτή θα τους βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων τους και στην αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών τους.

Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η επαρκής χορήγηση επιδομάτων από τους κρατικούς φορείς έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι σε θέση να καλύπτουν πλήρως τα έξοδα τους χωρίς να εξαρτώνται οικονομικά τουλάχιστον από τους φροντιστές τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΠΕΤΡΟΣ ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991, ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ

KARLAN AND SADOCK'S, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΕΒΔΟΜΗ ΕΚΔΟΣΗ, Α ΤΟΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ.

ΝΙΚΟΥ ΜΑΝΟΥ, ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Α ΕΚΔΟΣΗ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988.

ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ. ΕΛΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣ/ΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 2004.

ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ – ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΟ: ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ 2004.

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜ.ΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 1999.

KUBLER – ROSS ELISABETH ΖΕΙΝ ΩΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ: ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ: ΘΑΝΑΤΟΣ: ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΒΡΑΧΑΣ ΦΡΙΞΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΟΔΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1975,

PAOLUCCI S., GRASSIO MG, ANTONUCCI G., TROISIE, MORELLI D., COIRO P. ET AL ONE YEAR FOLLOW UP IN STROKE PATIENTS, DISCHARGED FROM REHABILITATION HOSPITAL GERE BRAVASC DIS 2000.

FORLANDER DA, BOHANNON RW. RIVEMEAD MOBILITY INDEX: A BRIEF REVIEW OF RESEARCH TO BATE. CLINICAL REHABILITATION 1999.

CLARK MS, SMITH DS. FACTORS CONTRIBUTING TO PATIENT SATISFACTION WITH REHABILITATION FOLLOWING STROKE INT. J REHABIL RES. 2004.

MORRIS SL, DODD KJ, MORRIS ME OUTCOMES OF PROGRESSIVE RESISTANCE STRENGTH TRAINING FOLLOWING STROKE: A SYSTEMATIC REVIEW. CLIN REHABIL 2004.

MEEK C., LANGHORNE P.A. SYSTEMATIC REVIEW OF EXERCISE TRIALS POST STROKE. CLINICAL REHABILITEE 2003.

KWAKKEL G, PEPPEN VR, WAGENAR RC, ET AL EFFECTS OF ANGMENTED EXERSICE THERAPY TIME AFTER STROKE. A META ANALYSIS. STROKE 2004.

SMITH MT, BAER GD. ACHIEVEMENT OF SIMPLE MOBILITY MILESTONES AFTER STROKE. ARCH PHYS MED REHABIL 1999.

FEIGIN L, SHARON B, CJACJKES B, ROSIN AL. SITTING EGUILIBRIUM TWO WEEKS AFTER STROKE CAN PREDICT THE WALKING ABILITY AFTER SIX MONTHS. GERONTOLOGY 1996.

DUARTE E, MARCO E, MUNIESA JM, BELMONTE R, DIAZ P, TEJERO M, ET AL. TRUNK CONTROL TEST AS A FUNCTIONAL PREDICTOR IN STROKE PATIENTS. J REHABIL MED 2002.

ΑΥΓΕΡΗΣ Α., ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2002.

ΓΚΟΒΙΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ, ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΧΟΡΗΓΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2005.

ΔΟΥΔΟΥΜΗ, Σ., ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ., ΣΑΓΙΑΝΙΔΟΥ(2003) « ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΖΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER» ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 2003.

ΔΡ. ΧΑΛΙΚΙΟΠΟΥΛΟΥ – ΜΕΛΙΣΣΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1998.

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΜΕΣΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ: ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1999.

ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Α. Γ. ΖΑΦΕΙΡΗ, Ε. Α. ΜΟΥΖΑΚΙΤΗΣ, Χ. Μ. (1999).ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΑΘΗΝΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ. ΑΘΗΝΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΝΑΚΤΗΜΕΝΟ ΑΠΟ:

[HTTP://WWW.PSYCHIATRY24X7.GR/BGDISPLAY.JHTML?ITEMNAME=BIPO-LAR_FAMILY](http://www.psychiatry24x7.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=BIPO-LAR_FAMILY)

ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ, Δ. Ν. (1983). ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ». ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ. ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΈΚΔΟΣΗ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑΣ. ΤΕΥΧΟΣ 190.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ, 2008 Α,
[HTTP://WWW.PSYCTETE.GT/PAGES.FDS?PAGECODE=14.02&LAHGID=2](http://www.psycstete.gr/pages.fds?pagecode=14.02&lahgid=2)

ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2008 Α, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΟΝΑΔΩΝ,
[HTTP://WWW.MSU.GT/ARTICLE.ASP?ACTMEH=LAYET1&MEHUID=21](http://www.msu.gt/article.asp?actmeH=LAYET1&MEHUID=21)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

¹ΠΕΤΡΟΣ ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991, ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ

² ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ, Δ. Ν. (1983). ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ». ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ. ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΈΚΔΟΣΗ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑΣ. ΤΕΥΧΟΣ 190.

³Dr. M. JAHODA, CURRENT CONCEPTS OF POSITIVE MENTAL HEALTH.

⁴ ΚΑΡΛΑΝ ΑΝΔ ΣΑΔΟΚΚ'Σ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ,ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΕΒΔΟΜΗ ΕΚΔΟΣΗ,Α ΤΟΜΟΣ,ΑΘΗΝΑ.

⁵ ΝΙΚΟΥ ΜΑΝΟΥ, ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ,UNIVERSITY STYDIO PRESS, Α ΕΚΔΟΣΗ,ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988.

⁶ Α:ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΑΘΗΝΑ, 1977

⁷ SULLIVAN, INTERPERSONAL THEORY AND PSYCHOTHERAPY

⁸ MASLOW, MOTIVATION AND PERSONALITY, 1954

⁹SPENCER, CONTRIBUTIONS TO BEHAVIOUR ANALYSIS: A RETROSPECTIVE REVIEW OF PRINCIPLES OF PSYCHOLOGY.

¹⁰ ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ. ΕΛΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 2004.

- ¹¹ ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ – ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΟ: ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ 2004.
- ¹² ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1999.
- ¹³ BROOKS J. PSYCOMETRICAL & CLINICAL TESTS OF VALIDITY IN MEASURING PHYSICAL AND MENTAL HEALTH CONSTRUCTS.
- ¹⁴ A.PETERMAN & P. BODE, MEASURING STIGMA ACROSS NEUROLOGICAL CONDITIONS: THE DEVELOPMENT OF THE STIGMA SCALE FOR CHRONIC ILLNESS, (S.S.C.I.).
- ¹⁵ KUBLER – ROSS ELISABETH ΖΕΙΝ ΩΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ: ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ: ΘΑΝΑΤΟΣ: ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΒΡΑΧΑΣ ΦΡΙΞΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΟΔΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1975.
- ¹⁶ PAOLUCCI S., GRASSIO MG, ANTONUCCI G., TROISIE, MORELLI D., COIRO P. ET AL ONE YEAR FOLLOW UP IN STROKE PATIENTS, DISCHARGED FROM REHABILITATION HOSPITAL. GEREBRAVASC DIS 2000.
- ¹⁷ FORLANDER DA, BOHANNON RW. RIVEMEAD MOBILITY INDEX: A BRIEF REVIEW OF RESEARCH TO BATE. CLINICAL REHABILITATION 1999.
- ¹⁸ MORRIS SL, DODD KJ, MORRIS ME OUTCOMES OF PROGRESSIVE RESISTANCE STRENGTH TRAINING FOLLOWING STROKE: A SYSTEMATIC REVIEW. CLINICAL REHABILITATION 2004.
- ¹⁹ MEEK C., LANGHORNE P.A. SYSTEMATIC REVIEW OF EXERCISE TRIALS POST STROKE. CLINICAL REHABILITATION 2003.

- ²⁰ KWAKKEL G, PEPPEN VR, WAGENAR RC, ET AL EFFECTS OF ANGMENTED EXERCISE THERAPY TIME AFTER STROKE. A META ANALYSIS. STROKE 2004.
- ²¹ CLARK MS, SMITH DS. FACTORS CONTRIBUTING TO PATIENT SATISFACTION WITH REHABILITATION FOLLOWING STROKE INT. J REHABIT RES. 2004.
- ²² SMITH MT, BAER GD. ACHIEVEMENT OF SIMPLE MOBILITY MILESTONES AFTER STROKE. ARCH PHYSICAL MEDICAL REHABILITATION 1999.
- ²³ FEIGIN L, SHARON B, CJACJKES B, ROSIN AL. SITTING EGUILIBRIUM TWO WEEKS AFTER STROKE CAN PREDICT THE WALKING ABILITY AFTER SIX MONTHS. GERONTOLOGY 1996.
- ²⁴ DUARTE E, MARCO E, MUNIESA JM, BELMONTE R, DIAZ P, TEJERO M, ET AL. TRUNK CONTROL TEST AS A FUNCTIONAL PREDICTOR IN STROKE PATIENTS. J REHABILITATION MEDICINE 2002.
- ²⁵ ΓΚΟΒΙΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ, ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΧΟΡΗΓΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2005.
- ²⁶ ΑΥΓΕΡΗΣ Α., ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2002.
- ²⁷ ANDERSHED & TERNESTEDT, ARTICLE: PATTERN OF CARE FOR PATIENT WITH CANCER BEFORE AND AFTER REHABILITATION OF A HOSPITAL WARD.
- ²⁸ ΔΟΥΔΟΥΜΗ, Σ., ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ., ΣΑΓΙΑΝΙΔΟΥ, Μ., ΔΕΟΥΔΗ, Π, (2003) «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΖΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER» ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ.2003.
- ²⁹ ΔΡ. ΧΑΛΙΚΙΟΠΟΥΛΟΥ – ΜΕΛΙΣΣΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ,
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1998.

³⁰ GLASER & STRAUSS DEVELOPING THE DISCOVERY OF
GROUNDED THEORY STRATEGIES OF QUALITATIVE RESEARCH, 1967.

³¹ PROVENCHER, H.L. (1996). OBJECTIVE BURDEN AMONG PRIMARY
CAREGIVERS OF PERSONS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA. *JOURNAL
OF PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NURSING*.

³² HOENING, J. & HAMILTON, M. W. (1966). THE SCHIZOPHRENIC PATIENT
IN THE COMMUNITY AND HIS AFFECTS ON THE HOUSEHOLD.
INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY.

³³ WINEFIELD, H.R. & HARVEY, E.J. (1994). NEEDS OF FAMILY
CAREGIVERS IN CHRONIC SCHIZOPHRENIA. *SCHIZOPHRENIA
BULLETIN*..

³⁴ GRAD, J. & SAINSBURY, P. (1963). MENTAL ILLNESS AND THE FAMILY.
THE LANCET.

³⁵ LANZARA, D., COSENTINO, U., LO MAGLIO, (1999). PROBLEMS OF
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC DISORDERS AND OF THEIR FAMILIES.
SOCIAL PSYCHIATRY & PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY.

³⁶ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ. ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΓΟΝΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ.(1990).
ΑΘΗΝΑ: ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΔΙΗΜΕΡΟ 29
ΚΑΙ 30 ΙΟΥΝΙΟΥ 1987.

³⁷ MUNCHIN, FAMILIES & INDIVIDUAL DEVELOPMENT PROVOCATIONS
FROM THE FAMILY THERAPY.

³⁸ SMITH JP, FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON NURSING LAW
AND ETHICS, J ADV NURS.1983..

³⁹ BINETTI P, BIOTECHNOLOGY AND THE BIRTH OF A THIRD
CULTURE. J BIOL REGUL HOMEOST AGENTS. 2004.

⁴⁰ JUDITH T. ROCHICCIOLI, MARY S. TILLOVRY, CLINICAL NURSING
LEADERSHIP. PHILADELPHIA-LONDON: SAUNDERSWB.1996.

- ⁴¹ MCDANIEL, CHARLOTTE, HOSPITAL ETHICS COMMITTEES AND NURSES' PARTICIPATION. J NURSING ADMINISTRATION. 1998.
- ⁴² ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ, 2008 Α,
[HTTP://WWW.PSYCTETE.GT/PAGES.FDS?PAGECODE=14.02&LAHGID=2](http://www.psyctete.gr/pages.fds?pagecode=14.02&lahgid=2)
- ⁴³ ΜΑΔΙΑΝΟΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ 1989
- ⁴⁴ [WWW.GREEKMED.GR](http://www.greekmed.gr)
- ⁴⁵ ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2008 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΟΝΑΔΩΝ,
[HTTP://WWW.MSU.GT/ATTICLE.ASP?ACTMEH=LAYET1&MEHUID=21](http://www.msu.gr/article.asp?actmeH=LAYET1&MEHUID=21)
- ⁴⁶ WOLFF ET AL, RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF ANTIDEPRESSANTS COUPLE THERAPY IN TREATMENT AND MAINTANCE OF PEOPLE WITH DEPRESSION LIVING WITH A PARTNER CLINICAL OUTCOME AND COSTS, 1996.
- ⁴⁷ ΡΑΓΙΑ Α., 1993, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ
- ⁴⁸ B GOODNER, THE OSHA HANDBOOK: INTERPRETIVE GUIDELINES FOR THE BLOODBORNE PATHOGEN STANDARD (EI PASO, TEX: SKIDMORE-ROTH PUBLISHING, INC, 1993.
- ⁴⁹ K.D. CLOUSER & B. GERT, A CRITIQUE OF PRINCIPLISM, ARTICLE IN THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY, NETHERLANDS, 1990.
- ⁵⁰ BANKOWSKI Z, ETHICS AND HEALTH, WORLD HEALTH. 1989.
- ⁵¹ ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗ Α, ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ. ΙΑΤΡΙΚΗ. 1990.
- ⁵² ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α., 1995, ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΟΥ 1^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΘΗΝΑ
- ⁵³ ΚΛΗΜΗΣ Ε., 1993. ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΚΟΠΟΙ, ΡΟΛΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ), ΣΥΝΕΔΡΙΟ: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΘΗΝΑ, ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ.

- ⁵⁴ ΜΑΝΤΗ, Π. ΚΑΙ ΤΣΕΛΕΠΗ, Χ., (2000), ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ / ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ , ΤΟΜΟΣ Α, ΕΑΠ, ΠΑΤΡΑ.
- ⁵⁵ ΩΡΑΙΟΠΟΥΛΟΣ Λ.Γ(1984), Η ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ. Η ΙΣΤΟΡΙΑ, Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ, MATERIS MEDICA GRECA, ΤΟΜΟΣ 12, ΤΕΥΧΟΣ 3, ΑΘΗΝΑ.
- ⁵⁶ ΠΑΡΑΓΡΑΦΟΣ 4 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 7 ΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ Γ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ, ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΤΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕΒΟΜΕΝΟΣ ΤΙΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΕΣ, ΗΘΙΚΕΣ, ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ. ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΤΟ ΙΔΙΟ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
- ⁵⁷ DOCTORS' COMMUNICATION OF TRUST, CARE, AND RESPECT IN BREAST CANCER: QUALITATIVE STUDY , BRITISH MEDICAL JOURNAL 2004;328:864, 10 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2004
- ⁵⁸ [HTTP://WWW.THELANCET.COM/JOURNAL](http://www.thelancet.com/journal)
- ⁵⁹ ΔΙΚΑΙΟΣ Κ, ΚΟΥΤΟΥΖΗΣ Μ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΣΙΓΑΛΑΣ Ι, ΧΛΕΤΣΟΣ Ι(1999),ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΕΑΠ.
- ⁶⁰ LOVELOCK, C., 1996, “SERVICES MARKETING”, PRENTICE – HALL, N.J.
- ⁶¹ BERRY, L., PARASURAMAN, A.,ZEITHAML, V., 1990, “ACHIEVING SERVICE QUALITY: BALANCING PERCEPTIONS AND EXPECTATIONS” NEW YORK: THE FREE PRESS.
- ⁶² KOTLER, P., 2003, “MARKETING MANAGEMENT” 11TH EDITION, PRENTICE – HALL
- ⁶³ FOURNIER, S & GLENMICK, D. “REDISCOVERING SATISFACTION”, JOURNAL OF MARKETING, OCTOBER 1999.
- ⁶⁴ ΓΟΥΝΑΡΗΣ ΣΠΥΡΟΣ 2003, ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΡΟΣΙΔΙ.

⁶⁵ ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2006, ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ.

⁶⁶ Α. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, 1997.

⁶⁷ P.J. BRINKS, M.J. WOOD, BASIC STEPS IN PLANNING NURSING RESEARCH, FIFTH EDITION, 1983.

⁶⁸ MJ FLEURY & G.GRENIER – RESEARCH: PATIENTS’ REPORT OF HELP PROVIDED BY RELATIVES AND SERVICES TO MEET THEIR NEEDS, CANADA 2008.

⁶⁹ A.N. KARANCI – RESEARCH: CAREGIVERS OF TURKISH SCHIZOPHRENIC PATIENTS: CASUAL ATTRIBUTIONS, BURDENS AND ATTITUDES TO HELP FROM THE HEALTH PROFESSIONALS, TURKEY 1995.

⁷⁰ Y. KARTALOVA-O’DOHERTY & D. TEDSTONE DOHERTY , A VIEW FROM INSIDE THE FAMILY- LONG TERM CARE GIVING : COPING STRATEGIES AND STYLES OF FAMILY CARERS OF PERSONS WITH ENDURING MENTAL ILLNESS, IRELAND 2008.