

Α.Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ
ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΚΟΝΙΩΣΗ ΠΑΝΑΤΙΩΤΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Χρόνια νοσήματα	
1.1 Ορισμός χρόνιας ασθένειας	7
1.2 Κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων	7
1.3 Ορισμός επιδημιολογίας	8
1.3.1 Σκοποί και χρήσεις επιδημιολογίας	9
1.4 Επιδημιολογία χρόνιων νοσημάτων	10
1.5 Συμπτωματολογία χρόνιων νοσημάτων	13
1.5.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα	13
1.5.2 Λευχαιμίες.....	14
1.5.3 Κακοήθεις νεοπλασίες	15
1.5.4 Παθήσεις του θυρεοειδή αδένος	16
1.5.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	18
1.5.6 Παθήσεις των νεφρών.....	18
1.5.7 Σακχαρώδης διαβήτης.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ψυχολογία ασθενούς με χρόνια νόσημα	
2.1 Ορισμός ποιότητας ζωής	21
2.1.1 Θεωρίες ποιότητας ζωής.....	23
2.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνιες παθήσεις.....	24
2.3 Ψυχολογικές φάσεις κατά την διάρκεια της ασθένειας.....	25
2.4 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχολογία του ασθενούς.....	30
2.5 Αμυντικοί μηχανισμοί που ενεργοποιούν οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

3.1 Ορισμός στάσης	33
3.2 Εκπαίδευση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	34
3.3 Σχέση γιατρού και ασθενή	35
3.4 Σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς	37
3.5 Αντιδράσεις του προσωπικού υγείας μπροστά στον επικείμενο θάνατο ασθενών	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Εισαγωγή.....	42
4.2 Η έρευνα στην Κοινωνική Εργασία.....	45
4.3 Κριτήρια επιλογής του είδους της έρευνας που θα χρησιμοποιηθεί.....	46
4.4 Επιλογή ερευνητικού πεδίου.....	47
4.5 Πληθυσμός-Δείγμα.....	48
4.6 Επιλογή ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο).....	49
4.7 Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου ανάλυσης – παρουσίασης των αποτελεσμάτων.....	50
4.8 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	51
4.9 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	51

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	57
--------------------------	-----------

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	62
-----------------------	-----------

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	66
----------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	70
-----------------------	-----------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδιαίτερη ανάπτυξη των ανθρωπιστικών επιστημών και ιδιαίτερα της ψυχολογίας της υγείας, έχει αναδείξει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, πέρα από τη βιολογική θεώρηση της ασθένειας και στην ψυχολογική αντιμετώπιση της. Έτσι, σήμερα η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς δεν χαρακτηρίζεται από μια μονόπλευρη παρέμβαση, αλλά από μια τάση αμοιβαίας κατανόησης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Όλοι μας κάποια στιγμή έχουμε νιώσει άρρωστοι εξαιτίας μιας ασθένειας. Μπορεί να πρόκειται για κάτι ήπιο και πρόσκαιρο ή για κάτι πιο σοβαρό, μεγαλύτερης διάρκειας και σημασίας.

Οι χρόνιες ασθένειες και η αντιμετώπιση τους αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες, καθώς οι χρόνιοι ασθενείς λόγω των αυξημένων αναγκών τους επιβαρύνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν μια δοκιμασία για τα άτομα που πάσχουν, αλλά και για τις οικογένειές τους, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητας τους και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργούν όσον αφορά την πορεία και την έκβασή τους.

Το επάγγελμα του γιατρού και του νοσηλευτή έχει αναγνωριστεί σήμερα από την κοινωνία, η άσκηση όμως, αυτού του επαγγέλματος απαιτεί ειδική εκπαίδευση, πολλές γνώσεις και εμπειρία.

Παρά τις δυσκολίες ο γιατρός και ο νοσηλευτής παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανακούφιση του σωματικού πόνου, στη διατήρηση της ψυχικής ηρεμίας και στην ηθική τόνωση του ασθενή ένεκα της στενής επαφής και επικοινωνίας του μ' αυτόν.

Ένα μέρος της εργασίας του γιατρού και του νοσηλευτή είναι η βοήθεια και η ανακούφιση των χρόνιων ασθενών οι οποίοι μπορεί να έχουν λίγες πιθανότητες να παραμείνουν στη ζωή. Το κύριο καθήκον του γιατρού και του νοσηλευτή είναι να διατηρήσει τη ζωή όσο γίνεται περισσότερο και να απαλλάξει τον ασθενή από τις ψυχικές και φυσικές του ανησυχίες.

Το προσωπικό του Νοσοκομείου ζει καθημερινά την ύπαρξη του θανάτου. Ο γιατρός και ο νοσηλευτής, όπως κάθε άνθρωπος, είναι άτομα με τις ανάλογες αντιδράσεις απέναντι στο θάνατο, οι οποίες δε μεταβάλλονται απότομα, ούτε και σβήνουν μόλις το άτομο ενταχθεί στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται να

αντιμετωπίσει τον ετοιμοθάνατο ασθενή, ίσως γιατί του υπενθυμίζει ότι είναι και αυτός θνητός ή γιατί του θυμίζει τη λύπη που δοκίμασε στο θάνατο δικού του ανθρώπου.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος έγινε λόγω προσωπικής εμπειρίας και ευαισθησίας απέναντι στους ασθενείς αυτής της κατηγορίας.

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί η γνωστική και ψυχολογική ετοιμότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτής της κατηγορίας. Στην εργασία μας θέλουμε να αναδείξουμε την ιδιαιτερότητα των ασθενών της κατηγορίας αυτής και συνεπώς την ύπαρξη μιας επαρκούς κατάρτισης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Για την συγέντρωση της σχετικής βιβλιογραφίας αντλήθηκαν διάφορα κομμάτια από βιβλία και άρθρα. Η αναζήτηση τους έγινε στην βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Κρήτης, της ΣΕΥΠ και του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» Αττικής. Ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας συγκεντρώθηκε από το διαδίκτυο.

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις.

Η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Αρχικά, γίνεται αναφορά στην έννοια και στις κατηγορίες των χρόνιων νοσημάτων, στον ορισμό και στους σκοπούς της επιδημιολογίας, καθώς και στην επιδημιολογία των χρόνιων νοσημάτων. Εν συνέχεια περιγράφονται εν συντομία ορισμένες χρόνιες παθήσεις και τα συμπτώματά τους.

Κατόπιν γίνεται μια αναφορά στον ορισμό και στις θεωρίες της ποιότητας ζωής, καθώς και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Επίσης, γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές φάσεις από τις οποίες περνά ο ασθενής κατά την διάρκεια της χρόνιας ασθένειας, καθώς και στους παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχολογία του ασθενή. Το κεφάλαιο κλείνει με τους αμυντικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούν οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα.

Το επόμενο κεφάλαιο της παρούσας έρευνας αναφέρεται στην εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και στην έννοια της «στάσης», καθώς και στην σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς. Επίσης, παρουσιάζονται οι αντιδράσεις του προσωπικού υγείας στον επικείμενο θάνατο ασθενών.

Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας έρευνας αναφέρεται στο ερευνητικό μέρος της μελέτης, όπου αρχικά παρουσιάζονται τα κριτήρια επιλογής του είδους της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε, το ερευνητικό πεδίο, καθώς και το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο). Έπειτα γίνεται αναφορά στο δείγμα, στη μέθοδο ανάλυσης των αποτελεσμάτων, καθώς επίσης παρουσιάζεται και η ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα και την παράθεση κάποιων προτάσεων. Στην εργασία περιλαμβάνεται και το παράρτημα του κεφαλαίου της έρευνας με την σχηματική αναπαράσταση των αποτελεσμάτων της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Χρόνια νοσήματα

1.1 Ορισμός χρόνιας ασθένειας

Η σύνθετη φύση της χρόνιας ασθένειας επηρέασε το βαθμό δυσκολίας για την εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις των χρόνιων ασθενειών. Πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τη “χρόνια ασθένεια” και έδωσαν διάφορους ορισμούς.

“Η Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζει τη χρόνια νόσο ως οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- η νόσος είναι μόνιμη
- αφήνει υπολείμματα ανικανότητας
- προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και μπορεί να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, παρακολούθηση ή φροντίδα.”⁽¹⁾

Σύμφωνα με την Coe, “χρόνια ασθένεια είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματός του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτά έχουν τις ρίζες τους : α) στην ίδια την ασθένεια, β) στο περιβάλλον και γ) στον ανθρώπινο πληθυσμό.”⁽²⁾

1.2 Κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων

Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται μακροχρόνια νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθειες νεοπλασίες, ο διαβήτης κ.τ.λ., που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της σημερινής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν οφείλονται σε μικροβιακούς παράγοντες, αλλά δημιουργούνται από ιδιοσυγκρασιακούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες.

(1) <http://www.nyrsing.gr/gronia.htm>

(2) Δ. Σαπουντζή - Κρεπιτά, *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα μια ολιστική προσέγγιση*, Ελλην, Αθήνα 1998, σελ. 23

Από τα παραπάνω δείγματα οι κακοήθεις νεοπλασίες, που είναι περισσότερο γνωστές με το συλλογικό όνομα καρκίνος, περιλαμβάνουν στην πραγματικότητα πολλές μορφές ανώμαλης υπερπλασίας των κυττάρων με διάφορη εντόπιση στο σώμα και μεγάλη θνητότητα. Όλες μαζί ευθύνονται για το ένα πέμπτο περίπου των θανάτων που σημειώνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας και εμφανίζονται, κυρίως, στις προχωρημένες ηλικίες.

1.3 Ορισμός επιδημιολογίας

Σύμφωνα με τον Δ. Τριχόπουλο, επιδημιολογία “είναι η μελέτη της κατανομής και της εξέλιξης διαφόρων νοσημάτων ή χαρακτηριστικών στον ανθρώπινο πληθυσμό και των παραγόντων που τις διαμορφώνουν ή μπορούν να τις επηρεάσουν.”⁽³⁾

Στο παρελθόν η επιδημιολογία οριζόταν ως η επιστήμη η οποία μελετά τις επιδημίες, τις λοιμώξεις, δηλαδή ασθένειες, οι οποίες αθροά και απότομα προσβάλλουν πλήθος ανθρώπων. Τέτοιες νόσοι είναι η πανώλης, η ευλογία, ο εξανθηματικός τύφος, ο κίτρινος πυρετός, η ελονοσία, η χολέρα, η φυματίωση και τέλος όλες οι άλλες λοιμώξεις και οι διάφορες παρασιτικές νόσοι.

Με το πέρασμα των χρόνων έγινε αντιληπτό ότι ο προηγούμενος ορισμός, η έρευνα των επιδημιών, καθώς και το περιεχόμενο της επιδημιολογίας ήταν εξαιρετικά περιορισμένα. Μερικές από τις επιδημικές νόσους η επιστήμη ήταν σε θέση να τις αντιμετωπίσει λυσιτελώς, να προλάβει, να περιορίσει δραστικά ή και να τις εξαλείψει τελείως. Στην διεύρυνση του περιεχομένου της επιδημιολογίας και των αντικειμένων έρευνας της επιστήμης αυτής οδήγησε σταδιακά και η μεταβολή της νοσολογίας των ανθρώπων.

Στις μέρες μας η επιδημιολογία μελετά τα αίτια, την συχνότητα και την κατανομή, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όλων των νοσημάτων και υποδεικνύει τα κατάλληλα μέτρα για τη πρόληψή τους. Δεν ασχολείται πλέον μόνο με την έρευνα των λοιμικής αιτιολογίας επιδημιών, όπως αυτό συνέβαινε σχεδόν αποκλειστικά στο παρελθόν, αλλά με κάθε νόσο ή πάθηση η οποία επιπολάζει τον πληθυσμό. Κατά συνέπεια τόσο τα λοιμώδη και τα παρασιτικά νοσήματα, όσο και τα νεοπλάσματα αποτελούν αντικείμενο μελέτης της επιδημιολογίας.

(3) Δ. Τριχόπουλος, *Επιδημιολογία: αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*, Παρισιανός, Αθήνα 1982, σελ.1

1.3.1 Σκοποί και χρήσεις της επιδημιολογίας

Η επιδημιολογία που αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της ομαδικής νοσήσεως (επιδημίας), προσπαθεί να καταστρέψει ή να απομονώσει την αρχική εστία και να αποκόψει τους δρόμους προσπελάσεως ή να ενισχύσει την (βιολογική) αντίσταση του πληθυσμού κατά του κινδύνου που τον απειλεί. Μερικές από τις κυριότερες χρήσεις και τους σκοπούς της επιδημιολογίας είναι οι ακόλουθοι:

- **“ Μέτρηση και περιγραφή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και έλεγχος των χρονικών τους εξελίξεων”.**⁽⁴⁾ Η μέτρηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών τους χρησιμεύουν για τη διαπίστωση των προβλημάτων υγείας μιας χώρας ή μιας μικρότερης περιοχής, για την εντόπιση υποομάδων του πληθυσμού με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για ένα ή και περισσότερα νοσήματα, για τον υπολογισμό της ατομικής πιθανότητας προσβολής από ένα νόσημα ή θανάτου από αυτό στη διάρκεια της ζωής ή μιας ορισμένης περιόδου, κ.λ.π.
- **“ Συμβολή στην ανακάλυψη αιτιολογικών παραγόντων και στη διευκρίνιση αιτιολογικών μηχανισμών σε νοσήματα άγνωστης αιτιολογίας”.**⁽⁵⁾ Είναι το αντικείμενο της επαγωγικής αναλυτικής επιδημιολογίας και μια από τις σημαντικότερες χρήσεις της επιδημιολογίας γενικότερα.
- **“ Διερεύνηση των αιτιών και των συνθηκών που προκάλεσαν την έκρηξη μιας συγκεκριμένης επιδημίας”.**⁽⁶⁾ Είναι το αντικείμενο της παραγωγικής αναλυτικής επιδημιολογίας και αφορά συνήθως επιδημίες λοιμωδών νοσημάτων, τροφικών και επαγγελματιών δηλητηριάσεων.
- **“ Συμβολή στην κατανόηση της φυσικής ιστορίας διαφόρων νοσημάτων”.**⁽⁷⁾ Με τεχνικές της αναλυτικής επιδημιολογίας εκτιμάται η διάρκεια των διαφόρων σταδίων μιας νόσου, υπολογίζεται η συχνότητα των ενδεχόμενων εκβάσεων, μελετώνται οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση, καθορίζονται τα όρια αξιοπιστίας των προγνωστικών εκτιμήσεων, ελέγχεται η θεραπευτική αξία διαφόρων φαρμάκων και χειρουργικών επεμβάσεων, κ.λ.π.

(4) Στο ίδιο, σελ. 7

(5) Στο ίδιο, σελ. 7

(6) Στο ίδιο, σελ. 7

(7) Στο ίδιο, σελ. 7

- **“ Συμβολή στην αιτιολογική ταξινόμηση νοσημάτων και στην ταυτοποίηση συνδρόμων”.**⁽⁸⁾ Με τεχνικές της αναλυτικής επιδημιολογίας διαχωρίστηκε το αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα που δε συσχετίζεται με το κάπνισμα, από τους άλλους ιστολογικούς τύπους του βρογχογενούς καρκινώματος που συσχετίζονται έντονα μ’ αυτό, κ.λ.π.
- **“ Συμβολή στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περιθάλψεως.”**⁽⁹⁾ Οι τεχνικές τόσο της περιγραφικής, όσο και της αναλυτικής επιδημιολογίας είναι απαραίτητες για τον ορθολογικό προγραμματισμό και τη σωστή αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περιθάλψεως.

1.4 Επιδημιολογία χρόνιων νοσημάτων

Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, τα τελευταία χρόνια υπάρχει αύξηση της συχνότητας των κακοηθών νεοπλασιών λόγω της πληθώρας των νεοφανεών εξωγενών, περιβαλλοντικών παραγόντων στους οποίους υπόκεινται η ανθρωπότητα. Η αύξηση αυτή οφείλεται, ακόμη, στην επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων και επομένως στην διόγκωση του αριθμού των ατόμων ηλικίας άνω των 60-65 ετών. Συνέβαλε επίσης, και η βελτίωση της διαγνώσεως των διαφόρων μορφών καρκίνου οι οποίες στο παρελθόν καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρέμειναν τελείως αδιάγνωστες.

Η αύξηση της επιπτώσεως του καρκίνου που παρατηρείται σε παγκόσμια κλίμακα τις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται ότι αναφέρεται πρωτίστως στο άρρεν φύλο. Υπάρχουν ενδείξεις πως στις χώρες με άρτια υγειονομική οργάνωση σημειώνεται σταθερότητα στη συχνότητα του καρκίνου και στις γυναίκες.

Η συνεχής αύξηση των κακοηθών νεοπλασιών στους άνδρες οφείλεται, κυρίως, στην συνεχή αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα. Ο καρκίνος του πνεύμονος αυξάνεται σε συχνότητα και στα δύο φύλα, περισσότερο στους άνδρες, και το ίδιο συμβαίνει και με τις λευχαιμίες.

Στους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει την πιο μεγάλη συχνότητα, ακολουθεί το δέρμα και τρίτο το στομάχι. Για τις γυναίκες οι μαστοί έχουν την πρώτη θέση στη συχνότητα εντοπίσεως του καρκίνου.

(8) Στο ίδιο, σελ. 7

(9) Στο ίδιο, σελ. 7

“Η εντόπιση του καρκίνου στα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορετική συχνότητα παίρνει διαφορετικό φυλετικό χαρακτήρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου του μαστού. Η εντόπιση του καρκίνου στο μαστό είναι πολύ συχνή στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, έχει ενδιαμέση συχνότητα στα Βαλκανικά κράτη και στην Ανατολική Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπάνια στο γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας. Η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση μετά το 50^ο έτος της ηλικίας, ενώ στην ηλικία 30-40 ετών είναι πολύ περιορισμένη. Η μελέτη της σχέσεως που έχει το επάγγελμα στην εμφάνιση του καρκίνου αποκάλυψε τους επαγγελματικούς κινδύνους καρκινογένεσης.”⁽¹⁰⁾

“Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβιώσεως οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες, όπως :

- ❖ η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά της στάδια πριν ακόμα γίνουν μεταστάσεις,
- ❖ τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα,
- ❖ οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους τέσσερις πρώτους μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας,
- ❖ οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένα από ότι ήταν στο παρελθόν και
- ❖ υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.”⁽¹¹⁾

Στην χώρα μας διαπιστώνεται σταθερά μακροχρόνια αυξητική τάση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η στεφανιαία νόσος της καρδιάς αποτελεί σήμερα την κυριότερη αιτία θανάτου στις προηγμένες υγειονομικά χώρες.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι συχνότερα στους άνδρες και η νοσηρότητα όπως και η θνησιμότητα αυξάνουν με την ηλικία. Οι νόσοι είναι συχνότερες στον αστικό πληθυσμό παρά στον αγροτικό και προσβάλλουν περισσότερο τα άτομα που βρίσκονται στις υψηλότερες διοικητικές, επαγγελματικές και ιεραρχικές τάξεις.

(10) Μ.Α. Μαλαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, *Νοσηλευτική: Παθολογική, Χειρουργική*, Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Αθήνα 1987, σελ. 86

(11) Στο ίδιο, σελ. 87

Αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, όπως και στη χώρα μας. Το 1957 είχε γίνει η πρόβλεψη ότι τα νοσήματα αυτά θα αποτελέσουν τη μοντέρνα επιδημία της εποχής. Ο όρος ισχύει και σήμερα, καθώς η αδυναμία για πρόληψη συνεχίζεται.

“Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε μια διεθνή έρευνα συνεργασίας σε 19 χώρες αναφέρει ότι η ετήσια προσβολή από έμφραγμα του μυοκαρδίου στις ηλικίες 20-64 ήταν 3,4 για 1000 άνδρες και 0,9 για 1000 γυναίκες. Στην Ευρώπη τα καρδιαγγειακά νοσήματα απαρτιθούν τους μισούς θανάτους στο σύνολο των θανάτων και είναι υψηλότεροι από ποσοστό στην ηλικία των 65 ετών. Η νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες απ’ ότι στις γυναίκες και η αναλογία αυξάνει σημαντικά με την ηλικία. Υπάρχει μια τάση ως προς την κοινωνική τάξη όπου οι αναλογίες είναι υψηλότερες στους άνδρες της χειρωνακτικής εργασίας από ότι στα υψηλά επαγγέλματα και ομάδες διοικητικών επαγγελματών”.⁽¹²⁾

Επίσης, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας των πληθυσμού. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσος γνωστή από την αρχαιότητα. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι το σύνολο μιας ετερογενούς ομάδας νοσημάτων τα οποία προκαλούνται από περίπλοκες και σύνθετες αλληλοεπιδράσεις γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα των διάφορων μορφών του διαβήτη είναι η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπών και η χρόνια υπεργλυκαιμία.

Καθοριστικό ρόλο στην εγκατάσταση της νόσου παίζουν οι γενετικοί παράγοντες. Η έκταση και η μορφή της κληρονομικότητας δεν είναι ακόμα πλήρως εξασκημένες. Δεν αμφισβητείται η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εγκαθίδρυση του σακχαρώδους διαβήτη. Ένδειξη αποτελεί γι’ αυτό η έντονη δημογραφική και γεωγραφική μεταβλητότητα της συχνότητας του διαβήτη. Οι βασικοί εξωγενείς παράγοντες είναι οι διαιτητικές συνήθειες, η καθιστική ζωή και ο αστικός τρόπος διαβίωσης. Επίσης, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής ασκήσεως αποτελούν σοβαρούς παράγοντες κινδύνου αναπτύξεως της νόσου.

(12) 15^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο, *Η Νοσηλευτική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Πρακτικά 1988, Λευκωσία-Κύπρος, σελ. 132

Η νοσηρότητα και ο συνολικός αριθμός των περιστατικών της νόσου παρουσιάζει αυξητικές τάσεις με την πάροδο του χρόνου. Χάρη στα νεώτερα θεραπευτικά σχήματα οι ασθενείς διατηρούνται στη ζωή επί μακρό χρονικό διάστημα μετά την πρώιμη διάγνωση της νόσου, αλλά ακόμη και όταν η διάγνωση γίνει σε μεταγενέστερο στάδιο εξέλιξης της .

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συχνότερος στις γυναίκες. Αυτό συμβαίνει σε όλες σχεδόν τις χώρες. Ταυτόχρονα το νόσημα αυξάνει σε συχνότητα με την πάροδο της ηλικίας και στα δύο φύλα. Η κορυφαία τιμή σημειώνεται συνήθως στην 4^η ή 5^η δεκαετία της ζωής.

Η θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζει αυξητικές τάσεις οι οποίες συσχετίζονται θετικά με την ανύψωση του βιοτικού επιπέδου. Υπάρχει έντονη θετική συσχέτιση μεταξύ μεταβολής των βιοτικών συνθηκών και της συχνότητας του διαβήτη. Το νόσημα επιπολάζει περισσότερο στους πλούσιους, καλώς διατρεφόμενους και με υψηλό βιοτικό επίπεδο λαούς, ενώ σαφώς σπανιότερο στους φτωχούς και λιτοδίαιτους.

1.5 Συμπτωματολογία χρόνιων νοσημάτων

Παρακάτω θα περιγραφούν εν συντομία μερικά από τα χρόνια νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι λευχαιμίες, οι κακοήθεις νεοπλασίες, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, καθώς και τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν τα άτομα που πάσχουν από αυτά.

1.5.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια, φλεγμονώδης πάθηση του κολλαγόνου που συνήθως προσβάλλει τις αρθρώσεις. Πρόκειται για αυτοάνοση νόσο που προσβάλλει άτομα με γενετική προδιάθεση. Χαρακτηρίζεται από πόνο στην κίνηση ή την ψηλάφηση των αρθρώσεων.

Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Υπάρχει, δε, και μία μορφή της νόσου που προσβάλλει τα παιδιά. Η ασθένεια αρχίζει στην ηλικία των είκοσι, τριάντα, σαράντα ή πενήντα ετών, στη διάρκεια δηλαδή της πιο παραγωγικής ηλικίας της ζωής. Οι γυναίκες έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες από ότι οι άνδρες να εμφανίσουν την ασθένεια.

Με βάση την κλινική εικόνα και το μηχανισμό γένεσης των αρθρίτιδων τις κατατάσσουμε σε φλεγμονώδεις (ανοσολογικές), εκφυλιστικές, από κρυστάλλους, μεταβολικές και λοιμώδεις. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι ο πιο κοινός τύπος φλεγμονώδους αρθρίτιδας και προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων.

Η ασθένεια αυτή, συνήθως, αρχίζει σταδιακά, αλλά μπορεί και να ξεκινήσει ξαφνικά σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις. Πιο συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις του χεριού και του καρπού. Συχνά, επίσης, εμπλέκονται και οι αρθρώσεις του ποδιού, αστράγαλου, γόνατος, αγκώνα, ισχίου και ωμοπλάτης. Τα συμπτώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνουν :

- Πόνο σε πολλές αρθρώσεις ταυτόχρονα
- Πρωινή δυσκαμψία
- Έλλειψη ενεργητικότητας
- Υπερβολική κόπωση
- Αδυναμία
- Περιστασιακό πυρετό
- Απώλεια βάρους

1.5.2 Λευχαιμίες

“Οι λευχαιμίες είναι νεοπλασματικές διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού. Χαρακτηρίζονται από νεοπλασματική υπερπλασία των κυττάρων της λευκής σειράς.” ⁽¹³⁾

Ανάλογα με τη μορφή του νεοπλασματικού κυττάρου οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα ή μη διαφοροποιημένα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία είναι ταχεία. Η χρόνια λευχαιμία είναι βαριάς μορφής, η δε πορεία της νόσου είναι γενικά μακρύτερη. Ανάλογα με το είδος των κυττάρων που προσβάλλουν οι οξείες και χρόνιες λευχαιμίες υποδιαιρούνται παραπέρα σε μυελογενείς και λεμφογενείς. Η οξεία λεμφογενής λευχαιμία, η πιο συχνή, είναι κυρίως παιδική ασθένεια, σπάνια προσβάλλει άτομα μετά το 15^ο έτος της ηλικίας τους.

Ορισμένα από τα κυριότερα συμπτώματα της οξείας λευχαιμίας είναι η αξιοσημείωτη χωρότητα δέρματος, αιμορραγία και διαφόρων μεγεθών εκχυμώσεις. Επίσης, μπορεί να υπάρχουν εκτεταμένες ελκωτικές και νεκρωτικές εξεργασίες στο στόμα και στο φάρυγγα.

Συχνά υπάρχει πυρετός, ταχυκαρδία, καρδιακά φυσήματα, απώλεια βάρους, δύσπνοια μετά την κόπωση, μη ανοχή στη θερμότητα λόγω αυξημένου μεταβολισμού.

(13) Α. Σαχίνη - Καρδάση, Μ. Πάνου, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*, Β' Έκδοση, 2^{ος} Τόμος, Αθήνα 1997, σελ.211

Επίσης, είναι πολύ πιθανόν να εμφανιστούν βήχας, ρόγχοι, ταχύπνοια, μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι.

Ανάμεσα στα συμπτώματα της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας περιλαμβάνονται η ωχρότητα, η ταχυπαλμία, καθώς και η δύσπνοια μετά από κόπωση εξαιτίας αναιμίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν πόνοι στα μακριά οστά, κυρίως στην κνήμη και το στέρνο.

Τα συμπτώματα ενός ασθενή με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία μπορεί να είναι η ωχρότητα, η δύσπνοια, η κακουχία, η απώλεια βάρους, οι νυχτερινοί ιδρώτες και πυρετός εξαιτίας της αναιμίας και του αυξημένου μεταβολισμού.

Επίσης, ανορεξία, ναυτία και εμετοί είναι συχνές εκδηλώσεις. Οι αλλοιώσεις του δέρματος, που πιθανόν να εμφανιστούν, διακρίνονται σε λευχαιμίδες που είναι μη ειδικές δερματικές αλλοιώσεις, όπως ο έρπης ζωστήρας, οι βλατίδες, οι πομφόλυγες, οι πετέχιες, τα αιματώματα, η αποφολιδωτική δερματίτιδα, το κνιδωτικό εξάνθημα κ.λ.π. και στις γνήσιες λευχαιμικές εκδηλώσεις οι οποίες είναι ειδικές και προέρχονται από την τοπική διήθηση του δέρματος ή του υποδόριου ιστού από λευχαιμικά κύτταρα.

1.5.3 Κακοήθεις νεοπλασίες

Η εγκατάσταση και έναρξη των κακοηθών νεοπλασιών είναι συνήθως σιωπηλή και ύπουλη. Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι τόσο ελαφρά που παραβλέπονται. Όταν, όμως, ο καρκίνος μεγαλώσει αρκετά τότε προκαλεί ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω προβλήματα :

- 1) “Ασκεί πίεση στα όργανα που βρίσκονται γύρω από την κακοήθη νεοπλασία.
- 2) Διαταράσσει τους γύρω ιστούς.
- 3) Αποφράσσει τον αυλό κοίλων οργάνων όπως έντερο, ουρητήρες κ.ά.
- 4) Παρεμβαίνει στην αιμάτωση των παρακείμενων ιστών.
- 5) Επεμβαίνει στην λειτουργία οργάνου.
- 6) Διαταράσσει το μεταβολισμό.
- 7) Χρησιμοποιεί, σε βάρος του οργανισμού, τα θρεπτικά συστατικά.
- 8) Επιδρά αρνητικά (μειώνει) στην αμυντική ικανότητα του οργανισμού.”⁽¹⁴⁾

(14) Μ.Α. Μαλγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, *Νοσηλευτική: Παθολογική, Χειρουργική*, ό.π. , σελ. 97

Οι πιο πάνω παθοφυσιολογικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση χαρακτηριστικών γενικών και ειδικών συμπτωμάτων. Γενικά συμπτώματα είναι :

- “Η αναιμία η οποία προκαλεί αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις στα οστά με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ερυθροποίησης ή την καταστολή του μυελού των οστών από τη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.
- Ο πόνος ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά αν και η παρουσία του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει.
- Ο πυρετός που τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες φλεγμονές.
- Η καχεξία που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία και οξέωση.” (15)

Τα ειδικά συμπτώματα προέρχονται από το όργανο που πάσχει.

1.5.4 Παθήσεις του θυρεοειδή αδένος

Το ενδοκρινικό σύστημα, με τη δράση του, εξασφαλίζει στον οργανισμό από τη μια μεριά τη ρύθμιση των ζωτικών εκείνων λειτουργιών που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του και την διαίωση του είδους και από την άλλη την επιβίωση του με ρύθμιση των κυριότερων ομοιοστατικών μηχανισμών, με τους οποίους διατηρείται η σταθερότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος.

Η βασική αιτία των διογκώσεων του θυρεοειδούς αδένος αποδίδεται σε διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος. Η κακή λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος προκαλεί μερικές από τις πιο συχνές ενδοκρινικές διαταραχές. Η αυξημένη έκκριση θυρεοειδικής ορμόνης προκαλεί υπερθυρεοειδισμό και η έλλειψη της υποθυρεοειδισμό.

(15) Στο ίδιο, σελ. 98

Υπερθυρεοειδισμός

Υπερθυρεοειδισμός είναι η παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική έκκριση θυροειδικών ορμονών. Οι μορφές του υπερθυρεοειδισμού είναι δύο:

- 1) η νόσος Graves-Basedow, κατά την οποία ο θυροειδής αδένας υπερλειτούργει διάχυτα και
- 2) το τοξικό αδένωμα, κατά το οποίο η υπερβολική έκκριση θυροειδικής ορμόνης οφείλεται σε μονήρες υπερπλαστικό αδένωμα. Οι δύο μορφές υπερθυρεοειδισμού έχουν διαφορετική παθογένεια.

Ο υπερθυρεοειδισμός μπορεί για μεγάλο χρονικό διάστημα να διατρέχει λανθάνοντων χωρίς να προκαλεί κανένα σύμπτωμα ή να προκαλεί ελαφρά συμπτώματα τα οποία τις περισσότερες φορές δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά από τον ασθενή, αλλά και από τον γιατρό.

Στις πιο σοβαρές μορφές το άτομο παραπονείται για νευρικότητα, ευσυγνησία, μυϊκή αδυναμία και εύκολη κόπωση, αϋπνίες, ταχυκαρδία και εύκολο λαχάνιασμα ή καρδιακές αρρυθμίες που ο ασθενής τις περιγράφει σαν προκάρδιους κτύπους και σταμάτημα της ανάσας.

Παράλληλα, ο ασθενής έχει εξάψεις και δεν ανέχεται τη ζέστη, η όρεξη του είναι αυξημένη και ενώ τρώει συνήθως πολύ χάνει βάρος και αδυνατίζει. Υπάρχει τρόμος των χεριών και ιδιαίτερα των δακτύλων, ενώ οι παλάμες του συνήθως είναι ζεστές και μόνιμα ιδρωμένες. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν πόνοι στα κόκαλα και προπέτεια των οφθαλμών που παρουσιάζεται συχνότερα στα νεαρά άτομα.

Υποθυρεοειδισμός

Υποθυρεοειδισμός είναι η παθολογική κατάσταση που προέρχεται από τη ελαττωμένη έκκριση ορμονών από το θυροειδή αδέν. Ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να είναι πρωτοπαθής, να οφείλεται δηλαδή σε βλάβη του ίδιου του θυροειδούς, είτε δευτεροπαθής και να οφείλεται σε βλάβη της υπόφυσης.

Τα επακόλουθα από τη μειωμένη λειτουργία του θυροειδή εξαρτώνται από το βαθμό της υπολειτουργίας και την ηλικία που αυτή εγκαθίστανται.

Η νόσος εκδηλώνεται με σωματική και πνευματική νωθρότητα, με μεγάλη ευαισθησία στο κρύο, με δυσκοιλιότητα, με αύξηση του βάρους και με δέρμα ξηρό και άγριο. Η εμφάνιση του ασθενούς ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια παίρνει μια

χαρακτηριστική όψη όπου το πρόσωπο είναι ωχρο με αύξηση του λίπους, πρήξιμο των βλεφάρων, με ξερά μαλλιά και αραιά φρύδια, με βραγνή και αργή φωνή. Σε πιο προχωρημένες μορφές μπορεί να συγκεντρωθεί υγρό μέσα στην κοιλιά ή γύρω από την καρδιά και τέλος ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει προοδευτική υποθερμία και κόμα.

1.5.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο άρρωστος με καρδιακή πάθηση εξαρτώνται από τη φύση της καρδιοπάθειας και τις συνακόλουθες φυσιολογικές διαταραχές στην κυκλοφορία. Τα δύο κυριότερα συμπτώματα των καρδιακών παθήσεων είναι η δύσπνοια και ο πόνος.

Επίσης, ο ασθενής μπορεί να έχει έντονο το αίσθημα καμάτου που οφείλεται σε μείωση της καρδιακής παροχής. Συχνή είναι και η ωχρότητα, κυρίως των άκρων, που φανερώνει ελαττωμένη καρδιακή παροχή. Ερυθρότητα του δέρματος παρατηρείται σε υπερκίνητη κυκλοφορία και υπάρχει σε καταστάσεις που προκαλούν αύξηση της καρδιακής παροχής.

Ακόμα, εμφανίζεται αισθητή αύξηση της φλεβικής πίεσεως στα αγγεία του τραχήλου. Η απώλεια συνειδήσεως είναι σχετικά ασυνήθιστο, αλλά ενδιαφέρον σύμπτωμα των καρδιακών παθήσεων.

1.5.6 Παθήσεις των νεφρών

Η κύρια λειτουργία του νεφρού είναι η διήθηση και απέκκριση των τελικών προϊόντων του μεταβολισμού και της περίσσειας των ηλεκτρολυτών και μη ηλεκτρολυτικών ουσιών.

Παρόλο που ο νεφρός βρίσκεται βαθιά μέσα στην σπλαγχνική κοιλότητα σε θέση που του εξασφαλίζει προστασία, όμως, εύκολα επηρεάζεται από τις συνθήκες του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό κάνει το νεφρό να προσβάλλεται εύκολα από αλλαγές, ταυτόχρονα, όμως, καλείται να προστατεύσει την βιολογική ισορροπία του οργανισμού ενεργητικότερα από κάθε άλλο όργανο, επειδή αυτός είναι το σπουδαιότερο σύστημα της ομοιοστάσεως.

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι η με απότομο τρόπο και μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα αναστολή της νεφρικής λειτουργίας. Αυτή διακρίνεται σε τρεις μεγάλες ομάδες, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους, τόσο κατά την αιτιολογία, όσο και κατά την θεραπευτική αγωγή.

- I. Οξεία προνεφρική ανεπάρκεια ή λειτουργική ανεπάρκεια
- II. Οξεία μετανεφρική ανεπάρκεια
- III. Οξεία ενδονεφρική ανεπάρκεια

Στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια περιλαμβάνονται πολλές παθήσεις τόσο των νεφρών όσο και γενικές οι οποίες προοιούν μόνιμες αλλοιώσεις στους νεφρούς με αποτέλεσμα τη μείωση της σπειραματικής και σωληναριακής λειτουργίας. Οι αλλοιώσεις των νεφρών έχουν άλλοτε μέτρια και άλλοτε μεγαλύτερη έκταση.

Ο ασθενής με νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζει αυξημένη αρτηριακή πίεση και αύξηση βάρους του σώματος εξαιτίας κατακράτησης νερού. Το δέρμα είναι συνήθως ωχρό και μπορεί να παρατηρηθούν μικροί μυϊκοί σπασμοί. Σπάνια παρουσιάζεται αύξηση της θερμοκρασίας, καθώς και δυσσομία.

1.5.7 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο και είναι χρόνια ασθένεια, που προσβάλλει όλες τις ηλικίες γι' αυτό και διακρίνεται σε δύο κλινικούς τύπους :

- το νεανικό, τύπο I ή ινσουλινοεξαρτώμενο και
- το τύπο II, μη ινσουλινοεξαρτώμενο ή όψιμη ενάρξεως.

Από τον τύπο I διαβήτη προσβάλλονται, κυρίως, νεαρά άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών με χαμηλά επίπεδα ή παντελή έλλειψη ινσουλίνης στο αίμα. Ο τύπος II περιλαμβάνει κυρίως τους ενήλικους και υπερήλικους. Η εισβολή της αρρώστιας είναι συνήθως αθόρυβη και η διάγνωση τίθεται πολλές φορές τυχαία.

Τα συμπτώματα της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα του μεταβολικού συνδρόμου ή και της μικροαγγειοπάθειας. Η συμπτωματολογία που οφείλεται στο μεταβολικό σύνδρομο, δηλαδή η διαταραχή των υδατανθράκων, λιπών, πρωτεϊνών, ύδατος και ηλεκτρολυτών εξαρτάται από το βαθμό και το χρόνο εγκαταστάσεως της ινσουλινικής ανεπάρκειας. Οι εκδηλώσεις της αρρώστιας είναι οξείες, χρόνιες και με επιπλοκές.

Οξείες εκδηλώσεις είναι η έντονη πολυουρία, πολυδιψία, γρήγορη απώλεια βάρους, γρήγορη εμφάνιση κετο-οξέωσης με ναυτία, εμετοί και αφυδάτωση, κοιλιακός πόνος, μετάπτωση στο στάδιο της οξέωσης. Έτσι εκδηλώνεται στον παιδικό και νεανικό διαβήτη.

Χρόνια εκδήλωση: γενική κόπωση, μικρή απώλεια βάρους, πολυουρία, κνησμός του δέρματος.

Εκδηλώσεις με επιπλοκές της νόσου: στο διαβήτη των ενηλίκων και των ηλικιωμένων η πρώτη εκδήλωση της νόσου γίνεται αντιληπτή από τις επιπλοκές του οφθαλμού, των περιφερικών νεύρων, των νεφρών και των αγγείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ψυχολογία ασθενούς με χρόνιο νόσημα

2.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής, από τότε που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά ως έννοια, έχει ορισθεί μέχρι σήμερα με πολλούς και διάφορους τρόπους. Είναι προφανές ότι η έννοια του όρου είναι διαφορετική για κάθε άτομο και άκρως υποκειμενική. Πρόκειται για έναν ευρύ όρο που αφορά όλες τις απόψεις της ζωής. Ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» που προτάθηκε για να διαχωριστούν από τον γενικό όρο της ποιότητας ζωής, οι σχετιζόμενες πλευρές με την κατάσταση υγείας του ατόμου ενσωματώνει τρεις βασικούς τομείς :

- ◆ την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου,
- ◆ την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην λειτουργικότητα του ατόμου,
- ◆ τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής.

Συνήθως, ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία γίνεται αντιληπτή, είτε ως οι αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής ενός ατόμου, είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δύο αντιλήψεων.

Αρχικά, ο όρος «ποιότητα ζωής» εξέφραζε τη κατοχή, κυρίως, υλικών αγαθών και χρήματος. Κατά την δεκαετία του '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας.

Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχο-κοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η υγεία και ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές

σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :

- **“Κοινωνικό-οικονομική δομή και λειτουργία κοινωνίας :** τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες :** επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες :** τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάθρωση, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- **Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες :** ήθη και έθιμα, επίπεδο αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- **Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες :** επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- **Γεωφυσικοί παράγοντες :** φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- **Δημογραφικοί παράγοντες :** ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κ.λ.π.
- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες :** επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών. ”⁽¹⁶⁾

Τα όργανα εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι δυνατό να διακριθούν σε : α) γενικής χρήσης κλίμακες και β) ειδικής χρήσης ανά ασθένεια κλίμακες. Οι πρώτες απευθύνονται σε έννοιες γενικής υγείας ασχέτως ηλικίας, πάθησης ή θεραπείας και προορίζονται για συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών ή διαφορετικών παθήσεων. Οι δεύτερες είναι πλέον ευαίσθητες σε σχέση με έναν εξειδικευμένο πληθυσμό πασχόντων και απευθύνονται σε μια συγκεκριμένη πάθηση ή κατάσταση.

(16) Μ. Σαρρής, *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Παπαζήση, Αθήνα 2001, σελ.

2.1.1 Θεωρίες για την ποιότητα ζωής

Κατά καιρούς έχουν προταθεί ορισμένα θεωρητικά μοντέλα , εκ των οποίων, άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Σημαντικές, επίσης, θεωρίες αναφέρονται στην ταξινόμηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Όλες οι θεωρίες έχουν συμβάλει σημαντικά στους εννοιολογικούς προσδιορισμούς της ποιότητας ζωής, αλλά δεν παρέχουν ένα επεξηγηματικό θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης των μηχανισμών που αφορούν το πως η ασθένεια επιδρά στην ποιότητα ζωής.

Η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής. Η θεωρία αυτή αναγνωρίζει ότι η υγεία αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, μεταξύ άλλων παραγόντων που ενυπάρχουν στους διάφορους τομείς της ζωής (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και ψυχολογικούς). Υπό το πρίσμα της θεωρίας αυτής, η ποιότητα ζωής εννοείται ως ψυχολογική (συναίσθηματική) ευεξία, η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο που οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται.

Τη θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών την χαρακτηρίζουν τρεις σημαντικές αρχές:

- Η σύνδεση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία.
- Η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων.
- Η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων.

Η θεωρία της χρησιμότητας παρέχει ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων που λαμβάνονται σε συνθήκες αβεβαιότητας. Με τη χρησιμότητα εκφράζεται η αξία που δίνει ένα άτομο σε μια σειρά πιθανών εκβάσεων μιας πράξης. Η θεωρία της χρησιμότητας και οι διάφορες τεχνικές μέτρησής της χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή στον προσδιορισμό του βαθμού επιθυμητότητας μεταξύ διαφόρων καταστάσεων υγείας.

2.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνιες παθήσεις

Ο βαθμός και το εύρος των επιδράσεων των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του αρρώστου εξαρτάται από τη αρρώστια αυτή καθ' εαυτή, του τύπου και του σταδίου που διαγιγνώσκεται, της θεραπείας που ακολουθείται και της εξέλιξης της νόσου, καθώς και από τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του αρρώστου και την ικανότητα προσαρμογής του στην ασθένεια.

“Η επιδείνωση της ποιότητας ζωής ενός αρρώστου και το πλήθος των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που ο ίδιος βιώνει και συνακόλουθα με αυτόν βιώνουν τα μέλη του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος, εκφράζεται, συνήθως, στο στάδιο της διάγνωσης και στο στάδιο της θεραπείας.

Στο στάδιο της διάγνωσης η συνειδητοποίηση της εκδήλωσης μιας απειλητικής για τη ζωή του αρρώστου νόσου εξαρτάται από την αβεβαιότητα της πρόγνωσης, την ερμηνεία της αιτιολόγησής της, την ποιότητα της ενημέρωσης, το αναπόφευκτο κοινωνικό στίγμα και το φόβο για έναν οδυνηρό θάνατο, παράγοντες που δημιουργούν συνθήκες επιδείνωσης της ποιότητας ζωής του αρρώστου με χρόνια νόσημα. Στο στάδιο της θεραπείας, κάθε θεραπευτικό μέτρο επιφέρει μια σειρά επιπλοκών και προβλήματα τα οποία ο άρρωστος καλείται να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.”⁽¹⁷⁾

Η ποιότητα ενημέρωσης, το μέγεθος και το είδος της πληροφόρησης που λαμβάνει από το γιατρό ο ασθενής που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια από τη στιγμή της διάγνωσης και κατά τη διάρκεια εφαρμογής όλων των θεραπευτικών μέτρων επηρεάζει σημαντικά τη διεργασία συνειδητοποίησης της απειλητικής για τη ζωή του νόσου.

Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου αποτελεί μια άλλη σημαντική παράμετρο που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο φόβος αυτός είναι τόσο ισχυρός που μπορεί να επιδράσει στη συνολική του ζωή και στην εκτίμηση για τον εαυτό του. Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα πανικού, τρόμου, αυξανόμενου άγχους και κατάθλιψης. Τα συναισθήματα αυτά στηρίζονται στο φόβο της απώλειας του ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του, αλλά επίσης και στο φόβο της απόρριψής του από το κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα στο φόβο της εγκατάλειψης από τα άτομα του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος.

(17) Μ. Σαρρής, *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, ό.π. , σελ. 315

Οι επιπτώσεις των θεραπευτικών μέτρων αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών έχουν επίσης καταλυτικές επιδράσεις στη ποιότητα ζωής του αρρώστου. Τα συνήθη θεραπευτικά μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων επιφέρουν παρενέργειες οι οποίες επιδρούν με τη σειρά τους στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Από τη μία πλευρά ο έλεγχος του πόνου επηρεάζει θετικά τη ποιότητα ζωής του ασθενή, από την άλλη όμως, οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα, όπως για παράδειγμα κόπωση, αδυναμία, διαταραχές ύπνου ή πονοκεφάλους, υπόταση επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής του.

Η ποιοτική στήριξη που παρέχουν συγγενείς και φίλοι, καθώς και η ικανότητα του ασθενή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες, συμβάλλουν θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νόσημα επηρεάζεται σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η εκτίμηση για την ποιότητα ζωής και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ενδεικνυόμενων θεραπευτικών μέτρων οφείλει να συμπεριλαμβάνει παραμέτρους που αφορούν όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του αρρώστου.

2.3 Ψυχολογικές φάσεις κατά την διάρκεια της ασθένειας

Κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μια απειλή. Γι' αυτό σε οποιονδήποτε τεθεί η υπόνοια νόσου μέχρι και την οδυνηρή εξέλιξη της (με τις ποικίλες εξετάσεις, επεμβάσεις, εισόδους σε Νοσοκομεία), καθώς και στη φάση της θεραπείας και αποκατάστασης, επικρατεί μια ατμόσφαιρα ανασφάλειας.

“Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες : α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν), β) τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο κ.λ.π.)”⁽¹⁸⁾

(18) Δ. Παπαδάτου – Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, σελ. 109

Κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του, μοναδικό τρόπο στη γνωστοποίηση της διάγνωσης. Οι αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν και μπορεί να έχουν εποικοδομητικές, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην οργανική και ψυχική υγεία του ατόμου και στις σχέσεις του με τους άλλους. Συχνά, ο ασθενής εκφράζει έντονο άγχος, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές επειδή αρρώστησε και φόβο για την εξέλιξη της υγείας του. Οι αντιδράσεις αυτές είναι απόλυτα φυσιολογικές.

Η πρώτη αντίδραση είναι μια αγωνία για την έκβαση της πάθησης που συχνά φτάνει τα νοσηρά όρια του άγχους. Το συναίσθημα αυτό είναι συχνά δυσανάλογο προς τη βαρύτητα της ασθένειας. Η έννοια της αρρώστιας και οι περιορισμοί που τυχόν συνεπάγεται πυροδοτούν βαθύτερους και παιδικούς φόβους που κρατούν τον ασθενή σε μια διαρκή ανησυχία.

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του ασθενούς και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένειά του.

Μια σημαντική απόφαση που πρέπει να πάρει ο ασθενής αφορά την ανακοίνωση της ασθένειάς του σε άλλους. Πολλοί ασθενείς όταν τους ανακοινώνεται ότι πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια προτιμούν να κρατήσουν την ασθένειά τους μυστική, άλλοτε γιατί χρειάζονται χρόνο να την αποδεχτούν και άλλοτε για να προστατεύσουν το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον ή τον εαυτό τους από τις αντιδράσεις των άλλων.

Επίσης, μια άλλη σημαντική απόφαση αφορά την αναζήτηση δεύτερης ή / και τρίτης γνώμης σχετικά με τη διάγνωση ή / και την θεραπεία. Μερικές φορές ο ασθενής την επιδιώκει γιατί του επιτρέπει να διερευνήσει άλλες απόψεις ή εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, είτε για να ασκήσει κάποιον έλεγχο στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει είτε γιατί με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει τον απαραίτητο χώρο και χρόνο για να αφομοιώσει την πραγματικότητα και να πάρει τις απαιτούμενες αποφάσεις.

Αποφάσεις καλείται να πάρει και για τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Μερικοί ασθενείς διατηρούν τον ίδιο ρυθμό ζωής που προϋπήρχε της διάγνωσης παραγνωρίζοντας τις απαιτήσεις που επιβάλλει η νέα πραγματικότητα. Άλλοι προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες αναθεωρώντας τους στόχους τους και λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα που προκύπτουν από τη διάγνωση της αρρώστιας.

Σ' αυτή την κρίσιμη περίοδο καλείται να κατανοήσει τη φύση της αρρώστιας, να αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής του, να ενεργοποιήσει στρατηγικές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από τη διάγνωση της ασθένειας, να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του και να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της ασθένειας στην εικόνα εαυτού, στις σχέσεις με άλλους και στη ζωή.

Συχνά, το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με την αναγγελία της διάγνωσης δεν τους επιτρέπει να αφομοιώσουν την πληροφόρηση που δέχονται με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η κατανόηση της. Άλλοτε πάλι την κατανόηση δυσχεραίνει το ίδιο το προσωπικό υγείας που χρησιμοποιεί ακατανόητους ή δυσνόητους ιατρικούς όρους, που αποφεύγει να πληροφορήσει ή που παραπληροφορεί και δεν διαθέτει το χρόνο για να απαντήσει στις απορίες τόσο των ασθενών, όσο και των υπολοίπων μελών της οικογένειας του.

Ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει ο ασθενής στην ασθένεια του θα ενεργοποιήσει αντίστοιχους μηχανισμούς ή στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει, αλλά και να προσαρμοστεί σ' αυτήν.

Παράλληλα, το άτομο καλείται να προβληματιστεί πώς ο προηγούμενος τρόπος ζωής του μπορεί να έχει μερίδιο ευθύνης στην ασθένεια, αλλά και πώς ο ίδιος μπορεί τώρα να συμμετάσχει στην αποκατάσταση της υγείας του.

Η ανακοίνωση της διάγνωσης μιας χρόνιας ασθένειας έχει επιπτώσεις στην εικόνα που έχει το άτομο τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το σώμα του. Η αίσθηση ότι ο ασθενής δεν ελέγχει το σώμα και τη ζωή του προκαλείται τόσο από τη αρρώστια, όσο και από τις απώλειες που τη συνοδεύουν και συχνά οδηγούν τον ασθενή στην ενεργοποίηση στρατηγιών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της αρρώστιας. Αυτές οι συμπεριφορές θεωρούνται απόλυτα φυσιολογικές και έχουν άλλοτε λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα στη διαδικασία της προσαρμογής του ατόμου στην αρρώστια.

Για μερικούς ασθενείς η διάγνωση αποτελεί μια κρίσιμη καμπή, καθώς ανακαλύπτουν τις σχέσεις, τις αξίες, τις προτεραιότητες και τις επιδιώξεις που είναι πραγματικά σημαντικές γι' αυτούς. Μπροστά στη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας οι οικογενειακές και οι φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης.

Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Τα άτομα και οι οικογένειες τους με τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας ακολουθούν την διαδικασία πένθους που έχει διάφορα στάδια. Τα στάδια αυτά περιγράφονται ως εξής :

1) Το στάδιο της άρνησης

Στο στάδιο της άρνησης ο ασθενής αρνείται το γεγονός της ασθένειας του για να προφυλαχθεί από το φόβο του θανάτου. Η άρνηση αυτή αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση όταν η πραγματικότητα είναι πολύ οδυνηρή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Είναι χαρακτηριστικές οι φράσεις « Όχι! Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα. Κάποιο λάθος θα έγινε στη διάγνωση...», «'Όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ...κάποιο λάθος έγινε ».

Η άρνηση των επιπτώσεων, καθώς και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να συμβάλλει στην προσαρμογή του ασθενούς, καθώς του επιτρέπει να θέσει μακροπρόθεσμους στόχους και να προγραμματίσει την ζωή του, όπως επίσης να διατηρήσει τις σχέσεις του με το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Αν , όμως, η άρνηση παραταθεί μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου, αφού αυτό δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή αποφεύγει να αποδεχθεί την διάγνωση της ασθένειας.

2) Το στάδιο του θυμού

Στο στάδιο του θυμού ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν και εκφράζουν θυμό που είναι μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση. Ο θυμός πηγάζει από μια βαθιά απογοήτευση, μια αίσθηση αδικίας και αδυναμίας που συχνά μετατίθεται προς διάφορες κατευθύνσεις. Άλλοτε προς τους οικείους, τους συγγενείς και φίλους και άλλοτε προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποδίδοντάς του το ρόλο του «κακού», ενώ σε άλλους το ρόλο του «καλού». Πολλοί ασθενείς εκδηλώνουν το φόβο τους για την ασθένεια με ευερεθιστότητα και εχθρικότητα προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν συνεργάζονται, κατακρίνουν όλες τις ενέργειες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καβγαδίζουν συχνά με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, ενώ άλλοι στρέφουν την οργή τους σε μεταφυσικά επίπεδα, στο Θεό, την τύχη. Ταυτόχρονα, ο θυμός δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις με αποτέλεσμα να αποξενώνει τον ασθενή από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον σε μια περίοδο που έχει ανάγκη την υποστήριξη.

3) Το στάδιο της κατάθλιψης

Ο ασθενής νιώθοντας ότι τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος δεν μπορεί να κρύψει την απελπισία, τη θλίψη και τη πίκρα του. Η αίσθηση της απώλειας είναι ο λόγος που οδηγεί τον ασθενή στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντιδραστική όταν συγκρίνει πώς ήταν στο παρελθόν και πως έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του και προπαρασκευαστική όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου.

4) Το στάδιο της διαπραγματεύσεως

Στο στάδιο της διαπραγματεύσεως ο ασθενής και η οικογένεια του αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η ασθένεια είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους. Ο ασθενής αποδέχεται την ασθένειά του, αλλά έχει την τάση να κάνει συμφωνίες για να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και τον θάνατο. Κάνει διαπραγματεύσεις με άτομα κύρους ή με τον Θεό, κάνει τάματα, υπόσχεται καλή συμπεριφορά προς τους γιατρούς ή αφιερώνει την ζωή του στην εκκλησία με την ελπίδα ότι θα γίνει καλά ή θα παρατείνει την επιβίωση του. Συχνά, ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με την πρόκληση να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές και συνήθειες, όπως σωστή διατροφή, αποχή από το κάπνισμα, κατάλληλη άσκηση, επαρκή ξεκούραση κ.λπ. Οι νέες αυτές συμπεριφορές συμβάλλουν στην προώθηση της υγείας και ταυτόχρονα ενισχύουν την αίσθηση του άρρωστου ότι ασκεί κάποιον έλεγχο στη βελτίωση της οργανικής του κατάστασης

5) Το στάδιο της αποδοχής

Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής. Είναι μια περίοδος εσωτερικής ηρεμίας, όπου ο ασθενής έχει πάψει να αγωνίζεται και συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου. Έχοντας τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις του, νιώθει ήρεμος, έτοιμος να πεθάνει. Ο ασθενής έχει πάψει να παλεύει για να μείνει στη ζωή. Η επικοινωνία που έχει με το περιβάλλον του είναι, συνήθως, ελάχιστη στο λεκτικό επίπεδο, ενώ με το βλέμμα του και την συμπεριφορά του εκφράζει αυτή την αποδοχή. Ο ασθενής και η οικογένεια του μαθαίνουν να ζουν με την ασθένεια, την εντάσσουν στη ζωή τους, αξιοποιούν το χρόνο και τις σχέσεις τους και ζουν μια ζωή που έχει νόημα και ουσία για τους ίδιους. Ο ασθενής

αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατό. Οι επισιέψεις τον ενοχλούν και επιθυμεί να μένει μόνος του. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον του συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες. Η μεγαλύτερη ίσως πρόκληση για τον άρρωστο στο στάδιο αυτό είναι να μάθει να ζει με την ασθένεια του, τις απαιτήσεις της θεραπείας και την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της.

Η διαδικασία πένθους διαρκεί πολύ και το άτομο μπορεί να παλινδρομεί μεταξύ αισθημάτων αδυναμίας, απελπισίας, εξάρτησης καθώς συνεχώς βιώνει περιορισμούς στην καθημερινή ζωή του. Κάθε επιδείνωση της κατάστασης σημαίνει την έναρξη ενός νέου κύκλου πένθους και αυτός ο φαύλος κύκλος μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο πένθος και η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν αυτά τα στάδια και να τα αναγνωρίζουν όταν επεμβαίνουν θεραπευτικά στον ασθενή και την οικογένεια για να έχουν αποτελεσματικότερη παρέμβαση και να μπορέσουν να βοηθήσουν ουσιαστικά. Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας απαιτεί συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης, τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του. Η μελέτη και η κατανόηση του πώς διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής ασθενούς και οικογένειας βοηθά στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, ανοίγει νέες οπτικές στη θεώρηση της φροντίδας και συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση ασθενών και οικογενειών από τους επαγγελματίες υγείας.

2.4 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχολογία του ασθενούς

Η χρόνια νόσος αποτελεί μια προσωπική δοκιμασία για τον κάθε ασθενή η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική αντίδραση στον καθένα. Το είδος και η ένταση των αντιδράσεων του ασθενούς στην χρόνια ασθένεια του εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες.

Η ηλικία του ασθενούς είναι ένας ισχυρός παράγοντας στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα μεγαλύτερη πιθανότητα συναισθηματικής παλινδρόμησης.

Για τους έφηβους η ασθένεια αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία σταθεροποίησης της εικόνας του Εγώ τους με συνέπεια την δημιουργία έντονου άγχους. Στους ενήλικες υπάρχει μεγαλύτερη επιβάρυνση λόγω της ύπαρξης αυξημένων οικογενειακών και επαγγελματιών

υποχρεώσεων. Επέλευση της ασθένειας στους μεσήλικες συνοδεύεται συχνά από απαισιόδοξες σκέψεις για τα γηρατειά που πλησιάζουν και το αναπόφευκτο για όλους θάνατο.

Το φύλο του ασθενούς έχει άμεση σχέση με την ψυχολογική αντίδραση στην ασθένεια. Οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα σε νόσους, κακώσεις ή επεμβάσεις που συνεπάγονται αισθητικές αλλοιώσεις, ενώ οι άνδρες σε χρόνια νοσήματα που έχουν σαν επίπτωση σοβαρό λειτουργικό περιορισμό που συνεπάγεται αυξημένη εξάρτηση από τους άλλους.

Η προσωπικότητα του ασθενούς είναι ένας από τους ισχυρούς καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Άτομα ανεξάρτητα, με ενεργητικότητα και δυναμισμό δυσκολεύονται να “παίξουν” το ρόλο του καλού ασθενή, δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, δεν παραπονείται για την υγεία του ή δεν κριτικάρει τις ενέργειες του γιατρού ή του νοσηλευτή. Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποιήσεων και φροντίδας και σωματοποίηση του άγχους τους. Ασθενείς με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν οξύθυμοι, επιθετικοί ή ακόμα και διεκδικητικοί. Τέτοιοι ασθενείς συνεργάζονται δύσκολα στη θεραπεία και συνήθως την εγκαταλείπουν πρόωρα. Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν πιο εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης, της μόνωσης και της διανοητικοποίησης. Ενδιαφέρονται πάρα πολύ για την ασθένεια τους, ενημερώνονται από βιβλία γι’ αυτή και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, χωρίς όμως να συμμετέχουν συναισθηματικά.

Η μόρφωση του ασθενούς και η κοινωνική του θέση μπορούν επίσης να διαμορφώσουν τις ψυχολογικές του αντιδράσεις στην ασθένεια. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποδεχθούν, αλλά και να εγκαταλείψουν το ρόλο του ασθενούς. Αντίθετα άτομα πιο μορφωμένα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα το ρόλο του ασθενούς.

Η σοβαρότητα και η βαρύτητα της νόσου είναι οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων. Η σοβαρότερη ασθένεια ή και η βαρύτερη νόσηση είναι αυτονόητο ότι θα προκαλέσουν εντονότερες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η βαθμιαία έναρξη μιας ασθένειας αφήνει περισσότερα περιθώρια για την ανάπτυξη των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών.

Τέλος, η στάση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή μπορεί να επιδράσει αρνητικά ή θετικά στην ψυχολογία του. Η οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά απέναντι στον χρόνιο ασθενή, που του συμπαραστέκεται βοηθά αρκούντως την κατάσταση. Η οικογένεια που δεν ανταποκρίνεται θετικά, που κλείνει τα μάτια στο πρόβλημα δημιουργεί επιπρόσθετες δυσκολίες στον ασθενή.

2.5 Αμυντικοί μηχανισμοί που ενεργοποιούν οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο νόσημα

Σχεδόν κάθε ασθενής κινητοποιεί σε ασυνείδητο επίπεδο διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς. Μ' αυτούς επιτυγχάνεται άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό η μείωση της ενδοψυχικής αναστάτωσης που επέρχεται σαν απάντηση σε οποιαδήποτε ψυχοπιεστική κατάσταση. Οι κυριότεροι αμυντικοί μηχανισμοί είναι :

1. **Η άρνηση.** Ο ασθενής με τον μηχανισμό της άρνησης αρνείται τα συμπτώματα της νόσου και τις επιπτώσεις της. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, συχνά, να καθυστερεί την προσέλευση του στον γιατρό ή ακόμα να δυσχεραίνει την συνεργασία του με το προσωπικό υγείας.
2. **Η απώθηση – καταπίεση.** Πολύ συχνά ο ασθενής ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της νόσου αδιαφορεί και δεν ασχολείται μ' αυτήν. Όταν αυτό συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο πρόκειται για το μηχανισμό της απώθησης, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά πρόκειται για τον μηχανισμό της καταπίεσης.
3. **Η υπεραναπλήρωση.** Ο μηχανισμός της υπεραναπλήρωσης βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησής του.
4. **Η προβολή.** Με τον μηχανισμό αυτό ο ασθενής γίνεται γκριλιάρης, εριστικός ακόμη και επιθετικός. Η επιθετικότητα αυτή στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής.

Το πόσο αποτελεσματικοί είναι οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί εξαρτάται από το είδος τους, τη διάρκεια δράσης τους και την ένταση της ψυχοπιεστικής κατάστασης που καλούνται να καταστείλουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

3.1 Ορισμός στάσης

Κατά καιρούς έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί όσον αφορά την έννοια της στάσης. Μεγαλύτερη επίδραση, όμως, άσκησε αυτός του ψυχολόγου Gordon Allport. Σύμφωνα μ' αυτόν, με την έννοια στάση νοείται “η νοητική και βιολογική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται.”⁽¹⁹⁾

Αντίστοιχα, η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει στον εξής ορισμό της στάσης: με τη χρήση της έννοιας “στάση” προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο εννοείται ένα διαρκές σύστημα το οποίο περιλαμβάνει ένα γνωστικό και συναισθηματικό στοιχείο.

Πολλοί κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν ότι οι στάσεις συνδέονται με τις αξίες, γιατί βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης. Γι' αυτούς επομένως, η στάση ορίζεται σαν τη στάση του ανθρώπου να αντιδρά θετικά ή αρνητικά σε μία δεδομένη κοινωνική αξία, που αποτελεί αντικείμενο της εμπειρίας του. Ειδικότερα χρησιμοποίησαν τον όρο στάση προκειμένου να μελετήσουν τις ομαδικές συμπεριφορές.

Η έννοια της στάσης είναι η έννοια κλειδί που βοηθά το πέρασμα από το ατομικό στο κοινωνικό επίπεδο.

Οι στάσεις προέρχονται από την αλληλεπίδραση υποκειμενικών (ένστικτα, ιδιοσυγκρασία, υπερεγώ) και αντικειμενικών (εξωτερικές επιδράσεις) παραγόντων, οι οποίοι προετοιμάζουν το άτομο να εκδηλώσει συγκεκριμένη συμπεριφορά (λεκτική ή μη λεκτική) απέναντι σε κοινωνικά φαινόμενα, στις διάφορες συνθήκες, καταστάσεις και αντικείμενα του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός του.

Οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου, επειδή, όπως και η προσωπικότητα, κατευθύνουν τη συμπεριφορά του ατόμου στις συναλλαγές με τους άλλους ανθρώπους, με την οικογένεια του, με το χώρο της εργασίας και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας.

(19) Β. Μαργαριτίδου - Τυμπλαλέξη, *Ηθική και δεοντολογία στην υγεία και τη Νοσηλευτική: AIDS ηθικές διαστάσεις*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993, σελ. 58

3.2 Εκπαίδευση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μέρος μιας ομάδας υγείας και περιλαμβάνει νοσηλευτές και γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Στην ομάδα υγείας συνεργάζονται άνθρωποι διαφορετικής εκπαίδευσης, αλλά με κοινό αντικειμενικό σκοπό, ο οποίος σε κάθε περίπτωση είναι να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στα άτομα, την οικογένεια και την κοινότητα.

Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται σε θέματα επικοινωνίας και σε βασικές γνώσεις ψυχολογίας πριν εργαστούν με ασθενείς. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδευομένου. Η εκπαίδευση στηρίζει τον επαγγελματία υγείας και τον προφυλάσσει από ψυχοφθόρες καταστάσεις.

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να συναισθάνεται τον ασθενή, αλλά να μην ταυτίζεται μαζί του, για να είναι αποτελεσματικός στη δουλειά του και να μπορεί να προφυλάσσει τον εαυτό του.

Η σημερινή εκπαίδευση δεν παρέχει στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τα κατάλληλα εφόδια, ώστε να αντιμετωπίσει τις επαναλαμβανόμενες ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις που βιώνει στο χώρο εργασίας του. Μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού υγείας δεν βλέπει τον άρρωστο ως άτομο που υποφέρει, αλλά εξακολουθεί να τον θεωρεί σαν μια ασθένεια με τα συμπτώματα της ή σαν περιστατικό.

Η ιατρική αντίληψη θέλει τον ασθενή παθητικό και εξαρτημένο, να παραμένει αμέτοχος. Καλείται να συμμορφωθεί στις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί, να μιλά μόνο απαντώντας στις ερωτήσεις του γιατρού ή του νοσηλευτή / τριας, που από την δική τους πλευρά αναλαμβάνουν έναν ενεργητικό ρόλο και επιδιώκουν να ελέγχουν πλήρως την κατάσταση.

Το προσωπικό υγείας δεν προσπαθεί να καλλιεργήσει στον ασθενή την υπευθυνότητα, ούτε να αυξήσει τη συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Εάν ο ασθενής αρνηθεί αυτόν τον παθητικό ρόλο και απευθύνει για παράδειγμα ο ίδιος ερωτήσεις στο γιατρό, τότε ο γιατρός προσπαθεί να ελέγξει την κατάσταση μειώνει τον χρόνο συζήτησης μεταξύ τους ή δίνει μηνύματα λήξης της επαφής τους. Άλλοτε ο γιατρός μπορεί να ανταποκριθεί με έναν ευγενικό, φιλικό και καθησυχαστικό τρόπο που σημαίνει, όμως, για τον άρρωστο πως τα περιθώρια να μοιραστεί με τον γιατρό τις ανησυχίες του είναι μικρά.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκτός της επιστημονικής μόρφωσης και της κλινικής πείρας πρέπει να έχει φυσικά και ηθικά προσόντα για την αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια ασθένεια. Είναι γνωστό ότι οι χρόνιες ασθένειες κάνουν τους ασθενείς ιδιότροπους, άδικους και μη συνεργάσιμους. Για το λόγο αυτό το προσωπικό υγείας δεν πρέπει να φιλονικά με τον ασθενή, έστω και αν είναι άδικος απέναντι του, αλλά με όπλο την υπομονή να προσπαθεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή για την καλύτερη έκβαση της ασθένειάς του. Έτσι, η εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας, στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων θα αποτελούσε ένα σημαντικό βήμα για μια σωστότερη αντιμετώπιση του ασθενούς.

3.3 Σχέση γιατρού και ασθενή

Ο ρόλος του ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτριώσης, ενώ αντίθετα ο ρόλος του γιατρού είναι ρόλος εξουσίας, ρόλος αυταρχικός με τον τρόπο με τον οποίο συχνά ασκείται.

Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός, δεν έχει ευθύνη για την δημιουργία της αρρώστιας ούτε συμμετέχει ουσιαστικά στην αποκατάσταση της υγείας του. Ο γιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη της υγείας του ασθενή και μόνο αυτός θεωρείται ότι μπορεί να κάνει κάτι για την βελτίωση της. Ο γιατρός είναι ο άνθρωπος που ξέρει ό,τι είναι απαραίτητο για να γίνει καλά ο ασθενής ή έστω να ανακουφιστεί από την δυσφορία του.

Οι τεχνικές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι γιατροί με τους ασθενείς παίζουν ένα σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στη σχέση μεταξύ ασθενούς και γιατρού. Μελέτες δείχνουν ότι οι γιατροί οι οποίοι είναι φιλικοί και εγγάρδιοι με τους ασθενείς τους είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούν μια απόμακρη και περισσότερο ψυχρή στάση. Οι καλοί τρόποι συμπεριφοράς των γιατρών σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη φιλική προσέγγιση προς τους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται λόγω της κατάστασης του στο κρεβάτι, έχουν καλύτερη επίδραση και αποτελεσματικότητα. Σε περιπτώσεις που οι γιατροί κρατήσουν μία πιο απότομη, σύντομη και τραχιά προσέγγιση τότε αυτό βιώνεται αρνητικά από τους ασθενείς και μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τον Rogers, τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ο επαγγελματίας της υγείας και τα οποία θα του επιτρέψουν να διαμορφώσει ένα θεραπευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή είναι :

- ◆ “Η άνευ όρων αποδοχή του ατόμου η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον άρρωστο με όλες του τις ικανότητες, αδυναμίες ή ανεπάρκειες χωρίς να θέτει όρους .
- ◆ Η ενσυναίσθηση που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί την πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο τη βιώνει ο άρρωστος μεταφέροντάς του το μήνυμα ότι τον κατανοεί .
- ◆ Η αυθεντικότητα η οποία προϋποθέτει την “διαφάνεια” και “ειλικρίνεια” από την πλευρά του επαγγελματία υγείας ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από τη σχέση του με τον συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει “διπλά μηνύματα”, προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει .” (20)

Η παραχώρηση λεπτομερών και θετικής πληροφόρησης από τον γιατρό προς τον ασθενή αυξάνει το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης του ασθενούς και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας και τα αποτελέσματά της. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του γιατρού, του ασθενούς και της οικογένειας του έχει σοβαρά ευεργετικά αποτελέσματα :

- “Είναι σημαντική για τη σωστή συλλογή και ακρίβεια των συμπτωμάτων, των επιπλοκών που δημιουργούνται από τα φάρμακα ή άλλες θεραπείες.
- Έχει πρωταρχική σημασία για την αναγνώριση και τοποθέτηση μέσα σε σωστά πλαίσια των προβλημάτων που υπάρχουν.
- Επηρεάζει την εφαρμογή της θεραπείας που συστήνεται από το γιατρό στον ασθενή.
- Επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το πόσο καλά νιώθει ο ασθενής, σωματικά και ψυχικά.
- Συνεισφέρει στην ικανοποίηση του ασθενούς αλλά και του γιατρού.” (21)

(20) Δ. Παπαδάτου – Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, ό.π. , σελ.

(21) www.medlook.net/rdpatdoci.htm

Η ελλιπής επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι μία από τις κυριότερες αιτίες για παράπονα εναντίον γιατρών και για περιπτώσεις που καταλήγουν σε δικαστικές διαμάχες μεταξύ γιατρών και ασθενών. Πολλές φορές οι ασθενείς παραπονούνται ότι δεν τυγχάνουν ικανοποιητικής πληροφόρησης από τους γιατρούς τους. Μάλιστα σε αριθμό περιπτώσεων θεωρούν ότι ο τρόπος με τον οποίο τους δίνεται η πληροφόρηση είναι ακατάλληλος.

Τα επικοινωνιακά προβλήματα γιατρού και ασθενούς παρατηρούνται σε όλους τους τομείς ή ειδικότητες της Ιατρικής. Σε ορισμένες ειδικότητες, όμως, το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα δύσκολο γιατί πρέπει να δοθούν προς τους πάσχοντες πολύ δύσκολες ή πολύπλοκες πληροφορίες και ακόμα η πληροφόρηση είναι τέτοια που προκαλεί μεγάλο ψυχικό πόνο.

3.4 Σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς

Η φροντίδα που προσφέρεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς μέσα στο Νοσοκομείο έχει καθοριστικό ρόλο στο ποσοστό των θανάτων και των επιπλοκών που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα, με την έννοια του αριθμού ωρών που προσφέρονται στον κάθε ασθενή, μπορούν να μειώσουν τους θανάτους στα Νοσοκομεία και να διαφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά την ενδονοσοκομειακή τους περίθαλψη.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στη χρόνια ασθένεια βασίζεται στην αναγνώριση της φύσης της χρόνιας ασθένειας και των συνακολούθων της, καθώς επίσης στην επικέντρωση σε παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της χρόνιας ασθένειας. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας που εργάζεται με χρόνιους ασθενείς είναι λιγότερο του ατόμου που παρέχει άμεση φροντίδα και θεραπεία, αλλά τείνει περισσότερο να είναι του επαγγελματία που παρέχει διευκολύνσεις, υποστηρίζει και ενδυναμώνει τις συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα.

Σύμφωνα με την Armstrong, “υπάρχουν μερικοί βασικοί κανόνες, τους οποίους οφείλουν να γνωρίζουν οι νοσηλευτές, που διέπουν την επαγγελματική σχέση του νοσηλευτή με το χρόνια ασθενή και την οικογένειά του :

1. ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών αλλά και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, καθώς επίσης και παρεμβάσεων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής,

2. να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια του για τη θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας,
3. να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενούς για επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί,
4. να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής,
5. να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής.” (22)

Αναμφίβολα το νοσηλευτικό προσωπικό θέλει να προσφέρει κάθε δυνατή οργανική και ψυχολογική βοήθεια στους ασθενείς. Ακόμη και σήμερα, όμως, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται υπό το κράτος προκαταλήψεων και νοσοφοβικού πανικού και δεν αντιμετωπίζει τον ασθενή όπως θα έπρεπε.

Συνειδητά ή ασυνειδητά το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει την προσωπική επαφή με τον ασθενή που πάσχει από μια σοβαρή νόσο για να προστατευτεί από το άγχος ή τη λύπη που θα του προκαλέσουν τα αντίστοιχα συναισθήματα του ασθενούς.

Το προσωπικό υγείας αποφεύγοντας να δεθεί συναισθηματικά με τους ασθενείς συμπεριφέρεται κατά τρόπο απρόσωπο, παρουσιάζεται πολυάσχολο, μη διαθέσιμο, δίνει ανεπαρκείς πληροφορίες και εξαντλεί την παροχή φροντίδας στις σωματικές ανάγκες του ασθενή αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές του ανάγκες.

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς τόσο από τη φροντίδα, όσο και από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, αλλά και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν.

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας. Αν ένας γιατρός θα πρέπει να αναγγείλει στον ασθενή του και την οικογένεια του ότι πάσχει από μια χρόνια ασθένεια δεν θα πρέπει να ξεχνά ότι ο τρόπος με τον οποίο θα ειπωθεί αυτό το πράγμα θα μείνει χαραχμένο στη μνήμη του ασθενούς για όλη του τη ζωή.

(22) Δ. Σαπουντζή - Κρεπιά, *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα μια ολιστική προσέγγιση*, ό.π. , σελ. 53-54

Τα δεδομένα αυτά θα πρέπει να προβληματίσουν αυτούς που έχουν την ευθύνη για την εκπαίδευση των γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών που προσφέρουν υπηρεσίες σε ασθενείς. Χρειάζεται βασική εκπαίδευση στον τομέα αυτό αλλά και συνεχής εκπαίδευση κατά την επαγγελματική σταδιοδρομία στον ιδιαίτερα δύσκολο και απαιτητικό τομέα της επικοινωνίας ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς.

Η σχέση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού 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 έχουν καθοριστική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της ολοκληρωτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται προς τους ασθενείς.

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιολογήσει τις δυνατότητες του. Το προσωπικό εκφράζει τις προθέσεις και την διαθεσιμότητα του τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά. Η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλον εξαρτάται από την άνεση που νιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συχνότητα της οπτικής επαφής.

Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή /και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί αυτοί πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία υγείας.

3.5 Αντιδράσεις του προσωπικού υγείας μπροστά στον επικείμενο θάνατο ασθενών

Τα μέλη του προσωπικού υγείας βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα που πάσχουν από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Συχνά εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που βιώνει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή. Με αφορμή την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή ακόμη και το θάνατο του, μπορεί να αισθανθούν θλίψη, θυμό, ενοχές, άγχος, δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν και αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τις δουλειάς τους.

Ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού υγείας πρέπει να είναι διαφορετικός. Προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα πρέπει να είναι ελεγχόμενα. Πρέπει να αντέχει στο πόνο, στην αρρώστια, το θάνατο και να διατηρεί τις αποστάσεις του, ώστε να μην επηρεάζεται από αυτές τις καταστάσεις. Αν επηρεαστεί, πρέπει να είναι σε θέση να ελέγχει τα συναισθήματά του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων ή και στα δικά του. Οι προσδοκίες αυτές δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστηρίξις που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια το πόνο και τον θάνατο ασθενών.

Ο επικείμενος θάνατος ενός ασθενή από μια χρόνια ασθένεια επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι γιατροί επιδιώκουν στόχους οι οποίοι είναι προσανατολισμένοι στη θεραπεία του ασθενή, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και ήττα. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον τίποτα να προσφέρουν, απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαιώσης ή και κατάθλιψης.

Αντίθετα, οι νοσηλευτές είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του, με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του και να επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασής του.

Όταν προϋπάρχει μια μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση με τον ασθενή είναι έντονη τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή.

Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας στην προσπάθειά του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, ενεργοποιεί ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλλει αναλόγως με το άτομο. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από αυτούς τους μηχανισμούς :

- Ο μηχανισμός της άρνησης συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου ν' αναγνωρίσει την πραγματικότητα και μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Μπορεί για παράδειγμα, να αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του ασθενή, γιατί δεν αξιολογεί ως κρίσιμη την κατάστασή του, ή ασχολείται με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν τη φροντίδα

- Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να απωθήσει τα οδυνηρά του συναισθήματά αναλύοντας λογικά την παρούσα κατάσταση. Μπορεί για παράδειγμα, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής να αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα : «έτσι κι αλλιώς δεν καταλαβαίνει...», «δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτ' άλλο...».
- Ο μηχανισμός της προβολής αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα ή καταστάσεις. Ο νοσηλευτής, για παράδειγμα, μπορεί να προβάλλει τα αισθήματά του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του και έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.
- Ο μηχανισμός της μετάθεσης επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής που νιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός ασθενή, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή και στα μέλη της οικογένειας του.

Το χιούμορ είναι μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης. Μπορεί να μειώσει την ένταση και το άγχος που νιώθει ο εργαζόμενος από μια συγκεκριμένη κατάσταση.

Η διαρκής υπερδραστηριότητα και η ακατάπαυστη ομιλία του προσωπικού υγείας αποτελούν ακόμη μια αμυντική συμπεριφορά η οποία δεν επιτρέπει στον ασθενή να αναπτύξει τις προσωπικές σκέψεις και τα συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού υγείας από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το Νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μια σημαντική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας μέσα από ομάδες ή και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη.

Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης γνώσεως. Είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Η επιστημονική έρευνα μπορεί να διαφέρει από επιστήμη σε επιστήμη, αλλά έχει κάποια κοινά βασικά χαρακτηριστικά για όλες τις επιστήμες. Τα κυριότερα συστατικά των ερευνητικών μεθόδων είναι τα ακόλουθα :

α) “Η επιστημονική έρευνα στηρίζεται αποκλειστικά στη συστηματική μελέτη της εμπειρικής πραγματικότητας”. ⁽²³⁾

Κάθε επιστημονική έρευνα προσπαθεί να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα και προβλήματα βασιζόμενη στα εμπειρικά δεδομένα, στα στοιχεία δηλαδή που συλλέγονται από τα ίδια τα πράγματα. Η έρευνα απορρίπτει στοιχεία που προκύπτουν από τις προσωπικές εμπειρίες των ερευνητών, τις αυθεντίες και το δογματισμό. Δέχεται ως έγκυρη και αξιόπιστη γνώση μόνο ότι μπορεί να επαληθευτεί από την εμπειρική πραγματικότητα.

β) “Η επιστημονική έρευνα ασχολείται με την ανακάλυψη νέων γνώσεων”. ⁽²⁴⁾

Η επιστημονική έρευνα ασχολείται με την διεύρυνση και την επέκταση της γνώσης, δηλαδή με ότι είναι καινούριο και άγνωστο. Οι ήδη υπάρχουσες και αποδεδειγμένες γνώσεις δεν αποτελούν αντικείμενο της επιστημονικής έρευνας. Πολλές φορές όμως, παρατηρείται μερικές έρευνες να είναι πιστές επαναλήψεις κάποιων άλλων προσφάτων ή παλαιότερων ερευνών, αυτό συμβαίνει για να ελεγχθούν τα αποτελέσματα τους ή ακόμα και να διορθωθούν ή και να συμπληρωθούν οι ήδη υπάρχουσες γνώσεις.

Κάθε ερευνητής πριν να αρχίσει να ασχολείται με την έρευνα του θα πρέπει να γνωρίζει τι είναι γνωστό σχετικά με το πρόβλημα που σκοπεύει να ερευνήσει. Επίσης , πρέπει να μελετήσει με μεγάλη προσοχή την ήδη υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία, έτσι θα κατανοήσει εάν η δική του ερευνητική προσπάθεια είναι πρωτότυπη ή καλύπτει κάποιο κενό, δηλαδή είναι συμπλήρωμα κάποιας άλλης έρευνας.

(23) Ι. Παρασκευόπουλος, *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*, Αθήνα 1993

(24) Στο ίδιο

γ) “Η επιστημονική έρευνα χρησιμοποιεί για τη συλλογή των απαιτούμενων εμπειρικών δεδομένων ειδικά ψυχοτεχνικά μέσα”. ⁽²⁵⁾

Σε κάθε επιστημονική έρευνα η συλλογή των πληροφοριών γίνεται από τις παρατηρήσεις του ερευνητή πάνω στο αντικείμενο της μελέτης του. Για να κάνει τις παρατηρήσεις του αποδοτικότερες και να βελτιώσει την καταγραφή των διαπιστώσεων του χρησιμοποιεί ποικίλα ψυχοτεχνικά μέσα, για παράδειγμα μηχανικές συσκευές, έντυπο υλικό με ερωτηματολόγια και σχέδια παρατηρήσεων, τεστ για την αξιολόγηση ικανοτήτων και επιδόσεων. Ανάλογα με το επιστημονικό θέμα ο ερευνητής επιλέγει από τα ήδη υπάρχοντα μέσα συλλογής δεδομένων ή επινοεί και κατασκευάζει νέα.

δ) “Η επιστημονική έρευνα στηρίζεται στην απρόσωπη αντικειμενική ανάλυση.”⁽²⁶⁾

Για να είναι τα αποτελέσματα μιας επιστημονικής έρευνας έγκαιρα θα πρέπει κατά την διάρκεια διεκπεραίωσης της να είναι απαλλαγμένη από υποκειμενικά στοιχεία . Σκοπός του κάθε ερευνητή είναι να ελέγξει κατά πόσο η ερευνητική του υπόθεση είναι ορθή ή εσφαλμένη και όχι να την προαγάγει προς μια ορισμένη κατεύθυνση. Γι’ αυτό κάθε ερευνητής καθ’ όλη την πορεία της έρευνας του πρέπει να προσπαθεί να περιορίσει στο ελάχιστο το προσωπικό στοιχείο και να τηρεί μια ουδετερότητα. Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να συνδέσει την έκβαση της έρευνας με οποιοδήποτε συμφέρον. Πρέπει επίσης να εξουδετερωθούν οποιοσδήποτε απόψεις και προσδοκίες που τυχόν έχει ο ερευνητής για τα αναμενόμενα ευρήματα της έρευνας γιατί ασκούν επιδράσεις στην έκβασή της.

ε) “Η επιστημονική έρευνα δίνει έμφαση στην ανακάλυψη γενικών αρχών και στη διατύπωση θεωριών”. ⁽²⁷⁾

Στη φύση και γενικότερα στο σύμπαν δεν υπάρχει αναρχία, αλλά κυριαρχούν γενικοί κανόνες που το διέπουν, αυτές τις γενικές αρχές προσπαθεί να ανακαλύψει η επιστημονική έρευνα. Το θεμελιακό υλικό της στηρίζεται σε δεδομένα που προκύπτουν από την εμπειρική πραγματικότητα, επίσης σκοπεύει στην επίπονη και συστηματική προσπάθεια εξευρέσεως παραγόντων και σχέσεων που οδηγούν στις γενικές αρχές που διέπουν το προς μελέτη φαινόμενο. Ακόμη σκοπεύει στη διατύπωση οικουμενικών κανόνων που να απεικονίζουν, να αποσαφηνίζουν και να καθορίζουν με ακρίβεια περισσότερα φαινόμενα. Κάθε ερευνά λοιπόν πρέπει να αποβλέπει και να συμβάλλει στην απόκτηση μιας καθαρότερης και σαφέστερης εικόνας της γενικότερης τάξης που διέπει τα διάφορα φαινόμενα.

(25) Στο ίδιο

(26) Στο ίδιο

(27) Στο ίδιο

στ) “Τα ευρήματα της επιστημονικής έρευνας δεν είναι τελεσίδικη γνώση”. (28)

Η επιστημονική έρευνα ενώ αποτελείται από τη συστηματική σειρά ενεργειών και καταλήγει στην παροχή γενικής γνώσης είναι μια διαρκής προσπάθεια για την προσέγγιση της αλήθειας. Η ίδια η ερευνητική μέθοδος εμπεριέχει αυτοδιορθωτικές διαδικασίες για παράδειγμα είναι η βελτίωση των ερευνητικών μεθόδων, η ανακάλυψη νέων μέσων συλλογής και ανάλυσης εμπειρικών δεδομένων, η δημοσιοποίηση των ευρημάτων και η κριτική της αξιολογήσει, ακόμη και η δυνατότητα επανάληψης μιας έρευνας για επαλήθευση των αποτελεσμάτων της.

Η επιστημονική έρευνα είναι μια αυτοδιορθωτική πορεία προς τη γνώση. Έννοιες όπως ο δογματισμός και η απόλυτη αλήθεια είναι εντελώς ασυμβίβαστες με τη φύση της επιστημονικής ερευνητικής μεθόδου.

ζ) “Η επιστημονική έρευνα απολήγει σε μια γραπτή μελέτη, η οποία είναι στη διάθεση κάθε ενδιαφερομένου”. (29)

Οι διάφορες επιστήμες, όπως και η Κοινωνική Εργασία, για να υπηρετούν το κοινωνικό σύνολο, τα αποτελέσματα των ερευνών τους πρέπει να γίνονται γνωστά σ’ αυτό. Είναι υποχρέωση του κάθε ερευνητή να συντάσσει γραπτή μελέτη την οποία θα θέτει στη διάθεση κάθε ενδιαφερομένου. Τις περισσότερες φορές η γνωστοποίηση μιας ερευνητικής μελέτης γίνεται μέσω της ανακοίνωσης της σε συνέδριο ή με τη δημοσίευση της σε επιστημονικό περιοδικό.

Η ερευνητική μελέτη έχει τέτοια μορφή ώστε να ορίζονται με σαφήνεια σημαντικοί όροι, να περιγράφεται με κάθε λεπτομέρεια η διαδικασία, να τεκμηριώνονται οι πληροφορίες, τα αποτελέσματα να παρατίθενται πιστά και να αιτιολογούνται πλήρως.

Έτσι, ο αναγνώστης θα έχει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται για να αναλύσει και να αξιολογήσει την πορεία και τα συμπεράσματα στα οποία έχει οδηγηθεί ο ερευνητής.

η) “Η επιστημονική έρευνα για να ολοκληρωθεί απαιτεί υπομονή και θάρρος”. (30)

Ο ερευνητής κατά την διάρκεια της έρευνας του πρέπει να αναμένει απογοητεύσεις και αποθαρρύνσεις. Θα συναντήσει δυσκολίες πρακτικής φύσεως για παράδειγμα, οικονομικές δυσκολίες, έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, άρνηση συνεργασίας των υποκειμένων.

(28) Στο ίδιο

(29) Στο ίδιο

(30) Στο ίδιο

Η επιστημονική έρευνα είναι μια διαδικασία που στοιχίζει πολλά χρήματα ενώ ταυτόχρονα έχει πολλές απαιτήσεις και για να μην εγκαταλειφθεί στη μέση απαιτεί άφθονη αντοχή και υπομονή εκ μέρους της ερευνητικής ομάδας.

4.2 Η έρευνα στην Κοινωνική Εργασία

Ο επαγγελματισμός δημιουργεί την ανάγκη διαρκούς ενημέρωσης, διεύρυνσης των γνώσεων και βελτίωσης των δεξιοτήτων του Κοινωνικού Λειτουργού. Η συνειδητή εφαρμογή των όσων γίνονται γνωστά από την έρευνα στην κοινωνική εργασία είναι ουσιαστικό τμήμα αυτής της διαδικασίας.

Ο Siegel αναφέρει πέντε τρόπους με τους οποίους η έρευνα και η πρακτική στην Κοινωνική Εργασία θα μπορούσαν να συνδεθούν αποτελεσματικά :

- ◆ “Η κοινωνική εργασία και η παροχή υπηρεσιών σε χρήστες μπορεί να συμπεριλάβει και ερευνητικές δραστηριότητες.
- ◆ Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας.
- ◆ Η έρευνα και η πρακτική της κοινωνικής εργασίας έχουν ως κοινό σημείο τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων.
- ◆ Η προβληματική που τίθεται στην έρευνα μπορεί να αποτελέσει και προβληματική της πρακτικής.
- ◆ Και οι δύο διαδικασίες απαιτούν χρήση εφαρμοσμένης λογικής.”⁽³¹⁾

Συνήθως, η έρευνα ταυτίζεται με την ποσοτική. Η ποσοτικοποίηση των εννοιών, των απόψεων, των στάσεων, των συναισθημάτων και των εμπειριών, επιτρέπει μεν μια γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αλλά αδυνατεί να αντικατοπτρίσει την πραγματικότητα, τον αυθορμητισμό και το ενδιαφέρον για τις ατομικές διαφορές που χαρακτηρίζει την Κοινωνική Εργασία. Η ποιοτική έρευνα δίνοντας έμφαση στη λεπτομέρεια, στο ζωντανό λόγο και στην εις βάθος ανάλυσή του, μπορεί να προσφέρει πλούσιο υλικό για τον εμπλουτισμό της θεωρίας, αλλά και της πρακτικής της Κοινωνικής Εργασίας.

(31) Α. Κονδυλάκη, *Η έρευνα στην Κοινωνική Εργασία ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων μια σύντομη προσέγγιση*, Στο: Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 47, σελ. 151-152, Αθήνα

Η κοινωνική έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας αφορά όλα τα στάδια κατανόησης και επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και τις ιδιαιτερότητες και τα αποτελέσματα της πρακτικής της. Συγκεκριμένα, επιδιώκονται οι ακόλουθοι στόχοι :

- “Εκτίμηση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που συντείνουν στην εμφάνιση ή επηρεάζουν την αντιμετώπιση ενός προβλήματος (π.χ. την κοινωνική πολιτική για τη μετανάστευση, τις μειονότητες, την ανεργία).
- Εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, αξιολόγηση του επείγοντος του χαρακτήρα τους και εκτίμηση των αναγκών για δημιουργία ή επέκταση των προγραμμάτων αντιμετώπισης.
- Μέτρηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και του βαθμού στον οποίο οι επιλεγμένες πολιτικές επιτυγχάνουν τους σκοπούς τους.
- Στην περίπτωση μιας οικογένειας, αξιολόγηση της δυναμικής της και της αντανάκλασης της δυναμικής της αυτής στην ατομική και κοινωνική προσαρμογή του ατόμου (παιδιού, εφήβου, ενηλίκου, υπερήλικα).”⁽³²⁾

Τα αποτελέσματα της κοινωνικής έρευνας αξιοποιούνται άμεσα στην πράξη της κοινωνικής εργασίας και στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής. Η κοινωνική εργασία χρησιμοποιεί συνήθως λιγότερο ποσοτικές μεθόδους έρευνας, ευνοώντας τις ποιοτικές μεθόδους.

4.3 Κριτήρια επιλογής του είδους της έρευνας που θα χρησιμοποιηθεί

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλαμβάνει τις κυριότερες μεθόδους τις οποίες ο ερευνητής μπορεί να χρησιμοποιήσει με σκοπό την εξασφάλιση όσο το δυνατόν περισσότερο σωστών, έγκυρων και αξιόπιστων επιστημονικά πληροφοριών. Στην φάση αυτή καλείται να προετοιμάσει με προσεκτικά βήματα τις ενέργειες του για την συλλογή πληροφοριών.

Η κάθε μελέτη αποτελείται από μια σειρά σταδίων η διαμόρφωση των οποίων εξαρτάται από μια ποικιλία παραγόντων απ’ τους οποίους ο πιο σημαντικός είναι η επιλογή του κατάλληλου είδους μελέτης που θα εφαρμόσει ο ερευνητής.

(32) Θ. Καλλινικάκη, *Κοινωνική Εργασία εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*,, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 152

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η περιγραφική μελέτη που αποτελεί ένα είδος ποσοτικής μελέτης, ως η πιο κατάλληλη για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Η περιγραφική μελέτη βοηθά τους ερευνητές να βρουν νέα νοήματα, να περιγράψουν τι υπάρχει, να καθορίσουν την συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται μια κατάσταση και να κατατάξουν σε κατηγορίες τα στοιχεία που συγκεντρώνονται για να έχουν επιστημονικό νόημα.

Επίσης, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε πεδία έρευνας που δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες, ώστε να διαπιστωθεί το τι ισχύει σε μια συγκεκριμένη κατάσταση ή όταν υπάρχει ανάγκη για μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα ενός φαινομένου. Ουσιαστικά δηλαδή, καλείται να συμπληρώσει ερευνητικά κενά που αφορούν πεδία έρευνας εξαιτίας της ανεπάρκειας γεγονότων ή της έλλειψης επιστημονικών ευρημάτων. Τα κενά αυτά καλύπτονται από την περιγραφική μελέτη, τα αποτελέσματα της οποίας αναφέρονται σε περιγραφές σχέσεων και σκέψεων, καθορισμό συσχετισμών και ανάπτυξη υποθέσεων, δίνοντας έτσι την βάση για την ανάπτυξη άλλων ερευνών.

Στην περιγραφική μελέτη ο ερευνητής παρατάσσει τις καταστάσεις όπως αυτές συμβαίνουν στην πραγματικότητα και δεν ασχολείται με τις αιτίες που δημιουργούν τις τυχόν συσχετίσεις μεταξύ τους.

Ο ερευνητής επίσης δεν έχει κανένα έλεγχο στην εμφάνιση ή εξέλιξη του φαινομένου που παρατηρείται, αφού αποσκοπεί στο να περιγράψει τις σχέσεις ανάμεσα στις πληροφορίες που εξετάζει και όχι στο να εξάγει συμπεράσματα σχετικά με τις αιτίες που δημιουργούν τα διάφορα φαινόμενα.

Η επιλογή του περιγραφικού τύπου μελέτης βασίστηκε στο γεγονός ότι ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η περιγραφή της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο νόσημα. Και όχι η αναζήτηση των αιτιών που τους οδήγησαν στη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

4.4 Επιλογή ερευνητικού πεδίου

Το ερευνητικό πεδίο της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν τα νοσηλευτικά ιδρύματα ΠΑ.Γ.Ν.Η. και “Ευαγγελισμός” Αττικής. Σ’ αυτά εργάζεται ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών και γιατρών όλων των ειδικοτήτων.

Τα συγκεκριμένα νοσηλευτικά ιδρύματα επιλέχτηκαν ως ερευνητικό πεδίο γιατί αποτελούν δύο μεγάλα Νοσοκομεία που διέθεταν τις Κλινικές στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα, δηλαδή Καρδιολογική, Ρευματολογική, Αιματολογική,

Νεφρολογική και Ενδοκρινολογική Κλινική και ταυτόχρονα αποτελούν των χώρο εργασίας του δείγματος. Ένας ακόμη παράγοντας που λήφθηκε υπόψη ήταν η ευκολία πρόσβασης στα συγκεκριμένα νοσηλευτικά ιδρύματα.

4.5 Πληθυσμός – Δείγμα

Πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια. Ο πληθυσμός μπορεί να μην αναφέρεται μόνο σε πρόσωπα, αλλά σε αντικείμενα και σε κάθε είδους ομοειδής οντότητες στις οποίες μπορούν να γενικευτούν τα ευρήματα της έρευνας. Το ακριβές αριθμητικό μέγεθος του πληθυσμού είναι συνήθως άγνωστο.

Στην παρούσα έρευνα πληθυσμό αποτελούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στον “Ευαγγελισμό” Αττικής.

Ο προσβάσιμος πληθυσμός αναφέρεται σε εκείνες τις περιπτώσεις που συμμορφώνονται με τα κριτήρια επιλογής και που είναι προσβάσιμες στον ερευνητή ως δεξαμενή υποκειμένων για μελέτη.

Προσβάσιμο πληθυσμό στη συγκεκριμένη μελέτη αποτέλεσε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δύο Νοσοκομείων το οποίοι εργάζονταν στην Καρδιολογική, Ρευματολογική, Αιματολογική, Νεφρολογική και Ενδοκρινολογική Κλινική.

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος ισχύει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο έγκυρη και ακριβής θα είναι η μελέτη, ωστόσο ένα μεγάλο δείγμα δεν μπορεί να διορθώσει μια λανθασμένη διαδικασία δειγματοληψίας. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα.

Όσον αφορά τη μέθοδο δειγματοληψίας επιλέχθηκε η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας, που ανήκει στην κατηγορία της δειγματοληψίας μη πιθανότητας. Στη σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία ο ερευνητής επιλέγει μια ειδική ομάδα ή ομάδες μελών του πληθυσμού με βάση ορισμένα κριτήρια

Οι λόγοι που οδήγησαν στην σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία της παρούσας έρευνας για την συγκέντρωση των στοιχείων, είναι ότι ο σκοπός της μελέτης αναφέρεται στην περιγραφή και καταγραφή της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε χρόνιους ασθενείς.

4.6 Επιλογή ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο)

Ερευνητικό εργαλείο είναι ένα μέσο που χρησιμοποιεί ο ερευνητής για να συγκεντρώσει τα δεδομένα του για παράδειγμα ερωτηματολόγια, tests, δρομολόγια παρατήρησης κ.ά. Δεδομένα μιας μελέτης είναι οι πληροφορίες που συλλέγει ο ερευνητής από τα υποκείμενα ή από τους συμμετέχοντες σε μια μελέτη.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο συγκέντρωσης δεδομένων το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι ένα έντυπο με μια σειρά από ερωτήσεις. Η πρώτη κίνηση που πρέπει να κάνει ο ερευνητής πριν ξεκινήσει να γράφει τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι να προσδιορίσει ποιοι είναι οι επιμέρους άξονες – θέματα που συνθέτουν τον κεντρικό στόχο του ερευνητικού προβλήματος. Στη συνέχεια για καθέναν από τους επιμέρους θεματικούς τομείς να καθορίσει τις συγκεκριμένες πληροφορίες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί μια πλήρης και εξαντλητική κάλυψη του θέματος.

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται μπορεί να αφορούν δημογραφικά στοιχεία, συμπεριφορές, το επίπεδο γνώσεων για ένα συγκεκριμένο θέμα, νοοτροπίες, αξίες ή πως αισθάνονται τα άτομα ή τι πιστεύουν. Τα ερωτηματολόγια αποτελούν το όργανο για την εξαγωγή συμπερασμάτων μέσα από τις γραπτές απαντήσεις των υποκειμένων της έρευνας. Η συγκέντρωση αυτών των στοιχείων πρέπει να διασφαλίζει την δυνατότητα ανάλυσής τους και μετατροπή της πληροφορίας σε αριθμητικά δεδομένα.

Όταν σχεδιάζεται ένα ερωτηματολόγιο ο ερευνητής είναι αναγκαίο να δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε κάποια στοιχεία που σχετίζονται με αυτό, όπως η γλώσσα που θα χρησιμοποιηθεί, το μέγεθός του, η εμφάνισή του, το είδος και η σειρά των ερωτήσεων.

Μετά από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας συντάχθηκε στην ελληνική γλώσσα με τέτοιο τρόπο ώστε να αποδώσει ακριβή και αξιόπιστα αποτελέσματα που θα απαντούσαν στο σκοπό της μελέτης.

Το πρώτο κομμάτι του ερωτηματολογίου αποτελούσε ένα μικρό εισαγωγικό μήνυμα, το οποίο αναφέρονταν στο σκοπό για τον οποίο γινόταν η έρευνα και με πολύ ευγενικό τρόπο ζητήθηκε από τους γιατρούς και νοσηλευτές να απαντήσουν στις ερωτήσεις, ευχαριστώντας τους παράλληλα για τον χρόνο που διέθεσαν για να απαντήσουν. Τελειώνοντας το εισαγωγικό μήνυμα υπήρχε η διασφάλιση ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε τέσσερις ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και το επάγγελμα.

Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται σε ερωτήσεις που αφορούν την εκλογή του επαγγέλματος από τους ερωτώμενους.

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται στην κατάρτιση των ερωτώμενων.

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αναφέρεται στην σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς.

Το μέγεθος του ερωτηματολογίου ήταν 7 σελίδες και περιελάμβανε κλειστές ερωτήσεις.

Τόσο οι ανοιχτές όσο και οι κλειστές ερωτήσεις έχουν ορισμένα ισχυρά και αδύνατα σημεία. Οι κλειστές ερωτήσεις είναι πιο δύσκολο να διατυπωθούν από τον ερευνητή, από ό,τι οι ανοιχτές, είναι όμως ευκολότερο να αναλυθούν, να ελεγχθούν και να στατικοποιηθούν. Η ανάλυση των ανοιχτών ερωτήσεων είναι χρονοβόρα, δύσκολη και πιο υποκειμενική. Επιπλέον οι κλειστές ερωτήσεις είναι πιο αποτελεσματικές από τις ανοιχτές, με την έννοια ότι ο ερευνητής είναι συνήθως ικανός να συμπληρώσει μεγαλύτερο αριθμό κλειστών ερωτήσεων από ό,τι ανοιχτών σε ορισμένο χρόνο.

Για την συγκέντρωση των πληροφοριών δόθηκαν τα ερωτηματολόγια στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το οποίο μπορούσε να διαβάσει και να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο όποτε αυτό είχε χρόνο, καθώς δεν τους δόθηκε περιορισμός χρονικής διάρκειας. Η έρευνα άρχισε στις 10-7-2003 και ολοκληρώθηκε 25-11-2003.

4.7 Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου ανάλυσης - παρουσίασης των αποτελεσμάτων

Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων που συγκεντρώθηκαν από το ερωτηματολόγιο, επιλέχθηκε ως μέθοδος ανάλυσης η απλή περιγραφική στατιστική μέθοδος ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων. Η μέθοδος αυτή καλύπτει μεθόδους για οργάνωση και περίληψη μιας σειράς δεδομένων με εύκολο και σύντομο τρόπο μέσω πινάκων, γραφημάτων ή και προσδιορισμού μιας ή περισσότερων αντιπροσωπευτικών τιμών.

Οι περιγραφικές τεχνικές ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων εκτός από την περιγραφή των δεδομένων αυτών κατά τρόπο συγκεντρωτικό, ώστε να μπορούν να αναχθούν εύκολα τα συμπεράσματα μιας μελέτης αποτελούν πρόσφορο έδαφος για να γίνουν συγκρίσεις.

Στην παρούσα μελέτη τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν στο πρόγραμμα SPSS και στη συνέχεια τα αποτελέσματα ομαδοποιήθηκαν μέσω του προγράμματος SPSS σε πίνακες και παραστήθηκαν γραφικά με ραβδογράμματα.

4.8 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 60 γιατροί και νοσηλευτές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νοσοκομείου “Ευαγγελισμός” Αττικής. Από αυτούς οι 19 (ποσοστό 31,7%) ήταν άντρες και οι 41 (ποσοστό 68,3%) γυναίκες.

Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 20 έως 40 ετών και πάνω. Πιο συγκεκριμένα στην ηλικία μεταξύ 20-30 ετών ήταν 12 γιατροί και νοσηλευτές (ποσοστό 20%), μεταξύ 31-40 ετών ήταν 36 γιατροί και νοσηλευτές (ποσοστό 60%), ενώ από 41 ετών και πάνω ήταν 12 γιατροί και νοσηλευτές (ποσοστό 20%).

Όσον αφορά τους τίτλους σπουδών των 60 ατόμων του δείγματος προέκυψαν τα εξής : 4 άτομα ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου / Λυκείου (ποσοστό 6,7%), 26 από αυτούς ήταν πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι (ποσοστό 43,3%), 28 ήταν πτυχιούχοι Α.Ε.Ι (ποσοστό 46,7%), ενώ δύο από αυτούς έχουν άλλη εκπαίδευση (ποσοστό 3,3%).

Από το σύνολο των 60 ατόμων, οι 29 εξασκούσαν το επάγγελμα του γιατρού (ποσοστό 48,3%), οι 29 το επάγγελμα του νοσηλευτή (ποσοστό 48,3%) και οι 2 (ποσοστό 3,3 %) άλλο επάγγελμα.

4.9 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Στην προσπάθεια εκπόνησης του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας, τέθηκαν 27 ερωτήματα, σε 60 γιατρούς και νοσηλευτές των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ΠΑ.Γ.Ν.Η. Ηρακλείου και “Ευαγγελισμός” Αττικής.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τέσσερις ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και το επάγγελμα. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στην εκλογή του επαγγέλματος από τους ερωτώμενους, ενώ η τρίτη ενότητα αναφέρεται στην κατάρτιση των ερωτώμενων. Τέλος, η τέταρτη και τελευταία ενότητα αναφέρεται στην σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους χρόνιους ασθενείς. Η καθεμία από αυτές τις ενότητες περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων.

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου, αναλύθηκαν ώστε να δώσουν ακριβή και περιεκτικά στοιχεία. Τα στοιχεία παρουσιάζονται παρακάτω, όπως αυτά διαμορφώθηκαν μετά την ανάλυση.

Στην πρώτη ερώτηση ζητήθηκε από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να απαντήσουν πόσα χρόνια εργάζονται ως γιατροί ή ως νοσηλευτές αντίστοιχα. Οι απαντήσεις τους ποικίλλουν 2 άτομα απάντησαν ότι εργάζονται λιγότερο από ένα χρόνο (ποσοστό 3,3%), 19 άτομα ότι εργάζονται από 2 έως 5 χρόνια (ποσοστό 26,7%), 17 άτομα ότι εργάζονται από 6 έως 10 χρόνια (ποσοστό 28,3%) και 25 άτομα εργάζονται πάνω από 11 χρόνια (ποσοστό 41,7%).

Στη δεύτερη ερώτηση οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν πόσα χρόνια εργάζονται με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα. Από το σύνολο των 60 ατόμων του δείγματος, 3 άτομα εργάζονται λιγότερο από 1 χρόνο με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα (ποσοστό 5%), 25 άτομα εργάζονται από 1 έως 5 χρόνια με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα (ποσοστό 41,7%), 12 άτομα εργάζονται από 6 έως 10 χρόνια με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα (ποσοστό 20%) και 20 άτομα εργάζονται πάνω από 11 χρόνια με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα (ποσοστό 33,3%).

Στην επόμενη ερώτηση ζητήθηκε από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να απαντήσουν αν είναι συνειδητή η επιλογή τους για ενασχόληση με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα. Από αυτούς οι 40 απάντησαν πως είναι συνειδητή η επιλογή τους (ποσοστό 66,7%), ενώ οι 20 ότι δεν είναι συνειδητή η επιλογή τους (ποσοστό 33,3%).

Σε ερώτηση που αφορά τους λόγους για τους οποίους είναι συνειδητή αυτή η επιλογή τους οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ποικίλλουν. Από αυτούς 17 άτομα απάντησαν για λόγους ανθρωπιστικούς και για κοινωνική προσφορά (ποσοστό 28,3%), 21 άτομα διότι είχαν εξειδίκευση - ήταν γνώστες στον τομέα (ποσοστό 35%), 3 άτομα ότι είχαν κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από χρόνια νόσημα (ποσοστό 5%), 4 άτομα για λόγους επαγγελματικής προοπτικής (ποσοστό 6,7%), ενώ 15 άτομα δεν απάντησαν (ποσοστό 25%).

Επίσης, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν αν πιστεύουν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα χρειάζονται ειδική μεταχείριση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους άλλους ασθενείς. Από τα 60 άτομα του δείγματος τα 59 άτομα απάντησαν πως οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα χρειάζονται ειδική μεταχείριση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους άλλους ασθενείς (ποσοστό 98,3%), ενώ 1 άτομο απάντησε πως πιστεύει ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα δεν χρειάζονται ειδική μεταχείριση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους άλλους ασθενείς (ποσοστό 1,7%).

Επίσης, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν πιστεύουν πως απαιτείται ειδική κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την μεταχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νόσημα. Από αυτούς οι 56 απάντησαν πως απαιτείται ειδική κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την μεταχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νόσημα (ποσοστό 93,3%), ενώ 4 άτομα απάντησαν πως δεν απαιτείται ειδική κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την μεταχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νόσημα (ποσοστό 6,7%).

Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι έπρεπε να απαντήσουν αν έχουν κάποια εξειδίκευση στον τομέα πρόληψης – αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών. Τα 29 άτομα απάντησαν πως έχουν κάποια εξειδίκευση στον τομέα πρόληψης – αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών (ποσοστό 48,3%), ενώ 31 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν κάποια εξειδίκευση στον τομέα πρόληψης – αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών (ποσοστό 51,7%).

Σε ερώτηση από πού προέρχεται αυτή η εξειδίκευση, 17 άτομα απάντησαν πως η εξειδίκευση τους προέρχεται από την βασική εκπαίδευση (ποσοστό 28,3%), 3 άτομα απάντησαν ότι προέρχεται από διαλέξεις και ομιλίες (ποσοστό 5%), 7 άτομα ότι προέρχεται από Ημερίδες, Συνέδρια και Σεμινάρια (ποσοστό 11,7%), 3 άτομα ότι προέρχεται από προσωπικό ενδιαφέρον, ανάγνωση βιβλίων, συγγραμμάτων και από το Internet (ποσοστό 5%), ενώ 30 άτομα δεν απάντησαν καθόλου (ποσοστό 50%).

Επίσης, ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν ποιους τομείς αφορά η ειδίκευσή τους. Από αυτούς 39 άτομα απάντησαν ότι η ειδίκευσή τους αφορά τα συμπτώματα της ασθένειας και την αντιμετώπισή τους (ποσοστό 65%), 2 άτομα απάντησαν ότι η ειδίκευσή τους αφορά την ψυχολογία του ασθενούς (ποσοστό 3,3%), 2 άτομα απάντησαν ότι η ειδίκευσή τους αφορά τις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή (ποσοστό 3,3%), 3 άτομα απάντησαν ότι η ειδίκευσή τους αφορά γενικότερα τις ανθρώπινες σχέσεις και τις σχέσεις του ασθενή με την ευρύτερη κοινωνία (ποσοστό 5%) και 14 άτομα δεν απάντησαν καθόλου (ποσοστό 23,3%).

Ακόμη, όταν ρωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση τα 57 άτομα απάντησαν πως ναι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση (ποσοστό 95%), ενώ 3 άτομα απάντησαν πως δεν χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση (ποσοστό 5%).

Σε ερώτηση που αφορά τους τομείς στους οποίους οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση 13 άτομα απάντησαν ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση σχετικά με τα συμπτώματα της ασθένειας και την αντιμετώπισή τους (ποσοστό 21,7%), 38 άτομα ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση στην ψυχολογία του ασθενούς (ποσοστό 63,3%), 4 άτομα ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση στις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή (ποσοστό 6,7%), 2 άτομα ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση γενικότερα στις ανθρώπινες σχέσεις και στις σχέσεις του ασθενούς με την ευρύτερη κοινωνία (ποσοστό 3,3%), ενώ 3 άτομα δεν απάντησαν καθόλου (ποσοστό 5%).

Επίσης, σε ερώτηση που τέθηκε στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πως θα βοηθούσε η επιπλέον ειδίκευση 25 άτομα απάντησαν ότι θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση / μεταχείριση του ασθενούς (ποσοστό 41,7%), 25 άτομα απάντησαν ότι θα βοηθούσε στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τους ασθενείς (ποσοστό 41,7%), ενώ 10 άτομα απάντησαν ότι θα βοηθούσε στην μείωση του άγχους εργασίας (ποσοστό 16,7%).

Ένα άλλο ερώτημα που τέθηκε μέσω της έρευνας αφορούσε τις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς. Από τους ερωτηθέντες 16 άτομα απάντησαν πως κρίνουν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς τυπικές (ποσοστό 26,7%), 20 άτομα ουσιαστικές (ποσοστό 33,3%) και 24 άτομα ότι εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς (ποσοστό 40%).

Επίσης σε ερώτηση εάν η βαρύτητα της ασθένειας επηρεάζει την επικοινωνία τους με τους ασθενείς 13 άτομα απάντησαν πως η βαρύτητα της ασθένειας επηρεάζει ελάχιστα την επικοινωνία τους με τους ασθενείς (ποσοστό 21,7%), 40 άτομα ότι επηρεάζεται αρκιστά η επικοινωνία τους από την βαρύτητα της ασθένειας (ποσοστό 66,7%), ενώ 7 άτομα ότι επηρεάζεται πολύ η επικοινωνία τους από την βαρύτητα της ασθένειας (ποσοστό 11,7%).

Ακόμα, σε ερώτηση εάν το στάδιο της ασθένειας επηρεάζει την επικοινωνία τους με τους ασθενείς 14 άτομα απάντησαν πως το στάδιο της ασθένειας επηρεάζει ελάχιστα την επικοινωνία τους με τους ασθενείς (ποσοστό 23,3%), 39 άτομα ότι επηρεάζεται αρκιστά η επικοινωνία τους με τους ασθενείς από το στάδιο της ασθένειας (ποσοστό 65%), ενώ 7 άτομα ότι επηρεάζεται πολύ η επικοινωνία τους από την βαρύτητα της ασθένειας (ποσοστό 11,7%).

Στην συνέχεια τέθηκε η ερώτηση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εάν πιστεύουν ότι η ενημέρωση του ασθενούς για την πορεία της ασθένειας του και τη θεραπευτική αγωγή πρέπει να είναι ειλικρινής. Από τους ερωτηθέντες 31 άτομα πιστεύουν ότι η ενημέρωση πρέπει να είναι ειλικρινής (ποσοστό 51,7%), 5 άτομα πως δεν πρέπει να είναι ειλικρινής (ποσοστό 8,3%) και 24 άτομα ότι εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας (ποσοστό 40%).

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση πως η ειλικρινής ενημέρωση εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποιο στάδιο πρέπει οπωσδήποτε να είναι ειλικρινής στο αρχικό στάδιο, στο ενδιάμεσο ή στο τελικό στάδιο. Για 3 άτομα απάντησαν πως η ενημέρωση πρέπει να είναι ειλικρινής στο αρχικό στάδιο (ποσοστό 5%), 1 άτομο στο ενδιάμεσο στάδιο (ποσοστό 1,7%), 2 άτομα στο τελικό στάδιο (ποσοστό 3,3%) και 54 άτομα δεν απάντησαν καθόλου (ποσοστό 90%).

Σε άλλη ερώτηση οι ερωτηθέντες έπρεπε να απαντήσουν αν η προσωπικότητα του ασθενούς (φύλο, μορφωτικό επίπεδο) επηρεάζει την σχέση τους με τους ασθενείς. Από αυτούς 19 άτομα απάντησαν πως η προσωπικότητα του ασθενούς επηρεάζει ελάχιστα την σχέση τους με τους ασθενείς (ποσοστό 31,7%), 29 άτομα ότι επηρεάζει αρικεά (ποσοστό 48,3%) και 12 άτομα ότι επηρεάζει πολύ (ποσοστό 20%).

Σε επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν αν πιστεύουν πως η σχέση του ασθενούς με το οικογενειακό του περιβάλλον επηρεάζει την σχέση τους με τους ασθενείς. Από το σύνολο των 60 ατόμων του δείγματος 30 άτομα απάντησαν πως επηρεάζει ελάχιστα την σχέση τους με τους ασθενείς (ποσοστό 50%), 23 άτομα ότι επηρεάζει αρικεά (ποσοστό 38,3%), ενώ 7 άτομα ότι επηρεάζει πολύ (ποσοστό 11,7%).

Παράλληλα, οι γιατροί και οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν αν πιστεύουν ότι οι συνθήκες εργασίας τους ευνοούν την επιθυμητή επικοινωνία με τους ασθενείς τα 11 άτομα απάντησαν ναι (ποσοστό 18,3%) και τα 49 άτομα όχι (ποσοστό 81,7%).

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που απάντησαν πως οι συνθήκες της εργασίας τους δεν ευνοούν την επιθυμητή επικοινωνία με τους ασθενείς ρωτήθηκαν στην επόμενη ερώτηση αυτό που οφείλεται. Οι απαντήσεις τους ποικίλλουν 48 άτομα απάντησαν ότι οφείλεται στον υπερβολικό φόρτο εργασίας (ποσοστό 80%), 5 άτομα στην αδυναμία συντονισμού με τους συναδέλφους (ποσοστό 8,3), 1 άτομο στην απουσία κινήτρων (ποσοστό 1,7), ενώ 6 άτομα δεν απάντησαν καθόλου (ποσοστό 10%).

Σε επόμενη ερώτηση οι γιατροί και οι νοσηλευτές κλήθηκαν να απαντήσουν αν πιστεύουν ότι αν βελτιωθεί η σχέση τους με τους ασθενείς θα ενισχύσει την αυτοεκτίμηση τους και θα τους βοηθήσει στην προσωπική τους στάση απέναντι στην ασθένειά τους. Για 56 άτομα απάντησαν ναι (ποσοστό 93,3%), ενώ 4 άτομα όχι (ποσοστό 6,7%).

Τέλος, οι γιατροί και οι νοσηλευτές που απάντησαν όχι στην προηγούμενη ερώτηση κλήθηκαν να απαντήσουν γιατί πιστεύουν ότι αν βελτιωθεί η σχέση τους με τους ασθενείς δεν θα ενισχύσει την αυτοεκτίμηση τους και δεν θα τους βοηθήσει στην προσωπική τους στάση απέναντι στην ασθένειά τους. Από αυτούς 2 άτομα απάντησαν πως δεν το επιτρέπει η

σοβαρότητα της ασθένειας (ποσοστό 3,3%), 2 άτομα πως δεν το επιτρέπει η σχέση του και η αντιμετώπιση του από ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (ποσοστό 3,3%) και 56 άτομα δεν απάντησαν καθόλου (ποσοστό 93,3%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια επεξεργασίας των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν σε 60 γιατρούς και νοσηλευτές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νοσοκομείου “Ευαγγελισμός” Αττικής, προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα.

Μια πολύ σημαντική διαπίστωση που προέκυψε από την μελέτη των ερωτηματολογίων αφορά την εξειδίκευση των ερωτηθέντων στον τομέα πρόληψης-αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, από τους οποίους μόνο το 48,3% έχει κάποια εξειδίκευση, ενώ το 51,7% δεν έχει καμία εξειδίκευση.

Είναι επίσης, πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι το 65% των ερωτηθέντων ειδικεύεται στα συμπτώματα της ασθένειας και την αντιμετώπιση τους, ενώ μόνο το 3,3% ειδικεύεται στην ψυχολογία του ασθενούς.

Στην ερώτηση αν πιστεύουν πως χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση το 95% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά, ενώ το 5% αρνητικά.

Από τους ερωτηθέντες που απάντησαν ότι χρειάζονται επιπλέον ειδίκευση το 63,3% απάντησε ότι χρειάζεται ειδίκευση στον τομέα της ψυχολογίας του ασθενούς, το 21,7% στα συμπτώματα της ασθένειας και στην αντιμετώπιση τους, το 6,7% στον τομέα των σχέσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή και το 3,3% ότι χρειάζεται ειδίκευση γενικότερα στις ανθρώπινες σχέσεις και στις σχέσεις του ασθενή με την ευρύτερη κοινωνία.

Είναι πολύ σημαντικό οι γιατροί και οι νοσηλευτές να κατέχουν τις απαραίτητες ψυχολογικές γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον ασθενή και την οικογένεια του.

Συχνά, ο ψυχικός πόνος του ασθενή φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δεν γνωρίζει πώς να ανταποκριθεί σ’ αυτόν. Αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης, είναι απόλυτα φυσιολογικά και αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης ψυχικής διεργασίας. Πολλές φορές, όμως, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες να χειριστεί τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή.

Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του ασθενή. Οι γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του ασθενή. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον ασθενή ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει εποικοδομητικά αυτή τη γνώση.

Η προσφορά των μελών του προσωπικού υγείας θα μπορεί να είναι ολοκληρωμένη αν φροντίσουν τόσο για την ποιότητα της ζωής, όσο και για τις ψυχολογικές ανάγκες κάθε ασθενή. Αυτή η ολιστική προσέγγιση προϋποθέτει την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις ψυχολογικές διαστάσεις της ασθένειας και στην ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου που πάσχει από χρόνια νόσο και της οικογένειάς του.

Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν τις ικανότητες, αλλά και τα όρια τους και να παραμένουν ανοιχτοί σε μια διεργασία αυτογνωσίας που τους βοηθά να συνειδητοποιήσουν πώς επηρεάζονται από την ασθένεια, τον πόνο και άλλες εμπειρίες που βιώνουν στα πλαίσια του χώρου της υγείας.

Για να μπορέσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να παρέχει αποτελεσματική στήριξη στον ασθενή και στην οικογένειά του, είναι σημαντικό να αναγνωρίζει και να επεξεργάζεται διαρκώς τις αντιλήψεις ή και τις προκαταλήψεις του σε σχέση με τις συγκεκριμένες αρρώστιες και τα άτομα που θεραπεύει και φροντίζει.

Χωρίς αμφιβολία η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την ψυχολογία του ασθενή και της οικογένειάς του, καθώς και μια προσωπική διεργασία αυτογνωσίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αποτελούν μια σημαντική αναγκαιότητα και απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη και ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας σε κάθε άτομο.

Σε ερώτηση που τέθηκε στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το πως κρίνει τις σχέσεις του με τους ασθενείς το 40% απάντησε ότι εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενή, το 33,3% κρίνει τις σχέσεις του με τους ασθενείς ουσιαστικές, ενώ το 26,7% τυπικές.

Σύμφωνα, με το 66,7% των ερωτηθέντων η βαρύτητα της ασθένειας επηρεάζει πολύ την επικοινωνία τους με τους ασθενείς, το 21,7% υποστηρίζει πως η βαρύτητα της ασθένειας επηρεάζει αρικεά την επικοινωνία τους με τους ασθενείς και το 11,7% ότι επηρεάζει ελάχιστα.

Η σοβαρότητα της χρόνιας ασθένειας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ο οποίος αλλάζει αρικετές φορές τη στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που όταν τα μέλη του προσωπικού υγείας βρίσκονται μπροστά σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις νιώθουν μια αίσθηση αποτυχίας και ήττας. Συχνά, η αίσθηση της αποτυχίας εκδηλώνεται μέσα από θυμό τον οποίο στρέφουν προς τον ίδιο τους τον εαυτό, τον οποίο κατηγορούν ότι δεν έχει αρικετή γνώση, πείρα, ικανότητα να πετύχει, γεγονός που οδηγεί σε νέα συναισθήματα ανεπάρκειας.

Άλλοτε πάλι ο θυμός τους στρέφεται προς τον ασθενή. Τον καθιστούν υπεύθυνο για την πρόκληση της κατάστασης του και μπορεί να φτάσουν στο σημείο να σιέφτονται ότι εφόσον δεν συμμορφώθηκε με τις οδηγίες “αξίζει αυτά που έπαθε”. Ο θυμός αυτός ακολουθείται από ενοχές γιατί ο επαγγελματίας υγείας συνειδητοποιεί την έλλειψη σεβασμού που δείχνει προς τον ασθενή.

Αντίστοιχα για το αν το στάδιο της ασθένειας επηρεάζει την επικοινωνία των ερωτηθέντων με τους ασθενείς το 65% απάντησε πως επηρεάζει αρκετά, το 23,3% ελάχιστα και το 11,7% πολύ.

Το προσωπικό υγείας αναπτύσσει στενότερες σχέσεις με τον ασθενή όταν καλλιεργείται ένα κλίμα ανοιχτής επικοινωνίας. Ο ρόλος του γιατρού και του νοσηλευτή που φροντίζουν τον ασθενή δεν είναι μόνο ιατρικός ή νοσηλευτικός. Μπορούν με την παρουσία τους και μόνο να του προσφέρουν – καθώς και σε όλη την οικογένεια – την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σε αυτές τις σημαντικές στιγμές. Ο γιατρός πρέπει να επισκέπτεται καθημερινά τον ασθενή του και σε κάθε συνάντηση να διαθέτει χρόνο. Να κάθεται δίπλα στο κρεβάτι του ασθενή. Ο ασθενής έχει ανάγκη της συμπαράστασης του γιατρού από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας μέχρι της αποθεραπείας του ή μέχρι του θανάτου του. Σε όλα τα στάδια που ο ασθενής έχει ανάγκη της βοήθειας και της συμπαράστασης του γιατρού και του νοσηλευτή, η καλύτερη αντιμετώπιση δεν είναι η χορήγηση φαρμάκων, αλλά η ψυχολογική υποστήριξη.

Η προσωπικότητα του ασθενούς φαίνεται πως επηρεάζει την σχέση του με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς το 48,3% απάντησε πως η προσωπικότητα του ασθενούς επηρεάζει την σχέση του με τον ασθενή, το 20% απάντησε πολύ και το 31,7% ελάχιστα.

Ασθενείς με ενεργητικότητα και δυναμισμό δυσκολεύονται να “παίξουν” το ρόλο του καλού ασθενή, δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, δεν παραπονείται για την υγεία του ή δεν κριτικάρει τις ενέργειες του γιατρού ή του νοσηλευτή. Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποιήσεων και φροντίδας και σωματοποίηση του άγχους τους. Ασθενείς με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν οξύθυμοι, επιθετικοί ή ακόμα και διεκδικητικοί. Τέτοιοι ασθενείς συνεργάζονται δύσκολα στη θεραπεία και συνήθως την εγκαταλείπουν πρόωρα.

Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν πιο εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης, της μόνωσης και της διανοητικοποίησης. Ενδιαφέρονται πάρα πολύ για την ασθένεια τους, ενημερώνονται από βιβλία γι' αυτή και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, χωρίς όμως να συμμετέχουν συναισθηματικά.

Σε ερώτηση που τέθηκε στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αν πιστεύει πως η ενημέρωση του ασθενούς για την πορεία της ασθένειάς του και τη θεραπευτική αγωγή πρέπει να είναι ειλικρινής το 51,7% απάντησε θετικά, το 8,3% αρνητικά και το 40% ότι εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας.

Ο θεράπων ιατρός είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της ενημέρωσης του ασθενή. Από την προσωπικότητα του θεράποντος γιατρού θα καθοριστεί ο τρόπος της ενημέρωσης και της εν γένει αντιμετώπισης του ασθενή.

Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που υποβάλλει και να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν.

Το δίλημμα εάν πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής αποτελεί ψευδοδίλημμα, αφού η πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του. Το πραγματικό λοιπόν ερώτημα που τίθεται είναι πώς το προσωπικό υγείας θα ενημερώσει τον συγκεκριμένο ασθενή.

Η αναγγελία δυσάρεστων γεγονότων πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνεται η κατανόηση και η αποδοχή τους, ενώ ταυτόχρονα να μειώνεται η πιθανότητα αντιδράσεων άρνησης, αποδιοργάνωσης ή παράλογων προσδοκιών. Όταν ο επαγγελματίας της υγείας εξατομικεύει την ενημέρωση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ένα σύνολο παραγόντων που περιλαμβάνουν την ηλικία, το κοινωνικό και μορφωτικό του επίπεδο, καθώς και την ψυχολογική του κατάσταση. Η ανακοίνωση δυσάρεστων πληροφοριών προϋποθέτει τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας.

Στη μέγιστη πλειονότητα των Ελλήνων ασθενών όταν υπάρχει απλώς υποψία σοβαρής ή απειλητικής για την ζωή ασθένεια, οι συγγενείς του ασθενή παρακαλούν το θεράποντα γιατρό να μην πουν στον ασθενή όλη την αλήθεια για την ασθένεια του. Συνηθέστατα ο γιατρός συμφωνεί. Από τη στιγμή εκείνη και μέχρι του θανάτου του ασθενή, οι πάντες καταβάλουν προσπάθεια να αποπροσανατολίσουν τον ασθενή από την διάγνωση της ασθένειας. Συνήθως, ενημερώνεται από το θεράποντα γιατρό η οικογένεια ή τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας του ασθενή για την διάγνωση της ασθένειας, για την ενδεικνυόμενη θεραπεία, τις επιπλοκές και την πρόγνωση.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε ερώτηση αν πιστεύει πως οι συνθήκες εργασίας του ευνοεί την επιθυμητή επικοινωνία με τους ασθενείς το 81,7% απάντησε αρνητικά και το 18,3% θετικά.

Συχνά, ο αυξημένος φόρτος και οι απαιτήσεις δουλειάς δημιουργούν στον εργαζόμενο το συναίσθημα ότι δεν έχει την δυνατότητα να ξεφύγει έστω και για λίγο. Οι συνθήκες εργασίας γίνονται ακόμη δυσκολότερες, όταν ο εργαζόμενος είναι άπειρος ή όταν έχει ανεπαρκή εκπαίδευση τόσο σε θέματα οργανικής, όσο και ψυχικής φροντίδας του ασθενή.

Τις συνθήκες εργασίας επιβαρύνει μερικές φορές το κλίμα των διαπροσωπικών σχέσεων που διαμορφώνεται μεταξύ των εργαζομένων. Προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας με τους συναδέλφους συμβάλουν στο να γίνεται δύσκολη μια εποικοδομητική συνεργασία γιατί καθένας απομονώνεται για να αποφύγει τις συνέπειες από την ένταση αυτών των σχέσεων.

Συχνά, η σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή εξαρτάται και επηρεάζεται από παράγοντες όπως:

- “Τη φύση της ασθένειας του ασθενούς.
- Την κατάσταση και σοβαρότητα της υγείας του.
- Την προσωπικότητα του ασθενή.
- Τις προσδοκίες που έχει ο ασθενής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Τις προσδοκίες που έχει το προσωπικό από τον ασθενή.
- Τις προσωπικές εμπειρίες και προβλήματα στη ζωή του εργαζόμενου που αναβιώνουν όταν βρίσκεται μπροστά σε ορισμένους ασθενείς ή καταστάσεις.”

(33)

(33) Φ. Αναγνωστόπουλος - Δ. Παπαδάτου, *Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*, Φλόγα, σελ. 136-137

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τελειώνοντας αυτή η πτυχιακή εργασία θα ήθελα να διατυπώσω κάποιες προτάσεις που σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να οδηγείται ο ασθενής στην συνειδητοποίηση της ασθένειάς του, ώστε να εμφανίσει τις ηπιότερες ψυχικές αντιδράσεις και τις λιγότερες ψυχιατρικές επιπλοκές. Καθώς, επίσης, στο πώς θα πρέπει να οργανώνεται και να σχεδιάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σκοπό άμεσα την πρόληψη της χρόνιας νόσου και έμμεσα την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου σε όλα τα επίπεδα.

Η ανακοίνωση μιας σοβαρής ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας από το τηλέφωνο ή μέσα στους διαδρόμους του Νοσοκομείου περιορίζει κάθε δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας. Η εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που θα επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ ειδικού και ασθενή, συμβάλλει στην διαμόρφωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης. Η ενημέρωση του ασθενή απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα, καθώς όσο σημαντικό είναι το τι θα πει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, άλλο τόσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο ασθενής.

Ο επαγγελματίας της υγείας πρέπει να αποβλέπει στην διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πόσο ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του, πώς ερμηνεύει τα συμπτώματά του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Μ' αυτό τον τρόπο εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο ασθενής για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεων του. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του, τις λέξεις που χρησιμοποιεί όταν μιλάει για το σώμα ή την ασθένειά του και πως εκδηλώνει τα συναισθήματά του.

Είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το «πόσα» και «τι» επιθυμεί να γνωρίζει ο ασθενής σχετικά με την διάγνωση, την ασθένεια και την θεραπεία. Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες οι οποίες, αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος, ωστόσο παρέχουν μία αίσθηση έλεγχου. Ο γιατρός πρέπει να αφήνει τον ασθενή να εκφράσει πρώτα εκείνος τις απορίες του, τους φόβους του και την επιθυμία του για ενημέρωση. Με βάση αυτά τα δεδομένα και λαμβάνοντας υπόψη του ο γιατρός την προσωπικότητα του ασθενή πρέπει να τον ενημερώσει για την ασθένειά του.

Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του ασθενή, το προσωπικό υγείας πρέπει να αρχίζει την ενημέρωση του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και εκφράζει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας πρέπει να προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα να γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσης του.

Οι ιατρικοί όροι πρέπει να αποφεύγονται, καθώς η ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό υγείας (π.χ. λοίμωξη, ύφεση, υπότροπη, μετάσταση κ.λ.π.) δεν είναι κατανοητή από τους περισσότερους ασθενείς. Οι φράσεις και οι λέξεις που χρησιμοποιεί το προσωπικό υγείας, όταν πληροφορεί τον ασθενή επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή του στην ασθένεια και τις επιπτώσεις της, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει με τα μέλη του προσωπικού υγείας. Είναι σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες (π.χ. «Αυτή είναι μια "κακιά" αρρώστια», «Τα πράγματα είναι άσχημα... ακροβατούμε...»), ενώ είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του άρρωστου (τι θα μπορεί να κάνει). Σε καμία περίπτωση το προσωπικό υγείας δεν πρέπει να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακούς εφησυχασμούς, διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του άρρωστου σ' αυτή.

Η ικανοποίηση του ασθενή από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα που έχει να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Οι ανησυχίες μπορεί να ποικίλλουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αφορούν τον ίδιο, αλλά σημαντικά άτομα στο περιβάλλον του. Ο ασθενής που «εισακουέται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν.

Παράλληλα, πρέπει να προσδιοριστούν οι άμεσοι βραχυπρόθεσμοι στόχοι που θέτουν από κοινού ο ασθενής με τον γιατρό ή τον νοσηλευτή. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του άρρωστου. Με τον όρο «συναίνεση» νοείται η συγκατάθεση που δίνει ο άρρωστος προκειμένου να πραγματοποιηθούν στον ίδιο ορισμένες ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό. Προϋποθέτει την ειλικρινή ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την φύση της αρρώστιας και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή.

Η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενή. Απαιτεί γνώσεις πάνω σε δεξιότητες και πείρα. Απλές δικαιολογίες όπως για παράδειγμα, «Ο άρρωστος δεν θέλει να ξέρει», «Καλύτερα να μην γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης του , γιατί μπορεί να καταρρεύσει ή να αυτοκτονήσει ...» κ.λ.π, εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην ασθένεια, τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενούς. Αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση.

Η δεύτερη πρόταση αναφέρεται στην οργάνωση και τον σχεδιασμό της Π.Φ.Υ με σκοπό άμεσα την πρόληψη της χρόνιας νόσου και έμμεσα την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου που πάσχει από χρόνια νόσημα σε οργανικό – κοινωνικό – ψυχικό επίπεδο. Πρωτοβάθμια θεωρείται η περίθαλψη που προσφέρεται σε κάθε άτομο της κοινότητας κατά την πρώτη επαφή του με το σύστημα υγείας .

Το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ είναι:

- Ασθενείς με χρόνια νοσήματα.
- Οξεία περιστατικά.
- Σωματικές και νοητικές αναπηρίες.
- Ασθενείς που οδηγούν στο θάνατο.
- Μητρική και παιδική υγεία (προστασία μητρότητας – παιδιού).
- Αγωγή υγείας.
- Προληπτικός έλεγχος πληθυσμιακών ομάδων.
- Ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Προβλήματα ηλικιωμένων.
- Προβλήματα μειονοτήτων (ναρκομανείς, φυλακισμένοι).

Σκοποί της Π.Φ.Υ για την πρόληψη , προαγωγή και αποκατάσταση της ζωής του ατόμου που πάσχει από χρόνια νόσημα είναι οι ακόλουθοι :

- ◆ Επικοινωνία με τον ασθενή, ιδρύματα και υπηρεσίες.
- ◆ Ιατρικό – νοσηλευτικό – διαιτολογικό ιστορικό ασθενούς.
- ◆ Κλινική εξέταση.
- ◆ Χρησιμοποίηση ιατρικής τεχνολογίας για έγκαιρη διάγνωση.
- ◆ Εξήγηση ευρημάτων στον ασθενή και λήψη αποφάσεων.
- ◆ Οργάνωση και σχεδιασμός περίθαλψης.

- ◆ Θεραπείες και πρόληψη.
- ◆ Παροχή οδηγιών.
- ◆ Κοινωνικός προγραμματισμός.
- ◆ Ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση.
- ◆ Εκτίμηση της ποιότητας της περίθαλψης.
- ◆ Αρχείο ασθενών και στατιστική αξιολόγηση.

Η Π.Φ.Υ θα πρέπει να γίνει ολοκληρωμένη, να παρέχει, δηλαδή ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών για μεγάλο αριθμό προβλημάτων υγείας σε παιδιά και ενήλικες. Τα προβλήματα αυτά περιλαμβάνουν ακαθόριστα συμπτώματα, συνηθισμένα οξεία νοσήματα, επείγουσες καταστάσεις, χρόνιες ασθένειες, αναπηρίες. Αν αυτά τα προβλήματα δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν επαρκώς στο επίπεδο της Π.Φ.Υ. τότε οι ασθενείς παραπέμπονται σε άλλο γιατρό ή σε κάποιο ίδρυμα π.χ Νοσοκομείο. Η Π.Φ.Υ δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην διαφώτιση του κοινού, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την αυτο – φροντίδα του ατόμου και της οικογένειας, τη συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης, αλλά η αποκέντρωση ενός ενιαίου κρατικού προγράμματος που εξυπηρετεί τις ανάγκες των πολιτών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με την ιπποκρατική παράδοση, οι γιατροί κι οι νοσηλευτές είχαν υποχρέωση να αποιαθιστούν την ισορροπία του οργανισμού του ασθενούς τους, αλλά απαγορευόταν να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους για να αντιμετωπίσουν το θάνατο. Έπρεπε να περιμένουν τη φύση για να λύσει το θεραπευτικό συμβόλαιο που υπήρχε ανάμεσα στον ασθενή και την ομάδα υγείας.

Όταν οι ιπποκρατικές ενδείξεις άφηναν το γιατρό και τους νοσηλευτές να καταλάβουν ότι ο ασθενής είχε περάσει στην επιθανάτια αγωνία, όφειλαν να αποσυρθούν από αυτό που ήταν πλέον μια νεκρική κλίνη. Το πρώτο σκίρτημα που σήμαινε τον προσωπικό αγώνα του ανθρώπου που πεθαίνει, καθόριζε τα όρια ανάμεσα στα οποία ένα άτομο μπορούσε να δεχτεί ιατρική περίθαλψη.

Στον κόσμο μας, αυτά τα όρια έχουν εξαλειφθεί. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ο γιατρός κι ο νοσηλευτής θεωρούνται οι διορισμένοι απ' την κοινωνία επόπτες οποιουδήποτε ανθρώπου, ο οποίος, έχοντας το ρόλο του ασθενούς, έχανε την ευθύνη για τον εαυτό του.

Σήμερα ο γιατρός κι ο νοσηλευτής διδάσκονται να θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για τη ζωή από τη στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου ως την ώρα που θα γίνει η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση. Έχουν γίνει οι κοινωνικά υπεύθυνοι επαγγελματίες - διαχειριστές όχι του ασθενούς, αλλά της ζωής απ' την πρώτη στιγμή ως την τελευταία.

Ο γιατρός κι ο νοσηλευτής έχουν γίνει οι «γγραφειοκράτες» της θαυμαστής νέας «βιοκρατίας» που κυβερνά απ' τη μήτρα ως τον τάφο...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 📖 Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ., *Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*, Φλόγα
- 📖 Βαλαώρας Β. , *Αρχές Ιατρικής*, Αθήνα 1994
- 📖 Γεωργιάς Δ., *Κοινωνική ψυχολογία*, Τόμος Α', Αθήνα 1986
- 📖 Δελίδης Γ., *Σύνοψη παθολογικής ανατομίας*, Παρισσιανός, Αθήνα 2001
- 📖 Καλλινικιάκη Θ., *Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
- 📖 Κατσουγιαννόπουλος Β., *Επιδημιολογία*, Ιωάννινα, 1984
- 📖 Κονδυλάκη Α. , *Η έρευνα στην Κοινωνική Εργασία ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων μια σύντομη προσέγγιση*, Στο: Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 47, σελ. 150-159, Αθήνα
- 📖 Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ., *Νοσηλευτική: Παθολογική, Χειρουργική*, Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Αθήνα 1987
- 📖 Μαργαριτίδου-Τυμπλαλέξη Β. , *Ηθική και δεοντολογία στην υγεία και τη Νοσηλευτική: AIDS ηθικές διαστάσεις*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993
- 📖 Μουτσόπουλος Χ.Μ – Δ.Σ. Εμμανουήλ, *Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991
- 📖 Παπαδάτου Δ. - Αναγνωστόπουλος Φ. , *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
- 📖 Παπαδημητρίου Κων/νος , *Γενική παθολογία και παθολογική ανατομική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1988

- 📖 Παρασκευόπουλος Ι. , *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*, Αθήνα 1993
- 📖 Σαπουντζή-Κρεπιά Δ. , *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα μια ολιστική προσέγγιση*, Ελλην, Αθήνα 1998
- 📖 Σαρρής Μ., *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Παπαζήση, Αθήνα 2001
- 📖 Σαχίνη – Καρδάση Α , Μαρία Πάνου, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*, Β' Έκδοση, 2^{ος} Τόμος, Αθήνα 1997
- 📖 Σαχίνη – Καρδάση Α , Μαρία Πάνου, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*, Β' Έκδοση, 3^{ος} Τόμος, Βήτα, Αθήνα
- 📖 Τριχόπουλος Δ. , *Επιδημιολογία: αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*, Παρισιανός, Αθήνα 1982
- 📖 Φίλιας Β. , *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*, Gutenberg, Αθήνα 1994
- 📖 15^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, *Η Νοσηλευτική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Πρακτικά 1988, Λευκωσία-Κύπρος
- 📖 ΙΑ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά '84, Αλεξανδρούπολη
- 📖 Claude Javeau, *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*, Τυπωθήτω, Αθήνα 1996
- 📖 Kumbler Ross E., *Αυτός που πεθαίνει*, Ταμασσός, Αθήνα 1979
- 📖 Kumbler Ross E., *Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης*, Δίοδος, Αθήνα 1988

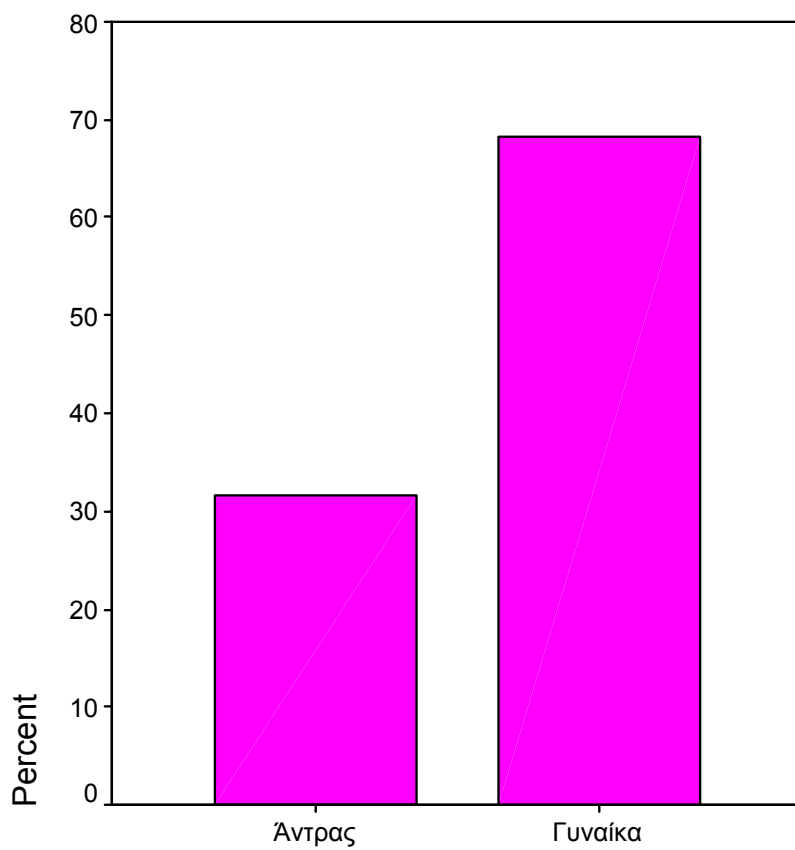
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- ➔ <http://www.nyrsing.gr/gronia.htm>
- ➔ <http://www.medlook.net/c1pain.htm>
- ➔ <http://www.medlook.net/rdpatdoci.htm>
- ➔ <http://www.e-health.idx.gr>
- ➔ <http://www.iatroclub.gr/dim4.htm>
- ➔ <http://www.nd.gr/code.asp>
- ➔ <http://www.iatroclub.gr/if/if6.htm>
- ➔ <http://www.medlook.net/rdpatdoci.htm>
- ➔ <http://www.medlook.net/rdpatdc1.htm>
- ➔ <http://www.papagnh.gr>

Παράρτημα

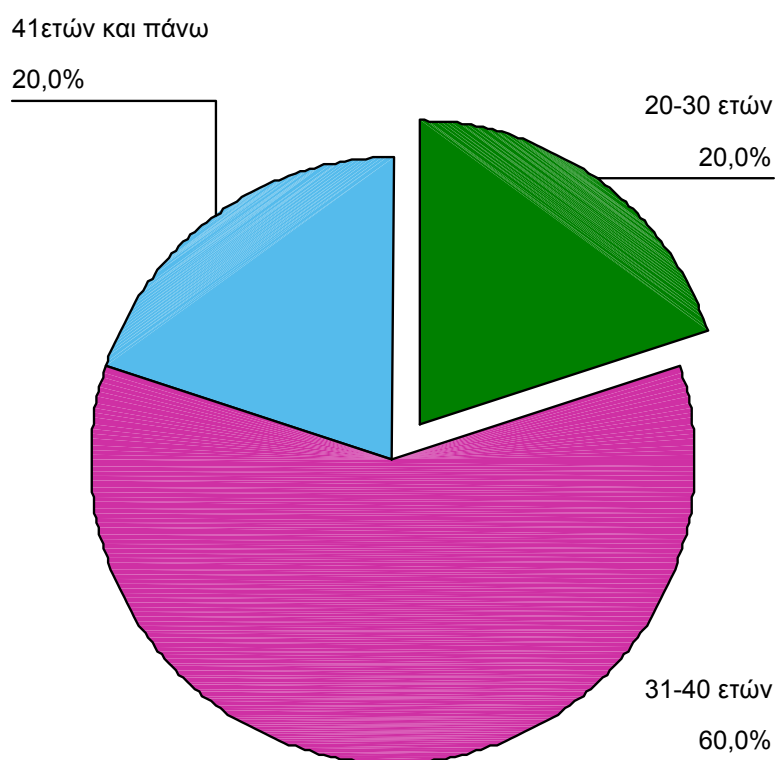
ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άντρας	19	31,7	31,7	31,7
	Γυναίκα	41	68,3	68,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



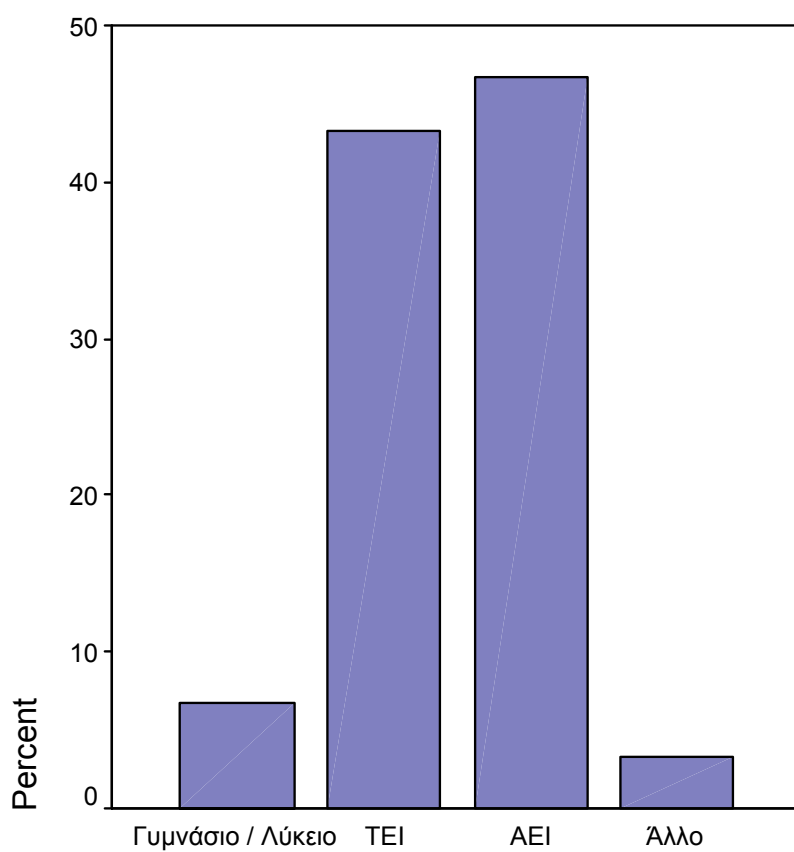
ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 ετών	12	20,0	20,0	20,0
	31-40 ετών	36	60,0	60,0	80,0
	41 ετών και πάνω	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



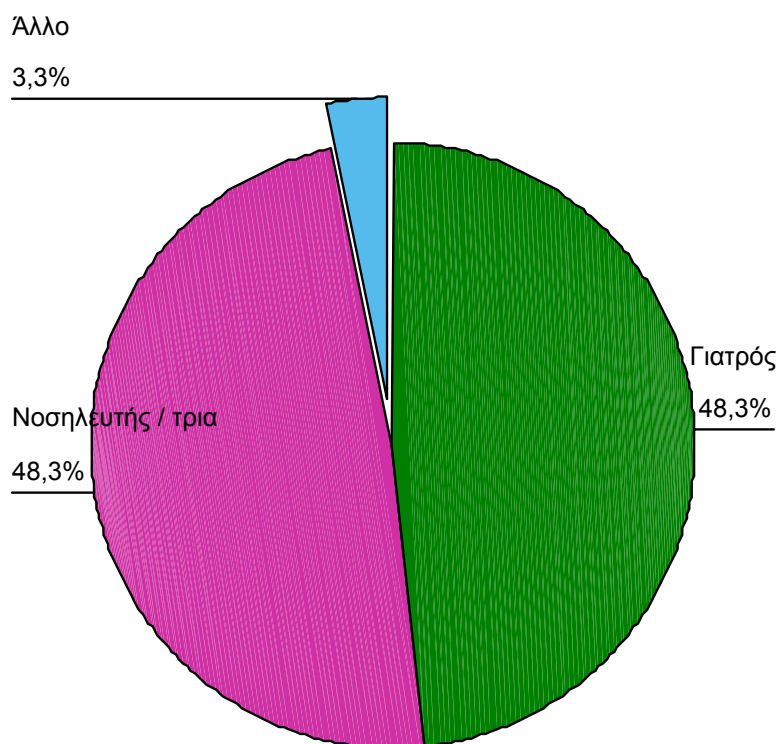
ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Εκπαίδευση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Γυμνάσιο / Λύκειο	4	6,7	6,7	6,7
ΤΕΙ	26	43,3	43,3	50,0
ΑΕΙ	28	46,7	46,7	96,7
Άλλο	2	3,3	3,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	



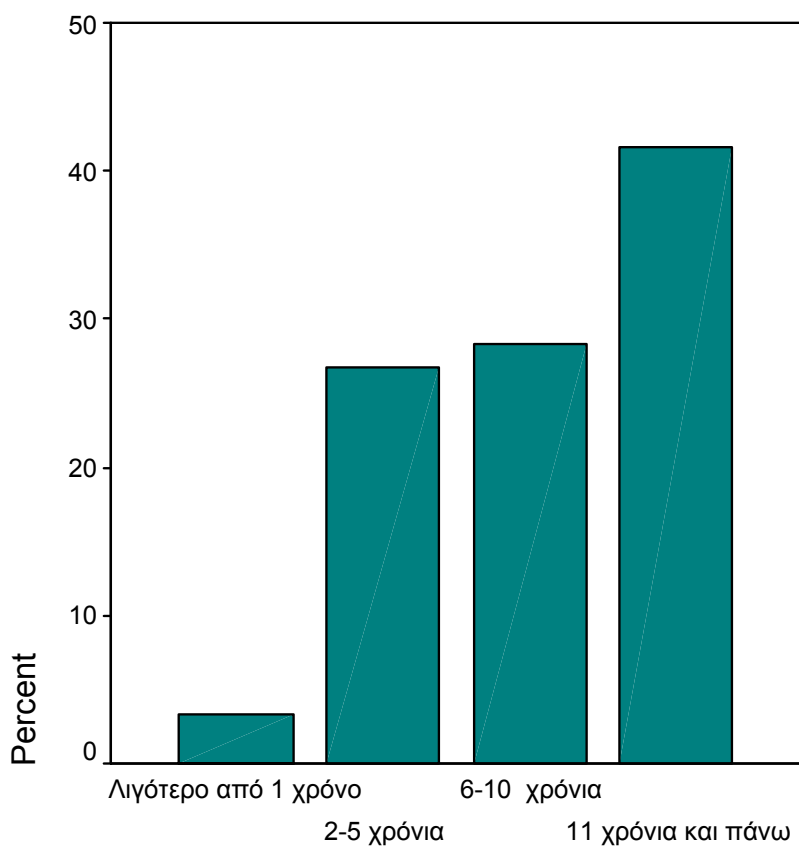
ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Επάγγελμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γιατρός	29	48,3	48,3	48,3
	Νοσηλεύτης / τρια	29	48,3	48,3	96,7
	Άλλο	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



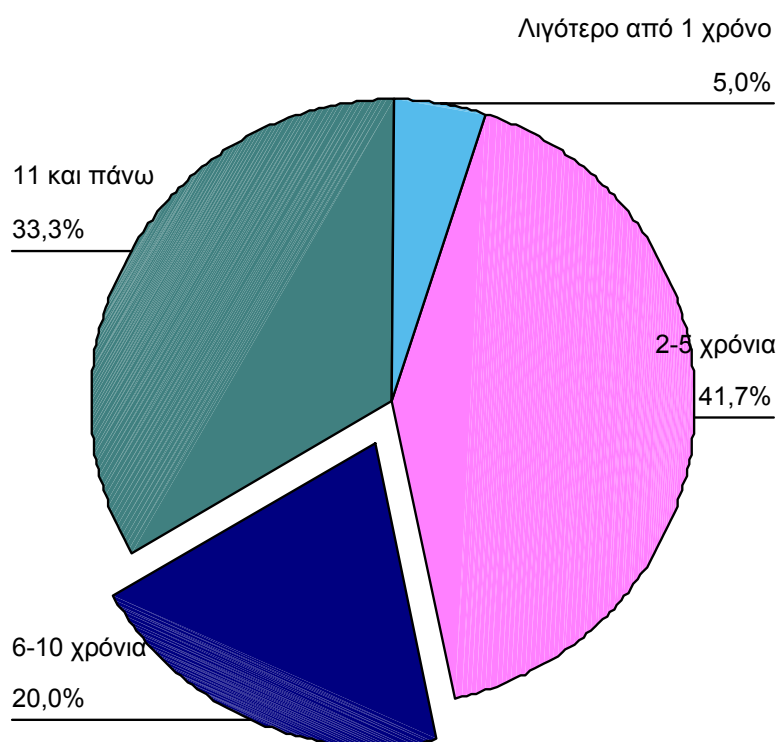
ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Πόσα χρόνια εργάζεστε ως Γιατρός/ Νοσηλεύτης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιγότερο από ένα χρόνο	2	3,3	3,3	3,3
	2-5 χρόνια	16	26,7	26,7	30,0
	6-10 χρόνια	17	28,3	28,3	58,3
	11 χρόνια και πάνω	25	41,7	41,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



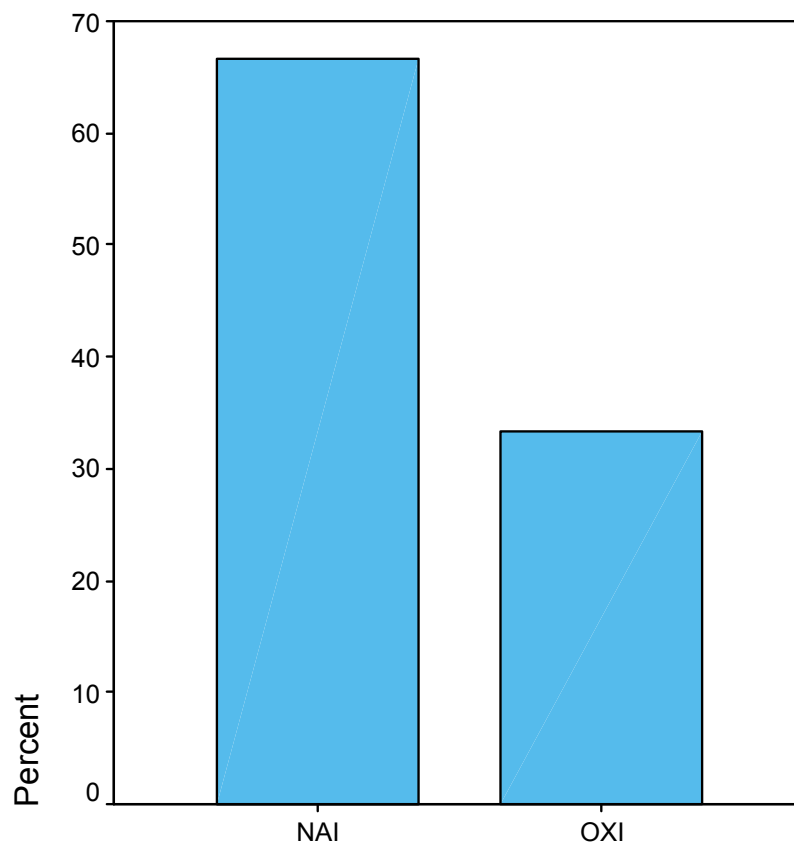
ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Πόσο καιρό ασχολείστε με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιγότερο από 1 χρόνο	3	5,0	5,0	5,0
	2-5 χρόνια	25	41,7	41,7	46,7
	6-10 χρόνια	12	20,0	20,0	66,7
	11 και πάνω	20	33,3	33,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



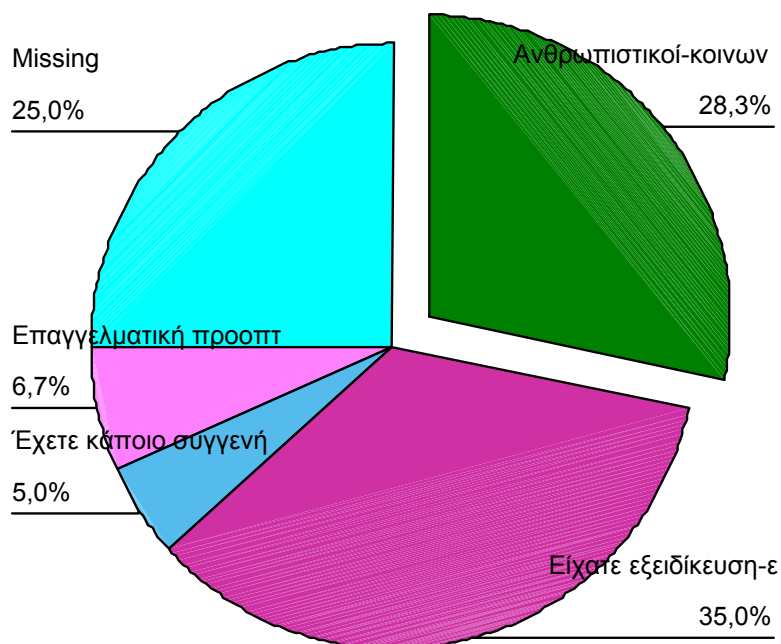
ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Είναι συνειδητή η επιλογή για ενασχόληση με χρόνιους ασθενείς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	40	66,7	66,7	66,7
	OXI	20	33,3	33,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



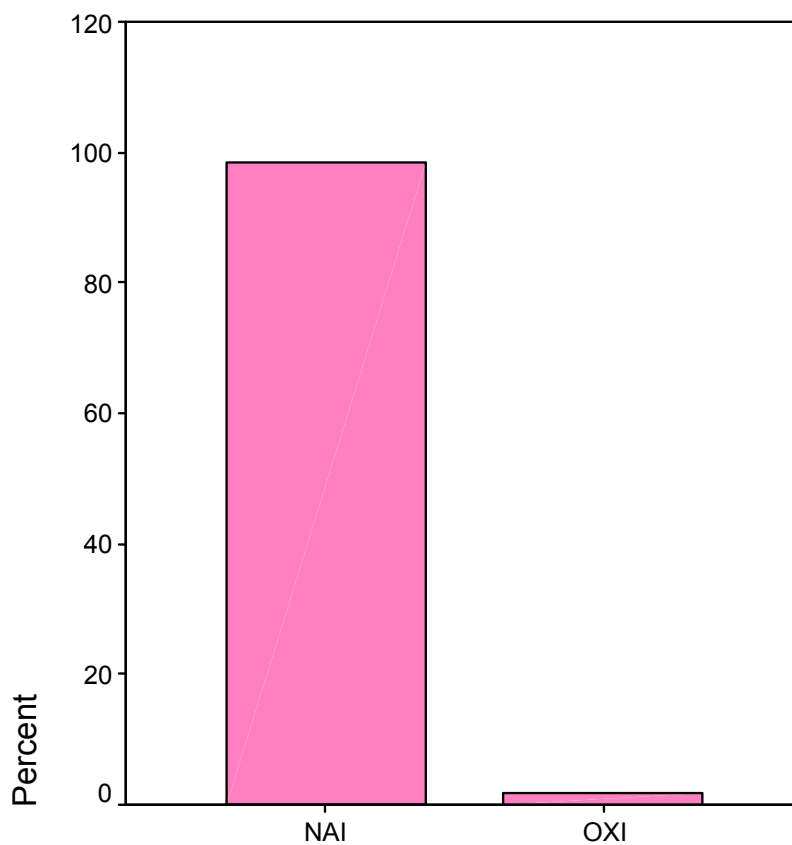
ΕΡΩΤΗΣΗ 8: Αν ναι, για ποιους λόγους;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανθρωπιστικοί λόγοι-κοινωνική προσφορά	17	28,3	37,8	37,8
	Είχατε εξειδίκευση-ειδικός γνώστης στον τομέα	21	35,0	46,7	84,4
	Έχετε κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από χρόνια νόσο	3	5,0	6,7	91,1
	Επαγγελματική προοπτική	4	6,7	8,9	100,0
	Total	45	75,0	100,0	
Missing	System	15	25,0		
Total		60	100,0		



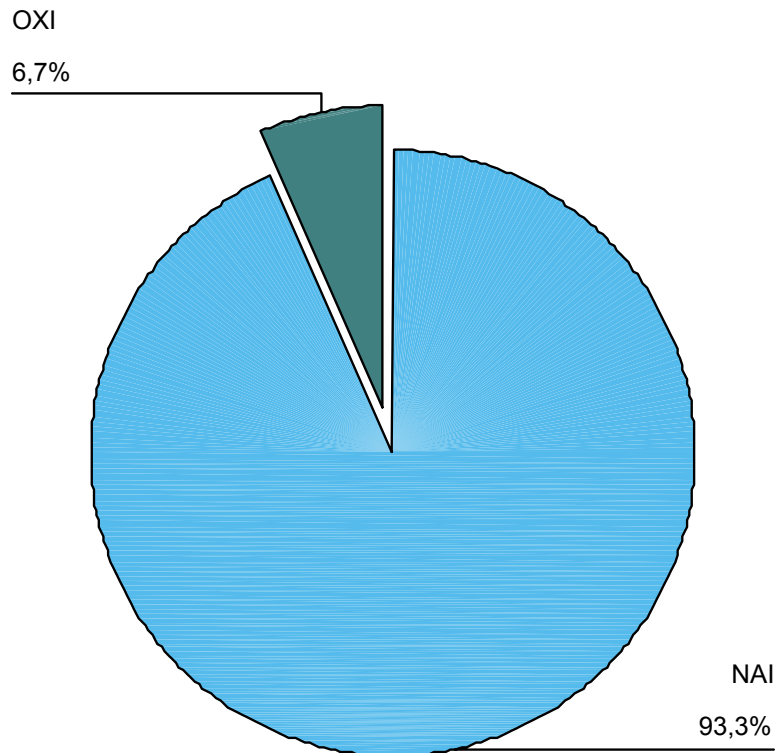
ΕΡΩΤΗΣΗ 9: Πιστεύετε πως οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσημα χρειάζονται ειδική μεταχείριση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	59	98,3	98,3	98,3
	OXI	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



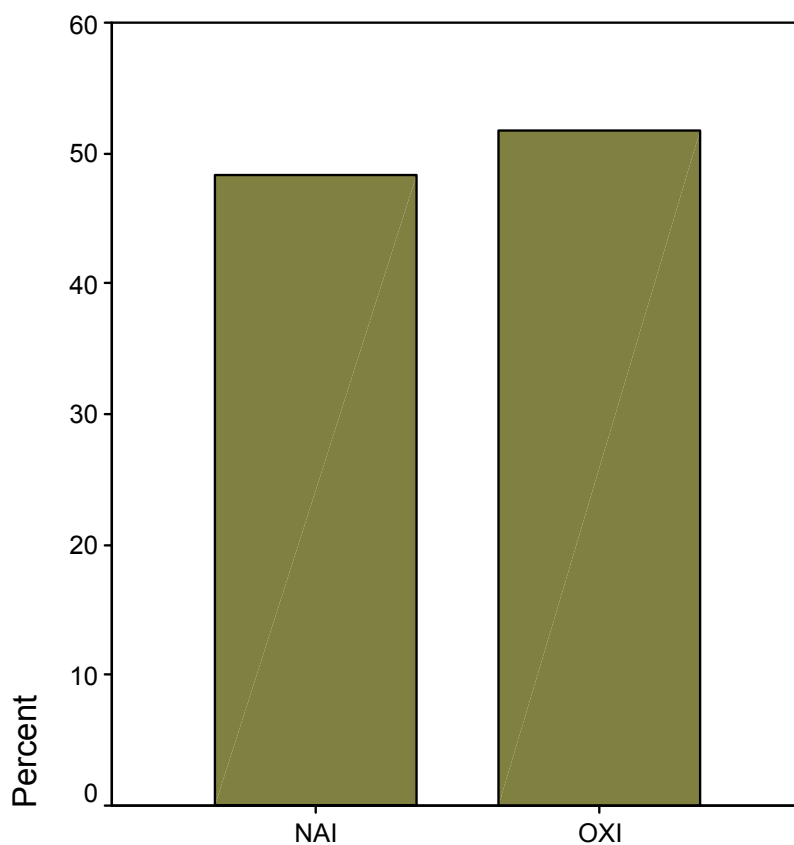
ΕΡΩΤΗΣΗ 10: Πιστεύετε πως απαιτείται ειδική κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την μεταχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νόσημα;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	56	93,3	93,3
	OXI	4	6,7	100,0
	Total	60	100,0	



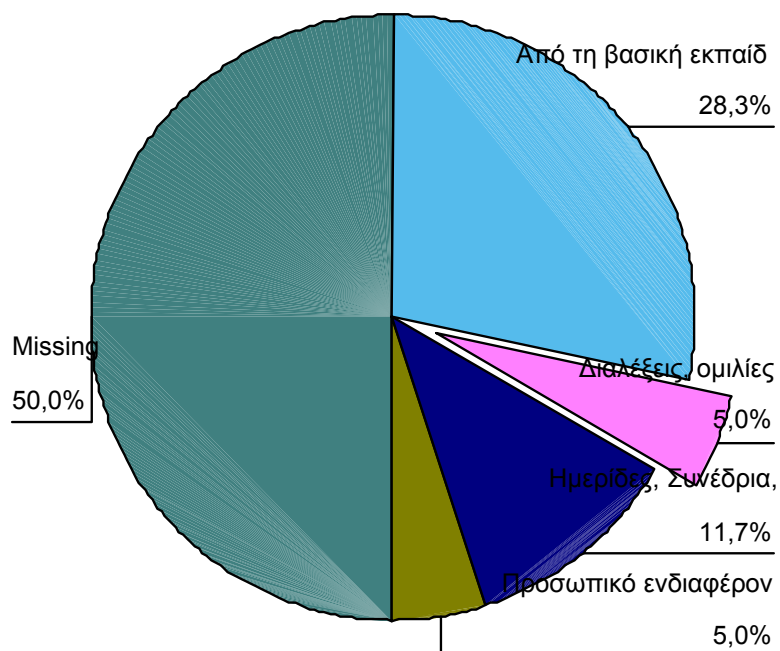
ΕΡΩΤΗΣΗ 11: Έχετε κάποια εξειδίκευση στο τομέα πρόληψης - αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	29	48,3	48,3	48,3
	OXI	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



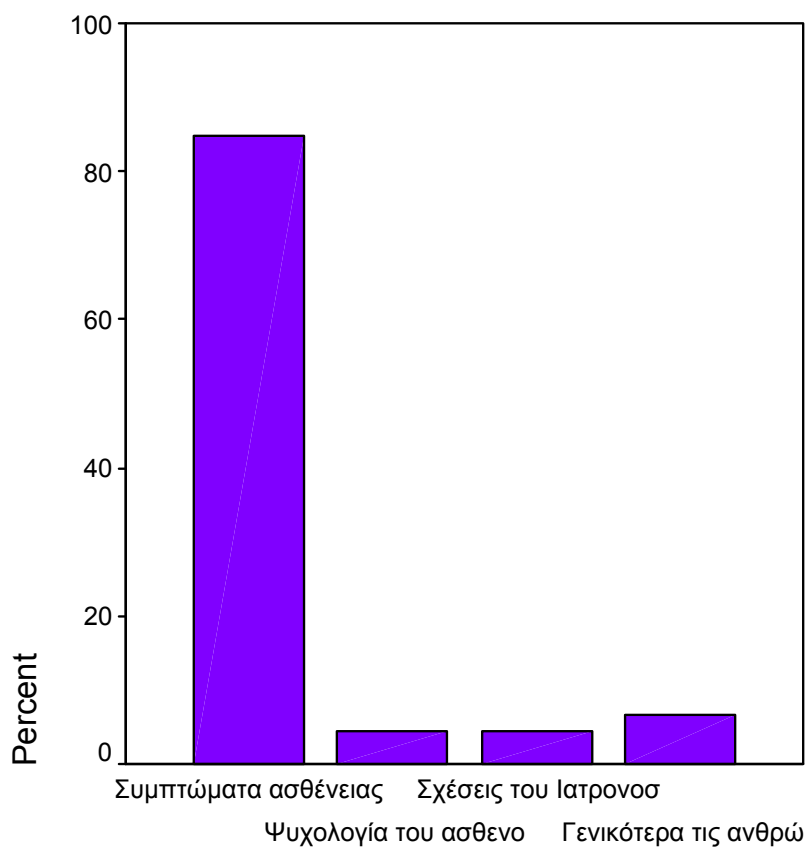
ΕΡΩΤΗΣΗ 12: Αν ναι, από που προέρχεται;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Από τη βασική εκπαίδευση	17	28,3	56,7	56,7
	Διαλέξεις, ομιλίες	3	5,0	10,0	66,7
	Ημερίδες, Συνέδρια, Σεμινάρια	7	11,7	23,3	90,0
	Προσωπικό ενδιαφέρον, ανάγνωση βιβλίων, συγγραμμάτων, Internet	3	5,0	10,0	100,0
	Total	30	50,0	100,0	
Missing	System	30	50,0		
Total		60	100,0		



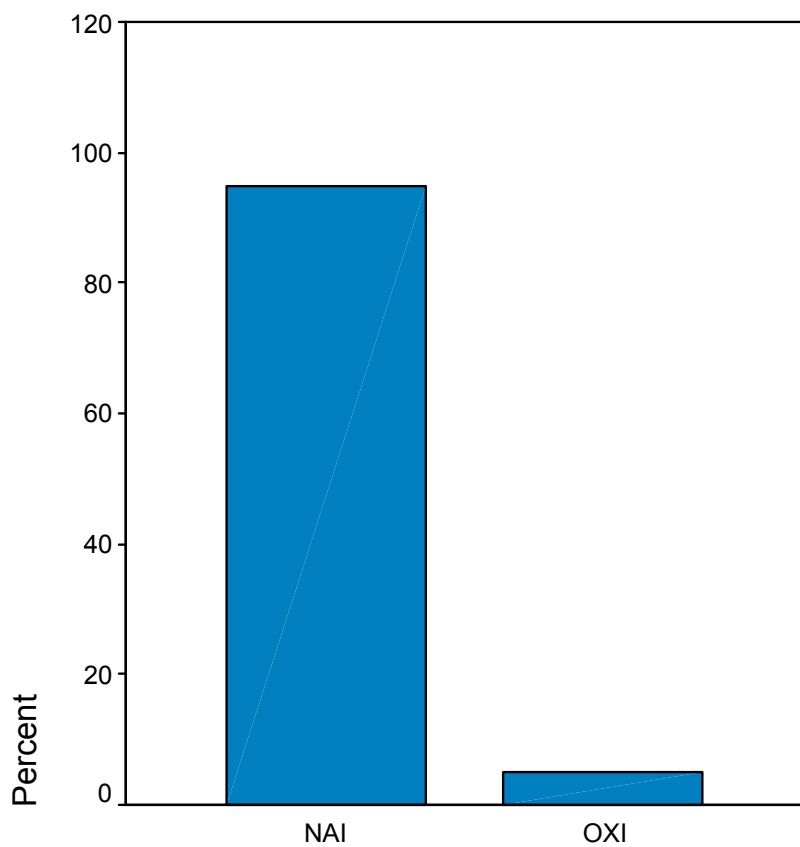
ΕΡΩΤΗΣΗ 13: Η ειδίκευση σας αφορά:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμπτώματα ασθένειας και την αντιμετώπιση τους	39	65,0	84,8	84,8
	Ψυχολογία του ασθενούς	2	3,3	4,3	89,1
	Σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή	2	3,3	4,3	93,5
	Γενικότερα τις ανθρώπινες σχέσεις και τις σχέσεις του ασθενή με την ευρύτερη κοινωνία	3	5,0	6,5	100,0
	Total	46	76,7	100,0	
Missing	System	14	23,3		
Total		60	100,0		



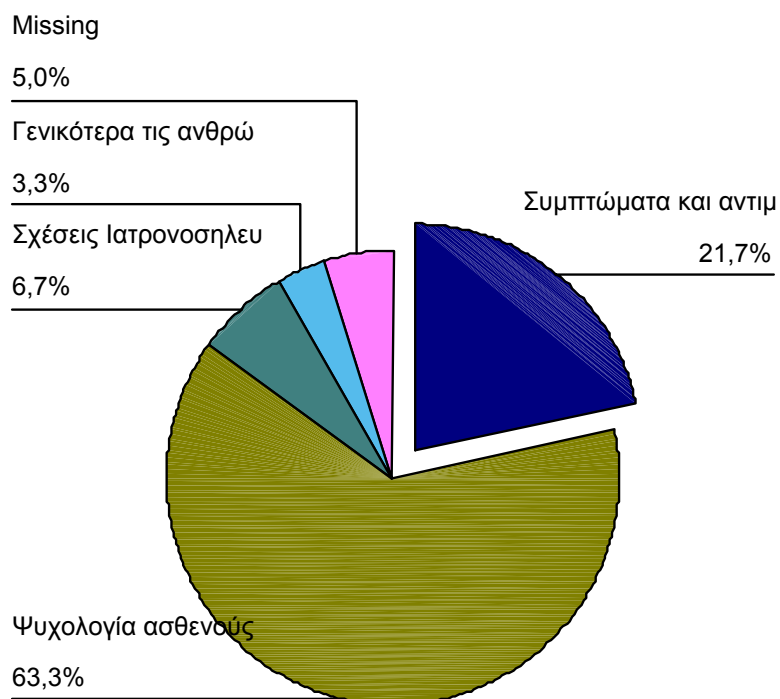
ΕΡΩΤΗΣΗ 14: Νομίζετε ότι χρειάζεστε επιπλέον ειδικευση;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	57	95,0	95,0	95,0
	OXI	3	5,0	5,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



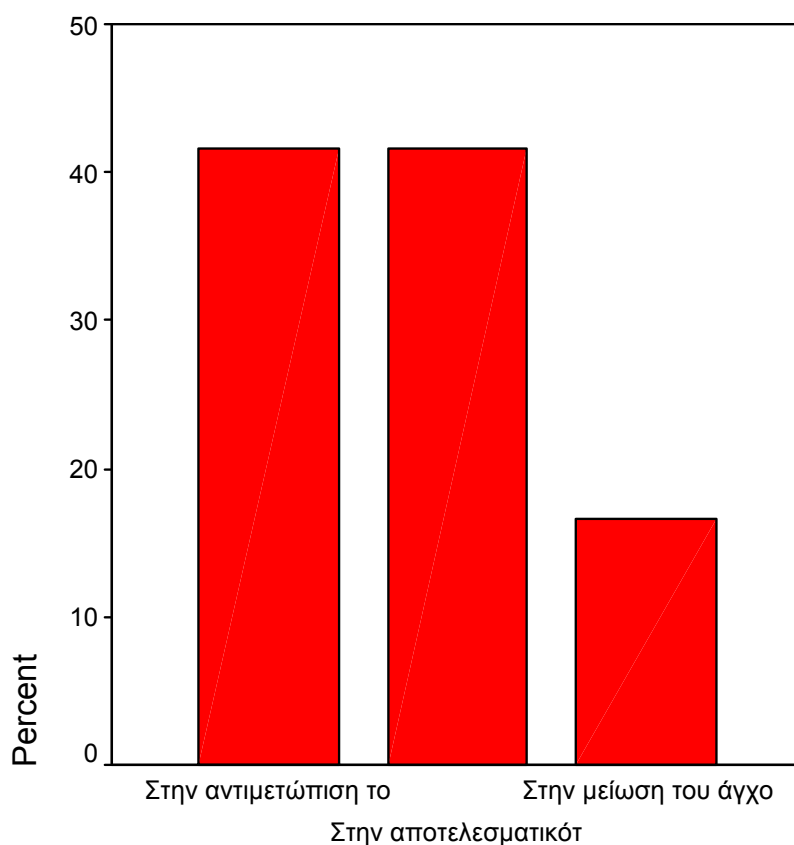
ΕΡΩΤΗΣΗ 15: Αν ναι, σε ποιους τομείς:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμπτώματα και αντιμετώπιση	13	21,7	22,8	22,8
	Ψυχολογία ασθενούς	38	63,3	66,7	89,5
	Σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή	4	6,7	7,0	96,5
	Γενικότερα τις ανθρώπινες σχέσεις και τις σχέσεις του ασθενή με την ευρύτερη κοινωνία	2	3,3	3,5	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	System	3	5,0		
Total		60	100,0		



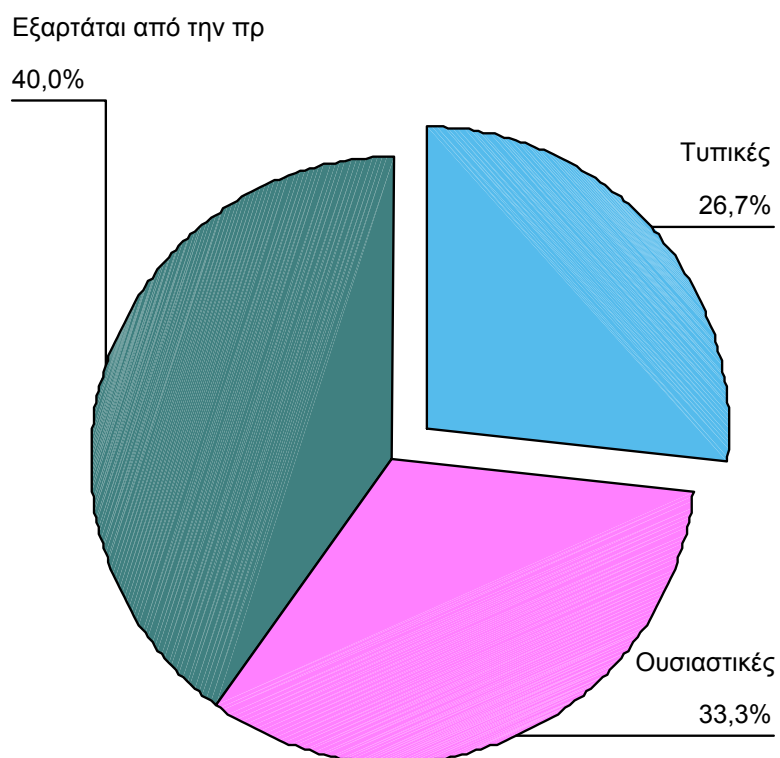
ΕΡΩΤΗΣΗ 16: Η επιπλέον ειδίκευση θεωρείτε πως θα βοηθούσε:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Στην αντιμετώπιση του ασθενούς	25	41,7	41,7	41,7
	Στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τους ασθενείς	25	41,7	41,7	83,3
	Στην μείωση του άγχους εργασίας	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



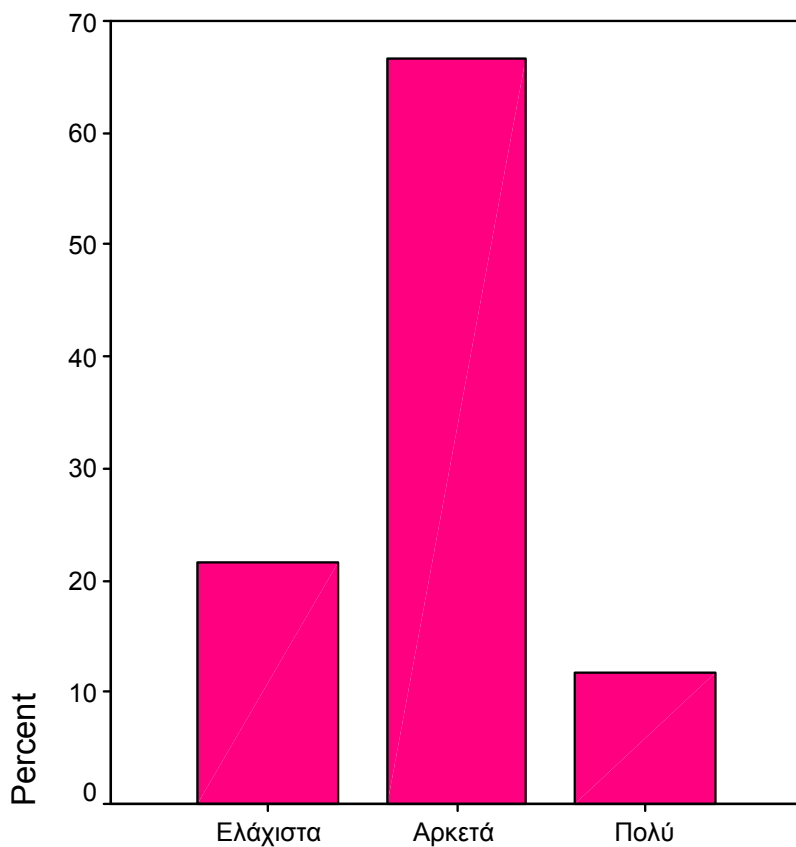
ΕΡΩΤΗΣΗ 17 Πως κρίνετε τις σχέσεις σας με τους ασθενείς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Τυπικές	16	26,7	26,7	26,7
	Ουσιαστικές	20	33,3	33,3	60,0
	Εξαρτάται από την προσωπικότητα	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



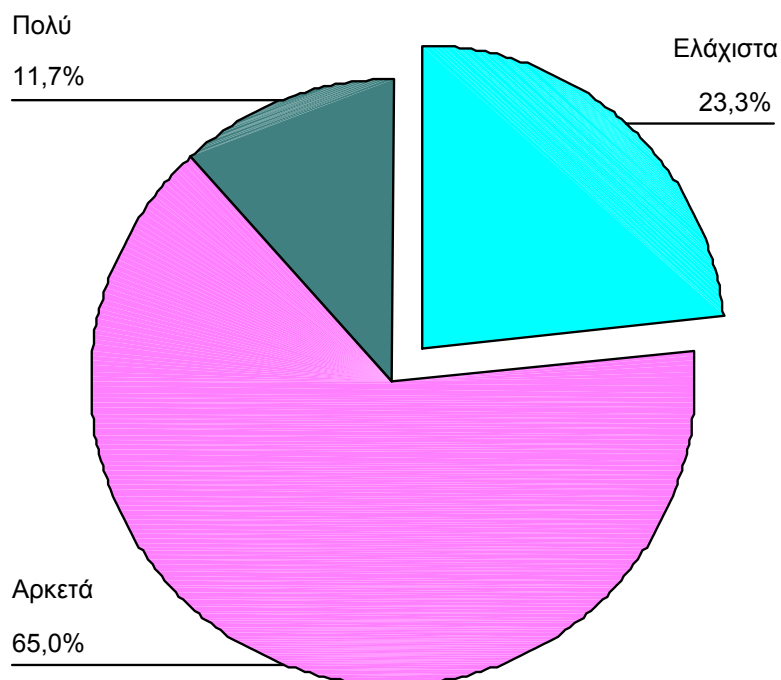
ΕΡΩΤΗΣΗ 18 Θεωρείτε πως η βαρύτητα της ασθένειας επηρεάζει την επικοινωνία σας με τον ασθενή;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελάχιστα	13	21,7	21,7	21,7
	Αρκετά	40	66,7	66,7	88,3
	Πολύ	7	11,7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



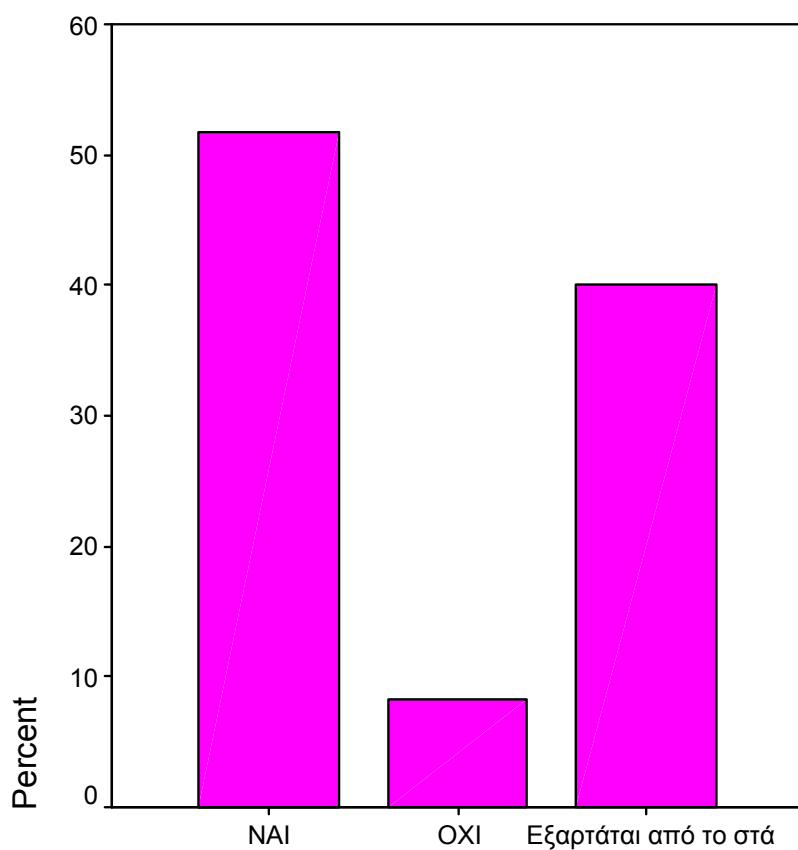
ΕΡΩΤΗΣΗ 19 Θεωρείτε πως το στάδιο της ασθένειας επηρεάζει την επικοινωνία σας με τον ασθενή;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ελάχιστα	14	23,3	23,3	23,3
Αρκετά	39	65,0	65,0	88,3
Πολύ	7	11,7	11,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	



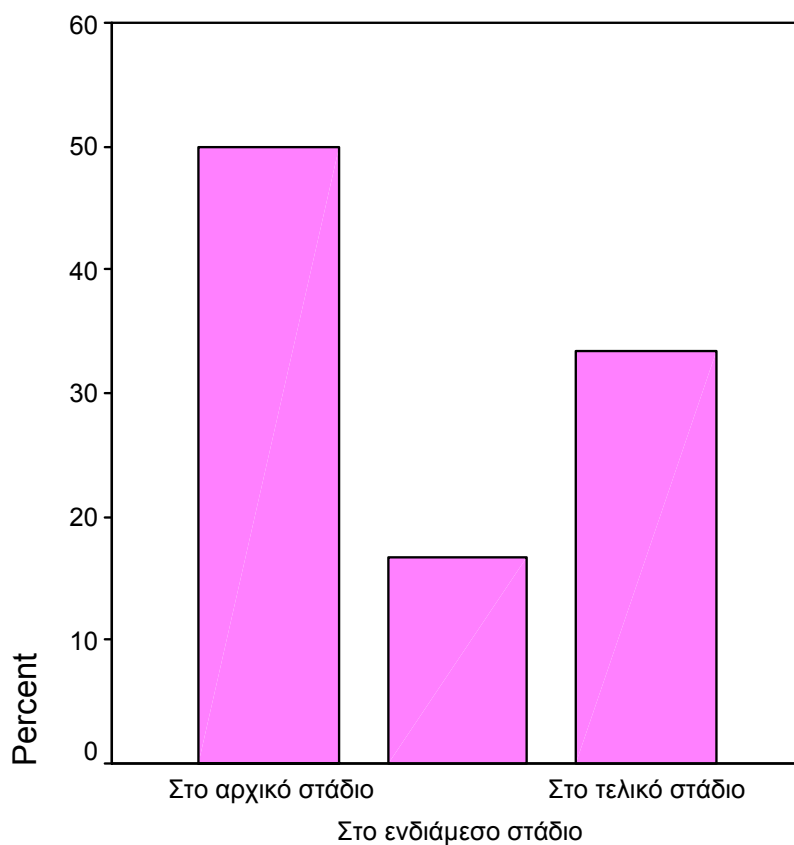
ΕΡΩΤΗΣΗ 20 Θεωρείτε πως η ενημέρωση του ασθενούς για την πορεία της ασθένειάς του και την θεραπευτική του αγωγή πρέπει να είναι ειλικρινής;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	31	51,7	51,7	51,7
	ΟΧΙ	5	8,3	8,3	60,0
	Εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



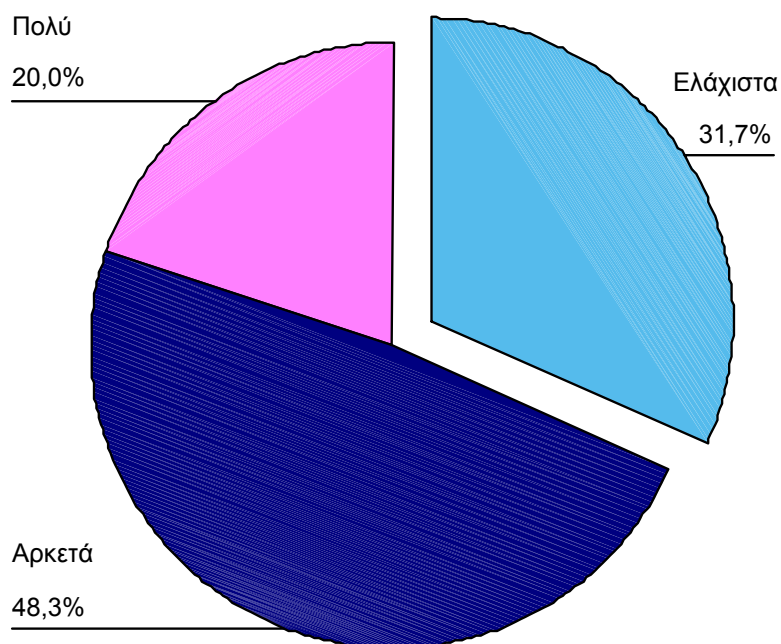
ΕΡΩΤΗΣΗ 21 Αν απαντήσετε το 3 , σε ποιο στάδιο νομίζετε ότι πρέπει να είναι ειλικρινής;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Στο αρχικό στάδιο	3	5,0	50,0	50,0
	Στο ενδιάμεσο στάδιο	1	1,7	16,7	66,7
	Στο τελικό στάδιο	2	3,3	33,3	100,0
	Total	6	10,0	100,0	
Missing	System	54	90,0		
Total		60	100,0		



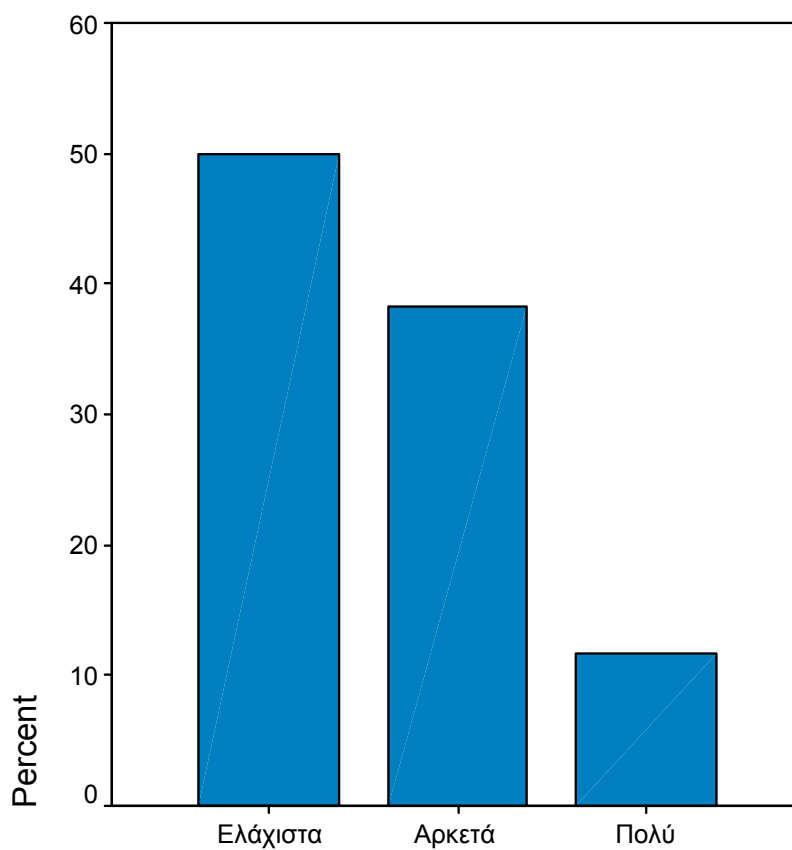
ΕΡΩΤΗΣΗ 22 Πιστεύετε πως η προσωπικότητα του ασθενούς (φύλο, μορφωτικό επίπεδο) επηρεάζει την σχέση σας με τον ασθενή;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ελάχιστα	19	31,7	31,7	31,7
Αρκετά	29	48,3	48,3	80,0
Πολύ	12	20,0	20,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	



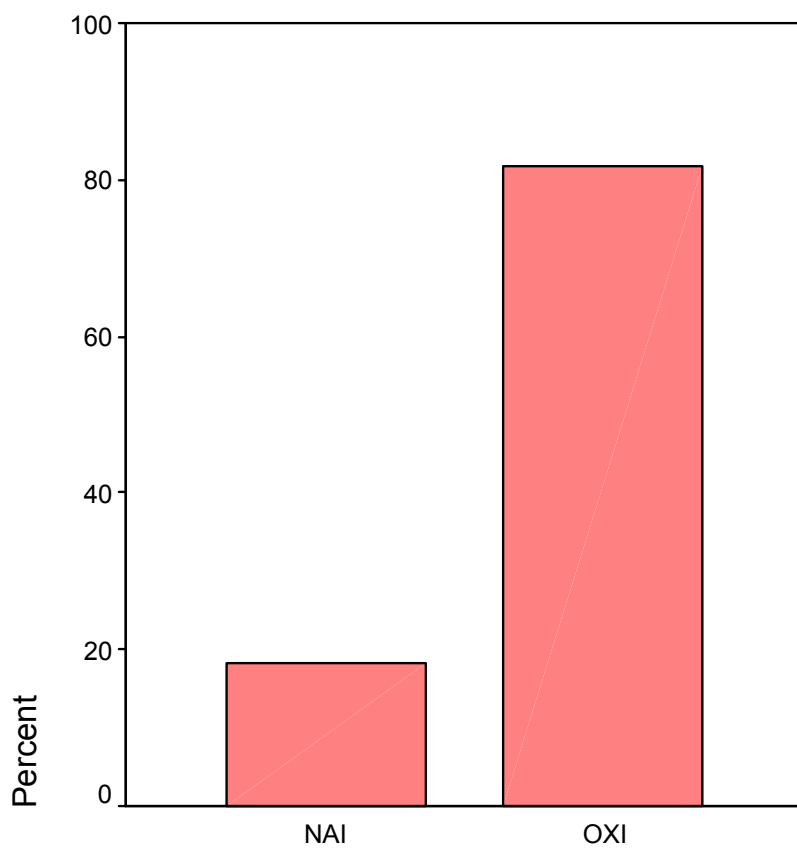
ΕΡΩΤΗΣΗ 23 Πιστεύετε πως η σχέση του ασθενούς με το οικογενειακό του περιβάλλον επηρεάζει τη σχέση σας μαζί του;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ελάχιστα	30	50,0	50,0	50,0
Αρκετά	23	38,3	38,3	88,3
Πολύ	7	11,7	11,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	



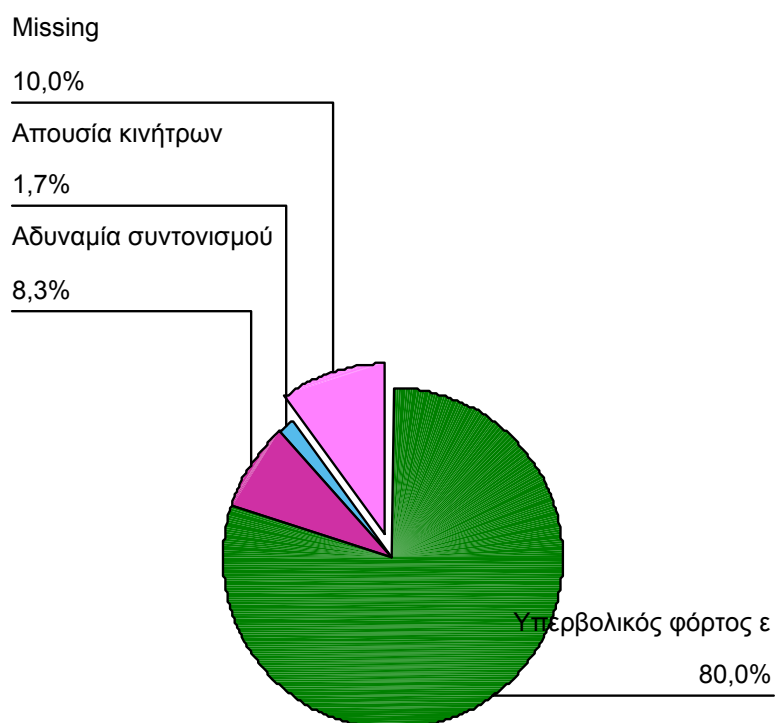
ΕΡΩΤΗΣΗ 24 Θεωρείτε πως οι συνθήκες εργασίας σας ευνοούν την επικοινωνία με τον ασθενή;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	11	18,3	18,3	18,3
	OXI	49	81,7	81,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



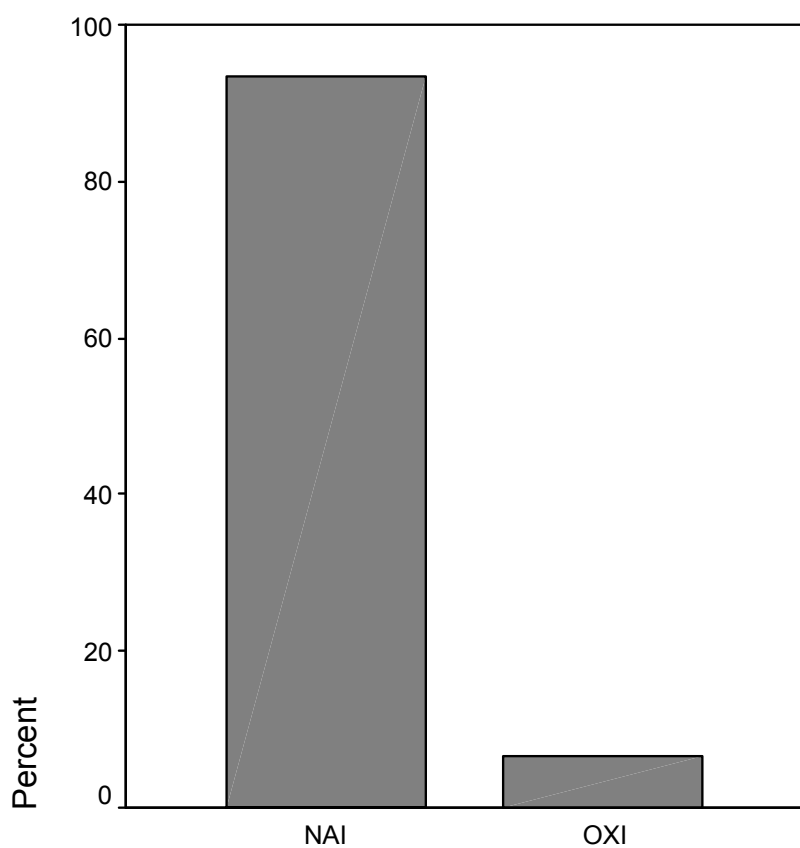
ΕΡΩΤΗΣΗ 25 Αν όχι, που οφείλεται;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Υπερβολικός φόρτος εργασίας	48	80,0	88,9	88,9
	Αδυναμία συντονισμού με συναδέλφους	5	8,3	9,3	98,1
	Απουσία κινήτρων	1	1,7	1,9	100,0
	Total	54	90,0	100,0	
Missing	System	6	10,0		
Total		60	100,0		



ΕΡΩΤΗΣΗ 26 Θεωρείτε πως αν βελτιωθεί η σχέση σας με τον ασθενή θα ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	56	93,3	93,3	93,3
	OXI	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



ΕΡΩΤΗΣΗ 27 Αν όχι, γιατί:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν το επιτρέπει η σοβαρότητα της ασθένειας	2	3,3	50,0	50,0
	Δεν το επιτρέπει η σχέση του και η αντιμετώπιση του από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον	2	3,3	50,0	100,0
	Total	4	6,7	100,0	
Missing	System	56	93,3		
Total		60	100,0		

