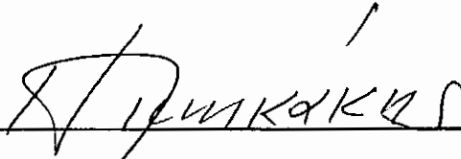


Copyright by
Καραμπελιά Κατερίνα
1998

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ

Εγκρίνεται – Υπογραφές



Γιαννικάκης Ηλίας, Ph.D.
Καθηγητής Ψυχολογίας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Ζαγούρα Σταυρούλα
Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Θεοδωράτου Μαρία
Ψυχολόγος – Επιστημονικός Συνεργάτης
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Σεπτέμβριος 1998

| | |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 2720 |
|----------------------|------|

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|---|----|
| ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ | I |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ | II |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ | |
| I. | |
| - Εισαγωγή | 1 |
| - Σκοπός της μελέτης | 3 |
| - Ορισμοί Όρων | 4 |
| II. | |
| - Ιστορική Αναδρομή | 8 |
| - Τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού | 10 |
| - Βρεφική ηλικία | 11 |
| - Προσχολική ηλικία | 12 |
| - Σχολική ηλικία | 14 |
| - Εφηβική ηλικία | 16 |
| - Αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με την υγεία και την Ασθένεια | 18 |
| - Εκλυτικοί παράγοντες ψυχολογικών προβλημάτων | 20 |
| - Το παιδί στο Νοσοκομείο | 21 |
| III. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | 24 |
| - Αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του | 26 |
| - Ο πόνος και το άγχος που προκαλεί η αρρώστια | 27 |
| - Οι παράλογες προσδοκίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για παθητική συμμετοχή του παιδιού στις θεραπευτικές διαδικασίες | 27 |
| - Οι ερμηνείες που δίνει το παιδί σχετικά την αρρώστια του | 28 |
| - Ατμόσφαιρα οικογένειας κατά την διάρκεια της αρρώστιας του παιδιού | 29 |
| - Χαρακτηριστικά ψυχολογίας άρρωστου παιδιού | 30 |

| | |
|---|-----------|
| - Ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στους γονείς | 31 |
| IV.ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ | 33 |
| - Αντιδράσεις παιδιών με χρόνιο πρόβλημα υγείας | 35 |
| - Αντιδράσεις γονέων | 37 |
| - Αντιδράσεις αδελφών | 38 |
| V. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | 40 |
| - Πλεονεκτήματα παραμονής μητέρας στο νοσοκομείο | 43 |
| - Προβλήματα παρουσίας της μητέρας στο νοσοκομείο | 44 |
| - Πρόσκληση για την αποφυγή συγκρούσεων μητέρας προσωπικού υγείας | 45 |
| VI.ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ | 47 |
| - Ψυχολογική γνωστική προετοιμασία του παιδιού πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο | 47 |
| - Οργάνωση χώρου διακόσμηση παιδιατρικού νοσοκομείου | 49 |
| - Συναισθηματική στήριξη νοσηλευόμενου παιδιού | 50 |
| - Ενημέρωση - Προετοιμασία | 51 |
| - Ενεργητική συμμετοχή | 52 |
| - Ψυχολογική επεξεργασία εμπειριών νοσηλευόμενου παιδιού | 52 |
| VII. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΧΝΙΔΙ | 54 |
| - Το παιδί και το παιχνίδι | 54 |
| - Παιγνιοθεραπεία στο νοσηλευόμενο παιδί | 55 |
| VIII.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ | 60 |
| - Κοινωνική Εργασία στα νοσοκομεία | 60 |
| - Ρόλος Κοινωνικού λειτουργού σε Παιδιατρική κλινική | 62 |

| | |
|---|----|
| - Συνεργασία του Κοινωνικού λειτουργού με το προσωπικό υγείας | 66 |
| - Επιμόρφωση γονέων | 69 |
| - Ο ρόλος του προσωπικού υγείας | 71 |

ΙΧ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ 74

| | |
|----------------|----|
| - Συμπεράσματα | 74 |
| - Εισηγήσεις | 78 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

| | |
|---|----|
| A. Ένα παιδί στο νοσοκομείο | 81 |
| B. Δικαιώματα παιδιού | 85 |
| Γ. Πρόγραμμα λειτουργίας Κοινωνικής Υπηρεσίας σε νοσοκομείο | 86 |
| Δ. Μοντέλα Υγείας (Διαφορές) | 88 |
| Ε. Ζωγραφιές νοσηλευόμενων παιδιών | |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ τον υπεύθυνο καθηγητή μου Δρ. Ηλία Γιαννικάκη για την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχε, για τις κατευθύνσεις που μου έδωσε και τη συνεργασία που πρόσφερε σ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ τους υπευθύνους της Ιατρικής Βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου Πατρών καθώς και της δημοτικής βιβλιοθήκης Πατρών και της κεντρικής Βιβλιοθήκης του Τ.Ε.Ι Πάτρας για τη βοήθεια στην εύρεση βιβλιογραφικού υλικού.

II

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988), η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο αποτελεί αναμφισβήτητα μια συναισθηματικά φορτισμένη εμπειρία τόσο γι' αυτό όσο και για την οικογένεια του.

Έτσι, όταν η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελέσει πραγματικότητα για το παιδί, τότε αυτό έρχεται αντιμέτωπο όχι μόνο με τα συμπτώματα της αρρώστιας του και τις ιατρικές διαδικασίες που θα ακολουθηθούν στην διάρκεια της διάγνωσης και θεραπείας αλλά και με την απομάκρυνση από το οικείο περιβάλλον του και την αλλαγή του καθημερινού τρόπου ζωής του.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα ψυχολογικά προβλήματα που αφορούν τόσο το ίδιο το παιδί, όσο και την οικογένεια του και κυρίως τη μητέρα. Αλλά και να συνειδητοποιήσει το προσωπικό του νοσοκομείου ότι δεν πρέπει να αντιμετωπίζει την κάθε πάθηση σαν μια οργανική διαταραχή και να αγνοεί τις ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντολογικές όψεις της αρρώστιας.

Στην Παιδιατρική κλινική ο νοσηλευόμενος αντιμετωπίζεται πρώτα σαν παιδί με την Α προσωπικότητα, τις προτιμήσεις, τις αντιδράσεις του.

Βασικό μέλημα του προσωπικού ενός Παιδιατρικού νοσοκομείου είναι να εξασφαλίζουν στο παιδί άνεση και ασφάλεια και να ρυθμίζουν έτσι το καθημερινό του πρόγραμμα, ώστε να καλύπτει όσο το δυνατό όλες τις ανάγκες και να πλησιάζει όσο το δυνατό στις καθημερινές του δραστηριότητες πριν από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Επιπλέον σημαντική είναι η παραμονή της μητέρας ή του πατέρα δίπλα στο παιδί. Ο ρόλος της μητέρας είναι πολύ λεπτός αφού αυτή παίζει αναμφισβήτητα πρωταρχικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία του παιδιού. Επιπλέον απαραίτητη είναι και η ύπαρξη τμήματος παιγνιοθεραπείας για τους μικρούς νοσηλευόμενους για να αισθάνονται άνεση στο νοσοκομείο και να ζουν κατά το δυνατό στον δικό τους κόσμο.

III

Για να επιτευχθεί ο σκοπός της μελέτης έγινε προσπάθεια να καλυφθεί το θέμα βιβλιογραφικά. Όπου γίνεται αναφορά στα παρακάτω κεφάλαια: α) Την ιστορία ίδρυσης των πρώτων νοσοκομείων για παιδιά β) τις ψυχολογικές επιπτώσεις που έχει η εισαγωγή ενός παιδιού στο νοσοκομείο γ) τις αντιδράσεις των παιδιών με χρόνια πρόβλημα υγείας και των οικογενειών τους δ) το ρόλο που διαδραματίζει η παραμονή της μητέρας κοντά στο άρρωστο παιδί της ε) τις προϋποθέσεις για την ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομειακό περιβάλλον ζ) τη σημασία της Παιγνιοθεραπείας για το νοσηλευόμενο παιδί η) Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας και η συνεργασία του με το υπόλοιπο προσωπικό.

Στη συνέχεια, με βάση τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συζήτηση των αποτελεσμάτων, έγιναν συγκεκριμένες προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Για τους περισσότερους ανθρώπους η κυριότερη αιτία μεταφοράς κάποιου σ' ένα Νοσοκομείο προκειμένου να αντιμετωπίσει ένα οξύ πρόβλημα υγείας, είναι η ανάγκη να νοιώσει "ασφαλής". Παρ' όλα αυτά όμως οι περισσότεροι ασθενείς δεν βιώνουν το Νοσοκομείο σαν ένα "ασφαλές μέρος" αλλά μάλλον σαν μια "ανασφαλή" και "απειλητική" κατάσταση.

Αυτό όπως αναφέρει ο Keirse (1983) οφείλεται σε δυο κυρίως λόγους:

"Πρώτον στο ότι η αρρώστια βάζει ένα ξαφνικό και αναπάντεχο τέλος στις καθημερινές φυσιολογικές ασχολίες κάποιου ατόμου και αρχίζει να εξαρτάται από άλλους, αισθάνεται χαμένο, αδύναμο και ανασφαλές και δεύτερον, στο ότι ασφάλεια κατά το άτομο μπορεί να υπάρχει σε μια οικεία ατμόσφαιρα που να εμπνέει Εμπιστοσύνη" (Εκλογή, σελ. 96)

Θεωρείται λοιπόν το περιβάλλον του Νοσοκομείου από το άτομο ιδιαίτερα οδυνηρό και ολοκληρωτικά ξένο, πόσο μάλλον για ένα παιδί που έχει ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτεί ειδικές φροντίδες σε όλη την πορεία της ανάπτυξης του και που με την ξαφνική εισαγωγή του στο Νοσοκομείο καλείται να αντιμετωπίσει σύμφωνα με τον Δοξιάδη (1986) "ένα περιβάλλον όχι μόνο ξένο αλλά και ασυνήθιστο με χώρους πολύ πιο μεγάλους από το δωμάτιο του σπιτιού του, με ανθρώπους πιο πολλούς και περίεργα ντυμένους με διάφορες επώδυνες ή δυσάρεστες επεμβάσεις και κυριότατα με αποχωρισμό από τα οικεία πρόσωπα" (σελ. 589)

Ως εκ τούτου όπως αναφέρουν η Νταβού και ο Χρηστάκης (1994) με τα παιδιά παρερμηνεύουν και χρησιμοποιούν τους όρους "ασθένεια" - "Νοσοκομείο" - "Γιατρός" περισσότερο σαν μέσο εκφοβισμού και κάθε άλλο παρά βοηθούν τα παιδιά να διαμορφώσουν μια σαφή αντίληψη τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμη δυσκολότερη η προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομειακό περιβάλλον (σελ. 125)

Η ψυχολογία του άρρωστου παιδιού και γενικά του άρρωστου ατόμου έχει μεγάλη σημασία για την θεραπεία και την εξέλιξη της αρρώστιας.

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) σε μιαν αρρώστια δεν δημιουργούνται μόνο προβλήματα που οφείλονται στη νόσο αυτή καθ' αυτή αλλά επιδρούν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. (σελ. 195)

Η συστηματική γνώση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της αρρώστιας στο παιδί και την οικογένεια του θα βοηθήσει ώστε να γίνονται ουσιαστικότερες προσπάθειες για την κατάλληλη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αφού όπως επισημαίνει ο Nichols (1989) "Τα Νοσοκομεία διακρίνονται για την ιδρυματοκεντρική οργάνωση παροχής υπηρεσιών που είναι προσαρμοσμένη περισσότερο στα δικά τους δεδομένα και λιγότερο στις ανάγκες των νοσηλευόμενων (Ποταμιανός, 1995 σελ.190)

Επιπλέον η γνώση των κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών των νοσηλευόμενων πιθανώς να βοηθήσει το προσωπικό υγείας να συνειδητοποιήσει ότι η θεραπεία δεν έγκειται μόνο στο σώμα αλλά και στην ψυχή.

Η παρούσα μελέτη ίσως δώσει το έναυσμα να αναθεωρηθούν οι επικρατούσες απόψεις στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στις Παιδιατρικές κλινικές, για το λόγο ότι τα παιδιά αντιδρούν περισσότερο έντονα από τους ενήλικες, αλλά και οι επιπτώσεις της νοσοκομειακής νοσηλείας μπορεί να είναι τραυματικές για την ομαλή ανάπτυξή τους.

Επίσης ύστερα από μελέτη πολλών άρθρων και συγγραμμάτων διαπιστώθηκε ότι είναι περιορισμένος ο αριθμός των μελετών που έχουν γίνει αναφορικά με το νοσηλευόμενο παιδί. Για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση του θέματος, έτσι ώστε να γίνουν έρευνες - μελέτες στο θέμα αυτό και ειδικότερα στο ρόλο που διαδραματίζει το προσωπικό υγείας ως αναφορά την ολιστική προσέγγιση του άρρωστου παιδιού και της οικογένειάς του.

Σκοπός της Μελέτης

A. Γενικοί σκοποί της μελέτης είναι:

α) Να παρουσιάσει τα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στο παιδί μετά από την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο

β) Να γίνει αναφορά στο ρόλο που παίζουν οι γονείς και ιδιαίτερα η Μητέρα (εφ' όσον αναμφισβήτητα αυτή παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία του παιδιού) στην αποδοχή και προσαρμογή του παιδιού στο Νοσοκομείο, αλλά και στα προβλήματα που πιθανόν να προκύψουν ανάμεσα σ' αυτήν και το προσωπικό υγείας.

γ) Να διευκρινιστεί ποιος είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο της υγείας και ειδικότερα σε μια παιδιατρική κλινική και ποια η σχέση του με το υπόλοιπο προσωπικό υγείας.

B. Οι επί μέρους σκοποί της μελέτης είναι:

α) Επεξεργασία του θέματος για το αν η προετοιμασία του παιδιού για το χώρο του νοσοκομείου και η πληροφόρηση του σχετικά με την αρρώστια του μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των ψυχολογικών επιπτώσεων.

β) Αναφορά στα παιδιά με χρόνια πρόβλημα υγείας όπου η εισαγωγή και μακρόχρονη παραμονή στο Νοσοκομείο είναι γι' αυτά και τις οικογένειες τους μια δεδομένη κατάσταση.

γ) Η σημασία της Παιγνιοθεραπείας για την όσο το δυνατό ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο Νοσοκομείο, καθώς και το πως η διαμόρφωση του χώρου μιας Παιδιατρικής κλινικής προδιαθέτει αρνητικά ή θετικά στην εμφάνιση επιπλέον ψυχολογικών προβλημάτων στο νοσηλευόμενο παιδί.

δ) Ο ρόλος του προσωπικού υγείας σ' όλη την διάρκεια παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο.

Ορισμοί Όρων

1. Αρρώστια: εκφράζει την υποκειμενική εμπειρία της νόσου όταν αυτή προκαλεί ανεπιθύμητη δυσλειτουργία στον ανθρώπινο οργανισμό, με ποικίλες ενοχλήσεις όπως πόνος, κακουχία, εξάντληση κ.τ.λ. (Αποστολόπουλος, Σημειώσεις 1995, σελ. 12)
2. Θεραπεία: έχει σκοπό να καταπολεμήσει μια νόσο ή, τουλάχιστο, να την κάνει λιγότερο ενοχλητική. Η θεραπεία διακρίνεται σε συντηρητική (με φάρμακα, δίαιτα κ.λ.π.) και χειρουργική (Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια λεξικό σελ. 2330)
3. Κρίση: Είναι μια κατάσταση κατά την οποία προσωρινά υπάρχει απειλή της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου και συνήθως προκαλείται από τα γεγονότα ζωής που δεν μπορούν να αποφευχθούν (Τσιάντης, 1993, Τεύχος Β', σελ. 120)
4. Παιδική ηλικία: Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1984) με τον όρο, παιδική ηλικία εννοούνται τρία στάδια ανάπτυξης:
 - α) το στάδιο της βρεφικής ηλικίας, που εκτείνεται από τις πρώτες μέρες της γέννησης του παιδιού, έως δυο ετών.
 - β) το στάδιο της νηπιακής ηλικίας, που εκτείνεται από δυο ετών έως πέντε ή έξι ετών.
 - γ) το στάδιο της σχολικής ηλικίας, που εκτείνεται από έξι ετών έως έντεκα ετών για τα κορίτσια και δεκατριών ετών για τα αγόρια.
5. Προσαρμογή: Είναι η κατάσταση του ατόμου που βρίσκεται σε αρμονία με το περιβάλλον του και γενικά με ότι επιδρά επάνω του. Είναι μια δραστηριότητα που έχει σκοπό να επαναφέρει κάθε φορά την ισορροπία, που έχει διαταραχθεί, προκειμένου το άτομο να προσαρμόζεται έτσι στους όρους του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος του (Σταύρου, 1984, σελ. 16,17)

6. Συναίσθημα: Κάθε γεγονός που πέφτει στην αντίληψη του, ο άνθρωπος το δέχεται με μια αντίδραση-τοποθέτηση θετική ή αρνητική. Το άτομο, μπροστά σε μια κατάσταση, νιώθει χαρούμενο, λυπημένο, θυμωμένο κ.τ.λ. Αυτή η τοποθέτηση απέναντι στα γεγονότα, οι αντιδράσεις που η αντίληψη τους προκαλεί στον άνθρωπο είναι τα συναισθήματα (Παπαδόπουλος Ν. - Ζάχος Δημ. 1985, σελ. 345)

7. Χρόνιο νόσημα στο παιδί: εννοούμε χρηστικά την κατάσταση εκείνη που παρεμποδίζει την καθημερινή δραστηριότητα για περισσότερο από 3 μήνες το χρόνο ή αναγκάζει το παιδί να νοσηλευτεί για περισσότερο από 1 μήνα το χρόνο. (Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, 1989, σελ. 11)

8. Ψυχική Υγεία: Είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα (Μαδιανός, 1989, Τόμος Α', σελ.31)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. Ιστορική Αναδρομή

Σύμφωνα με την Rossant (1988) "Η έννοια "νοσοκομείο" ως διαγνωστικό και νοσηλευτικό κέντρο είναι πολύ πρόσφατη, μέχρι το 19^ο αιώνα τα Νοσοκομεία δεν σήμαιναν στην πραγματικότητα παρά άσυλα προορισμένα για τους ενδεείς, τους ανάπηρους, τα ορφανά ή τα εγκαταλελειμμένα παιδιά. Τα άσυλα για παιδιά χρονολογούνται από το Μεσαίωνα αλλά το μόνο πράγμα που εξασφαλιζόταν ήταν μια άθλια φιλοξενία.

Η δημιουργία της Assistante publique (οργανισμός νοσοκομειακών μονάδων στην περιοχή του Παρισιού) για παιδιά τοποθετείται το 1801. Τα πρώτα νοσοκομεία για παιδιά ιδρύθηκαν το 19^ο αιώνα. Ο κύριος όμως ρόλος τους παρέμεινε κοινωνικός. Οι συνθήκες νοσοκομειακής υγιεινής, οι αυξημένες μολύνσεις καθιστούσαν το Νοσοκομείο το τελευταίο καταφύγιο των παιδιών από τις λιγότερο ευνοημένες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις." (σελ. 6)

Η πρόοδος όμως της θεραπευτικής στον 20^οαιώνα χάρη στις έρευνες του Pasteur και του Davaine (ανακάλυψη μικροβίων - τρόπος διάδοσης των μολύνσεων) συνεχίζει η Rossant (1988) άλλαξε το χαρακτήρα των Νοσοκομείων και τα μετέβαλε από τόπους απελπισίας σε ιδρύματα θεραπείας. Το Νοσοκομείο σταματά να δίνει την εικόνα του στρατώνα και οι συνθήκες νοσηλείας γίνονται πιο ανθρώπινες. Επίσης οι γιατροί αρχίζουν να συνειδητοποιούν την ανάγκη μείωσης της διαμονής των παιδιών στο Νοσοκομείο. (σελ.7)

Ως εκ τούτου ο Ποταμιάνος (1995) επισημαίνει ότι η Π.Ο.Υ. έφερε μια νέα αντίληψη όσον αναφορά τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού που είχαν στο παρελθόν ελάχιστα απασχολήσει τους ερευνητές. Οι εμπειρογνώμονες της Π.Ο.Υ. διακήρυξαν ότι οι συναισθηματικές ανάγκες κυριαρχούν του παιδιού και ότι παραβλεπόμενες έχουν σαν συνέπεια την μη ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου. (σελ.12) Οι έρευνες βέβαια συνεχίζονται και νέα αποτελέσματα εμφανίζονται συνεχώς.

Έτσι όπως αναφέρει η Rossant (1988) το 1945 ο spitz και το 1952 ο Baudly περιέγραψαν τα αποτελέσματα της στέρησης εξαιτίας της παραμονής στο Νοσοκομείο, στην πνευματική ανάπτυξη και τη συμπεριφορά των παιδιών. Την ίδια περίοδο (1952) η Anna Freud συζήτησε τις αντιδράσεις των νοσηλευόμενων εξαιτίας της φυσικής αρρώστιας στην ψυχολογική αντίδραση των παιδιών. Το 1995 οι Ridmond και Wagman μελέτησαν την ψυχολογία των παιδιών που έπασχαν από λευχαιμία. Το 1978 ο Ben Nachum σύγκρινε τη συναισθηματική αντίδραση σε παιδιά που νοσηλεύονται σε παραδοσιακό νοσοκομείο με αυτά που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο ημέρας. (σελ.129)

Άλλοι πάλι ερευνητές σύμφωνα με τη Καλαντζή - Αζίζι (1988) παρατήρησαν τη συμπεριφορά των παιδιών τόσο σε γνωστούς όσο και νέους, άγνωστους χώρους και έκαναν συσχετίσεις των μεταβολών της συμπεριφοράς με την παρουσία ή απουσία οικείων προσώπων ή άγνωστων (Aisworth, Witting 1969, Aisworth, Bell 1970, skarin (1977), όπου παρατηρήθηκε ότι η παρουσία οικείων προσώπων είχε αντίκτυπο στην συμπεριφορά (τάση για εξερεύνηση, μείωση εγωκεντρικών τάσεων) ενώ η απουσία οικείων προσώπων πολλαπλασίασε την προβληματική συμπεριφορά (σελ. 52)

Επίσης ο Knight και οι συνεργάτες του (1979) π.χ. απέδειξαν την αύξηση της κορτιζόλης δυο εβδομάδες πριν από την εγχείρηση, μια μέρα πριν και μια μέρα μετά. Τα παιδιά που είχαν τη δυνατότητα να πληροφορηθούν για την εγχείρηση δεν έδειξαν μεγάλη διαφορά πριν και μετά την εγχείρηση στους δείκτες κορτιζόλης. Ενώ τα παιδιά που ήταν απροετοίμαστα παρήγαν πολύ μεγάλες ποσότητες κορτιζόλης (ο. π σελ.51)

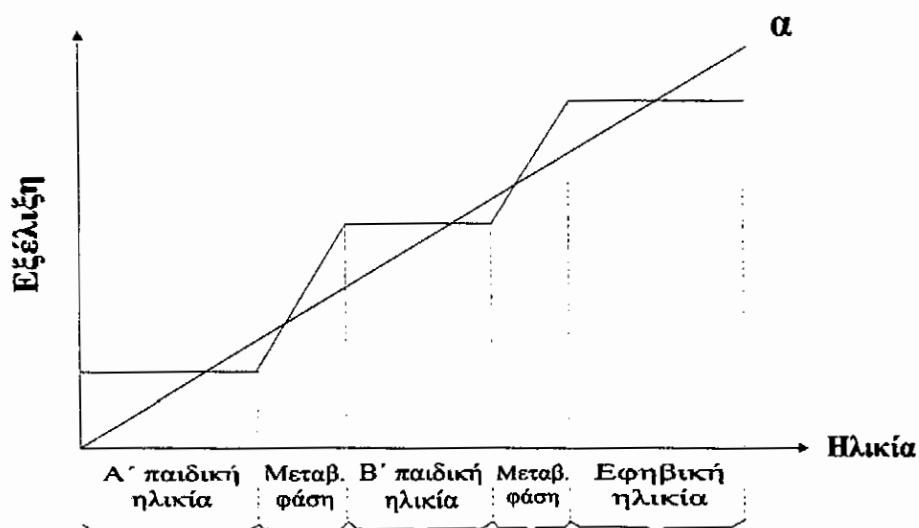
Διαπιστώνεται λοιπόν ότι όσο περνάει ο καιρός οι ερευνητές αρχίζουν να ενδιαφέρονται για την ψυχολογία του άρρωστου παιδιού και συνειδητοποιούν ότι είναι πολύ βασική η προετοιμασία για μια πιθανή νοσηλεία από ψυχολογική πλευρά. Αυτό βέβαια είναι απόρροια της λύσης των άλλων βασικών ιατρικών θεμάτων που απασχολούσαν παλιότερα την ανθρωπότητα. Όλοι βέβαια ελπίζουν πως τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών θα γίνουν ευρύτερα γνωστά και θα εφαρμοστούν στην πράξη για να μπορεί κανείς να πει ότι η εισαγωγή και παραμονή ενός παιδιού στο νοσοκομείο δεν θα αλλάξει καθόλου το καθημερινό του πρόγραμμα ή ακόμα και την ζωή του.

2.Τα στάδια Ανάπτυξης του παιδιού

Σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο και Ζάχο (1985) "Η εξέλιξη του ατόμου παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα στα διάφορα χρονικά διαστήματα της αναπτυξιακής του πορείας" (σελ.73)

Γεγονός που επισημαίνει, ότι όλοι όσοι συνδιαλέγονται καθημερινά με παιδιά αλλά και η μελέτη των προβλημάτων τους δεν είναι δυνατή, αν δεν γνωρίζει κανείς τις μεταβολές που συμβαίνουν στην ψυχική ζωή του ανθρώπου με την πάροδο της ηλικίας από την σύλληψη έως τη γεροντική ηλικία και το πως οι επιδράσεις του περιβάλλοντος, μπορούν να επηρεάσουν την αναπτυξιακή εξελικτική του πορεία.

Η εξέλιξη συνεχίζει ο Παπαδόπουλος και Ζάχος (1985) είναι μια συνεχής πορεία, όπως παριστάνεται με την ευθεία γραμμή (α) του σχήματος που ακολουθεί.



Το μοντέλο της εξέλιξης σε μια συνεχή πορεία (γραμμή α)

Στην προσπάθεια να δοθεί συνοπτικά για κάθε ηλικία μια συνολική εικόνα και επειδή αντικείμενο της συγκεκριμένης μελέτης είναι τα "παιδιά", θα γίνει παρουσίαση της ανάπτυξης του ατόμου από τη βρεφική ως την εφηβική ηλικία η οποία χωρίζεται σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985):σε τέσσερις (4) περιόδους: τη βρεφική, την προσχολική,την σχολική και την εφηβική ηλικία. (σελ. 9)

α) Βρεφική ηλικία

" Η βρεφική ηλικία εκτείνεται από τη γέννηση ως το τέλος του 2^{ου} έτους. Στη φάση αυτή, η οποία ως σημειωθεί είναι η βραχύτερη από όλες τις άλλες περιόδους της ατομικής ζωής, πραγματοποιούνται οι πιο εντυπωσιακές αλλαγές. Σε καμία άλλη αναπτυξιακή περίοδο, δεν γίνεται τόσο μεγάλη ποσοτική και ποιοτική πρόοδος. Ο άνθρωπος έρχεται στον κόσμο ανήμπορος για ν' αυτοεξυπηρετηθεί και να διατηρηθεί στη ζωή. Στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής, κατορθώνει ν' ασκήσει έλεγχο πάνω στο σώμα του και ν' αποκτήσει σωματική ισχύ, δεξιότητες και βασικές συνήθειες, που του εξασφαλίζουν μια σχετική αυτονομία από τους άλλους." (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Α, σελ.127)

Η ανάπτυξη της βρεφικής ηλικίας πραγματοποιείται στο σωματικό - κινητικό, στο γνωστικό, στο γλωσσικό και στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης.

Στο σωματικό και κινητικό τομέα, πραγματοποιούνται ποικίλες αλλαγές, στην εξωτερική μορφή του σώματος και στις κινητικές δεξιότητες. Οι πιο εντυπωσιακές από τις κατακτήσεις αυτές του βρέφους, είναι η ικανότητα να ελέγχει το βάρος του σώματός του και να στέκεται όρθιο και η μετατόπισή του στο χώρο. Έτσι τώρα μπορεί να κινείται μόνο του, εξερευνώντας το περιβάλλον και να αυτοεξυπηρετείται. (Χουρδάκη, 1995, σελ.26)

Στο γνωστικό τομέα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), το βρέφος έρχεται στον κόσμο χωρίς να έχει συνείδηση του εαυτού του και του κόσμου, αλλά σύντομα κατορθώνει να συνειδητοποιήσει τι συμβαίνει γύρω του. Διαθέτει ένα αρκετά αναπτυγμένο αντιληπτικό σύστημα, που του επιτρέπει ν' ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Πειραματίζεται με τα μέσα που διαθέτει. Επιπλέον μπορεί να διατηρεί μια σταθερή εικόνα των αντικειμένων και να γνωρίζει ότι τ' αντικείμενα συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμα κι αν δεν τα βλέπουμε. Παρ' όλα αυτά όμως δεν διαθέτει ακόμη εσωτερικούς συμβολισμούς της εξωτερικής πραγματικότητας. (τόμος Α, σελ.127-128)

Στο γλωσσικό τομέα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) το βρέφος κατορθώνει από το κλάμα και τους πρώτους ήχους και ψελλισμούς, να παράγει από τον ενδέκατο (11) κιάλας μήνα, την πρώτη λέξη. Χρησιμοποιεί μονολεκτικές προτάσεις και τον τηλεγραφικό λόγο. Ο λόγος του όμως παραμένει ελλειμματικός. Μπορεί όμως το βρέφος να κατανοεί από τη γλώσσα των ενήλικων πολύ περισσότερο απ' όσα μπορεί να εκφράσει και να εκτελεί οδηγίες που του δίνονται προφορικά. (ο.π. σελ.128)

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης το βρέφος αποκτά στα δυο πρώτα χρόνια της ζωής του, θετικά και αρνητικά συναισθήματα όπως αγάπη, φόβος, ζήλια, θυμός. Τα συναισθήματα αυτά συνδέονται με διάφορα πρόσωπα του περιβάλλοντος του. Σ' αυτό το στάδιο ζωής, χαρακτηριστική είναι η προσκόλληση στη μητέρα που ξεκινά από τον 7^ο ή 8^ο μήνα. Παρατηρείται άγχος προς τα ξένα πρόσωπα και το άγχος του αποχωρισμού. (Χουρδάκη, 1995, σελ.30-40)

Αργότερα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), η τάση για προσκόλληση επεκτείνεται και σε άλλα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος (πατέρας, αδέρφια). Η στάση των προσώπων αυτών είναι καθοριστική για την απόκτηση της βασικής εμπιστοσύνης και της συναισθηματικής ασφάλειας του ατόμου, στα οποία στηρίζεται η ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας. (τόμος Α, σελ.216-217)

β) Προσχολική ηλικία

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), " Η νηπιακή ηλικία εκτείνεται από το 3^ο ως το 5^ο ή 6^ο έτος της ηλικίας. Αρχίζει με τη μεταβίβαση από την εξάρτηση στην αυτονομία και αυτάρκεια του παιδιού και τελειώνει με την είσοδό του στο σχολείο. (τόμος Β, σελ.11)

Πραγματοποιούνται αρκετές αλλαγές, που αναλυτικότερα κατά τομείς είναι :

Στο σωματικό τομέα, η ανάπτυξη συνεχίζεται με αργό ρυθμό τώρα, σε αντίθεση με τη βρεφική ηλικία.

"Η πρόοδος γίνεται με επιβραδυνόμενο ρυθμό, αλλά είναι πιο ποικίλη και επηρεάζεται περισσότερο από την άσκηση και την εμπειρία και λιγότερο από την ωρίμανση. Οι αναλογίες του σώματος μεταβάλλονται δραστικά.(Παρασκευόπουλος 1985, τόμος Β, σελ.11)

Στον κινηματικό τομέα, το νήπιο ασκεί έλεγχο πάνω στο σώμα του και στο περιβάλλον του. Η έντονη κινητικότητα είναι το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου.

Στο νοητικό τομέα κατά τον Παρασκευόπουλο (1985) οι αλλαγές είναι εντυπωσιακές "εμφανίζεται η συμβολική λειτουργία και η χρήση της γλώσσας. Αρχίζει να παράγει εσωτερικά σύμβολα τα ποια αντιπροσωπεύουν τα εξωτερικά αντικείμενα και τις μεταξύ τους σχέσεις." (τόμος Β, 1985, σελ.11). Κάνει πολυάριθμες ερωτήσεις (πώς και γιατί) με σκοπό να γνωρίσει τη ζωή και τη φύση. Έχει μια έντονη επιθυμία να μαθαίνει. Μπορεί να επεξεργάζεται και να αυτοσχεδιάζει ατέλειωτες ερωτήσεις. Δεν είναι όμως ακόμα ικανό να διατυπώσει λογικές και συναφείς προτάσεις, ενώ παράλληλα η σκέψη του παρουσιάζει λειτουργικές αδυναμίες. Μεταξύ του πέμπτου και του έκτου χρόνου η ανεξαρτησία του έχει αναπτυχθεί ακόμη πιο πολύ.

Στον τομέα της συναισθηματικής ανάπτυξης, το χαρακτηριστικό είναι η τάση αυτονομίας του παιδιού μέσα από μια συνεχής ενίσχυση του "εγώ" του. Κατά τον Παρασκευόπουλο (1985) "το παθητικό και εξαρτημένο βρέφος έχει γίνει τώρα μια ξεχωριστή ατομικότητα με πείσμα, ανυπακοή, αρνητισμό, εκρήξεις θυμού, αδικαιολόγητες φοβίες κ.α. Όλες αυτές οι αντιδράσεις ανησυχούν και προβληματίζουν τους γονείς." (τόμος Β, 1985, σελ.12).

Στον τομέα της κοινωνικής ανάπτυξης, τα ενδιαφέροντα του νηπίου στρέφονται από τον εαυτό του και το οικογενειακό του περιβάλλον στους συνομήλικους του. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας σχηματίζουν ομάδες οι οποίες αποτελούνται από παιδιά του ίδιου φύλου, είτε στη γειτονιά είτε στο χώρο του Νηπιαγωγείου. Η ηλικία αυτή είναι η ηλικία του παιχνιδιού μέσω του οποίου το παιδί μαθαίνει τα βασικά στοιχεία της κοινωνικής ζωής, αλλά προετοιμάζεται και για την είσοδό του στο σχολείο. Για το λόγο αυτό η νηπιακή ηλικία αποκαλείται και προσχολική. (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ.12).

γ) Σχολική ηλικία

"Η σχολική ηλικία, εκτείνεται από το 6ο έτος έως την ηλικία, που το άτομο γίνεται σεξουαλικά ώριμο, (ως το 11ο έτος για τα κορίτσια και το 13ο έτος για τα αγόρια). Χαρακτηρίζεται ως περίοδος της βιοσωματικής σταθερότητας και υγείας, της γνώσης, της λογικής, της ομάδας των συνομηλίκων, της δράσης και της φιλοπονίας" (Παρασκευόπουλος 1985, τόμος Γ, σελ. 11).

Η ανάπτυξη στην περίοδο αυτή πραγματοποιείται στο σωματικό - κινητικό τομέα, στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης, στον τομέα της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και στον τομέα της ηθικότητας.

Στο σωματικό και κινητικό τομέα, η πρόοδος, που παρατηρείται είναι περισσότερο ποιοτική, παρά ποσοτική. Ο ρυθμός αύξησης των μερών του σώματος, μειώνεται, ενώ ελέγχονται και προσδιορίζονται όλες οι βιοσωματικές και ψυχοκινητικές διεργασίες. Έτσι κατά την περίοδο αυτή, οι ψυχοκινητικές δεξιότητες αποκτούν ισχύ και σταθερότητα (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Γ, σελ.11).

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), στο νοητικό τομέα το παιδί περνά, από τον εγωκεντρισμό και τη διαισθητική λογική της νηπιακής ηλικίας, στη συνεπή και σταθερή λογική. Αποκτά γνωστικά λογικά σχήματα όπως της έννοιας, του αριθμού κ.α. Η σκέψη όμως του παιδιού, στην περίοδο αυτή, είναι ακόμη ελλιπής, γιατί παραμένει δέσμια της συγκεκριμένης πραγματικότητας. Δεν έχει την δυνατότητα να χειριστεί αφηρημένες έννοιες και τυπικά λογικά σχήματα επιπλέον ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής είναι το γεγονός, ότι οι ατομικές διαφορές στη νοημοσύνη, γίνονται πιο αισθητές και διαφαίνονται από την πρόοδο του παιδιού, στα σχολικά του μαθήματα (τόμος Γ, σελ. 11)

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης, το ενδιαφέρον του παιδιού, στρέφεται προς τους συνομηλίκους κυρίως του ίδιου φύλου, και σχηματίζει ομάδες. Οι ομάδες αυτές έχουν τη δική τους γλώσσα και το δικό τους κώδικα συμπεριφοράς. Το παιδί ενδιαφέρεται να γίνει αποδεκτό από την ομάδα, στην οποία έχει ενταχθεί.

Στην περίοδο αυτή το σχολείο αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κοινωνικοποίησης αφού μέχρι τώρα το βασικό ρόλο στην κοινωνικοποίηση του παιδιού έπαιζε η Οικογένεια.

"Μπροστά του, προβάλλει ένα κοινό σχολικό πρόγραμμα, το οποίο θα αποτελέσει και κοινό μέτρο σύγκρισης με τους άλλους. Έτσι το παιδί αποκτά καλύτερη αυτογνωσία" (Παρασκευόπουλος 1985, τόμος Γ, σελ. 12).

Το παιδί με την είσοδο του στο σχολείο για πρώτη φορά συνειδητοποιεί ότι δεν έχει μόνο απαιτήσεις αλλά και υποχρεώσεις απέναντι στους άλλους.

Στον τομέα της ανάπτυξης της προσωπικότητας όπως επισημαίνει ο Παρασκευόπουλος (1985) στο παιδί στην περίοδο αυτή υπάρχει η συνείδηση της έννοιας του καθήκοντος και της ανάγκης για επιτεύγματα. Ενδιαφέρεται για την ολοκλήρωση της εκτέλεσης δραστηριοτήτων, που έχει επιλέξει και βιώνει την ικανοποίηση της απόκτησης μιας δεξιότητας. Αν δεν το κατορθώσει αυτό θα οδηγηθεί σε συναισθήματα κατωτερότητας και ανεπάρκειας (τόμος Γ, σελ. 12).

Σχετικά με τον τομέα της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης, το παιδί της σχολικής ηλικίας, διέρχεται μια περίοδο ηρεμίας, πριν την "καταιγίδα" της ήβης. Στον τομέα της ηθικότητας, το παιδί δεν θεωρεί τους ηθικούς κανόνες αμετάβλητους και δίνει έμφαση στην πρόθεση της πράξης, παρά στα αποτελέσματα της. (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος ΓΗ, σελ. 14)

Συμπερασματικά, το παιδί, με την είσοδο του στο σχολείο, απομακρύνεται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον και εισέρχεται στον κόσμο των ενηλίκων. Για την προσαρμογή του στο νέο αυτό περιβάλλον αλλά και σε νέες καταστάσεις που θα βιώσει απαραίτητη είναι η απόκτηση ορισμένων δεξιοτήτων και μορφών συμπεριφοράς, στις οποίες βασικό ρόλο, θα παίξουν η οικογένεια, το σχολείο και οι συνομήλικοι και θα το βοηθήσουν να αντεπεξέλθει ικανοποιητικά σε πρωτόγνωρες γι' αυτό δυσκολίες.

δ) Εφηβική ηλικία

Η εφηβική ηλικία αποτελεί σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) "το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση" (Τόμος Δ, σελ.11)

Η εφηβεία διακρίνεται σε δυο επιμέρους φάσεις: στην κυρίως εφηβεία, που αρχίζει από το 11ο έτος του ατόμου και ολοκληρώνεται στο 16ο έτος περίπου και στην εφηβική νεότητα που αρχίζει από το 16ο έτος και ολοκληρώνεται στο 20ο έτος περίπου. Στην κυρίως εφηβεία εμφανίζονται και διαμορφώνονται οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δομές που μεταβάλλουν το παιδί σε ενήλικο. Στην εφηβική νεότητα, το άτομο κάνει προσπάθειες να προσαρμοστεί στο νέο βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό του ενώ παράλληλα προσπαθεί να ενταχθεί και στην κοινωνία των ενηλίκων. (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ.12-14)

Στο βιοσωματικό τομέα, οι αλλαγές της ήβης αφορούν όλες τις παραμέτρους του σώματος: βάρος, ύψος, αναλογίες, θέση και λειτουργία οργάνων. Σαν κορυφαία βιοσωματική αλλαγή, θεωρείται η ωρίμανση, της γενετήσιας λειτουργίας. (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ.16).

Στο νοητικό τομέα κατά τον Παρασκευόπουλο (1985) κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό είναι η εμφάνιση της αφαιρετικής σκέψης. Η σκέψη κινείται τώρα όχι μόνο στο χώρο του υπαρκτού, αλλά και στο χώρο του πιθανού. Συλλαμβάνει και αναλύει όχι μόνο ότι υπάρχει στην πραγματικότητα αλλά και ότι θα μπορούσε να υπάρξει στο μέλλον. Αποτελέσματα της αφαιρετικής σκέψης είναι, ότι τώρα μπορεί ο έφηβος να προσδιορίζει εναλλακτικές λύσεις για ένα θέμα και να δημιουργεί ένα δικό του σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς (τόμος Δ, σελ.16-17).

Στον συναισθηματικό τομέα "η ζωή του εφήβου περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις όπως μεταξύ υπερδιέγερσης και λήθαργου πάθους και αδιαφορίας, χαράς και κατήφειας, φιλίας και εχθρότητας, ευφορίας και μελαγχολίας κ.τ.λ."(Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ.17)

Επιπλέον το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου παίζει καθοριστικό λόγο στην μορφή και την έκταση της αναστάτωσης της ψυχικής διάθεσης.

Στον κοινωνικό τομέα, διακρίνεται η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικους, για συμμόρφωση προς την ομάδα συνομηλίκων. Επίσης διαφοροποιούνται οι διαπροσωπικές σχέσεις του εφήβου όχι μόνο ως προς τους ενήλικους, αλλά και προς τους συνομηλίκους, αφού εμφανίζεται η ετερόφυλη σεξουαλική συμπεριφορά (Χουρδάκη, 1995, σελ. 131-144).

Η γνώση των αναπτυξιακών αλλαγών που επιτελούνται σε κάθε φάση της ζωής του παιδιού είναι σημαντική για τον καθένα, κυρίως όμως για τα άτομα που έρχονται καθημερινά σε επικοινωνία με παιδιά κάθε ηλικίας, είναι αναγκαίο να γνωρίζουν ότι σε κάθε φάση της ανάπτυξής τους, τα παιδιά έχουν ανάγκη από διαφορετικές φροντίδες. Πόσο μάλλον για το νοσηλευόμενο παιδί που συνάμα με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο γνωστικό - συναισθηματικό και κινητικό τομέα της ανάπτυξης του, έχει επωμιστεί και το φορτίο της αρρώστιας και ενός νέου περιβάλλοντος που απλώνεται απειλητικό εμπρός του.

3. Αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με την Υγεία και την Ασθένεια

Όπως αναφέρουν η Ντάβου και ο Χρηστάκης (1994) υπάρχουν δυο βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις που περιγράφουν πως αναπτύσσονται οι έννοιες της "υγείας" και της "αρρώστιας" σε ένα παιδί: η κοινωνιολογική προσέγγιση και η γνωστική - εξελικτική προσέγγιση.

Σύμφωνα με την κοινωνιολογική άποψη "οι ερμηνείες που δίνει το παιδί στην αρρώστια και στην υγεία προέρχονται από τις επιδράσεις του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει. Το παιδί υιοθετεί από τους ενήλικες ορισμένες αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας, τις οποίες προσαρμόζει μέσα σε ένα σύνολο αναπαραστάσεων που αντανακλούν τη συνολικότερη θέαση του κόσμου και της ζωής. Στην ουσία τα θεμέλια των αναπαραστάσεων των παιδιών αντανακλούν τις αναπαραστάσεις των ενηλίκων". (σελ. 16)

Σύμφωνα με τη γνωστική - εξελικτική προσέγγιση, "ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο ένα παιδί φροντίζει την υγεία του, ή αντιδρά στην ασθένεια και την θεραπεία, είναι η γνωστική και συναισθηματική ωριμότητα του". (σελ. 22)

Η κατανόηση της έννοιας της υγείας και της αρρώστιας, καθώς και οι αντιλήψεις σχετικά με το σώμα και τη λειτουργία του όπως αναφέρει η Παπαδάτου (1995) αναπτύσσονται παράλληλα με τα τρία στάδια της γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού (από τη νηπιακή ως την εφηβική ηλικία) του Piaget.

Έτσι, στο στάδιο της προενεργητικής νοημοσύνης που κυμαίνεται μεταξύ 18 μηνών και 6 ετών περίπου: "τα παιδιά πιστεύουν ότι μέσα στο σώμα τους υπάρχουν μόνο όσα μπορούν να δουν ότι τρώνε, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να αντιληφθούν ότι η τροφή μετατρέπεται σε άλλες ουσίες. Επίσης αναγνωρίζουν την ύπαρξη κοκάλων (επειδή τα νιώθουν) και αίματος (επειδή το βλέπουν όταν χτυπούν). Όταν αρρωστήσουν, αναζητούν συχνά την αιτία της αρρώστιας στον ίδιο τους τον εαυτό και αντιμετωπίζουν την θεραπεία σαν ένα είδος τιμωρίας για ορισμένες πράξεις ή προθέσεις τους". (σελ. 201)

Στο στάδιο της ενεργητικής νοημοσύνης που κυμαίνεται μεταξύ επτά και ένδεκα ετών περίπου: "τα παιδιά έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με το ανθρώπινο σώμα και τις λειτουργίες του και μπορούν να εντοπίσουν σωστά ένα περιορισμένο αριθμό οργάνων (πνεύμονες, καρδιά κ.α.)

Όταν αρρωστήσουν, συνήθως πιστεύουν ότι η ασθένεια τους οφείλεται σε μικρόβια, χωρίς όμως να γνωρίζουν πως μεταδίδονται". (ο. π σελ. 202)

Τέλος, στο στάδιο των τυπικών νοητικών ενεργειών: "ο έφηβος, ο μεγαλύτερος των δώδεκα ετών είναι πλέον σε θέση να κάνει υποθετικούς συλλογισμούς και γενικεύσεις και επομένως μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι η αρρώστια του οφείλεται σε πολλές διαφορετικές αιτίες και τα άτομα είναι άλλα περισσότερο και άλλα λιγότερο ευάλωτα σε οργανικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ο έφηβος μπορεί πλέον να κατανοήσει ιατρικές ερμηνείες και να υπομένει τη θεραπεία. (σελ. 202)

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι τα παιδιά αντιδρούν και αντιλαμβάνονται με τον δικό τους μοναδικό τρόπο τις έννοιες της "αρρώστιας" και της "θεραπείας", ανάλογα με την ηλικία και τις γνωστικές τους ικανότητες. Γεγονός που επισημαίνει ότι όλοι όσοι ασχολούνται με το νοσηλευόμενο παιδί θα πρέπει να γνωρίζουν (αυτές τις αντιλήψεις), ώστε να είναι ανάλογη η πληροφόρηση και ψυχολογική φροντίδα που τυχόν θα παράσχουν.

4. Εκλυτικοί παράγοντες ψυχολογικών προβλημάτων

Ο Τσιάντης (1993) αναφέρεται στους παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων στο παιδί κατά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, χωρίζοντας τους σε γενικούς και ειδικούς παράγοντες.

Α. Γενικοί παράγοντες

1. οξεία εισαγωγή
2. εισαγωγή χωρίς προετοιμασία του παιδιού και των γονέων
3. Ηλικία του παιδιού. Επηρεάζονται περισσότερο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας.
4. Εισαγωγή του παιδιού χωρίς την συνοδεία των γονέων του ή άλλου οικείου προσώπου.
5. Ακατάλληλη στάση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (επιθετική ή ψυχρή στάση, απροθυμία κ.α.)". (σελ. 114)

Β. Ειδικοί παράγοντες

1. Προηγούμενες εμπειρίες εισαγωγών στο Νοσοκομείο, ιδίως εμπειρίες αρνητικές για το παιδί και τους γονείς.
2. Προηγούμενη συναισθηματική στέρηση του παιδιού ή και διαταραγμένη σχέση γονέων παιδιού
3. Επιφυλάξεις των γονέων ή της μητέρας να μείνουν κοντά στο άρρωστο παιδί τους κατά την διάρκεια της παραμονής στο Νοσοκομείο, επειδή πιθανόν στεναχωρούνται που αφήνουν τα άλλα παιδιά και τον / τη σύζυγο". (σελ.115)

5. Το παιδί στο Νοσοκομείο

Για τα περισσότερα παιδιά η εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο αποτελεί μια ψυχοπιεστική εμπειρία. Το παιδί σύμφωνα με την Rossant (1988) "μπαίνει στο Νοσοκομείο μέσα σ' ένα κλίμα αγωνίας και επείγουσας κατάστασης. Το επικίνδυνο συχνά οργανικό πρόβλημα αυξάνει το αίσθημα του φόβου. Επιπλέον για κάποια παιδιά, η τεταμένη ατμόσφαιρα που επικρατεί μέχρις ότου γίνει η διάγνωση, συμβάλλει στη δημιουργία ενός κλίματος τρόμου που μπορεί να επιδεινωθεί από τις συνθήκες υποδοχής και την έναρξη της θεραπείας". (σελ. 30)

Το γεγονός αυτό και το ότι η ασθένεια επιφέρει στο παιδί πολλές αλλαγές ξεκινώντας από την αλλαγή του περιβάλλοντος και φτάνοντας μέχρι τη νέα κατάσταση που βιώνει σχετικά με το σώμα του και με το πως έχει αντιληφθεί την αρρώστια, δημιουργεί στα παιδιά πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία διαταράσσουν τον ψυχικό και συναισθηματικό τους κόσμο.

Φαίνεται λοιπόν πως η εισαγωγή του παιδιού στο Νοσοκομείο μπορεί να γίνει αφορμή να δημιουργηθούν τραυματικές εμπειρίες τόσο στο ίδιο, όσο και στους γονείς του. Το αποτέλεσμα είναι ότι μπορεί να επηρεαστεί η προσωπικότητα και η ψυχοκοινωνική του εξέλιξη. Βέβαια και οι ενήλικες επηρεάζονται από την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο.

Τα παιδιά όμως επηρεάζονται όπως επισημαίνει ο Τσιάντης (1993) σε σημαντικότερο βαθμό για τους εξής λόγους:

1. Το επίπεδο ωριμότητας του παιδιού (συναισθηματικής και νοητικής), εξαιτίας της οποίας το παιδί δεν μπορεί να διεργαστεί εσωτερικά τις διάφορες εμπειρίες που βιώνει.
2. Το γεγονός ότι η προσωπικότητά του δεν έχει πλήρως αναπτυχθεί και τείνει να δίνει δικές του ερμηνείες σε διάφορα γεγονότα που του επισυμβαίνουν." (σελ. 107)

Επιπλέον η έκταση του συναισθηματικού τραύματος που θα έχει η εισαγωγή του παιδιού στο Νοσοκομείο εξαρτάται σύμφωνα με τον Illingworth (1995) από πολλούς παράγοντες: α) την ηλικία του, β) την προσωπικότητά του, γ) από τις σχέσεις γονέων - παιδιού στο σπίτι, δ) από την ψυχολογική προετοιμασία για την είσοδό του στο Νοσοκομείο, ε) το περιβάλλον μέσα στο οποίο θεραπεύεται.

Όσον αφορά την ηλικία ο Δοξιάδης (1986) αναφέρει " ότι στους πρώτους τρεις μήνες της ζωής ο χωρισμός από την μητέρα δεν είναι αισθητός, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι και σ' αυτή την ηλικία το νοσοκομειακό περιβάλλον είναι τα καταλληλότερο για την κανονική ανάπτυξη του παιδιού. Έχει π.χ. παρατηρηθεί να μην κερδίζει βάρος ένα γερό και τελειόμηνο νεογέννητο που παραμένει σ' ένα μαιευτήριο για κοινωνικούς λόγους. Μόλις όμως παραληφθεί από τη φυσική ή θετή μητέρα του, χωρίς καμία μεταβολή στο διαιτολόγιο του αρχίζει να κερδίζει 200 - 300g την εβδομάδα." (σελ.589).

Η πλέον όμως ευαίσθητη ηλικία, συνεχίζει ο Δοξιάδης (1986) όπου η επίδραση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος είναι εμφανή, είναι μετά τους τρεις μήνες έως και την ηλικία τουλάχιστον των πέντε χρόνων. Από την ηλικία αυτή και έπειτα η ικανότητα του παιδιού να καταλαβαίνει την έννοια του χρόνου, να αντιλαμβάνεται απλές εξηγήσεις, η ικανότητα του αργότερα να διαβάζει, να γράφει, να ασχολείται με διάφορα παιχνίδια μειώνουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλεί η παραμονή του στο Νοσοκομείο ενώ δε μερικά μεγαλύτερα παιδιά μπορεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο να αποτελέσει μια ωφέλιμη εμπειρία, που συντελεί στην ανεξαρτητοποίηση και στη συναισθηματική τους ωρίμανση. (ο.π. σελ.589)

Η ηλικία κατά την Παπαδάτου (1995) που γίνεται πιο φανερή η επίδραση του νοσοκομείου στο παιδί είναι η προσχολική επειδή :

" Το παιδί σ' αυτή την ηλικία διαθέτει ένα περιορισμένο και λιγότερο αναπτυγμένο φάσμα στρατηγικών μεθόδων αντιμετώπισης των στρεσογόνων συνθηκών και εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους γονείς του " (σελ.206)

Επίσης η προσωπικότητα του παιδιού όπως αναφέρει ο Illingworth (1970) έχει σημασία για την συναισθηματική διαταραχή που δημιουργείται εξαιτίας της εισαγωγής στο Νοσοκομείο. Μερικά παιδιά προσαρμόζονται εύκολα στις νέες συνθήκες, ενώ άλλα είναι τόσο προσκολλημένα στην μητέρα τους που υφίστανται μεγάλο "κλονισμό" όταν αποχωριστούν απ' αυτή. (σελ.450)

Αλλά και η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιού συνεχίζει ο Illingworth (1970) είναι εξίσου σημαντική και μπορεί να επηρεάσει την ομαλή ή μη προσαρμογή του παιδιού στο Νοσοκομείο χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ένα παιδί τριών ετών το οποίο παθαίνει μεγάλη αναστάτωση από τον αποχωρισμό από την μητέρα του είχε κακή διαπαιδαγώγηση στο σπίτι. (σελ.450)

Επιπλέον κατά τον Illingworth (1970) "όταν είναι δυνατό, το παιδί πρέπει να προετοιμάζεται ψυχολογικά για την είσοδο του στο νοσοκομείο. Αυτό όμως είναι αδύνατο στην περίπτωση ενός πολύ μικρού παιδιού. Το μεγαλύτερο παιδί, όπως π.χ. το νήπιο των 3 χρόνων, μπορεί να οδηγηθεί προηγουμένως στο θάλαμο και να ακούσει μερικές από τις εμπειρίες, τις οποίες θα αντιμετωπίσει στο Νοσοκομείο. Το χειρότερο όμως θα ήταν να απειλούν οι γονείς το παιδί, ότι εάν δεν κάνει ότι του πουν, δεν θα το αγαπούν, ή θα "πάρουν άλλο παιδί" ή θα το αφήσουν εκεί." Με βάση τα παραπάνω είναι φυσικό το παιδί να θεωρεί την είσοδο του στο νοσοκομείο σαν "τιμωρία". (ο.π. σελ.450)

Ως εκ τούτου και το περιβάλλον μέσα στο οποίο νοσηλεύεται το παιδί λέει ο Illingworth είναι διαφορετικό από το γνώριμο περιβάλλον του σπιτιού του. "Καταρχήν καλείται να συμβιώσει στον ίδιο θάλαμο με άλλα άγνωστα γι' αυτό πρόσωπα. Κατ' αραϊά διαστήματα το επισκέπτεται κάποιος με λευκή μπλούζα, τον οποίο ποτέ προηγουμένως δεν είχε δει. Του προσφέρονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, φαγητά, τα οποία δεν είχε συνηθίσει. Κανείς δεν γνωρίζει τίποτε για τις προτιμήσεις του. Το γνωστό του "κύπελλο" και το "πιάτο" απουσιάζουν. Δεν έχει παιχνίδια ή έχει μόνο ένα "αρκουδάκι", αλλά αυτό δεν είναι το αγαπημένο του. Δεν του δίνεται ευκαιρία να εξασκήσει τις νέες του δεξιότητες. Η προσωπικότητα και η ατομικότητά του συνήθως παραβλέπονται." (σελ.451)

Από τα παραπάνω είναι επιτακτική η ανάγκη μιας ολοκληρωμένης και ομαδικής προσέγγισης, που θα πρέπει να προσφέρεται στο νοσηλευόμενο παιδί, για την όσο το δυνατό ελαχιστοποίηση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλεί η εισαγωγή του στο Νοσοκομείο.

" Η φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού σε επίπεδο βιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό αποτελεί μια πρόσκληση για συλλογική αντιμετώπιση της υγείας του."(Παπαδάτου, 1988, σελ.261)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η εισαγωγή ενός παιδιού σε νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί σύμφωνα με την Sheridan (1976) σαν μια απειλητική κατάσταση στη ζωή του. Γιατί αναγκάζεται να αποχωριστεί το φυσιολογικό τρόπο ζωής του μέσα στην οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον. Επιπλέον η αρρώστια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Αλλά και το "νοσοκομείο" (χώροι, αντικείμενα, προσωπικό) είναι όλα άγνωστα για το παιδί. Συγκεκριμένα αυτές οι απειλές βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με την περίοδο αναπτύξεως του και με τις φαντασιώσεις του για την ασθένεια (σελ. 40)

Γίνεται φανερό ότι η ασθένεια επηρεάζει άμεσα το παιδί παράλληλα, όμως, επηρεάζει και το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον που, με τη σειρά τους, μπορούν έμμεσα να επηρεάσουν το παιδί, αλλά και το προσωπικό του νοσοκομείου που συχνά δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες που θα παρουσιαστούν στο νοσηλευόμενο παιδί.

Είναι επομένως σημαντικό να αναφερθούν οι παράγοντες με τους οποίους μπορεί να επηρεαστεί η ψυχική υγεία του παιδιού όταν είναι άρρωστο.

Σύμφωνα με τα πορίσματα ερευνητικής δουλειάς της Παπαδάτου (1995) ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που προκαλούν έντονο στρες στο παιδί είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Ο χωρισμός από τα αγαπημένα πρόσωπα κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.
- 2) Ο πόνος και το άγχος που βιώνει εξαιτίας της αρρώστιας του.
- 3) Οι προσδοκίες του ιατρονο - σηλευτικού προσωπικού για παθητική συμμετοχή του παιδιού στις θεραπευτικές διαδικασίες.
- 4) Οι ερμηνείες και οι φαντασιώσεις του παιδιού σχετικά με την αρρώστια και τις θεραπευτικές διαδικασίες.

4) Οι ερμηνείες και οι φαντασιώσεις του παιδιού σχετικά με την αρρώστια και τις θεραπευτικές διαδικασίες.

5) Η οικογενειακή ατμόσφαιρα που δημιουργείται σαν συνέπεια της αρρώστιας του παιδιού". (σελ. 197)

1. Αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του

Μια από τις βασικές πηγές ψυχικού stress για το παιδί είναι ο αποχωρισμός από τα αγαπημένα του πρόσωπα και το περιβάλλον στη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Ειδικότερα για ένα παιδί προσχολικής ηλικίας που ποτέ δεν αποχωρίστηκε την οικογένεια του, η περίοδος της νοσηλείας είναι έντονα τραυματική κυρίως για τα παιδιά αυτής της ηλικίας γιατί όπως αναφέρει ο Τσιάντης (1987) "α) είναι πιο ευάλωτα β) έχουν μεγαλύτερες ανάγκες, γ) είναι περισσότερο εξαρτημένα από τους γονείς τους". (σελ. 310).

Ειδικότερα η Παπαδάτου (1988) υποστηρίζει ότι το παιδί των 2 - 4 χρόνων περνάει από τις συγκεκριμένες φάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του:

1. Στάδιο διαμαρτυρίας: φωνάζει, κλαίει, αρνείται να φάει, γίνεται συχνά ενουρητικό και συνήθως αποκρούει κάθε προσπάθεια προσέγγισης του προσωπικού που προσπαθεί να το παρηγορήσει.

2. Στάδιο απελπισίας: μοιάζει πιο ήρεμο, το κλάμα του είναι μονότονο και απελπισμένο. Δεν ενδιαφέρεται για όσα συμβαίνουν γύρω του. Αυτή όμως η επιφανειακή ηρεμία του εκδηλώνει την βαθιά ανέκφραστη θλίψη του.

3. Στάδιο απάρνησης: αρχίζει να φέρεται σαν ένα φυσιολογικό παιδί που τρώει, παίζει, συμμετέχει στη ζωή του θαλάμου και που, όταν η μητέρα του επιστρέφει, δείχνει να αδιαφορεί για τον ερχομό ή την αποχώρησή της." (σελ. 257)

Τα μεγαλύτερα παιδιά σύμφωνα με την Ραϊμπό (1978) ανησυχούν στην αρχή περισσότερο για την αρρώστια και τις θεραπευτικές διαδικασίες που θα υποστούν παρά για τον χωρισμό τους, από το οικογενειακό και σχολικό τους περιβάλλον. Το παιδί συχνά ανησυχεί μήπως κατά τη διάρκεια της ασθένειας του, χάσει την αγάπη των γονιών του, εξαιτίας του ότι είναι άρρωστο και τους δημιουργεί έγνοιες, απαιτεί φροντίδες και επειδή όταν υποφέρει τους λυπεί. (σελ. 30)

Επίσης όπως επισημαίνει ο Τσιάντης (1987) τα αποτελέσματα του αποχωρισμού μπορεί να είναι εξίσου τραυματικά και σε μεγαλύτερα παιδιά, ιδίως αν είχαν προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού από τους γονείς τους, ή άλλες εμπειρίες που δημιούργησαν συναισθηματική στέρηση (σελ. 310)

2. Ο πόνος και το άγχος που προκαλεί η αρρώστια

Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1987) "τα παιδιά έχουν την τάση να θεωρούν οτιδήποτε συμβαίνει στο σώμα τους και τους προκαλεί πόνο σαν ένδειξη ότι δεν τους φέρονται καλά, ότι τα τιμωρούν, ότι τους επιτίθενται. Έτσι, ο πόνος μπορεί να συνοδεύεται από άγχος το οποίο τον εντείνει". (σελ. 313)

Επιπλέον συνεχίζει ο Τσιάντης επειδή το μικρό παιδί αισθάνεται και βλέπει τους ενήλικους σαν παντοδύναμους, μπορεί να πιστέψει ότι δεν κάνουν κάτι για να το ανακουφίσουν από τον πόνο, όχι γιατί δεν μπορούν αλλά επειδή είναι επιθετικοί εναντίον του. Με αποτέλεσμα πολλές φορές το παιδί να συνεχίζει να πονάει, να διαμαρτύρεται κατηγορώντας άμεσα ή έμμεσα τους ενήλικους, και τελικά αυτοί να γίνονται όντως επιθετικοί μαζί του και να επιβεβαιώνεται έτσι η φαντασίωση του παιδιού (ο. π σελ. 314)

Μερικές φορές οι ερμηνείες αυτές και τα συναισθήματα ενοχής που δημιουργούνται, εξελίσσονται σε παράλογες, ανεξήγητες φοβίες και σε ένα έντονο άγχος, κυρίως όταν το παιδί διστάζει να εκφράσει τις απορίες του ή όταν οι ενήλικοι του παραποιούν την αλήθεια.

3. Οι "παράλογες" προσδοκίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για παθητική συμμετοχή του παιδιού στις θεραπευτικές διαδικασίες

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού στο νοσοκομείο, οι επαγγελματίες υγείας συχνά απαιτούν από το παιδί να είναι ήσυχο, υπάκουο, να μη στεναχωριέται, να δέχεται παθητικά και αδιαμαρτύρητα τις ιατρονοσηλευτικές φροντίδες, να παραμένει στο κρεβάτι του χωρίς να ενοχλεί.

Αυτές οι προσδοκίες όπως αναφέρει η Παπαδάτου (1995) σε συνάρτηση με τους περιορισμούς που επιβάλλει η αρρώστεια και η θεραπεία "οδηγούν το παιδί σε παθητικότητα και ολοκληρωτική εξάρτηση, με σοβαρές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις (σελ. 208)."

Οι αντιδράσεις των παιδιών σ' αυτές τις προσδοκίες και τους περιορισμούς σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) είναι οι εξής:

“Τα μικρότερα παιδιά συχνά παλινδρομούν σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης, όπου ένιωθαν μεγαλύτερη ασφάλεια, σιγουριά κι εξάρτηση από το περιβάλλον τους. Άλλα παιδιά συμμορφώνονται παθητικά με τις προσδοκίες του περιβάλλοντος και έτσι η συμπεριφορά τους θεωρείται "υποδειγματική" από τους γονείς και τα μέλη του προσωπικού υγείας. Στην πραγματικότητα όμως τα παιδιά αυτά θεωρούν τους εαυτούς του αδύναμους να αντισταθούν και να αντιμετωπίσουν καταστάσεις πάνω στις οποίες πιστεύουν ότι δεν έχουν κανένα έλεγχο.” (σελ. 208)

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι το παιδί να οδηγείται σε μια ολοκληρωτική εξάρτηση από τους ενήλικους, να περιορίζει τις δραστηριότητες του και την εκδηλωτικότητά του και να νιώθει άγχος, θυμό και υποβάθμιση των ικανοτήτων του.

Αυτή η παθητικότητα αναφέρει η Παπαδάτου (1995) όταν παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική του εξέλιξη, που επιβραδύνεται και περιορίζεται σημαντικά. (σελ. 209)

4. Οι ερμηνείες που δίνει το παιδί σχετικά με την αρρώστια του

Ένα μικρό παιδί σε αντίθεση με τους ενήλικες δυσκολεύεται να καταλάβει γιατί αρρώστησε, γιατί πρέπει να υποβληθεί σε μια θεραπεία συχνά επώδυνη και γιατί πρέπει να αφηθεί στη φροντίδα "αγνώστων".

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) "το παιδί για να ξεπεράσει το άγχος που του προκαλούν η άγνοια και η αβεβαιότητα, επιστρατεύει την φαντασία του και ερμηνεύει με το δικό του υποκειμενικό τρόπο την αρρώστια, την θεραπεία και τον πόνο. Βασιζόμενο στις περιορισμένες νοητικές ικανότητες που διαθέτει, δημιουργεί μια "προσωπική θεωρία" σύμφωνα με την οποία δίνει εξηγήσεις στις εμπειρίες που βιώνει". (σελ. 198)

Δημιουργείται έτσι μια σημαντική πηγή stress για το παιδί. Όπου το παιδί, δίνει μόνο του τις δικές του εξηγήσεις για την κατάσταση και τις μεθόδους θεραπείας του που είναι συχνά πιο τρομαχτικές από την ίδια την πραγματικότητα.

5. Ατμόσφαιρα Οικογένειας κατά την διάρκεια της αρρώστιας του παιδιού

Η στάση και τα συναισθήματα που εκδηλώνουν οι γονείς απέναντι στο άρρωστο παιδί επηρεάζουν ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το παιδί θα αντιμετωπίσει την αρρώστια του και θα συνεργαστεί στη θεραπεία του.

Οι γονείς σύμφωνα με τον Τσιάντη (1993) συχνά αισθάνονται άγχος, πανικό ή και ενοχή. Επιπλέον, αλλάζει και γι' αυτούς ο συνηθισμένος τρόπος ζωής και ο ρυθμός ζωής της οικογένειας. (σελ. 124)

Στη χώρα μας αναφέρει η Παπαδάτου (1988) οι περισσότεροι γονείς αντιμετωπίζουν το παιδί με υπερπροστασία. Δίνουν ψεύτικες πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία, ενώ ταυτόχρονα γίνονται υπερβολικά ανεκτικοί σε θέματα πειθαρχίας. Όλες αυτές οι αντιδράσεις δημιουργούν στο παιδί μια εσωτερική σύγχυση και πρόσθετη ανησυχία, γιατί διαισθάνεται ότι κάτι πολύ σοβαρό του συμβαίνει που "απαγορεύεται" να το συζητήσει.

Η υπερπροστασία δίνει στο παιδί το μήνυμα ότι είναι "ανίκανο" και "αδύναμο" να αντιμετωπίσει την αρρώστια του με το απαραίτητο θάρρος, υπευθυνότητα και αυτοπεποίθηση.

Επιπλέον η Χουρδάκη (1982) αναφέρει ότι "οι γονείς όταν έχουν ένα άρρωστο παιδί χάνουν την αυτοκυριαρχία τους δεν μπορούν να επιβληθούν στον εαυτό τους, πανικοβάλλονται και το χειρότερο πολλές φορές δεν κρύβουν την ανησυχία τους από το παιδί και την μεταφέρουν με τις κινήσεις τους.

Το παιδί από την δική του πλευρά προσπαθεί να μαντέψει κοιτάζοντας κατάματα τους μεγάλους τι πρόκειται να πάθει, τι πρόκειται να περάσει". (σελ. 100)

Όλες αυτές οι αντιδράσεις των γονιών στην ξαφνική αρρώστια του παιδιού τους επιδεινώνουν ακόμα περισσότερο το άγχος και την ανησυχία του, που κάθε άλλο παρά βοηθούν στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας.

6.Χαρακτηριστικά ψυχολογίας άρρωστου παιδιού

Ο Τσιάντης (1993) επισημαίνει μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχολογίας του άρρωστου παιδιού στην οξεία και ξαφνική ασθένεια τα οποία είναι τα εξής:

1. Άγχος στο ίδιο το παιδί.
 - α. Από τον πόνο ή τις σωματικές εκδηλώσεις της αρρώστιας.
 - β. Από τον πανικό και το φόβο που βλέπει να έχουν οι γονείς του.
 - γ. Από την αναστάτωση του συνηθισμένου τρόπου ζωής και τους διάφορους αποχωρισμούς που συνεπάγεται η εισαγωγή (σπίτι, σχολείο, αδέρφια).
 - δ. Από το κλίμα και την ατμόσφαιρα που επικρατεί στο νοσοκομείο, συνήθως σε μια μέρα εφημερίας που γίνεται η εισαγωγή." (σελ. 123)

Επιπλέον η Χουρδάκη (1982) αναφέρει το αίσθημα ανασφάλειας που νιώθει το μικρό παιδί καθώς δεν ξέρει τι πρόκειται να του συμβεί και φοβάται το κάθε τι. Επίσης με την αρρώστια του στερείται πράγματα που είναι αναγκαία για την ηλικία του, έτσι π.χ. δεν μπορεί να παίξει ή να κινηθεί και δεν νοείται παιδί και ακινησία. Πολλές φορές μάλιστα εξαιτίας της αρρώστιας του δεν μπορεί να κινηθεί μόνο του, να εξυπηρετήσει τον εαυτό του, περιμένει το κάθε τι από τους άλλους. Καταδικάζεται σε μια παθητικότητα με αποτέλεσμα να δυσανασχετεί και να υποφέρει. (σελ. 99)

7. Ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στους γονείς

Η νοσοκομειακή νοσηλεία ενός παιδιού θα πρέπει να εξετάζεται πάντα σε συνάρτηση με την ψυχολογική σημασία και τις επιπτώσεις που έχει για την ενότητα της οικογενειακής μονάδας. Για τους γονείς η εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο αποτελεί συχνά πηγή αγωνίας και κάποιου συναισθήματος ενοχής.

Η Rossant (1988) αναφέρει "ότι η αγωνία των γονέων σχετικά με τη νοσηλεία του παιδιού τους γίνεται πηγή επιθετικότητας που συχνά αντιμετωπίζεται δύσκολα από το προσωπικό υγείας. Αυτή η επιθετικότητα, ωστόσο, δεν είναι παθολογική. Είναι ένα ένστικτο που συμβάλλει, όπως όλα τα άλλα, στη διατήρηση της ζωής και του είδους." (σελ. 40)

Η ασθένεια του παιδιού είναι ανησυχητική και οι γονείς την αισθάνονται ως μια προσωπική επίθεση στην οποία ανταποκρίνονται με επιθετικότητα, είτε προς το προσωπικό υγείας, είτε προς τον εαυτό τους, είτε και αυτό είναι το χειρότερο, προς το άρρωστο παιδί.

Παράλληλα συνεχίζει η Rossant (1988) "το να βάλει κανείς το παιδί του στο νοσοκομείο, είτε αιφνιδίως, είτε ακολουθώντας κάποια ιατρική εντολή, σημαίνει να το στερηθεί και να το τοποθετήσει συνειδητά μέσα σ' έναν ύποπτο και εχθρικό για τους γονείς κόσμο. Ως εκ τούτου αιωρείται ο ασυνείδητος φόβος ότι θα περάσουν σε δεύτερο πλάνο όσον αφορά στην αγάπη του παιδιού. Η μητέρα υποφέρει όχι μόνο γιατί αποχωρίζεται το παιδί της αλλά και εξαιτίας της ανικανότητας της σε σχέση με το προσωπικό που φροντίζει το παιδί." (σελ. 44)

Επιπλέον σύμφωνα με την Rossant (1988) οι γονείς όταν φέρνουν το παιδί τους στο νοσοκομείο απαιτούν γρήγορη και αποκλειστική αντιμετώπιση δεν ανέχονται να περιμένουν με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια αντίθεση ανάμεσα στην απαίτηση των γονέων για άμεση αντιμετώπιση του άρρωστου παιδιού τους και στη δουλειά του προσωπικού. Δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν ότι το πολύτιμο γι' αυτούς πλάσμα που μετράει όσο τίποτε στον κόσμο αντιμετωπίζεται από το προσωπικό υγείας σαν ένας άρρωστος μεταξύ άλλων. (σελ. 58)

“ Κανείς δεν μπορεί να παραβλέψει το σεβασμό προς ένα από τα πιο ισχυρά ένστικτα, το μητρικό και πατρικό ένστικτο, και οφείλει να καταλάβει ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει κάποτε σε ακραίες μορφές συμπεριφοράς.” (Rossant, 1988, σελ.59)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Σε αντίθεση με την ύπαρξη ενός οξέος προβλήματος υγείας που απαιτεί μια σύντομη νοσηλεία, η διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού αλλά και της οικογένειας του και αυτό γιατί η μακρόχρονη παραμονή και νοσηλεία στο νοσοκομείο, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής τους ζωής.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που θα προκύψουν εξαιτίας της χρόνιας αρρώστιας λέει η Παπαδάτου (1988) δεν βρίσκονται μέσα στο ίδιο το παιδί, αλλά είναι συνάρτηση των σχέσεων του με την οικογένεια, το προσωπικό και το κοινωνικό περιβάλλον που επηρεάζεται αναμφισβήτητα από την αρρώστια.

Κάθε παιδί αμύνεται με το δικό του προσωπικό τρόπο για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που δημιουργούνται από το χρόνιο stress που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας του. (σελ. 260)

Έτσι συνεχίζει η Παπαδάτου (1988) "μερικά παιδιά στην προσπάθεια τους να ξεπεράσουν τα συναισθήματα μειονεξίας που δημιουργεί η χρόνια αρρώστια και τους περιορισμούς που επιβάλλει, διοχετεύουν την ενεργητικότητα τους και διακρίνονται σε ορισμένους τομείς (καλλιτεχνικό, πνευματικό, κοινωνικό). Ενώ άλλα παιδιά αποσύρονται, κλείνονται στον εαυτό τους και δέχονται παθητικά την υπερπροστασία των γονιών τους δημιουργώντας έτσι σχέσεις εξάρτησης." (σελ. 260)

Ως εκ τούτου η Παπαδάτου (1988) τονίζει ότι τα παιδιά με χρόνιο πρόβλημα υγείας βιώνουν έντονα και αντιφατικά συναισθήματα.

1. Νιώθουν ντροπή γιατί διαφέρουν από τους συνομηλίκους τους και γιατί συχνά κουβαλούν το "στίγμα" της αρρώστιας, δημιουργώντας έγνοιες στην οικογένεια τους.
2. Νιώθουν υπερηφάνεια, γιατί η κατάσταση της υγείας τους παρέχει μια ξεχωριστή θέση στο κέντρο της προσοχής και της αγάπης του περιβάλλοντος." (σελ. 260)

Επιπλέον από την Παπαδάτου (1995) περιγράφονται πέντε στάδια από τα οποία το παιδί αποκτά προοδευτικά τις γνώσεις που το οδηγούν να συνειδητοποιήσει την σοβαρότητα της ασθένειας του.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αρρώστια

| 1 (διάγνωση) | 2 (περίοδος ύφεσης) | 3 (1 ^η υποτροπή) | 4 (αλληπάλληλες υποτροπές) | 5 (τελική φάση) |
|--|---|--|---|--|
| Συνειδητοποιεί ότι «αυτή» είναι μια σοβαρή αρρώστια. | Αποκτά γνώσεις σχετικά με τα ονόματα και τις παρενέργειες των φαρμάκων. | Μαθαίνει το σκοπό της θεραπείας και των διαφόρων διαδικασιών και επεμβάσεων. | Αντιλαμβάνεται ότι η αρρώστια είναι μια σειρά από αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις (-θάνατος) | Αντιλαμβάνεται ότι η αρρώστια είναι μια σειρά από αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις και καταλήγει στο θάνατο (+θάνατος) |

ΠΙΝΑΚΑΣ: Διαμόρφωση εικόνας εαυτού

| 1 (διάγνωση) | 2 (περίοδος ύφεσης) | 3 (1 ^η υποτροπή) | 4 (αλληπάλληλες υποτροπές) | 5 (τελική φάση) |
|--------------------------|--|---|---|-----------------------------|
| «Είμαι σοβαρά άρρωστος». | «Είμαι σοβαρά άρρωστος και θα γίνω καλά» | «Είμαι πάντοτε άρρωστος αλλά θα γίνω καλά». | «Είμαι πάντοτε άρρωστος και δεν θα γίνω ποτέ καλά». | «Πεθαίνω» (σελ. 223) |

Επιπλέον όπως αναφέρει η Λιακοπούλου (1994) "πολλά παιδιά κρατούν μυστική την ύπαρξη της χρόνιας ασθένειας με αποτέλεσμα να ντρέπονται για τον εαυτό τους και να προσπαθούν να αποδείξουν, μερικές φορές με αυτοκαταστροφικό τρόπο, ότι δεν είναι διαφορετικά από τα άλλα παιδιά.

Αυτή η ντροπή για τον εαυτό τους επαυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με την αντίδραση του εκπαιδευτικού και των άλλων παιδιών στο σχολείο αλλά και από την στάση της κοινωνίας, η οποία συχνά θεωρεί τα παιδιά αυτά ως άτομα δεύτερης κατηγορίας.” (σελ. 434)

Αυτή η μυστικότητα αναφορικά με την ασθένεια συνεχίζει η Λιακοπούλου (1994) είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη στη χώρα μας, παρότι δεν αποτελεί μόνο ελληνικό φαινόμενο. Γεγονός που υποδεικνύει την αλλαγή νοοτροπίας και ευαισθητοποίησης όχι μόνο των γονέων και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, ώστε να πάνε να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους περισσότερο στις ατέλειες των πασχόντων και να υποτιμούν τις δυνατότητες εξέλιξής τους. (σελ. 434)

1. Αντιδράσεις Παιδιών με χρόνια πρόβλημα υγείας

Η φάση ανάπτυξης που βρίσκεται το παιδί όταν πρωτοεμφανιστεί μια χρόνια αρρώστια είναι στενά συνδεδεμένη με τον τρόπο αντίδρασης και προσαρμογής που θα υιοθετήσει απέναντι σ' αυτή προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που θα προκύψουν.

Έτσι σύμφωνα με τα Πρακτικά συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής. (1989)

•Στη μικρή προσχολική ηλικία: “ Τα παιδιά με χρόνια νόσημα έχουν έντονο άγχος αποχωρισμού απ’ τους γονείς τους, όταν μπαίνουν στο Νοσοκομείο. Επίσης περιορισμοί στην κινητικότητα δεν τα αφήνουν να ακολουθήσουν τις δραστηριότητες των συνομήλικων τους. Παρουσιάζουν παλινδρόμηση στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά π.χ. πιπιλούν το δάχτυλο τους, επιστρέφουν στο μπιμπερό, έχουν απαιτητική ή επιθετική συμπεριφορά με αρνητισμό και μεγάλη προσκόλληση στους γονείς τους. Προσωρινά εγκαταλείπουν πρόσφατα αποκτημένες γνώσεις στο λόγο, στην κίνηση ή στον έλεγχο των σφιγκτήρων.” (σελ. 17)

• Στο τέλος της προσχολικής και στην αρχή της σχολικής ηλικίας: "Τα παιδιά βλέπουν συχνά την αρρώστια σαν τιμωρία για κάποιο παράπτωμα. Αυτό οφείλεται στην ελαττωμένη ικανότητα τους να κατανοήσουν την πραγματικότητα και στην τάση να σκέπτονται μαγικά. Έτσι π.χ. τα παιδιά που έχουν καρδιοπάθεια μπορεί να την αποδίδουν στην υπερβολική τους κινητικότητα, αυτά που έχουν Σακχαρώδη διαβήτη να θεωρούν υπεύθυνα τα πολλά γλυκά. Επίσης η παλινδρόμηση τους εκδηλώνεται με πιο ανώριμη κοινωνική συμπεριφορά, με μεγαλύτερη εξάρτηση απ' τους γονείς, δυσκολεύονται στο να μοιράζονται τα παιχνίδια με τα αδέρφια τους και με προβλήματα στη συγκέντρωση και στη μάθηση. Συχνά εμφανίζονται διαταραχές στο ύπνο τους και στο φαγητό που ισοδυναμεί με κατάθλιψη". (σελ. 18)

• Στη σχολική ηλικία: "Έχουν μεγάλο φόβο και άγχος, όταν τους δοθούν λίγες ή αντικρουόμενες πληροφορίες για την αρρώστια τους και όταν δεν μπορούν να συζητήσουν το πρόβλημα ανοιχτά με τους γονείς τους. Φοβούνται ότι θα πεθάνουν και τα προβληματίζει η απώλεια του ελέγχου πάνω στο σώμα τους, στη συμπεριφορά τους και στο περιβάλλον τους". (σελ. 18)

• Στην εφηβεία: "Ντρέπονται για την αρρώστια τους, για τους περιορισμούς που τους επιβάλλει ή για το κοινωνικό στίγμα που τη συνοδεύει. Ανησυχούν για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια στα εκπαιδευτικά ή επαγγελματικά τους σχέδια, αλλά και για την πιθανότητα που θα έχουν να παντρευτούν και να γίνουν γονείς. Επιπλέον έχουν μια σύγχυση για την ταυτότητα και τη μελλοντική τους ανεξαρτησία. Εμφανίζουν μεγάλες αλλαγές διάθεσης, αισθήματα ανεπάρκειας, απελασίας και έλλειψης βοήθειας, στερεοτυπική συμπεριφορά, προσκόλληση σε τελετουργίες και παροδικές υποχονδριακές σκέψεις.

Επίσης φοβούνται το θάνατο και μερικές φορές λειτουργούν προκλητικά με επικίνδυνη, παραπτωματική και αντικοινωνική συμπεριφορά. Ως εκ τούτου στα παιδιά με χρόνια νοσήματα διαταράσσεται η εικόνα εαυτού που είναι στενά συνδεδεμένη με την εικόνα του σώματος που είναι ο πυρήνας πάνω στον οποίο χτίζεται η ταυτότητα του παιδιού, η οποία επηρεάζεται απ' τις εμπειρίες του και τη στάση του περιβάλλοντος και συνδέεται άμεσα με την αυτοπεποίθησή του." (σελ. 18)

2. Αντιδράσεις γονέων

Η χρόνια αρρώστια του παιδιού σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) αποτελεί "βαρύ ναρκισσιστικό πλήγμα για τους γονείς και οι αντιδράσεις τους κατά την περίοδο της διάγνωσης ποικίλουν." (σελ.228)

Αρχικά "οι γονείς στην πρώτη διάγνωση του γιατρού ότι το παιδί τους πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα, βιώνουν τα ακόλουθα συναισθήματα "δεν μπορεί να είναι αλήθεια", "δεν μπορεί να συμβαίνει σ' αυτούς", "δεν μπορεί να συμβαίνει στο παιδί τους". Η άρνηση μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή μήνες και συνδέεται με ασυνείδητο αίσθημα ενοχής. Υπάρχουν παράπονα για ανεπαρκή πληροφόρηση και αναζήτηση "δεύτερης γνώμης". (Πρακτικά συνεδρίου - Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής, 1989, σελ.18)

Ακολουθεί "η φάση του φόβου και της απογοήτευσης, στην οποία αρχίζουν να αποδέχονται την πραγματικότητα και να "θρηνούν" για την απώλεια του παιδιού που θα είχαν, αν δεν αρρώστιανε. Έχουν ενοχές και κατηγορούν τον εαυτό τους για την αδυναμία τους να προστατέψουν το παιδί. Η κατηγορία μπορεί να προβάλλεται στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό ακόμα και για την μη απάντηση του παιδιού στη θεραπεία. Επιπλέον το φταίξιμο μπορεί να προβάλλεται στο σύντροφο τους με αποτέλεσμα οι σχέσεις του ζευγαριού να περνούν κρίση." (ο.π σελ.19)

Τέλος, "μετακινούνται στη φάση της λογικής αποδοχής και του σχεδιασμού στην οποία αποδέχονται την κατάσταση και τους περιορισμούς του παιδιού, χειρίζονται μόνοι τους τις ανησυχίες στην αποκατάστασή του και στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίησή του." (ο.π σελ.19)

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) η γονεϊκή τους ταυτότητα απειλείται γιατί δεν στάθηκαν "ικανοί" να φέρουν στο κόσμο ένα υγιές παιδί ή δεν κατάφεραν να το προστατεύσουν. Παράλληλα απειλείται η φιλοσοφία τους για τη ζωή, οι αξίες, τα όνειρα και οι προσδοκίες τους. Βρίσκονται αντιμέτωποι με σημαντικές αναθεωρήσεις και ριζικές αλλαγές που επηρεάζουν την υπόσταση και τη δομή της Οικογένειας. (σελ.228)

Ως εκ τούτου σύμφωνα με τα πρακτικά του συνεδρίου της ελληνικής εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής (1989) μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες που συναντούν οι γονείς που έχουν παιδιά που πάσχει από χρόνια νόσημα είναι πως θα χειριστούν τις ανάγκες του για εξάρτηση - ανεξαρτητοποίηση. Έτσι υπάρχουν γονείς που απομονώνουν τα παιδιά τους και δεν τα βοηθούν να "βγουν έξω" φυσικά, κοινωνικά και ακαδημαϊκά και άλλοι τα σπρώχνουν σε μη ρεαλιστική ανεξαρτητοποίηση. (σελ.19)

Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα που προκύπτει λέει η Παπαδάτου (1995) είναι ότι οι περισσότεροι γονείς στην Ελλάδα και τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού υιοθετούν μια προστατευτική στάση και αποφεύγουν να μιλήσουν ανοικτά με το παιδί για την αρρώστια. Με αποτέλεσμα το παιδί να στερείται ουσιαστικής υποστήριξης και να εγκλωβίζεται μέσα σε ένα κλίμα προσποίησης. (σελ. 230)

Επιπλέον όπως επισημαίνει η Λιακοπούλου (1994) "οι αντιδράσεις των γονέων θα επηρεασθούν και από την ύπαρξη κοινωνικού δικτύου πρόθυμου να τους υποστηρίξει το οποίο συνήθως αποτελείται από τους συγγενείς, τους φίλους, τους ιατρούς του Νοσοκομείου, το προσωπικό των κοινωνικών υπηρεσιών και του σχολείου. Το καλά οργανωμένο κοινωνικό δίκτυο μπορεί να βοηθήσει στις στιγμές των οξέων οικογενειακών προβλημάτων αλλά και στην κοινωνική προσαρμογή του παιδιού μετά την οξεία φάση". (σελ. 435)

3. Αντιδράσεις Αδελφών

Συνήθως ο ένας γονιός και συχνά η μητέρα σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) όταν έχει ένα παιδί με χρόνια νόσημα αναπτύσσει μια στενή σχέση μαζί του. Συγκεκριμένα η μητέρα σε μεγάλο βαθμό μονοπωλεί την παροχή υποστήριξης προς το παιδί στις κρίσιμες φάσεις της αρρώστιας. Δημιουργεί ένα μικρόκοσμο, μέσα στον οποίο απομονώνεται μαζί με το παιδί της, γεγονός που διαταράσσει τη δυναμική των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. (σελ. 230)

Οι αλλαγές αυτές όπως επισημαίνεται στα πρακτικά του συνεδρίου της Ελληνικής εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής (1989) επηρεάζουν περισσότερο τα αδέρφια του άρρωστου παιδιού τα οποία αισθάνονται εγκαταλειμμένα:

“Μπορεί να ζηλεύουν, να απαιτούν να παραπονούνται, να έχουν επιθετική και καταστροφική συμπεριφορά και μαθησιακές δυσκολίες. Τα μικρότερα αδέρφια υποκρίνονται ότι έχουν την ίδια αρρώστια ενώ τα μεγαλύτερα και οι έφηβοι μπορεί να αναπτύξουν υποσυνείδητα συμπτώματα μετατροπής, παρόμοια μ’ αυτά του άρρωστου παιδιού. Μπορεί να αναπτύξουν στάση και συμπεριφορά αυτοθυσίας ή να είναι μνησικάκα και αρνητικά.” (σελ. 20)

Παράλληλα η Παπαδάτου (1995) αναφέρει ότι αυτή η παρατεταμένη παραμέληση των αναγκών τους μπορεί να σοβαρές και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη. Γεγονός που υποδεικνύει την αναγκαιότητα έκφρασης και συζήτησης μέσα στην οικογένεια αυτών των συναισθημάτων. (σελ. 231)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η νοσοκομειακή νοσηλεία των παιδιών όπως ήδη έχει αναφερθεί επιφέρει συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς που αν δεν ληφθούν σοβαρά υπόψη πολλές φορές τείνουν να γίνουν μακροχρόνια.

Για το λόγο ότι, αντικείμενο της συγκεκριμένης μελέτης είναι το "νοσηλευόμενο παιδί" θα ήταν λάθος αν δεν γίνονταν αναφορά και σε μια άλλη παράμετρο του συγκεκριμένου προβλήματος, που η διάσταση του είναι σημαντική για την παρούσα μελέτη. Αυτό είναι ο ρόλος που έχει η παραμονή της μητέρας κοντά στο άρρωστο παιδί της.

Ήδη από το 1777 αναφέρει η Rossant (1988) ο Armstrong, ιδρυτής ενός από τα πρώτα αγγλικά εξωτερικά ιατρεία για παιδιά, έκανε την εξής δήλωση: "όταν χωρίζει κανείς ένα παιδί από τους γονείς ή την τροφό του είναι σαν να του κάνει την καρδιά χίλια κομμάτια". (σελ. 81)

Επίσης το 1920 Sir James Spence, παιδίατρος στο Newcastle - upon - Tyne, διατύπωνε μια νέα σκέψη: "Όταν ένα παιδί αρρωσταίνει, τόσο αυτό όσο και η μητέρα του, έχουν μια ξεχωριστή ανάγκη ο ένας του άλλου και επομένως, μέσα στα μέτρα βέβαια του δυνατού, δεν πρέπει να χωρίζονται, ιδίως αν το παιδί εισάγεται σε νοσοκομείο". (ο.π. σελ. 81)

Επιπλέον ο Bowlby (1958) αναφέρθηκε "για την έντονη συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί και την μητέρα του που αποτελεί τη βάση για την περαιτέρω συναισθηματική και κοινωνική του ανάπτυξη". Επίσης "τα πειράματα του Harlow έδειξαν ότι η διαπροσωπική ζεστασιά που παρέχει η μητρική αγκαλιά παίζει σημαντικό ρόλο στην δημιουργία της σύνδεσης μητέρας - παιδιού" (Παρασκευόπουλος, εξελικτική ψυχολογία, 1985 σελ. 199, 207).

Αλλά και πρόσφατες έρευνες επισημαίνει η Παπαδάτου (1995) όπως του Friedman και Sigman (1981) αναφέρονται στον καθοριστικό που παίζει στην εξέλιξη του παιδιού η διάδραση μητέρας - νεογνού. (σελ. 205)

Χαρακτηριστικό είναι και το άρθρο που αναφέρει η Rossant (1988) και που αποτέλεσε την αφετηρία να συνειδητοποιηθεί η αναγκαιότητα της παραμονής της μητέρας κοντά στο άρρωστο παιδί της και την υιοθέτηση μιας νέας αντίληψης που άλλαξε την μέχρι τότε υπάρχουσα κατάσταση και που δημοσιεύτηκε το 1965 στο βρετανικό ιατρικό περιοδικό "The Lancet" με αφορμή το γράμμα μιας μητέρας η οποία περιγράφει την πορεία της κόρης της Dawn 3 ετών, όταν χρειάστηκε να μπει στο Νοσοκομείο για αφαίρεση αδενοειδών εκβλαστήσεων και αμυγδαλών, για το κλάμα της κόρης της όταν η μητέρα λόγω του κανονισμού του Νοσοκομείου έπρεπε να την αφήσει. Για την επιλογή που παρουσίασε η κόρη της μετά την εγχείρηση και για τις ενοχές που ένιωθε η ίδια επειδή δεν βρισκόταν δίπλα της "Το γράμμα μιας μητέρας"

"Έφτασα στο νοσοκομείο 10 λεπτά νωρίτερα αλλά μου ζήτησαν να κάνω λίγη υπομονή γιατί οι γιατροί ήταν στο δωμάτιο της. Λίγα λεπτά αργότερα είδα να περνά τρέχοντας μια νοσοκόμα και μου εξήγησε ότι η κόρη μου ήταν σε κατάσταση σοκ. Θέλησα πάλι να μπω αλλά με εμπόδισαν. Παρακαλούσα πίσω από την πόρτα, όταν μια νοσοκόμα ήρθε να μου ανακοινώσει ότι η Dawn πέθανε. Πέθανε μόνη της χωρίς να μπορέσει να με δει ενώ ήμουν εκεί. Είμαι βέβαιη ότι αν ήμουν μαζί της, θα φοβόταν λιγότερο δεν θα νόμιζε ότι την εγκατέλειψαν και συνεπώς δεν θα φώναζε τόσο πολύ.

Σήμερα το πρωί αφού έγινε η κηδεία της, σας γράφω αυτό το γράμμα. Ίσως βοηθήσει στο να συνειδητοποιηθεί η σημασία της μητρικής παρουσίας κοντά στο άρρωστο παιδί, για να χρησιμεύσει τουλάχιστον σε κάτι ο θάνατος της" (σελ. 82)

Από τα παραπάνω αναλογίζεται κανείς τι να συμβαίνει σήμερα και συγκεκριμένα στα ελληνικά Παιδιατρικά Νοσοκομεία. Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995).

“Η παραμονή της μητέρας κοντά στο παιδί, κατά την διάρκεια της νοσηλείας, αποτελεί μια πρακτική που έχει πλέον καθιερωθεί σε όλα σχεδόν τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία, όπως άλλωστε γίνεται και στα περισσότερα νοσοκομεία των αναπτυγμένων χωρών”.

Παρ’ όλα αυτά όμως υπάρχουν περιπτώσεις όπου η παραμονή της μητέρας δεν είναι δυνατή και αυτό συμβαίνει στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αλλά και στις μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Πρόωρων. Με αποτέλεσμα όπως αναφέρει η Μιχαλέλη (1995) “να παρεμποδίζεται η ανάπτυξη ενός στενού και σταθερού δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού και ειδικότερα στην περίπτωση του νεογνού όπου οι επιπτώσεις μπορεί να είναι αρνητικές για τη συναισθηματική και νοητική εξέλιξη του βρέφους, αλλά και για την ανάπτυξη της μητρικής ταυτότητας της μητέρας”. (σελ. 105)

Ως εκ τούτου όπως αναφέρει η Παπαδάτου 1995 “η παρουσία της μητέρας είναι εξίσου απαραίτητη και για το παιδί της προσχολικής ηλικίας, γιατί το παιδί σ’ αυτή την ηλικία δεν είναι σε θέση να κατανοήσει ότι η ενδεχόμενη προσωρινή απουσία της μητέρας δεν σημαίνει ότι το έχει εγκαταλείψει στον απειλητικό χώρο του Νοσοκομείου”. (σελ. 105)

Γενικότερα το ζήτημα της παραμονής της Μητέρας στο Νοσοκομείο έχει συχνά απασχολήσει το προσωπικό υγείας και υπάρχει διγνώμια απόψεων αλλά και αντιδράσεις.

Χαρακτηριστικά ο Ζουμπουλάκης σ’ ένα άρθρο του στο Περιοδικό “Ιατρική” (1976) αναφέρει “Ενώ στη θεωρία, στις στατιστικές, από ψυχολογικής απόψεως φαίνονται όλα όμορφα και ενώ λέμε: “Ναι, καλό είναι να μένει η μητέρα με το άρρωστο παιδί της” δεν νομίζουμε ότι θα βρεθεί, ούτε ένας βοηθός, ούτε μια προϊσταμένη αδελφή, που να επιθυμούν και να επιδιώκουν την παραμονή της Μητέρας στο Νοσοκομείο με μεγάλο ζήλο!!”. (σελ.114)

1. Πλεονεκτήματα παραμονής μητέρας στο νοσοκομείο

Η εισαγωγή ενός παιδιού στο Νοσοκομείο συνοδεύεται με μια σειρά από αλλαγές που αφορούν τον καθημερινό τρόπο ζωής του, την αλλαγή περιβάλλοντος, την παρουσία αγνώστων προσώπων κ.α. Η ήδη επιβαρημένη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει όταν συνοδεύεται και από την απουσία της μητέρας του θα έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην ικανοποίηση των ψυχοκοινωνικών του αναγκών όσο και στην εξέλιξη της αρρώστιας του.

Ο Ζουμπουλάκης (1976) αναφέρει ότι "οι ανάγκες που έχει το παιδί να μην διασπασθεί ο δεσμός του από την μητέρα του έστω και πρόσκαιρα εξατομικεύονται ανάλογα με την προσωπικότητα του παιδιού, την προσωπικότητα της οικογένειας και με την ηλικία του". (σελ. 115)

Η Παπαδάτου (1995) αναφέρει μερικά από τα πλεονεκτήματα που έχει η παρουσία της μητέρας στο Νοσοκομείο και είναι τα εξής:

1. Η ασφάλεια που νιώθει το παιδί με αποτέλεσμα να τρέφεται καλύτερα, να κοιμάται περισσότερο.
2. Το παιδί με την κατάλληλη ενθάρρυνση και στήριξη από την μητέρα του συνεργάζεται καλύτερα με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
3. Μειώνεται η διάρκεια παραμονής του παιδιού στο Νοσοκομείο εφόσον η μητέρα μαθαίνει να παρέχει τις φροντίδες τις οποίες θα μπορούσε να συνεχίσει στο σπίτι, δίνοντας έτσι την δυνατότητα μιας πιο πρόωρης εξόδου.
4. Η μητέρα απαλλάσσεται από τα αισθήματα ενοχής που έχει επειδή αρρώστησε το παιδί της με το να συμμετέχει στην φροντίδα του.
5. Ελαττώνονται οι συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που ακολουθούν την νοσοκομειακή νοσηλεία". (σελ. 207)

Η παραμονή της μητέρας έχει θετικές επιπτώσεις και για το ίδιο το παιδί, σύμφωνα με την Rossant (1988):

1. Ικανοποιείται η ανάγκη επαφής των παιδιών με την μητέρα
2. Το παιδί παίρνει από την μητέρα περισσότερα γλωσσικά ερεθίσματα
3. Παρέχει με την παρουσία της περισσότερες δυνατότητες στο παιδί για επιδεξιότητες, δραστηριότητες και για διερεύνηση του χώρου
4. Έχει περισσότερη στοργή, υποστήριξη και καθοδήγηση, περισσότερη ασφάλεια". (σελ. 88)

Επιπλέον κατά την Rossant (1988) η παρουσία της μητέρας επιφέρει πλεονεκτήματα και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

α. Πλεονεκτήματα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

1. Καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα
2. Καλύτερη επικοινωνία με το παιδί και την οικογένεια
3. Πιο σαφείς πληροφορίες
4. Μεγαλύτερη ηρεμία ως προς τη στενή παρακολούθηση των παιδιών". (σελ. 88)

Είναι φανερό ότι η καλή ψυχική κατάσταση ενός παιδιού δεν εξαρτάται από την υπακοή του ή την καλή του θέληση να υποστεί κάτι το επώδυνο που προέρχεται από αγνώστους. Είναι καλύτερο όμως για το παιδί να αισθάνεται ελεύθερο να διαμαρτυρηθεί όταν η μητέρα είναι κοντά του παρά να υποτάσσεται χωρίς αντίρρηση κατά την απουσία της.

2. Προβλήματα παρουσίας της μητέρας στο νοσοκομείο

Σύμφωνα με τον Ζουμπουλάκη (1976) και Παπαδάτου (1995) το σημαντικότερο ίσως πρόβλημα που προκύπτει από την παραμονή της μητέρας στο Νοσοκομείο είναι ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται μερικές φορές ανάμεσα στο προσωπικό υγείας και σε αυτήν.

Αυτό κατά την Παπαδάτου (1995) οφείλεται στο ότι "Κάθε γονιός επιθυμεί να έχει τον έλεγχο όσων συμβαίνουν στο παιδί του, ενώ παράλληλα φοβάται μήπως κάποιος άλλος το χειριστεί καλύτερα από τον ίδιο. Γι' αυτό και συχνά η μητέρα υπερπροστατεύει το παιδί της, ενώ άλλες φορές τηρεί επιφυλακτική ή ακόμα και επιθετική στάση προς το νοσηλευτικό προσωπικό που αναλαμβάνει την φροντίδα και διεκδικεί ένα ρόλο παντοδυναμίας πάνω στο παιδί" (σελ. 207)

Η τεταμένη ατμόσφαιρα μεταξύ μητέρας και προσωπικού υγείας οξύνεται ακόμη περισσότερο όταν "γιατροί και νοσηλεύτριες /τες αντιμετωπίζουν τους γονείς σαν εμπόδιο, τους αγνοούν ή κατακρίνουν τη συμπεριφορά τους και επιβάλλουν την εξουσία τους πάνω στο παιδί". (ο.π σελ. 207)

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι δημιουργείται μια διαμάχη ανάμεσα στην μητέρα και το προσωπικό υγείας με αποτέλεσμα η προσαρμογή του παιδιού στο Νοσοκομείο να γίνεται ακόμη πιο δύσκολη. Επίσης ενώ όλοι υποτίθεται ότι φροντίζουν για το καλό του παιδιού και για την αποθεραπεία του στην πραγματικότητα υπάρχει ελλιπής συλλογική προσέγγιση και συνεργασία και από τις δυο πλευρές που κάθε άλλο παρά ευνοϊκή είναι για το νοσηλευόμενο παιδί.

3. Πρόσκληση για την αποφυγή συγκρούσεων μητέρας - προσωπικού υγείας

Το προσωπικό υγείας και κυρίως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αναγνωρίζει ότι οι γονείς και ιδιαίτερα η Μητέρα έχουν κάτι ουσιαστικό να προσφέρουν στην φροντίδα του παιδιού τους και αυτό σύμφωνα με την Rossant (1988) μπορεί να γίνει εφικτό.

- 1) Με το να δώσουν στις μητέρες να καταλάβουν ότι η παρουσία τους είναι επιθυμητή και χρήσιμη και όχι απλώς ανεκτή.
- 2) Να τους επισημάνουν ότι είναι απαραίτητο να ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες και συμβουλές.

3)Να τους δείξουν τι θα πρέπει να παρατηρούν στο παιδί τους για να μπορούν να περιγράψουν την κατάστασή του.

4)Να συμπεριφέρονται στις Μητέρες με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη στοργή και όχι ακολουθώντας κάποιους τύπου.

5)Να εξηγήσουν την διαφορά ανάμεσα στα καθήκοντα που μπορούν να εκπληρώσουν οι μητέρες κι αυτά που εξαρτώνται από το ειδικευμένο προσωπικό." (σελ.97)

Επιπλέον το προσωπικό υγείας δείχνοντας ότι έχει ανάγκη της συνεργασίας των γονιών, τους αναθέτει ευθύνες μερικές από τις οποίες κατά την Παπαδάτου 1995 είναι :

"1) να προετοιμάζουν έγκαιρα το παιδί για τις θεραπευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί, χωρίς να το κοροϊδεύουν ή να το ξεγελούν.

2)Να καταλαβαίνουν την σημασία των ιατρικών συμβουλών, ενώ παράλληλα επισημαίνουν έγκαιρα στο γιατρό ενδεχόμενα συμπτώματα που παρουσιάζονται στο παιδί τους.

3)Να γνωρίζουν πως ακριβώς να δράσουν σε κάποια κρίσιμη στιγμή που το παιδί τους είναι εκτός νοσοκομείου κ.τ.λ." (σελ.204-205)

Είναι σημαντικό βέβαια να καθοδηγεί κανείς εκείνες τις μητέρες που μέσα από τον υπερβολικό τους ζήλο γίνονται υπερπροστατευτικές, δημιουργώντας σοβαρά προβλήματα τόσο στο παιδί, όσο και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο επιφέρει αναμφισβήτητα αρνητικές επιπτώσεις στον ψυχικό του κόσμο. Σύμφωνα όμως με την Παπαδάτου (1988) υπάρχουν ορισμένες συνθήκες και προϋποθέσεις που διευκολύνουν την αποτελεσματική προσαρμογή του παιδιού στο πλαίσιο του Νοσοκομείου.

"Αυτές οι προϋποθέσεις περιλαμβάνουν:

1. Τη συναισθηματική στήριξη του νοσηλευόμενου παιδιού
2. Τη κατάλληλη ενημέρωση του σχετικά με θέματα που αφορούν την αρρώστια και την θεραπεία
3. Τη δυνατότητα ενεργητικής συμμετοχής του στην αποκατάσταση της υγείας του
4. Τη δυνατότητα όσο το δυνατό πιο άνετης παραμονής στο νοσοκομείο, μέσω της ψυχολογικής επεξεργασίας των εμπειριών του" (σελ. 197).

Είναι βασικό όταν γίνεται αναφορά στο ποιες είναι οι προϋποθέσεις για την ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο Νοσοκομείο να γίνει λόγος και για την ψυχολογική γνωστική προετοιμασία που πρέπει να γίνεται στα παιδιά πριν την εισαγωγή τους.

1. Ψυχολογική γνωστική προετοιμασία του παιδιού πριν από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο

Όλοι σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής τους όταν προκύπτει ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας χρειάζεται να επισκεπτούν ένα γιατρό ή να νοσηλευτούν σ' ένα νοσοκομείο. Οι περισσότεροι ενήλικες όμως γνωρίζουν, έχουν προηγούμενες εμπειρίες και αντιμετωπίζουν την ασθένεια και την εισαγωγή στο Νοσοκομείο σαν κάτι το "φυσιολογικό" που μπορεί να συμβεί στον καθένα.

Για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών όμως οι λέξεις "αρρώστια", "γιατρός", "Νοσοκομείο" χρησιμοποιούνται από την πλευρά των ενηλίκων σαν ένα μέσο εκφοβισμού, με αποτέλεσμα όταν τα παιδιά αρρωστήσουν και χρειαστεί να εισαχθούν στο Νοσοκομείο να παρερμηνεύουν ορισμένες καταστάσεις. Η παραπληροφόρηση και οι παρερμηνείες κάθε άλλο παρά βοηθούν τα παιδιά να διαμορφώσουν μια σαφή αντίληψη τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας.

Σύμφωνα με την Καλαντζή - Αζίζι (1988) "Το τι είναι ασθένεια, πως εκδηλώνεται, πως "μετριέται", τι είναι φάρμακο ή ένεση κ.λ.π. πρέπει να είναι θέμα συζήτησης με το παιδί νωρίς (2-2 ½ χρόνων). Αρχικά βέβαια πολύ απλά - σχηματικά. Το παιδί σ' αυτή την ηλικία γνωρίζει τον κόσμο των ενηλίκων καλύτερα μέσω του Παιγνιδιού" (σελ. 55).

Προτείνει λοιπόν μια σειρά ενεργειών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην προετοιμασία του παιδιού για μια ενδεχόμενη εισαγωγή του στο Νοσοκομείο και είναι οι εξής:

- 1)"παιγνίδι ρόλων" με κούκλες (π.χ. γιατρός, νοσοκόμος, ασθενής) και ότι συμβαίνει στο Νοσοκομείο ή εξωτερικό ιατρείο.
- 2)ειδικά παιγνίδια π.χ. πλαστικά ιατρικά εργαλεία, ενέσεις.
- 3)βιβλία με πλούσιες εικόνες και με θέματα παρμένα από το χώρο του Νοσοκομείου είναι απαραίτητο υλικό για να αρχίσει ο διάλογος με το παιδί.

Σημαντικό είναι να εξηγούμε απλά στο παιδί τις ιατρικές διαδικασίες, τα διάφορα όργανα και να απαντούμε σε κάθε ερώτηση τους" (ο.π. σελ. 55)

Επίσης σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) "η πολυπλοκότητα και η ποικιλία των ερεθισμάτων πρέπει να είναι σύστοιχη προς το επίπεδο της γνωστικής ωριμότητας του παιδιού. Ο Piaget δηλώνει ότι για να μπορέσει το άτομο να κατανοήσει το νέο αναγκάζεται να τροποποιήσει τις υπάρχουσες γνωστικές δομές, οι νέες όμως απαιτήσεις του περιβάλλοντος για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να μην είναι υπερβολικές. Να μην είναι δηλ. πολύ πέρα από τις εκάστοτε αφομοιωτικές ικανότητες του παιδιού" (εξελικτική ψυχολογία, τόμος 1ος, 1985, σελ. 184)

2. Οργάνωση χώρου - διακόσμηση παιδιατρικού Νοσοκομείου

Η οργάνωση του χώρου και η διακόσμηση ενός Παιδιατρικού νοσοκομείου είναι βασικός παράγοντας για την ψυχολογική αντίδραση του παιδιού. Μπαίνοντας το παιδί στο χώρο του νοσοκομείου πρέπει να νοιώσει ευχάριστα και να μην αισθανθεί φόβο. Η αυστηρότητα του γενικού νοσοκομείου δεν ταιριάζει στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο. Η ευχάριστη ατμόσφαιρα πρέπει να ξεκινά από τα εξωτερικά ιατρεία που είναι και ο πρώτος χώρος επαφής του παιδιού με το νοσοκομείο. Βασικός χώρος εδώ θεωρείται η αίθουσα αναμονής στην οποία το παιδί προετοιμάζεται κατά κάποιο τρόπο ψυχολογικά για την επικείμενη ιατρική εξέταση και ίσως την επικείμενη εισαγωγή σε κάποιο τμήμα του νοσοκομείου. Μια ευρύχωρη αίθουσα αναμονής με πολύχρωμες αφίσες και ζωγραφιές στους τοίχους και ασφαλώς πολλά και διάφορα παιχνίδια και βιβλία που να καλύπτουν όλες τις ηλικίες και απαιτήσεις μπορεί να επιδράσει θετικά στον ψυχικό κόσμο του παιδιού και να του δημιουργήσουν ευχάριστα συναισθήματα. Το ίδιο ευχάριστο πρέπει να είναι και το εξεταστήριο των εξωτερικών ιατρείων. Βασική προϋπόθεση είναι η υποδοχή και η εξέταση από ευγενικό και ευχάριστο προσωπικό.

Όταν το παιδί μετά την εισαγωγή έλθει στην κλινική πρέπει να βρει την ίδια ζεστή ατμόσφαιρα των εξωτερικών ιατρείων. Κι εδώ μεγάλο ρόλο παίζει η θερμή υποδοχή από το προσωπικό. Το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας εδώ θα το περνάει μέσα στο θάλαμο. Ο θάλαμος δεν θα πρέπει να έχει πολλά κρεβάτια και απαραίτητο γύρω από το κάθε κρεβάτι είναι το παραβάν. Έτσι αποφεύγουμε τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί όταν βλέπει μια επίπονη νοσηλεία σε άλλο παιδάκι του θαλάμου. Απαραίτητα είναι και εδώ τα παιχνίδια και τα βιβλία καθώς και η τηλεόραση και το βίντεο για την παρακολούθηση ψυχαγωγικών παιδικών ή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Καλό θα ήταν να υπάρχει και ένα ειδικά διαμορφωμένο δωμάτιο με παιχνίδια για να συναντιούνται τα παιδιά που σηκώνονται από το κρεβάτι τους και να δημιουργούν φιλίες ή να ψυχαγωγούνται.

Ο χώρος αυτός επίσης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τους παιδοψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό για την οργάνωση παιδαγωγικών και ψυχαγωγικών παιχνιδιών σύμφωνα με τις ανάγκες και την ηλικία των άρρωστων παιδιών. Έτσι δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα για τα παιδιά και μειώνεται στο ελάχιστο τα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να προέλθουν από την νοσοκομειακή περίθαλψη. Πάντως, το βέβαιο είναι ότι παρά την πρόβλεψη για την αποφυγή των ατυχημάτων και την αυστηρότητα που δημιουργούν τα διάφορα μέτρα ασφαλείας στο παιδιατρικό νοσοκομείο, σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να μοιάζει με φυλακή ή μονάδα απομόνωσης.

3. Συναισθηματική στήριξη νοσηλευόμενου παιδιού

Καταρχήν η αρρώστια είναι για το παιδί μια πρωτόγνωρη κατάσταση. Ίσως είναι η πρώτη φορά που αφήνει το ζεστό γνωστό περιβάλλον του σπιτιού και βρίσκεται ξαφνικά σ' έναν άγνωστο χώρο, με μια ομάδα αγνώστων ατόμων να το περιβάλλουν.

Σύμφωνα με την Παπαδάτου 1995 το παιδί στις δύσκολες αυτές στιγμές της ζωής του προσπαθεί να στηριχθεί από τους γονείς του, τους οποίους θεωρεί παντοδύναμους και ικανούς να το προστατεύσουν από κάθε δυσκολία. Με την εισαγωγή του όμως στο νοσοκομείο το παιδί δέχεται αντιφατικά μηνύματα από τους γονείς του, από την μια το προτρέπουν να αφεθεί στη φροντίδα "αγνώστων" που του προκαλούν φόβο και από την άλλη λόγω του δικού τους άγχους και ανήσυχίας οι γονείς δυσκολεύονται να του προσφέρουν την κατάλληλη υποστήριξη.

"Στις κρίσιμες αυτές στιγμές οποιαδήποτε παρέμβαση είναι σημαντικό να αποβλέπει στην ψυχολογική υποστήριξη τόσο του παιδιού, όσο και του γονιού που βρίσκεται στο πλευρό του"
(σελ. 205)

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

Παράλληλα η Παπαδάτου (1995) αναφέρει: "ότι για να είναι αποτελεσματική η συναισθηματική στήριξη του παιδιού, πρέπει στα πλαίσια μιας συλλογικής συνεργασίας το προσωπικό υγείας να διευκρινίζει ποιος είναι ο συγκεκριμένος ρόλος και τα καθήκοντα που μπορεί να αναλάβει ο γονιός για την φροντίδα του παιδιού, προκειμένου να συμβάλλουν όλοι μαζί στην μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που προκαλεί το νοσοκομειακό περιβάλλον στο παιδί". (σελ. 207)

4. Ενημέρωση - Προετοιμασία

Τα παιδιά σε αντίθεση με τους ενήλικες δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν την αναγκαιότητα εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο, και πολλές φορές στην προσπάθεια τους να ξεπεράσουν το άγχος, που τους προκαλεί η άγνοια και η αβεβαιότητα δίνουν τις δικές τους ερμηνείες σε κάθε καινούργια εμπειρία βασιζόμενα σε όσα γνωρίζουν από το παρελθόν. Με αποτέλεσμα πολλές φορές οι εξηγήσεις που δίνουν για την κατάσταση τους να είναι πιο τρομακτικές από την ίδια την πραγματικότητα.

Κατά την Παπαδάτου (1988) "η ενημέρωση όσο και η προετοιμασία συμβάλλουν στην απομυθοποίηση ορισμένων λαθεμένων ερμηνειών που δίνει το παιδί στις εμπειρίες που βιώνει. Με το τρόπο αυτό αποκτά την αίσθηση ότι έχει κάποιον έλεγχο πάνω σε γεγονότα που μπορεί πια να προβλέψει ότι θα συμβούν. Συγχρόνως αντιλαμβάνεται ότι οι ενήλικες που το ενημερώνουν έχουν καλές προθέσεις, εφόσον το υπολογίζουν και το σέβονται." (σελ.258)

Παράλληλα τονίζει ότι: "Η κατάλληλη χρονική στιγμή, όπως και η μέθοδος και το περιεχόμενο της συζήτησης, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε παιδί και να συσχετίζονται α) με την ηλικία του, β) το στάδιο της νοητικής του ανάπτυξης, γ) την προσωπικότητα του, δ) το οικογενειακό του περιβάλλον, ε) την οργανική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται, ζ) τις συγκεκριμένες ανάγκες που εκφράζει όσον αφορά την πληροφόρηση του σε θέματα υγείας. Επιπλέον είναι απαραίτητο ο διάλογος να γίνεται τόσο σε ένα λεκτικό, όσο και σε ένα μη λεκτικό επίπεδο, μια και τις περισσότερες φορές τα παιδιά χρησιμοποιούν έμμεσους και συμβολικούς τρόπους(παιχνίδι, ζωγραφιές, κ.α.) για να εκφράσουν όσα τα απασχολούν." (ο.π. σελ.258).

5. Ενεργητική Συμμετοχή

Κατά τη διάρκεια παραμονής του παιδιού στο Νοσοκομείο, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά, απαιτεί από το παιδί να είναι "ήσυχο" να συμμετέχει παθητικά στις θεραπευτικές διαδικασίες. Δηλαδή να γίνει το "παιδί - παράδειγμα" ώστε να μην δημιουργεί κανένα πρόβλημα. Αυτό όμως δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την προσαρμογή του παιδιού στο Νοσοκομειακό περιβάλλον, συνάμα με τους περιορισμούς που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της.

Για να μπορέσει όμως το παιδί να προσαρμοστεί στο άγνωστο περιβάλλον και να συνεργαστεί, χρειάζεται σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) "μια ριζική αναθεώρηση των προσδοκιών που έχει το προσωπικό σχετικά με το ρόλο που μπορεί να παίξει κάθε νοσηλευόμενο παιδί στην αποκατάσταση της υγείας του. Όταν οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες το ενθαρρύνουν να συμμετέχει ενεργητικά στη φροντίδα του εαυτού του, και το βοηθούν να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες, όταν το προτρέπουν να αναλάβει ευθύνες και να συμμετέχει με "αποφάσεις" συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενεργοποίηση και αξιοποίηση του δυναμικού που διαθέτει κάθε παιδί." Επιπλέον "η νοσηλεία μπορεί να αποτελέσει μια εκπαιδευτική εμπειρία, μέσα από την οποία καλλιεργείται η αυτοπεποίθηση του παιδιού μπροστά στις δύσκολες καταστάσεις της ζωής συμβάλλοντας έτσι στην ταχύτερη ωρίμανσή του." (σελ.259)

6. Ψυχολογική επεξεργασία εμπειριών νοσηλευόμενου παιδιού

Μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου το παιδί είναι δυνατό να βιώσει συνάισθηματικά έντονες εμπειρίες οι οποίες δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την παραμονή του σ' αυτό. Οι εμπειρίες αυτές μπορεί να έχουν σχέση τόσο με την ατμόσφαιρα που επικρατεί στο νοσοκομείο ιδιαίτερα σε μέρα εφημερίας και οι οποίες αυξάνουν το άγχος και τον πανικό του. Ιδιαίτερα όταν νοσηλεύεται σε θάλαμο με πολλά παιδιά ή καταλήγει σε ένα κρεβάτι στο διάδρομο.

Από την άλλη πλευρά το προσωπικό λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας γίνεται απότομο στη συμπεριφορά του και απρόσωπο στην επικοινωνία μαζί του. Όλα αυτά σε συνάρτηση με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, επιδρούν αρνητικά και επιδεινώνουν την ψυχολογική του κατάσταση. Για να μπορέσει όμως το παιδί να επεξεργαστεί αυτό που βιώνει είναι απαραίτητο σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) "να δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να μπορεί να εκφράσει και να επεξεργάζεται τις έντονες νοσοκομειακές εμπειρίες του μέσω του παιχνιδιού. Μέσα στον ασφαλή κόσμο του παιχνιδιού κάθε παιδί μεταφέρει τις εμπειρίες και τα συναισθήματά που βιώνει καθημερινά στα πλαίσια του νοσοκομείου. Εκφράζει ελεύθερα το θυμό, το φόβο και τη χαρά του." (σελ.259)

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι όταν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις μειώνεται το ποσοστό της προβληματικής συμπεριφοράς. Το άγχος και ο φόβος των παιδιών για το Νοσοκομείο μπορεί να καταπολεμηθεί με την βοήθεια της έγκαιρης ψυχολογικής προετοιμασίας - υποστήριξης - παρέμβασης. Για να μπορέσουν όμως όλα αυτά να γίνουν πραγματικότητα χρειάζεται η "η συλλογική ενεργοποίηση" όλων των εμπλεκόμενων με το νοσηλευόμενο παιδί και η πρόκληση αυτή αφορά τόσο τους γονείς όσο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΧΝΙΔΙ

1. Το παιδί και το παιχνίδι

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1995) "το παιχνίδι είναι ο αμεσότερος τρόπος απελευθέρωσης ("κάθαρσης") του παιδιού από εντάσεις· μια πρόσφατη διέξοδο για την πλεονάζουσα παιδική βιοσωματική ενεργητικότητα. Κατά πολλούς τρόπους, το παιχνίδι είναι για το παιδί η ίδια η ζωή" (σελ. 226).

Ο Piaget θεωρεί το παιχνίδι ως μια πράξη αφομοίωσης (όχι συμμόρφωσης). Το παιδί στο παιχνίδι χειρίζεται τα πράγματα ελεύθερα και αλλοιώνει την πραγματικότητα, με σκοπό να ικανοποιήσει προσωπικές του ανάγκες. Όταν το παιδί παίζει, δεν προσαρμόζεται αυτό στην πραγματικότητα, αλλά η πραγματικότητα στις δικές του επιθυμίες.

Η Παπαϊωάννου (1976) σε ένα άρθρο της στο περιοδικό Εκλογή επισημαίνει ότι με το παιχνίδι εξωτερικεύονται τρεις εντάσεις του παιδιού.

"1. Η σύγκρουση ανάμεσα στο καθήκον και στην προσπάθεια του να ανταποκριθεί με το δικό του τρόπο

2. Η σύγκρουση ανάμεσα στην επιθυμία του να ικανοποιήσει τις υλικές - βιολογικές, αλλά παράλληλα και τις ψυχοπνευματικές του ανάγκες

3. Η σύγκρουση ανάμεσα στις δυο μορφές συνειδητού: του ρεαλιστικού και του φανταστικού" (σελ. 61)

Είναι φανερό ότι μέσω του παιχνιδιού το παιδί μπορεί να εκφράζει τις συναισθηματικές του αντιθέσεις και έτσι μπορεί να τις ξεπερνά, είναι ένας τρόπος απασχολήσεως, αλλά και συνάμα ένας τρόπος ζωής του παιδιού.

Τι συμβαίνει όμως όταν το παιδί είναι άρρωστο και η εισαγωγή του στο Νοσοκομείο κρίνεται αναγκαία; Θα του στερήσουμε αυτή του τη χαρά, το παιχνίδι την ίδια του τη ζωή!!!

Στον άγνωστο για το παιδί χώρο του Νοσοκομείου είναι απαραίτητο σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) να δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να εκφράζει τις συναισθηματικά έντονες εμπειρίες που βιώνει και να τις επεξεργάζεται μέσα από το παιχνίδι (σελ. 259)

Γι' αυτό το λόγο, κάθε παιδιατρικό νοσοκομείο παράλληλα με ευρύχωρους, ωραία διακοσμημένους και λειτουργικούς χώρους πρέπει να διαθέτει και ένα κατάλληλα διαμορφωμένο δωμάτιο Παιχνιδιού. Ένα τμήμα Παιγνιοθεραπείας προσφέρει τη δυνατότητα, πλαισιωμένο με εξειδικευμένο προσωπικό για δημιουργική απασχόληση αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις συμβάλλει θετικά στην κοινωνικοποίηση και ψυχαγωγία του νοσηλευόμενου παιδιού.

2. Παιγνιοθεραπεία στο νοσηλευόμενο Παιδί

Σύμφωνα με την Linbguist (1970) το παιχνίδι δεν οργανώθηκε στα Νοσοκομεία παρά μετά το 1905.

"Το 1909 μια νηπιαγωγός, η Barbi Luther, οργάνωσε για πρώτη φορά δραστηριότητες για άρρωστα παιδιά σ' ένα νοσοκομείο του Ελσίνκι στη Φιλανδία. Την ακολούθησε μια άλλη στο νοσοκομείο παιδών "Πριγκίπισσα Λουίζα" στη Στοκχόλμη.

Προς το τέλος της δεκαετίας του '50 η Εθνική Διεύθυνση Υγείας ανέλαβε μια έρευνα, ζητώντας στοιχεία από το προσωπικό που φρόντιζε παιδιά στα νοσοκομεία σχετικά με τις ανάγκες τους για ειδική εκπαίδευση. Μετά από το ενδιαφέρον που εκδήλωσαν οργανώθηκε το 1961 ένα σεμινάριο ειδικά γι' αυτούς.

Τέλος, από το 1965 δημιουργήθηκε ειδικευμένη εκπαίδευση τριών χρόνων στο Ινστιτούτο Ανωτέρας Παιδαγωγικής της Στοκχόλμης, η οποία αναφερόταν στις παιδαγωγικές μεθόδους που έπρεπε να χρησιμοποιούνται για παιδιά άρρωστα, ανάπηρα, καθυστερημένα" (σελ. 125)

"Το 1975 το Υπουργείο δημοσίευσε τη μελέτη του "Συνεργασία για τη φροντίδα των παιδιών". Η οποία προτείνει για το παιδί στο νοσοκομείο:

- Επέκταση των τμημάτων παιγνιοθεραπείας
- Εκπαίδευση του προσωπικού που βρίσκεται σε επαφή με τα νοσηλευόμενα παιδιά
- Υποστήριξη στη συμμετοχή των γονέων" (ο.π. σελ. 126)

Στην Ελλάδα η παιγνιοθεραπεία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο Νοσοκομείο Παιδών "Αγλαΐα Π. Κυριακού", στην ορθοπαιδική κλινική λόγω του ότι εισάγονται πολλά παιδιά, αλλά και συχνά παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στο τμήμα αυτό της Παιγνιοθεραπείας πρόκειται για τη χρησιμοποίηση του οργανωμένου παιδαγωγικού και ψυχαγωγικού παιχνιδιού σύμφωνα με τις ανάγκες και την ηλικία του άρρωστου παιδιού.

Εφαρμόζεται από ειδικούς παιδοψυχολόγους και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Βοηθάνε το παιδί να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματα του, τις αγωνίες και τους φόβους του από την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο. Επίσης προετοιμάζουν τα παιδιά για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς και για την αποδοχή μιας σοβαρής αρρώστιας που θα έχουν να αντιμετωπίσουν. Στο χώρο αυτό ανεβαίνουν και παιδιά από άλλες κλινικές του νοσοκομείου και απασχολούνται ανάλογα με τις δυνατότητες τους. (σελ. 118)

Όταν ένα παιδί είναι άρρωστο επισημαίνει η Lindquist (1970) "Το παιχνίδι μπορεί να ανοίξει το δρόμο προς την υγεία. Το παιχνίδι είναι ένα αποτελεσματικό μέσο, τόσο για να διατηρεί το παιδί υγιές όσο και για να γιατρεύει το άρρωστο." (σελ. 5)

Η Παπαδάτου (1988) τονίζει ότι μέσα στον ασφαλή κόσμο του παιχνιδιού, κάθε παιδί μεταφέρει τις εμπειρίες και τα συναισθήματα που βιώνει καθημερινά στα πλαίσια του νοσοκομείου.

Το παιχνίδι του επιτρέπει να ξαναβιώσει και να αναπαραστήσει τραυματικές εμπειρίες που αντιμετώπισε ή το προβληματίζουν. Με αυτόν το τρόπο αποκτά κάποιον έλεγχο πάνω στους φόβους του και αντλεί δύναμη για να αντιμετωπίσει καταστάσεις που του προκαλούν φόβο. (σελ. 259)

Δεν είναι σπάνιες οι φορές συνεχίζει η Παπαδάτου (1988) που το παιδί παίζει συνεχώς το "παιχνίδι του γιατρού", μέσα από το οποίο επεξεργάζεται τρία βασικά θέματα:

"1. Την εμπειρία της κρίσης που έζησε με την ξαφνική εισαγωγή του στο νοσοκομείο και την απομάκρυνση του από το οικείο περιβάλλον του.

2. Την εμπειρία της υποβολής σε θεραπευτικές διαδικασίες

3. Την περιέργεια και τη διερεύνηση του σώματος και της σεξουαλικότητας

και στις τρεις περιπτώσεις μέσα από το "παιχνίδι του γιατρού" επιδιώκει να ελέγξει τους φόβους και να επιβεβαιώσει την κυριαρχία του σε όσα το απασχολούν" (σελ. 259)

Είναι φανερό, ότι η συμβολική γλώσσα του παιχνιδιού αποτελεί ένα διαγνωστικό μέσο της ψυχικής κατάστασης του παιδιού και μπορεί να βοηθήσει το ευαίσθητοποιημένο προσωπικό υγείας να κατανοήσει και να επικοινωνήσει αποτελεσματικότερα με το μικρό ασθενή.

Όπως στο Νοσοκομείο το παιδί χρειάζεται τους γονείς του περισσότερο από οπουδήποτε αλλού για να αισθάνεται ασφάλεια. Έχει ανάγκη και από τον ειδικά διαμορφωμένο χώρο της Παιγνιοθεραπείας, ώστε να μειωθεί ο φόβος του για το νέο απειλητικό περιβάλλον που αντικρίζει αλλά και για να εκτονωθεί και να εκφράσει μέσω του παιχνιδιού τα συναισθήματα που βιώνει.

Εκεί το παιδί αναφέρει η Lindquist "μπορεί να παίζει με την ησυχία του, να αποφασίζει για το άτομο του και για το παιχνίδι του, να γνωρίσει τον εαυτό του και να ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του. Στο χώρο αυτό το παιδί μπορεί να ανταλλάξει σκέψεις και φαντασίες με άλλα παιδιά, να παίξει να συναγωνιστεί και να αποκτήσει φίλους, ακριβώς όπως στο σπίτι ή στο σχολείο." (σελ. 5)

Οι τρεις αυτοί παράγοντες: το παιχνίδι, η παρουσία των γονέων και ο ειδικός χώρος του παιχνιδιού αποτελούν το σκελετό της πρωτοποριακής μεθόδου της παιγνιοθεραπείας.

Επειδή κάθε παιδί βιώνει με τον δικό του τρόπο την ασθένεια, τον πόνο και την εγκατάλειψη, δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις και αξιολογήσεις. Για κάθε παιδί και για την οικογένεια του η εμπειρία είναι τραυματική, άσχετα αν το παιδί νοσηλεύεται στην Ορθοπαιδική, τη Χειρουργική ή Παιδιατρική κλινική. Γι' αυτό το παιχνίδι, η παρουσία των γονέων και η χρήση ειδικού χώρου για παιχνίδι θα έπρεπε να προσφέρονται σε κάθε νοσηλευόμενο παιδί.

"Η παιγνιοθεραπεία πρέπει να προσφέρει στα παιδιά ανεξάρτητα από την ηλικία τους, συναρπαστικές, διασκεδαστικές και εμπλουτιστικές δραστηριότητες, οι οποίες συγχρόνως να παρέχουν ηρεμία και ασφάλεια.

Για τη συνολική ανάπτυξη του παιδιού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κοινωνική και νοητική του εμπειρία. Το να δίνεται βάρος μόνο στην ιατρική πλευρά της θεραπείας παραμελώντας τον ψυχισμό, σημαίνει καθυστέρηση της αποθεραπείας του" (ο.π. σελ. 14)

Ως εκ τούτου συνεχίζει η Lindquist το παιδί ακόμη περισσότερο από το μεγάλο απαιτεί προσωπική φροντίδα και αυτό γιατί δεν καταφέρνει πάντα να εκφράσει αυτό που αισθάνεται και επιθυμεί.

Στο τμήμα της Παιγνιοθεραπείας επισημαίνει η Lindquist (1970) το προσωπικό έχει πρωταρχική σημασία τίποτε δεν μπορεί να αντικαταστήσει ένα καλό εκπαιδευμένο προσωπικό. Η καλή εκπαίδευση πρέπει να οδηγεί στην αντίληψη ότι κάθε άρρωστος είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα. Πρέπει το προσωπικό να κατανοεί ότι οι δραστηριότητες έχουν πολύ μεγάλη σημασία για τα παιδιά και τους εφήβους που νοσηλεύονται.

Τα παιδιά έχουν ανάγκη από σταθερές συνήθειες και σταθερούς κανόνες χωρίς υπερβολικές φροντίδες, αλλά κυρίως από πολλή αγάπη και ανεκτικότητα. Ένας από τους ρόλους του προσωπικού αναφέρει η Lindquist είναι : "να ενθαρρύνει τους γονείς να συνοδεύουν το παιδί τους στο τμήμα της Παιγνιοθεραπείας και να συμμετέχουν στις εκεί δραστηριότητες, επίσης να τους συμβουλεύουν για το πως να το απασχολούν, όταν μένουν μαζί του, στο δωμάτιο του." (σελ. 107)

Στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας μπορούν να πάνε όλα τα παιδιά του νοσοκομείου (με τα πόδια, με το φορείο, ή με την αναπηρική τους πολυθρόνα). Μόνο που δεν πρέπει να έχουν μεταδοτική ασθένεια ούτε να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στις μολύνσεις. Σκοπός της Παιγνιοθεραπείας είναι ότι το παιδί μόλις μπει στο Νοσοκομείο πρέπει να συναντήσει ένα περιβάλλον προσαρμοσμένο στις ανάγκες του, στο οποίο θα αισθάνεται καλά.

Πολλά παιδιά που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο δεν μπορούν να εκφράσουν με λόγια τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους.

Είναι επομένως σημαντικό να τους αναγνωριστεί το δικαίωμα τους να εκφράζονται μέσα από τις δραστηριότητες του παιχνιδιού τους. Έχουν δικαίωμα στην παρουσία ενός προσωπικού ικανού που θα είναι συγχρόνως διερμηνέας και συνήγορος τους.

Γιατί όπως αναφέρει ο Colden (1982)

"Η παρέμβαση του παιχνιδιού για τα νοσηλευόμενα παιδιά είναι μια αναμφισβήτητη αναγκαιότητα. Οι κούκλες του παιγνιοθεραπευτή είναι τόσο σημαντικές όσο και το νυστέρι του χειρουργού για τη βελτίωση της υγείας του παιδιού." (σελ. 22)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

Κοινωνική Εργασία και Υγεία

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας οργάνωσης υγείας: Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου και αναπηρίας. Γεγονός που δείχνει ότι το ιατροκεντρικό πρίσμα με το οποίο αντιμετωπιζόταν μέχρι τώρα η υγεία έχει δώσει την θέση του στην κοινωνική διάσταση του όρου, έτσι ώστε όταν μιλά κανείς για την Υγεία να εννοεί ένα κοινωνικό αγαθό.

Η "υγεία" λοιπόν σαν τομέας επιστημονικής δραστηριότητας και σαν κοινωνικό αγαθό ενδιαφέρει ιδιαίτερα την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ως εκ τούτου σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας σύμφωνα με την Αγάθωνος - Μαρούλη (1980) είναι "η μελέτη και η αντιμετώπιση των πολλών και ποικίλων κοινωνικών και προσωπικών προβλημάτων που παρουσιάζουν άτομα ή ομάδες ατόμων, δεδομένου ότι συχνά τα κοινωνικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών." (σελ. 171)

Είναι προφανές ότι ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν όλο, και κανείς δεν μπορεί να πει ότι την ευθύνη της υγείας την έχει κατ' αποκλειστικότητα ο γιατρός. Την ευθύνη της υγείας την έχουν όλοι και πάνω απ' όλα το ίδιο το άτομο.

Όλα τα προβλήματα υγείας εκτός από την ιατρική τους πλευρά, έχουν και την κοινωνική τους διάσταση και οι λύσεις θα βρεθούν μόνο με μια διεπιστημονική προσέγγιση.

1. Κοινωνική Εργασία στα νοσοκομεία

Κατά το προεδρικό διάταγμα 891 / 1978 "Περί καθορισμού αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών λειτουργών", καθορίζεται ο ρόλος του κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της υγείας.

Συγκεκριμένα συμβάλλει:

"Στην πρόληψη ή αντιμετώπιση προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας του ατόμου, ή

οφείλονται στην προσωπικότητα του ή σε δυσμενείς καταστάσεις που επικρατούν στο περιβάλλον του και οι οποίες καθιστούν δυσχερή την διάγνωση και θεραπεία του ατόμου" (ΦΕΚ 213 /Α/78)

Σύμφωνα με την Μιχοπούλου (1984) το έργο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας συνίσταται αφενός στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γενεσιουργούς λόγους των προβλημάτων του ατόμου και αφετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα τόσο προς τον ασθενή, όσο και προς τους οικείους του, με στόχο την επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον. Οι δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας αναπτύσσονται μέσα στα πλαίσια συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας που συνίσταται στο νοσηλευτικό ίδρυμα. (σελ. 282)

Η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο, δεν είναι ποτέ ευχάριστη γι' αυτόν. Τον κάνει να νιώθει ξένος μέσα σε άγνωστο περιβάλλον που λειτουργεί με δικούς του κανόνες και αγνώστους για το άτομο ρυθμούς, το οποίο νιώθει σαν αντικείμενο στην όλη διαδικασία λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται λοιπόν κοντά στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αφενός για να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του και αφετέρου για να βοηθήσει το προσωπικό να αντιμετωπίσει το άγχος και τη συναισθηματική κατάσταση του.

Σύμφωνα με τα πρακτικά του Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ένα νοσοκομειακό πλαίσιο είναι υποστηρικτικός και θεραπευτικός.

"Είναι υποστηρικτικός με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης, τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας του, με την έννοια της προσφοράς ουσιαστικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ασθένεια του. Όσον αφορά το θεραπευτικό σκέλος, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στο ιατρικό έργο με τη συλλογή στοιχείων κοινωνικού ιστορικού" (Βασικά προγράμματα Κοινωνικής προστασίας, Παπαφλέσσα 1984, σελ. 282)

Επιπλέον όπως επισημαίνεται ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς - οικογένειας. Μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να επικοινωνήσουν, όταν αυτοί οι δυο εξαιτίας των έντονων συναισθημάτων θλίψης, λύπης επιθετικότητας και απογοήτευσης που βιώνουν έχουν χάσει την επαφή τους.

Επίσης η σοβαρότητα της ασθένειας, η επείγουσα κατάσταση για ιατρική φροντίδα και η συναισθηματική εμπλοκή της οικογένειας και του προσωπικού θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την επικοινωνία μεταξύ οικογένειας, ασθενούς και ιατρικού προσωπικού ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει σαν γέφυρα ανάμεσα τους (ο.π. σελ. 283)

Επομένως η εργασία του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι μια δουλειά που απαιτεί ανάληψη πρωτοβουλιών και υπευθυνότητα για να αντεπεξέλθει κανείς ικανοποιητικά.

2. Ρόλος Κοινωνικού λειτουργού σε Παιδιατρική Κλινική

Η ασθένεια είναι μια τραυματική εμπειρία για όλους πόσο μάλλον για το παιδί που είναι ένα ξεχωριστό άτομο με δική του προσωπικότητα και μηχανισμούς άμυνας. Η αρχή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία να παραμένει ζωντανή σε όλους όσους ασχολούνται με το παιδί.

Εδώ ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι καθοριστικός. Γι' αυτό χρειάζεται αφενός μεν να έχει αυτογνωσία και αφετέρου να είναι ικανός να αναγνωρίζει και να ερμηνεύει τη στάση και τη συμπεριφορά των άρρωστων παιδιών.

Για να το πετύχει πρέπει σύμφωνα με όλα όσα έχουν αναφερθεί να οπλιστεί θεωρητικά και πρακτικά.

Οι θεωρητικές γνώσεις αφορούν κυρίως:

1.Τις φάσεις ανάπτυξης και τις ανάγκες του παιδιού από την εμβρυϊκή ζωή μέχρι τέλος της εφηβείας

2.Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη του και που είναι καθοριστικοί για το παρόν και το μέλλον του.

3.Συνειδητοποίηση ότι η έννοια της "υγείας" δεν είναι απλά η απουσία νόσου αλλά η πλήρη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία, που για να επιτευχθεί απαιτείται πλήρης συνεργασία των ατόμων που ασχολούνται με την υγεία και κυρίως εκείνων που ασχολούνται με παιδιά.

Από πρακτικής άποψης οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε μια παιδιατρική κλινική θα πρέπει να γνωρίζουν ότι το περιβάλλον του Νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα οδυνηρό για το παιδί και να έχουν φροντίσει πάντα σε συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου για τα εξής:

α. το φυσικό περιβάλλον

Καθώς μπαίνει για πρώτη φορά στην Παιδιατρική νοσηλευτική μονάδα το παιδί μπορεί να τρομάξει αν μοιάζει με μια νοσηλευτική μονάδα ενηλίκων. Ενώ χρωματισμένοι και ζωγραφισμένοι τοίχοι, παιχνίδια απομακρύνουν το φόβο του. Επίσης τα αντικείμενα του χώρου πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στο μικρό μέγεθος των παιδιών και τις τυχόν μειωμένες σωματικές τους ικανότητες

β. Δημιουργία ειδικών προγραμμάτων απασχόλησης των παιδιών κατά την διανομή τους στο νοσοκομείο, όπως προγράμματα παιχνιοθεραπείας. Η μέθοδος της παιχνιοθεραπείας χρησιμοποιεί τα παιχνίδια για την ενίσχυση της θεραπευτικής αγωγής και την ψυχολογική τόνωση του παιδιού. Άλλη ψυχολογική μέθοδος είναι η χρήση βιβλίου.

γ. Τα παιδιά που πάσχουν από βαριές χρόνιες ασθένειες αποτελούν ξεχωριστές ομάδες τις οποίες χρειάζεται να φροντίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι, τόσο με απ' ευθείας συνεργασία με τα παιδιά, όσο και με τις ομάδες των γονέων τους.

Είναι επιπλέον σημαντικό ο Κοινωνικός λειτουργός να γνωρίζει σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) ότι οι εξηγήσεις που θα δοθούν στο παιδί σχετικά με το τι του συμβαίνει και για όσα πρόκειται να αντιμετωπίσει πρέπει να εξατομικεύονται και να συσχετίζονται με την ηλικία του, το στάδιο της νοητικής του ανάπτυξης, την προσωπικότητά του, το οικογενειακό περιβάλλον του, καθώς και την οργανική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται (σελ.258).

Έτσι η ενημέρωση για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας πρέπει να περιορίζεται σε πολύ πρακτικά θέματα της αρρώστιας και της θεραπείας που το παιδί μπορεί να δει στο άμεσο περιβάλλον του. Εξηγήσεις μπορεί να αφορούν θέματα όπως για παράδειγμα πως θα είναι ο χώρος που θα νοσηλευτεί, ποια θα είναι τα άτομα που θα το φροντίσουν και ποιος ο ρόλος του καθενός (σελ. 258).

Τα παιδιά μεταξύ επτά και ένδεκα χρονών συνεχίζει η Παπαδάτου (1988) έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με το ανθρώπινο σώμα και τις λειτουργίες του.

Στο παιδί σχολικής ηλικίας μπορεί να εξηγηθεί η έννοια της "αρρώστιας" χρησιμοποιώντας μια μεταφορική απεικόνιση ή αναλογία. Ενώ το παιδί που είναι μεγαλύτερο από δώδεκα χρονών είναι πλέον σε θέση να κάνει υποθετικούς συλλογισμούς και γενικεύσεις και επομένως μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι η αρρώστια του οφείλεται σε πολλές διαφορετικές αιτίες. Τέλος ο έφηβος μπορεί πλέον να κατανοήσει ιατρικές ερμηνείες της αρρώστιας και να υπομένει μια πρόσκαιρη δυσφορία που του προκαλεί η θεραπεία, γνωρίζοντας ότι μακροπρόθεσμα θα ανακουφιστεί (σελ. 258)

Είναι απαραίτητο ο διάλογος λέει η Παπαδάτου (1988) "να γίνεται τόσο σε ένα λεκτικό, όσο και σε ένα μη λεκτικό επίπεδο μια και τις περισσότερες φορές τα παιδιά χρησιμοποιούν έμμεσους και συμβολικούς τρόπους (μέσα από το παιχνίδι, τις ζωγραφιές, την συμπεριφορά τους) για να εκφράσουν όσα τα απασχολούν" (ο.π. σελ. 258).

Επομένως η συμβολή του Κοινωνικού λειτουργού για να βοηθήσει το παιδί να προσαρμοστεί στην νέα του κατάσταση είναι πολύ σημαντική και επιτυγχάνεται με τη σωστή 1)προετοιμασία 2)ενημέρωση 3)προτρέπει το παιδί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία της αρρώστιας του και 4)υποστήριξη τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς του.

Ως εκ τούτου η Παπαδάτου (1995) επισημαίνει ότι εφ' όσον το παιδί αποτελεί αναπόσπαστο μέλος του οικογενειακού συνόλου η ψυχική φροντίδα που παρέχεται πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλα τα μέλη της οικογένειας που επηρεάζονται εξ' ίσου από την εμπειρία μιας ασθένειας. Παράλληλα με την ιατρική προσέγγιση, η κατάλληλη ψυχολογική παρέμβαση, πρέπει ν' αρχίζει από τη στιγμή που θα ανακοινωθεί η διάγνωση και σ' όλη την πορεία της ασθένειας. Το προσωπικό και ιδιαίτερα ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος θα πρέπει να παρέχουν αυτή τη βοήθεια, να ενθαρρύνουν μια ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των γονιών. (σελ. 207)

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εξέλιξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Γι' αυτό θα πρέπει όλοι τους, γιατροί, νοσοκόμες, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί να είναι ειλικρινείς, ενθαρρυντικοί, συζητήσιμοι και κατανοητοί στις απαιτήσεις και στις οδηγίες που δίνουν στους γονείς του παιδιού.

"Είναι σημαντικό να ξέρουν, ότι ο τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας, είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας, που προκαθορίζει το πόσο αποτελεσματικά, θα προσαρμοστεί η οικογένεια, στο ψυχικό stress και το πόσο πρόθυμα θα συνεργαστεί με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Έτσι λοιπόν μια ανοιχτή επικοινωνία ελεύθερη έκφραση, συναισθημάτων, βοηθά στη δημιουργία σχέσεων αλληλοβοήθειας, συμπαράστασης, και κατανόησης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Αντίθετα η αποσιώπηση και έλλειψη επικοινωνίας δημιουργούν σχέσεις βασισμένες σε φόβο, λύπηση και εξάρτηση ή σε συναισθήματα έντασης και επιθετικότητας που οδηγούν σε απομάκρυνση" (Παπαδάτου, 1982, σελ. 64)

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει, κάθε περίπτωση να την αντιμετωπίσει μ' όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γι' αυτό του είναι απόλυτα χρήσιμες γενικότερες πληροφορίες γύρω από τη μορφωτική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση της Οικογένειας όπως και για τον τύπο της. Αυτές θα δώσουν τη βάση και το πλαίσιο του προβλήματος, και θα προσδιορίσουν την αρχική παρέμβαση. Μια οικογένεια που τα μέλη της έχουν καλές σχέσεις μεταξύ τους θα χρειαστεί υποστήριξη μικρότερου χρόνου. Μια οικογένεια με λιγότερο καλές σχέσεις θα χρειαστεί περισσότερη υποστήριξη. Και τέλος μια οικογένεια με διαταραγμένες σχέσεις θα χρειαστεί πολύπλευρη βοήθεια.

Επίσης σκοπός του Κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει την οικογένεια ν' ακολουθήσει μια φυσιολογική πορεία κατά την διάρκεια της αρρώστιας του παιδιού και να βρίσκεται σε μια ισορροπία (Τσαντίλη, 1979).

Ο Κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ωθεί τους γονείς να μην αποκλείουν τις δραστηριότητες τους για χάρη της αποκλειστικής παρουσίας τους κοντά στο άρρωστο παιδί.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται πόσο σημαντική είναι η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού σε ένα Παιδιατρικό τμήμα για να προσθέσει και αυτός παράλληλα με τους άλλους ειδικούς στο χώρο της υγείας το λιθαράκι του, για την όσο το δυνατό ομαλή προσαρμογή του παιδιού και της Οικογένειας του στο νοσοκομειακό περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί η γρήγορη ανάρρωση του.

Γιατί σύμφωνα με την Καραντζά (1984) "η "υγεία" δεν είναι μια ευθύνη ενός ή δυο επαγγελματιών, μιας ειδικότητας ή ενός θεραπευτικού κέντρου, αλλά είναι μια συντονισμένη συλλογική προσπάθεια ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα στον ευρύ χώρο της υγείας και που έχουν τον ίδιο κοινό σκοπό" (σελ. 285)

3. Η συνεργασία του Κοινωνικού λειτουργού με το προσωπικό Υγείας

Η υγεία και η αντιμετώπιση της ασθένειας δεν είναι μόνο ευθύνη εκείνων που σπούδασαν την ιατρική επιστήμη, αλλά και πολλών άλλων ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων και της Κοινωνικής Εργασίας.

Είναι γνωστό ότι ένας μεγάλος αριθμός προβλημάτων υγείας δεν οφείλεται αποκλειστικά σε οργανικά αίτια. Αυτό σημαίνει, ότι όσοι εργάζονται στο χώρο της υγείας και κυρίως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν την ανάγκη συνεργασίας και με άλλες ειδικότητες (ψυχολόγους - κοινωνικούς λειτουργούς κ.α.) ώστε να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας, που ενώ δεν συνδέονται με την οργανική κατάσταση του ασθενούς, εντούτοις φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία και την έκβαση της ασθένειας.

Παρ' όλα αυτά όπως επισημαίνει ο Ποταμιανός (1995) η αδυναμία του προσωπικού να συλλάβει τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και η ιδρυματοκεντρική οργάνωση των νοσοκομείων αποτελούν δυο από τις όψεις δυσλειτουργίας που παρατηρούνται σήμερα στα Νοσοκομεία (σελ. 193)

Από τα παραπάνω κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ομαδικής συνεργασίας όλων των ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας με σκοπό την συλλογική προσέγγιση των προβλημάτων του ασθενή και κυρίως των παιδιών.

Για να επιτευχθεί όμως ο κοινός σκοπός πρέπει τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίσουν τον ρόλο και την αναγκαιότητα ύπαρξης και των άλλων επιστημών στο χώρο της υγείας και κυρίως των Κοινωνικών λειτουργών.

Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1984). Τρεις παλιές θεμελιακές διαφορές στα επαγγέλματα γιατρού και κοινωνικού λειτουργού επηρεάζουν άμεσα τη σημερινή τους συνεργασία:

- "1. Η διαφορά ζήτησης (ποιος ζητά και ποιος πληρώνει)
 2. η ανεξαρτησία της δουλειάς του γιατρού σε σχέση με τη γραφειοκρατία της δουλειάς του Κοινωνικού λειτουργού
 3. Η Κοινωνική Εργασία θεωρείται δευτερογενής σε πολλά πλαίσια ενώ η ιατρική πρωτογενής"
- (σελ. 168).

Επιπλέον συνεχίζει η Παπαϊωάννου οι γιατροί θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί υποβιβάζουν την αξία της ζωής επειδή αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες παρά στους οργανικούς. Γεγονός που οφείλεται στο ότι η εκπαίδευση των ιατρών συνίσταται στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για τη διάγνωση και τη θεραπεία της αρρώστιας σαν βιοϊατρικό φαινόμενο, ενώ σχεδόν αγνοούν γνώσεις και δεξιότητες που αναφέρονται στην ψυχοκοινωνική πλευρά υγείας και αρρώστιας. Ενώ σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας είναι να βοηθήσει τα άτομα να εκφράσουν την ψυχοκοινωνική πλευρά της οργανικής τους πάθησης και να δώσουν στην υγεία μια ολιστική σχέση σώματος και πνεύματος. (σελ. 168).

Από την άλλη πλευρά οι Heyman και Shaw (1984) υποστηρίζουν ότι "το νοσηλευτικό μοντέλο προέρχεται από τη διαιώνιση στάσεων και πρακτικών που βασικά είναι αμυντικές, προστατεύουν τους νοσηλευτές - τρεις από τις στενές συναισθηματικές εμπλοκές με τους ασθενείς και εμποδίζουν τη λήψη πρωτοβουλιών και αποφάσεων" (σελ. 191)

Ο νοσηλευτής - τρια, μπορεί να βοηθήσει πραγματικά το άρρωστο παιδί, όταν δεν περιοριστεί μόνο στην πραγματοποίηση της θεραπείας αλλά αναγνωρίσει και την σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επιδρούν σε μια αρρώστια και συνεργαστεί με τους άλλους ειδικούς για την όσο το δυνατό ομαλή προσαρμογή του άρρωστου στο νοσοκομειακό περιβάλλον, γεγονός που προϋποθέτει αλλαγή νοοτροπίας και μια γενική πληρέστερη μόρφωση που να ανταποκρίνεται στην αντιμετώπιση του ατόμου σαν όλον.

Τα προβλήματα συνεργασίας μεταξύ των Κοινωνικών λειτουργών και των άλλων μελών του προσωπικού υγείας πιθανόν να πηγάζουν σύμφωνα με την Αγάθωνος - Μαρούλη (1980) από τα εξής:

1. Από την δυσκολία των άλλων ειδικοτήτων στο νοσοκομειακό πλαίσιο να δουν τα όρια της δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού
2. Από τον ίδιο τον Κοινωνικό λειτουργό που έχοντας μάθει να αντιμετωπίζει και να λύνει τα προβλήματα μόνος του μπορεί να δυσανασχετεί για τη συλλογική εργασία" (σελ. 174)

Είναι προφανές ότι όλοι όσοι εργάζονται στο χώρο του Νοσοκομείου, που έχουν ως αντικείμενο εργασίας τους τον "άνθρωπο" θα πρέπει να αφήνουν κατά μέρος το αίσθημα παντοδυναμίας και τυχόν διαφωνίες και να συνεργάζονται όλοι μαζί στην "πρώτη γραμμή" ως ψυχολογικοί εργάτες, ώστε να μοιράζονται την θεραπεία με την ψυχολογική φροντίδα.

4. Επιμόρφωση γονέων

Η αντίδραση των γονέων στην εισαγωγή του παιδιού τους στο Νοσοκομείο και την ασθένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωση του.

Από τα 1 έως τα 4 χρόνια, το παιδί ανησυχεί πολύ μήπως χωριστεί από τους γονείς του. Νιώθει ότι τους χάνει για πάντα από την πρώτη στιγμή που το αφήνουν και στο τέλος κάθε επίσκεψης. Μετά τα 4 χρόνια το παιδί φοβάται περισσότερο για το τι πρόκειται να του κάνουν και για τον πόνο.

Σύμφωνα με τον Δρ Μπενζαμίν Σποκ (1987) δεν θα ήταν σωστό να του υποσχεθούν οι γονείς του ότι το νοσοκομείο είναι ένας παραδεισένιος τόπος, γιατί αν του συμβεί κάτι άσχημο, τότε θα χάσει την εμπιστοσύνη του στους γονείς.

Προτείνει μερικούς τρόπους και μορφές συμπεριφοράς που θα μπορούσαν να υιοθετήσουν οι γονείς κατά την διάρκεια παραμονής των παιδιών τους στο νοσοκομείο και είναι οι εξής:

1. Οι γονείς πρέπει να είναι ήρεμοι και να δείχνουν εμπιστοσύνη, χωρίς να πιέζουν τον εαυτό τους τόσο ώστε να φαίνεται η συμπεριφορά τους ψεύτικη. Αν το παιδί δεν έχει ξανανοσηλευθεί στο νοσοκομείο, τότε θα προσπαθεί με αγωνία να φανταστεί πως θα είναι, με το να φαντάζεται το χειρότερο. Οι γονείς μπορούν να το ηρεμήσουν κάπως αν του μιλήσουν γενικά για τα νοσοκομεία
2. Αφήνουν το παιδί να μιλήσει για τις στεναχώριες του

Πιο σημαντικό για το παιδί από το να του διηγούνται οι γονείς το τι μπορεί να πάθει είναι να του δίνουν την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις και να λέει ποιοι είναι οι φόβοι του. Γιατί τα μικρά παιδιά έχουν ιδέες που ποτέ δεν περνούν από το μυαλό των μεγάλων. Γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να βοηθούν τα παιδιά να κάνουν ερωτήσεις και να είναι έτοιμοι να ακούσουν τους παράλογους φόβους των παιδιών τους και να προσπαθούν να τα καθησυχάσουν" (σελ. 541).

Ως εκ τούτου σχετικά με το θέμα των επισκέψεων των γονιών στο Νοσοκομείο ο Σποκ (1987) αναφέρει ότι ο γονιός θα πρέπει να μένει με το παιδί στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα αν αυτό είναι από 1 έως 5 χρόνων, και κυρίως την διάρκεια της ημέρας. Το παιδί αποκτά κάποια αίσθηση ασφάλειας από τις επισκέψεις των γονιών του ακόμα κι αν το αναστατώνουν κάπως. Γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να παρουσιάζονται χαρούμενοι κι όσο το δυνατό περισσότεροι ήρεμοι. Γιατί αν έχουν μια έκφραση αγωνίας στο πρόσωπο τους, τότε και το παιδί γίνεται περισσότερο ανήσυχο. (σελ.542)

Επιπλέον όταν οι γονείς γνωρίζουν ότι το παιδί πρόκειται να μπει στο Νοσοκομείο, δημιουργείται το θέμα πότε θα πρέπει να του το πουν. Αν δεν υπάρχει περίπτωση να το μάθει από άλλους, τότε θα ήταν καλύτερο να ειπωθεί λίγες μέρες προτού εισαχθεί. Δεν θα του κάνει καλό να στεναχωριέται για ολόκληρες εβδομάδες. Ποτέ δεν πρέπει οι γονείς να λένε ψέματα σ' ένα παιδί οποιασδήποτε ηλικίας αν κάνει ερωτήσεις και ποτέ να μην οδηγείται στο νοσοκομείο με την πρόφαση ότι είναι κάτι άλλο. (σελ. 541).

Σχετικά με το φόβο των παιδιών για τον άγνωστο χώρο του Νοσοκομείου, οι γονείς θα πρέπει να έχουν υπόψη τους σύμφωνα με τον Κακαβούλη (1990) μερικές γενικές αρχές αντιμετώπισης των παιδικών φόβων οι οποίες είναι:

"α. Να εξασφαλίζεται μια σταθερή ατμόσφαιρα αγάπης στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται το παιδί και στις διαπροσωπικές σχέσεις μαζί του να κυριαρχεί η φροντίδα, η ζεστή επικοινωνία, η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, η αποδοχή, η ενθάρρυνση και η αποφυγή συμπεριφοράς και εμπειριών που προκαλούν ή επιτείνουν τους παιδικούς φόβους.

β. Να ενθαρρύνεται κάθε παιδί εξατομικευμένα να εκφράζει τους φόβους του, να τους αναλύει και να προσπαθεί με τη βοήθεια των γονέων του ή των ειδικών να βλέπει κατά πόσο είναι πραγματικά και επικίνδυνα αυτά που φοβάται.

γ. Να εξοικειώνονται τα παιδιά βαθμιαία με το φοβικό ερέθισμα, δίνοντας τους ευκαιρίες να πλησιάζουν αβίαστα τα αντικείμενα, τα πρόσωπα και τους χώρους που τους προκαλούν φόβους.

Στη διαδικασία αυτή θα πρέπει το παιδί να νιώθει το συναίσθημα της ασφάλειας με την παρουσία και την ενθάρρυνση των γονέων και να αφήνεται με δική του πρωτοβουλία να προχωρεί μέχρι το σημείο που μπορεί να προσεγγίσει και να

απομυθοποιήσει το φοβικό αντικείμενο.

- δ. Να ελέγχουν οι γονείς και τους δικούς τους φόβους, ώστε να μην τους μεταβιβάζουν και στα παιδιά. Έχει διαπιστωθεί ότι οι παιδικοί φόβοι, που είναι συγχρόνως και φόβοι των ενήλικων προσώπων που το περιβάλλουν, είναι και οι πιο δύσκολοι να εκριζωθούν από την ψυχή του παιδιού" (σελ.74,75).

5. Ο ρόλος του προσωπικού

Εκτός από τους γονείς, ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι σημαντικός στην προσπάθεια προσαρμογής του παιδιού στην νέα και πολλές φορές στρεσογόνα κατάσταση που βιώνει σχετικά με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Ο ρόλος του προσωπικού μπορεί να είναι καταλυτικός όταν παρεμβαίνει έγκαιρα, διευκολύνει το παιδί και την οικογένεια του να υιοθετήσουν εποικοδομητικούς τρόπους και μεθόδους αντιμετώπισης των στρεσογόνων συνθηκών. Για να μπορέσει όμως το προσωπικό να αντεπεξέλθει σ' αυτό το δύσκολο ρόλο του θα πρέπει να έχει εξειδικευμένες γνώσεις και να έχει συνειδητοποιήσει ότι ο άνθρωπος δεν είναι μόνο ένα "σωματικό σύστημα" όπως αναφέρει η Καλαντζή - Αζίζι (1988), "αλλά μια ΟΛΟΤΗΤΑ με σωματικές ψυχοπνευματικές και κοινωνικές διαστάσεις που έχουν συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους" (σελ. 23)

Επιπλέον το προσωπικό υγείας θα πρέπει να αναγνωρίζει το δικαίωμα των νοσηλευόμενων παιδιών για πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια του και τις θεραπευτικές διαδικασίες που θα ακολουθηθούν. Έτσι η πληροφόρηση που θα πρέπει να δίνεται στους μικρούς νοσηλευόμενους σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία και τις γνωστικές ικανότητες που διαθέτει το παιδί τη συγκεκριμένη περίοδο της εξέλιξης του.

Ενδεικτικά η Παπαδάτου (1995) αναφέρει "ότι για τα παιδιά ηλικίας 3 ετών περίπου οι πληροφορίες που θα πρέπει να δώσει το προσωπικό υγείας αναφορικά με θέματα "υγείας" και "αρρώστιας" πρέπει να επικεντρώνονται σε πολύ συγκεκριμένα ορατά και πρακτικά θέματα. Επιπλέον είναι σημαντικό να επιτρέπεται η εξερεύνηση και εξοικείωση του παιδιού με τα όργανα που χρησιμοποιούνται στην ιατρική εξέταση ή τη θεραπευτική αγωγή και αυτό γιατί η σκέψη του παιδιού σ' αυτή την ηλικία και η προσοχή του εστιάζεται σε ένα μόνο σημείο κάθε φορά χωρίς να συνυπολογίζει συγχρόνως πολλές διαστάσεις της πραγματικότητας." (σελ.201)

Ενώ αντίθετα "στα παιδιά ηλικίας επτά και ένδεκα ετών που διακρίνονται από μια σκέψη πιο λογική και συστηματική το προσωπικό υγείας θα πρέπει να δώσει πληροφορίες σχετικά με τα μέλη ή όργανα του σώματος και τις βασικές του λειτουργίες, τροποποιώντας εσφαλμένες αντιλήψεις του παιδιού και εκπαιδεύοντας το σε θέματα υγείας που το αφορούν άμεσα." (σελ.202)

Τέλος στον έφηβο που μπορεί να αναπτύσσει ολοκληρωμένα συστήματα αξιών και απόψεων το προσωπικό υγείας μπορεί να παρέχει ιατρικές πληροφορίες οι οποίες να μεταδίδονται με απλό και κατανοητό τρόπο ή πολλές φορές μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια μεταφορική απεικόνιση για να δώσουν εξηγήσεις στις απορίες και τις ανησυχίες του εφήβου. (σελ.203)

Όλα τα παραπάνω έχουν σαν σκοπό να βοηθήσουν το παιδί να αποδεχθεί την νέα κατάσταση που βιώνει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα

Η κατάλληλη όμως συναισθηματική στήριξη του παιδιού, είναι σημαντικό υποστηρίζει η Παπαδάτου (1995) να περιλαμβάνει και τη φροντίδα της οικογένειας του. Γι' αυτό το λόγο το προσωπικό υγείας πρέπει να αξιοποιεί τη σχέση του με τους γονείς πάντα προς όφελος του παιδιού και αυτό μπορεί να γίνει όταν αναγνωρίζεται ο συγκεκριμένος ρόλος και τα καθήκοντα που μπορεί να αναλάβει ο γονιός ο οποίος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που παρέχει φροντίδα στο παιδί (ο.π. σελ. 207).

Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται αρκετή ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση τόσο των γονέων όσο και του προσωπικού υγείας, προκειμένου να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα της συνεργασίας για την επίτευξη του επιθυμητού. Ότι δεν πρόκειται για δυο αντίπαλες ομάδες που λειτουργούν η μια ανεξάρτητα από την άλλη, αλλά όλοι μαζί μπορούν και πρέπει να προσφέρουν ο καθένας τις υπηρεσίες τους στο μικρό ασθενή που τους έχει περισσότερο από κάθε φορά ανάγκη.

Όταν ο μικρός νοσηλευόμενος αισθάνεται ότι τα άτομα που το πλαισιώνουν είναι ειλικρινή τότε μπορεί να τους εμπιστευθεί και να συνεργαστεί μαζί τους.

Η εξασφάλιση όμως της εμπιστοσύνης και της συνεργασίας του παιδιού υποστηρίζει η Παπαδάτου (1995) προϋποθέτει μια ριζική αναθεώρηση των προσδοκιών που έχει το προσωπικό υγείας σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες που μπορεί να αναλάβει ένα παιδί στην αποκατάσταση της υγείας του. Όταν το προσωπικό υγείας του παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις και παράλληλα το εκπαιδεύει ώστε να φροντίζει τον εαυτό του και να συμμετέχει σε αποφάσεις που το αφορούν, τότε αξιοποιούν το δυναμικό που διαθέτει και συμβάλλουν θετικά στην προσαρμογή του στην αρρώστια (ο.π. σελ. 209).

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού, αλλά και η ευαισθητοποίηση, συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού υγείας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού μπορεί να προσφέρει μια ολοκληρωμένη φροντίδα με στόχο την σφαιρική αντιμετώπιση των προβλημάτων του μικρού ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να μελετηθούν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο παιδί μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, τις αντιδράσεις τόσο του ίδιου όσο και των γονιών του, καθώς επίσης και το ρόλο που παίζουν οι γονείς και κυρίως η μητέρα στην αποδοχή και προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο. Επιπλέον το ρόλο που διαδραματίζει ο κοινωνικός λειτουργός και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας σ' όλη την διάρκεια νοσηλείας του παιδιού.

Είναι προφανές ότι όλα τα παιδιά στην ζωή τους θα έχουν κάποια εμπειρία εισαγωγής σε νοσοκομείο. Γεγονός που υποδεικνύει αφ' ενός τη γνωστική ψυχολογική προετοιμασία των παιδιών πάνω σε θέματα υγείας από γονείς - παιδαγωγούς και αφ' ετέρου την ευαισθητοποίηση όσων εργάζονται στο χώρο της υγείας να ενσκήψουν πάνω στα προβλήματα μικρών ασθενών και να συνδράμουν ώστε η εμπειρία της εισαγωγής στο νοσοκομείο να είναι λιγότερο τραυματική για το παιδί.

Όπως φάνηκε από την ανάλυση των κεφαλαίων το παιδί που αντιμετωπίζει μια ασθένεια και αναγκάζεται να εισαχθεί σ' ένα νοσηλευτικό ίδρυμα για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, δεν διαφέρει από ένα υγιές παιδί ως προς τις απαιτήσεις του, για κοινωνική, συναισθηματική και πνευματική εξέλιξη κι αν αγνοηθούν αυτές οι βασικές ανάγκες τότε σαν αποτέλεσμα θα είναι όταν το παιδί αποθεραπευτεί να υπάρξει αργότερα ένα νέο άτομο θεραπευμένο από την ασθένεια αλλά ανήμπορο να ανταποκριθεί με αυτοπεποίθηση στις απαιτήσεις της.

Συμπεράσματα

Από την εκπόνηση της μελέτης αυτής προέκυψαν συμπεράσματα τα οποία παραθέτονται κατά σειρά και έχουν ως εξής: α) για το παιδί β) για τους γονείς γ) για το προσωπικό υγείας

Το παιδί από τη πρώτη στιγμή που εισάγεται στο νοσοκομείο, βρίσκεται σ' ένα καινούργιο γι' αυτό περιβάλλον, αποχωρίζεται την οικογένεια του, τους φίλους του, το σχολείο με συνέπεια την αλλαγή του τρόπου ζωής του. Το νοσηλευόμενο παιδί εξαιτίας του αποχωρισμού από το οικείο περιβάλλον, του σωματικού πόνου, ή της επώδυνης θεραπείας λόγω της αρρώστιας του, των προσδοκιών που έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από το παιδί για παθητική συμμετοχή κατά την θεραπεία παρουσιάζει έντονες αντιδράσεις.

Οι αντιδράσεις αυτές είναι, ψυχικό stress, φόβος, θλίψη, άρνηση, θυμός και επιθετικότητα και εξαρτώνται από την ηλικία του, την προσωπικότητα του, το περιβάλλον μέσα στο οποίο νοσηλεύεται καθώς και από τις αντιδράσεις της Οικογένειας του. Για την ομαλή προσαρμογή του παιδιού μέσα σ' αυτό το καινούργιο χώρο, σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον του τμήματος που φιλοξενεί το παιδί. Οι ζωγραφιές στους τοίχους, οι αφίσες τα παιχνίδια δημιουργούν ένα φιλόξενο περιβάλλον για τα παιδιά. Επειδή το παιδί που νοσηλεύεται, δεν παύει να έχει τις ίδιες ανάγκες, για παιχνίδι και απασχόληση μ' ένα υγιές συνομήλικό του παιδί, θεωρείται απαραίτητο σ' ένα παιδιατρικό νοσοκομείο η ύπαρξη μιας αίθουσας Παιγνιοθεραπείας για να μπορεί το παιδί να εκφράζει μέσω του παιχνιδιού, της ζωγραφιάς, τα συναισθήματα που βιώνει καθημερινά σ' αυτό το χώρο και με την υποστήριξη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού να μπορεί να τα επεξεργάζεται θετικά.

Όπως γίνεται φανερό από την μελέτη της βιβλιογραφίας, για το παιδί ο εξοπλισμός του νοσοκομείου, το προσωπικό, οι ιατροί, η "περίεργη ορολογία" είναι όλα απειλητικά για αυτό. Ενώ οι ενήλικες έχουν αναπτύξει την ικανότητα να εκλογικεύουν τις ιατρικές διαδικασίες τα παιδιά τις βλέπουν σαν μια βίαιη εισβολή στην ζωή τους. Γι' αυτό θα πρέπει να γίνει συνείδηση από το μεγαλύτερο μέρος των ειδικών που έχουν σαν αντικείμενο της δουλειάς τους τα παιδιά, ότι στόχος της θεραπείας όπως τονίστηκε από την Παπαδάτου (1995) θα πρέπει να είναι παράλληλη φροντίδα τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας.

Επιπλέον έγινε φανερό ότι όταν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση, ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη στα παιδιά μειώνεται ο φόβος για τον άγνωστο χώρο του Νοσοκομείου. Όσον αφορά την ενημέρωση ενός παιδιού σχετικά με την αρρώστια του οι ειδικοί συγκλίνουν στην άποψη (Παπαδάτου, Illingworth, Χουρδάκη) ότι πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες, την ηλικία του, την προσωπικότητα του την οργανική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται και το βασικότερο η ενημέρωση θα πρέπει να βασίζεται στο σεβασμό και στη συνεργασία με το παιδί.

Επιπλέον τα παιδιά αντιλαμβάνονται τις έννοιες της "υγείας" και της "αρρώστιας" με τον δικό τους μοναδικό τρόπο που είναι συνυφασμένη με τη γνωστική και συναισθηματική τους ωριμότητα. Γεγονός που επισημαίνει ότι ανάλογη θα πρέπει να είναι και η συμπεριφορά του προσωπικού υγείας ως αναφορά την πληροφόρηση που θα δώσει σε τυχόν απορίες των παιδιών πάνω σε θέματα σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους.

Βέβαια και οι γονείς, από την πλευρά τους παίζουν κάποιο ρόλο στον τρόπο αντίδρασης του παιδιού τους. Με την είσοδο στο νοσοκομείο αρχίζουν να γίνονται υπερπροστατευτικοί και να κάνουν όλα τα χατίρια του, όσο και παράλογα και να είναι. Η συνεργασία του προσωπικού υγείας με τους γονείς, παρουσιάζεται με διάφορες μορφές, από άψογη μέχρι προβληματική. Όσον αφορά την προβληματική συνεργασία, η ένταση και η αγωνία των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους μπορεί να τους οδηγήσει σε παράλογες απαιτήσεις.

Η παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο αποτελεί ένα ζήτημα που έχει συχνά απασχολήσει τους ειδικούς (Ζουμπουλάκης 1976, Rossant 1988). Ένα βασικό πλεονέκτημα της παρουσίας της μητέρας είναι η ασφάλεια που νιώθει το παιδί κοντά της. Οι θετικές επιπτώσεις είναι εμφανείς στη γρήγορη ανάρρωση καθώς και στις μειωμένες συναισθηματικές και ψυχολογικές αρνητικές επιπτώσεις που ακολουθούν τη νοσοκομειακή νοσηλεία. Παράλληλα η μητέρα αντλεί ικανοποίηση από την φροντίδα που παρέχει με αποτέλεσμα να μειώνεται το άγχος της και οι ενοχές εξαιτίας της αρρώστιας του παιδιού της.

Το σημαντικότερο πρόβλημα που προκύπτει από την παραμονή της στο νοσοκομείο είναι ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται ανάμεσα σ' αυτή και το προσωπικό υγείας σχετικά με την φροντίδα του παιδιού. Αυτός όμως ο ανταγωνισμός μπορεί να αποφευχθεί όταν μέσα στα πλαίσια μιας συλλογικής συνεργασίας διευκρινιστούν ο ρόλος και τα καθήκοντα που μπορεί να αναλάβει ο γονιός προκειμένου να συμβάλλουν όλοι μαζί γονείς και προσωπικό υγείας στην ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο.

Επίσης αναγνωρίζεται πόσο σημαντικός αλλά και καταλυτικός μπορεί να είναι ο ρόλος του προσωπικού υγείας για το νοσηλευόμενο παιδί. Γεγονός που προϋποθέτει μια ριζική αναθεώρηση των προσδοκιών που έχει το προσωπικό τόσο από το παιδί όσο και από τους γονείς. Συχνά ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει τους γονείς των νοσηλευόμενων παιδιών, τις περισσότερες φορές δεν είναι ο κατάλληλος. Γίνονται συχνά λανθασμένοι χειρισμοί από μέρους των διαφόρων μελών που οφείλονται κυρίως στην ελλιπή εκπαίδευση τους, η οποία θα τους ευαισθητοποιούσε σχετικά με την ψυχολογία των γονιών σε κάθε στάδιο των αντιδράσεων τους και αναγνώριση των συναισθημάτων σχετικά με την αρρώστια του παιδιού τους.

Επίσης ένα άλλο συμπέρασμα σχετικά με το προσωπικό είναι ότι η αποτελεσματικότητα της εργασίας τους εξαρτάται από την εκπαίδευση τους, την προσωπικότητα τους, την πίστη τους στη δουλειά που προσφέρει, την παραδοχή της δεοντολογίας της επιστήμης τους, καθώς και τη συνολικότερη αξία τους σαν επαγγελματίες. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού, διευκολύνεται η επικοινωνία και η συνεργασία με τους ειδικούς επιστήμονες (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς), έτσι ώστε να προσφέρεται μια ολοκληρωμένη φροντίδα στο νοσηλευόμενο παιδί.

Γενικότερα συμπεραίνεται ότι στη σημερινή εποχή κρίνεται αναγκαία η αναθεώρηση της παραδοσιακής νοοτροπίας που επικρατεί στο χώρο της θεραπευτικής ιατρικής. Η νοοτροπία αυτή αναπαράγεται και εξακολουθεί να έχει τα ερείσματα της στη βασική εκπαίδευση γιατρών, νοσηλευτριών και άλλων επιστημόνων.

Η φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού δεν είναι υπόθεση ενός ή δυο επαγγελματιών και η θεραπεία δεν έγκειται μόνο στο "σώμα" αλλά και στην "ψυχή".

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό στους γονείς αλλά και στο προσωπικό υγείας ότι μόνο όλοι μαζί μπορούν να πετύχουν το στόχο τους και ότι μόνο με την αναγνώριση αυτής της αρχής μπορεί να επιτευχθεί η συλλογική προσέγγιση των προβλημάτων του νοσηλευόμενου παιδιού.

Εισηγήσεις

Μετά από όσα διαπιστώθηκαν σχετικά με τα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στο παιδί όταν εισαχθεί στο νοσοκομείο, όσο και για τη στάση των γονιών του και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και μετά την διεξαγωγή των συμπερασμάτων μπορούν να γίνουν οι ακόλουθες προτάσεις :

1. Η εισαγωγή ενός παιδιού στο νοσοκομείο αποτελεί όπως διαπιστώθηκε μια ψυχοτραυματική εμπειρία, γι' αυτό το λόγο θα πρέπει οι γονείς του ή κάποιο μέλος της επιστημονικής ομάδας να το ενημερώσουν για την κατάσταση της υγείας του και για τις ιατρικές θεραπευτικές διαδικασίες που πρόκειται να ακολουθήσουν με τρόπο που θ' ανταποκρίνεται στις ανάγκες της ηλικίας του και στην προσωπικότητά του, να του εξηγήσουν για τις αλλαγές που θα προκύψουν στο καθημερινό τρόπο της ζωής του, έτσι ώστε να προσαρμοστεί ομαλά στο περιβάλλον του νοσοκομείου και να δεχτεί όσο το δυνατό ανώδυνα την κατάσταση της υγείας του.

2. Τα παιδιά θα πρέπει να ενθαρρύνονται να εκφράζουν τα συναισθήματα, τους φόβους και τις σκέψεις τους μέσω της κατάλληλης βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης τόσο από τον ψυχολόγο όσο κι από το κοινωνικό λειτουργό. Επίσης είναι σημαντικό να συνεχίσουν όσο είναι δυνατό τις φυσιολογικές καθημερινές τους δραστηριότητες όπως παιχνίδι, διάβασμα και γενικά να μην εγκαταλείπουν τα ενδιαφέροντά τους. Για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητο σε κάθε παιδιατρικό νοσοκομείο η ύπαρξη τμήματος παιγνιοθεραπείας το οποίο να είναι στελεχωμένο με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό που να μπορεί να ακούει τα παιδιά, να αντιλαμβάνεται τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους και να τα βοηθά να ξεπερνούν τα δυσάρεστα συναισθήματα που βιώνουν.

Έτσι ώστε η νοσοκομειακή νοσηλεία να αποτελέσει μια εκπαιδευτική εμπειρία που θα μπορέσει να βοηθήσει το παιδί να ανταποκριθεί σε τυχόν μελλοντικές δυσκολίες του.

3. Για το προσωπικό του νοσοκομείου η ύπαρξη οργανωμένης ομάδας μεταξύ των μελών του κρίνεται αναγκαία για την καλύτερη αποδοτικότητά τους σαν επαγγελματίες αλλά και τη διατήρηση της ψυχικής τους υγείας. Μέσα από την ομάδα τα μέλη του προσωπικού θα αποκτήσουν επίγνωση του ρόλου τους και θα επεξεργασθούν τις προκαταλήψεις τους που μπορεί να παρεμποδίσουν την ουσιαστική συνεργασία μεταξύ τους. Από την άλλη πλευρά θα συμβάλλει στη σωστότερη και καλύτερη αντιμετώπιση του παιδιού και της οικογενείας τους.

4. Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού γύρω από την ψυχολογία τις αντιδράσεις, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τον τρόπο χειρισμού αντιμετώπισης του νοσηλευόμενου παιδιού και της οικογένειας του, θα πρέπει να γίνει, μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων, που θα οργανώνονται από τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ώστε να παρέχεται διαρκώς επιμόρφωση στο προσωπικό μέσα στους χώρους της δουλειάς του.

5. Οι γονείς από την δική τους πλευρά για να μπορέσουν ν' αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καινούριας γι' αυτούς πραγματικότητας που δημιουργεί η αρρώστια και εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο θα πρέπει να αποδέχονται τη ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο και να συνεργάζονται μαζί τους.

6. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η διατήρηση της ισορροπίας της Οικογένειας. Γιατί με την αρρώστια του παιδιού οι γονείς πολλές φορές εγκαταλείπουν τα ενδιαφέροντα, τις ασχολίες τους και μάλιστα δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των υγιών παιδιών τους. Επειδή όλη τους η προσοχή και το ενδιαφέρον στρέφεται στο νοσηλευόμενο παιδί ενώ θα πρέπει να προσπαθήσουν να ακολουθήσουν το συνηθισμένο ρυθμό της ζωής τους για το καλό της οικογενείας.

7. Όσον αφορά την ενημέρωση του παιδιού σχετικά με θέματα υγείας και αρρώστιας η πολιτεία θα να πάρει δραστικά μέτρα. Μια καλή αρχή μπορεί να γίνει από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την τηλεόραση, το ραδιόφωνο αλλά και μέσω της σχολικής εκπαίδευσης θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να προωθούνται συζητήσεις και επισκέψεις παιδιών σε νοσοκομεία.

Έτσι ώστε να πάψει πια ο γιατρός ή το νοσοκομείο να αντιμετωπίζεται από τα παιδιά με φόβο κι η τυχόν αρρώστια τους να θεωρείται σαν τιμωρία επειδή έδειξαν ανυπακοή στους γονείς τους.

8. Ένα άλλο θέμα που πρέπει να απασχολήσει την πολιτεία και να πάρει μέτρα, είναι η εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη σημερινή εποχή κρίνεται αναγκαία η αναθεώρηση της παραδοσιακής νοοτροπίας για την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών. Υπαγορεύεται η ανάγκη για παραπέρα εκπαίδευση και εξειδίκευση γύρω από τα θέματα της κλινικής πραγματικότητας και ειδικότερα της υποστήριξης των νοσηλευόμενων παιδιών και την οικογενειών τους. Αυτό βέβαια προϋποθέτει την ανύψωση της εκπαίδευσης, στη κοινωνική εργασία και στη νοσηλευτική στη χώρα μας σε Πανεπιστημιακό και Μεταπτυχιακό επίπεδο.

9. Επιπλέον σχετικά με την βοήθεια που μπορεί να προσφέρει το τμήμα Κοινωνικής εργασίας σε συνεργασία με τους ψυχολόγους, ψυχιάτρους του Νοσοκομείου τόσο στο προσωπικό των παιδιατρικών κλινικών όσο και στους γονείς των μικρών νοσηλευόμενων είναι η οργάνωση μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου ομάδων πλαισιωμένων από εργαζόμενους σε παιδιατρικά τμήματα και γονέων όπου θα τους παρέχει υποστήριξη αλλά και συμβουλευτική σε τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή επικοινωνία με τα νοσηλευόμενα παιδιά αλλά και θα ενθαρρύνονται να εκφράζουν τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους προκειμένου να επιτευχθεί ένα είδος αρμονικής συνεργασίας μεταξύ τους.

10. Ευαισθητοποίηση της πολιτείας -να ενσκήψει πάνω στα προβλήματα που εμφανίζονται στον τομέα της υγείας με το να εγκαταλείψει την ιδρυματοκεντρική οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας και να αναγνωρίσει τα δικαιώματα των νοσηλευόμενων για μια πιο ανθρώπινη παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΝΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ...

- Η ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού από τους γονείς, η οργάνωση της παραμονής του και η συχνή παρουσία των γονέων του κατά την διάρκεια της θεραπείας του είναι τα κλειδιά για τη σωματική

και
ψυχική υγεία



- Πολύ συχνά στην καθημερινή μας ζωή, βλέπουμε, διαβάζουμε και συζητάμε για παιδικά ατυχήματα και αρρώστιες, για την επίσκεψη στο γιατρό ή την κλινική και αρκετές φορές για την παραμονή ενός παιδιού στο νοσοκομείο.

Τα νοσοκομεία είναι χώροι που όλοι απεύχονται να βρεθούν εκεί αλλά δυστυχώς τα τμήματά τους είναι πάντα γεμάτα και ιδιαίτερα από παιδιά που ο δείκτης ατυχημάτων και ασθενειών είναι πολύ υψηλός.

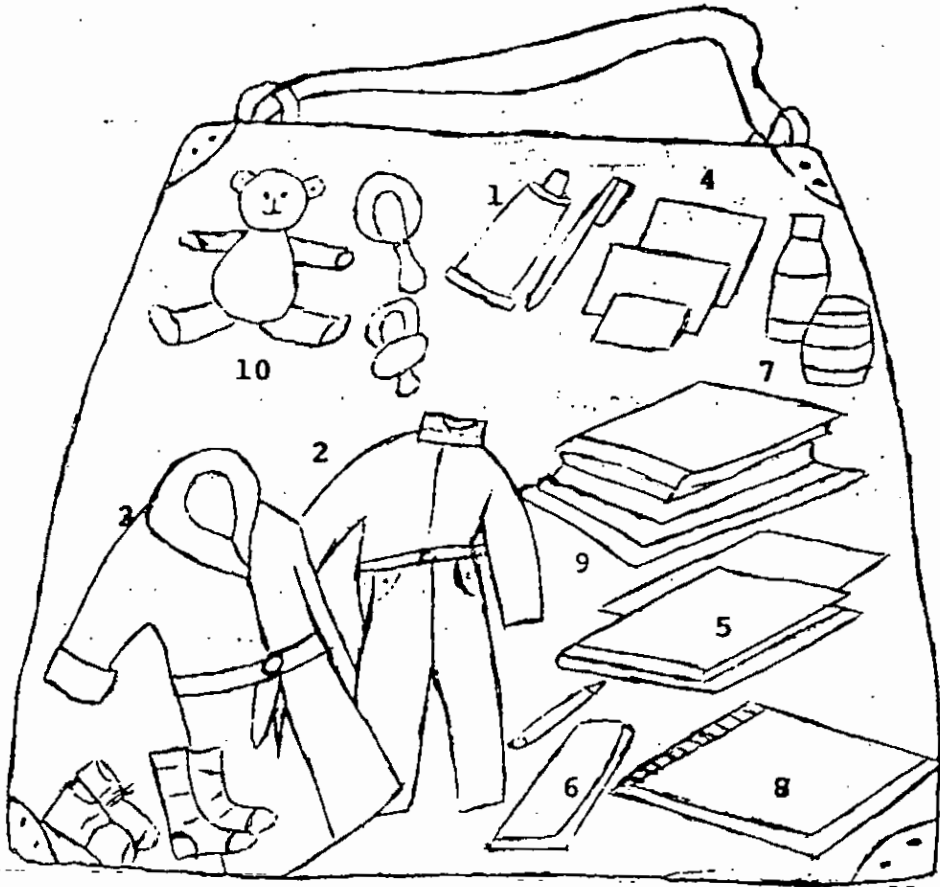
Όταν το παιδί χρειασθεί να παραμείνει κάποιο διάστημα για νοσηλεία, άνετα μπορούμε να του παράσχουμε τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες.

Η συναισθηματικά φορτισμένη αυτή περίοδος αναλύεται σε 3 σημαντικά στάδια :

- A. Το πρώτο στάδιο - της προετοιμασίας - θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό, γιατί ο φόβος του "εγκλεισμού" και της παραμονής του στο νοσοκομείο τα προδιαθέτει αρνητικά.
 - Συζητήστε, λοιπόν με το παιδί. Δώστε του την ευκαιρία να σας κάνει ερωτήσεις. Απαντήστε του ειλικρινά και με ωραίο τρόπο.
 - Υποσχεθείτε του ότι θα είστε συνεχώς μαζί του ή τουλάχιστον όσο πιο πολύ γίνεται.
 - Διαβεβαιώστε το ότι θα ξαναγυρίσετε σπίτι σύντομα και πως οι ημέρες θα περάσουν πολύ γρήγορα.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ

- Πείτε του ότι εκεί θα υπάρχουν και άλλα παιδιά και ότι θα έχει την ευκαιρία να κάνει και άλλους φίλους.
- Μη φοβερίζετε ποτέ τα παιδιά με το γιατρό και τις ενέσεις.
- Προετοιμάστε το όμως ότι πιθανόν σε μερικές εξετάσεις να πονέσει λιγάκι (πχ. αν χρειαστεί εξέταση αίματος).
- Επίσης πείτε του ότι έχετε φροντίσει να το επισκέπτονται οι φίλοι του συχνά.
- Οργανώστε την τσάντα με τα προσωπικά του αντικείμενα που πρέπει να έχει μαζί του και να περιλαμβάνει τα εξής :



- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Οδοντόκρεμα - Οδοντόβουρτσα | 6. Στυλό - Μολύβι - Χρώματ. |
| 2. Ρούχα καθημερινά - παπούτσια, κάλτσες, πιτζάμες | 7. Τα βιβλία του σχολείου |
| 3. Πετσέτα - Μπουρνούζι | 8. Βιβλιάριο Υγείας |
| 4. Ένα - δύο αγαπημένα παραμύθια | 9. μερικά πασαμύθια |
| 5. Μπλόκ ζωγραφικής | 10. Τα παιχνίδια του |

Β. Το δεύτερο στάδιο είναι της - παραμονής - στο νοσοκομείο. Κάθε πρωί οι γιατροί και η προϊσταμένη επισκέπτονται το παιδί και το εξετάζουν.

Τις επόμενες ώρες το παιδί μπορεί να εκμεταλλευτεί τον ελεύθερο χρόνο του, εφ' όσον αισθάνεται ευδιάθετα, στο δωμάτιο ψυχαγωγίας που διαθέτει η κλινική. Έτσι μπορεί να απασχοληθεί με παιχνίδια, με ανάγνωση παιδικών βιβλίων, τηλεόραση, μαγνητόφωνο (παιδικές κασέτες) κλπ.

Μπορεί να συζητήσει με τα άλλα παιδιά και να εκφραστεί ελεύθερα και δημιουργικά με την καθοδήγηση της υπεύθυνης Κοινωνικής Λειτουργού της κλινικής. Μαζί της τα παιδιά μπορούν να συζητήσουν οποιοδήποτε πρόβλημα ή ανησυχία τους έχει δημιουργηθεί από την παραμονή τους στην κλινική.

Γ. Το τρίτο στάδιο της - εξόδου - είναι η επιστροφή στο σπίτι. Πρέπει να τονίσουμε ότι και αυτό το στάδιο το τελευταίο, είναι πάρα πολύ σημαντικό για το παιδί, το οποίο θα χρειαστεί ένα χρονικό διάστημα για να προσαρμοστεί ξανά στο περιβάλλον από το οποίο έχει αποκοπεί.

Τα παιδιά βγαίνοντας από το νοσοκομείο ζητούν μεγαλύτερη προσοχή και περισσότερη επαφή και με τους δύο γονείς.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΤΟΥ Π.Π.Γ.Ν.Σ. ΡΙΣΟΥ





Δικαιώματα του Παιδιού

με σαφήνεια τις ειδικότερες αρχές που πρέπει να διέπουν την παιδική προστασία.
α με αυτή:

τα παιδιά χωρίς καμιά εξαίρεση πρέπει να απολαμβάνουν των δικαιωμάτων τους, πρώτως φυλής, γένους, γλώσσας, θρησκείας, προέλευσης, πεποιθήσεων κ.λ.π. Το παιδί την γέννησή του πρέπει να αποκτήσει ένα όνομα και μια εθνικότητα.

πρέπει να απολαμβάνει τα αγαθά των κοινωνικών ασφαλίσεων και να αναπτύσσεται κάτω από ευνοϊκές συνθήκες. Παράλληλα, πρέπει να παρέχεται ειδική μέριμνα τόσο στο ίδιο όσο και στην μητέρα του κατά την διάρκεια της κύησης και μετά τη γέννησή του, και να απολαμβάνει καλής διατροφής, κατοικίας, ψυχαγωγίας και ιατρικής περίθαλψης.

Όσο σωματικά, ψυχικά ή κοινωνικά ανάπηρο παιδί, πρέπει να παρέχεται η αναγκαία κάθε φορά θεραπεία, μόρφωση και περίθαλψη.

Το παιδί πρέπει να αναπτύσσεται με τη φροντίδα και την παρακολούθηση των γονιών του ή άλλου πρόσωπου σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να αποχωρισθεί τη μητέρα του.

Ο κράτος και η κοινωνία οφείλουν να παρέχουν ειδική μέριμνα στα παιδιά που δεν έχουν επαρκή μέριμνα καθώς και σε εκείνα που στερούνται οικονομικώς.

Το παιδί έχει δικαίωμα εκπαίδευσης, αναψυχής και διασκέδασης στη βάση της ίσης ευκαιρίας, προτεραιότητα στην προστασία και περίθαλψη, προστασία εναντίον της εκμετάλλευσης, σκληρότητας, επιβολής και εναντίον ενεργειών που είναι δυνατό να υποθάλπουνται με πολεμικές θρησκευτικές ή άλλες διακρίσεις.

Το παιδί απαγορεύεται να εργάζεται πριν από μια καθορισμένη ηλικία καθώς και σε εργασίες που θα είχαν σαν συνέπεια βλάβη της υγείας του ή καθυστέρηση της ανάπτυξής του και να συμμετέχει σε κάθε εργασία που θα παρεμπόδιζε τη σωματική, ψυχική και κοινωνική του ανάπτυξη.

Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 20,
1990, σελ. 222

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ: ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ: Η Κοινωνική Υπηρεσία (Κ.Υ.) ανήκει στην υποδιεύθυνση Διοικητικού και είναι ένα από τα 7 τμήματά της.

ΙΕΡΑΡΧΙΑ: Στο Τμήμα της Κ.Υ. προϊστάται υπάλληλος, με βαθμό Α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου Κοινωνικών Λειτουργών (Κ.Λ.), ο οποίος ως άμεσο προϊστάμενό του έχει τον Υποδιευθυντή Διοικητικού.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

1. Είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία της Κ.Υ.
2. Συντονίζει και εποπτεύει το έργο του προσωπικού της Κ.Υ., εκτιμώντας τις ανάγκες του Νοσοκομείου, σε σχέση με τις δυνατότητες της υπηρεσίας του.
3. Συνεργάζεται με τους Κ.Λ. της υπηρεσίας του, με σκοπό την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.
4. Εκτιμά την ανάγκη μετακίνησης των Κ.Λ. εκτός ιδρύματος για εκτέλεση εξωτερικής υπηρεσίας.
5. Μετέχει στις συσκέψεις των υπευθύνων του Νοσοκομείου.
6. Παρίσταται στις συνεδριάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, προκειμένου να αναπτύξει θέματα της αρμοδιότητάς του.
7. Κατανέμει τους ασκούμενους σπουδαστές των σχολών εκπαίδευσης Κ.Λ. και εποπτεύει το όλο εκπαιδευτικό έργο που πραγματοποιείται στα πλαίσια της υπηρεσίας του, σε συνεργασία με τις σχολές.
8. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση του γραφειακού συστήματος της υπηρεσίας του.
9. Συντάσσει το φύλλο υπηρεσιακής ικανότητας των Κ.Λ. ως πρώτος κριτής.
10. Συντάσσει εκθέσεις πεπραγμένων της υπηρεσίας του.

Πέρα από τις παραπάνω αρμοδιότητες, ο προϊστάμενος της Κ.Υ. ασκεί καθήκοντα όμοια με εκείνα των υφισταμένων του Κ.Λ. σε βαθμό που επιτρέπει τούτο η απρόσκοπτη άσκηση των καθηκόντων του ως προϊσταμένου.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: Από τον Οργανισμό του Νοσοκομείου προβλέπεται 1 θέση Κ.Λ. κατηγορίας Π.Ε. και 13 θέσεις Κ.Λ. κατηγορίας Τ.Ε.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: Να συμβάλλει στην «θεραπεία» των ασθενών, χρησιμοποιώντας τις επιστημονικές μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, βοηθώντας έτσι στην άρση των εμποδίων που απορρέουν από λόγους ατομικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, υγείας κ.ά. που εμποδίζουν την θεραπεία και αποκατάστασή του.

ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: Είναι η συμβολή στην πρόληψη και αντιμετώπιση συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούνται σε άτομα ή ομάδες ατόμων εξ αιτίας διατάραξης της σωματικής ή ψυχικής τους υγείας ή οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντός τους και δυσχεραίνουν την διάγνωση, την θεραπεία της διαταραχής και την αποκατάστασή τους. Το έργο αυτό επιτελείται από Κ.Λ. με την χρησιμοποίηση μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, με Ομάδες, με Οικογένεια & με Κοινότητα.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ - ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ: Βάσει των παραπάνω μεθόδων οι αρμοδιότητες και ο ρόλος του Κ.Λ. στα διάφορα επίπεδα είναι:

| | | | |
|---------------|--------------|---------------|----------------|
| Προληπτικός | Διαγνωστικός | Θεραπευτικός | Συμβουλευτικός |
| Αποκατάστασης | Παραπομπής | Εκπαιδευτικός | Ερευνητικός |

Έτσι ο Κ.Λ.

1. Μετέχει της θεραπευτικής ομάδας (ιατρός, αδελφή & άλλοι ειδικοί) και αναπτύσσει κάθε δραστηριότητα για την επιτυχία του κοινού σκοπού, δηλ. της θεραπείας και μέριμνας για την πρόληψη και διατήρηση της υγείας.
2. Προετοιμάζει τον ασθενή και τους δικούς του για την παραδοχή της ασθένειας, της αναγκαιότητας των μέτρων θεραπείας και την καλή προσαρμογή του στο Νοσοκομειακό περιβάλλον.
3. Επιδιώκει την μείωση του άγχους που δημιουργείται στον ασθενή από την απειλή της υγείας του, όπως και από την απομάκρυνσή του από το οικογενειακό του περιβάλλον.

4. Βοηθά στην διατήρηση ή διαμόρφωση εποικοδομητικής επικοινωνίας με τους οικείους του και στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, για την επάνοδο του στο περιβάλλον του.
5. Βοηθά στην επανένταξη του ασθενούς στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και όπου αυτό δεν είναι δυνατό, στην αποκατάστασή του σε νέο περιβάλλον.
6. Συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των ιατρών με την λήψη στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενούς, το κοινωνικό περιβάλλον, τις συνθήκες διαβίωσής του, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις.
7. Επιδιώκει την θετική συμμετοχή του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία και αμβλύνει τους παράγοντες που ενδεχομένως παρεμποδίζουν την συμμετοχή του αυτή.
8. Συνεχίζει κατά την κρίση του την συνεργασία με τον ασθενή, ανάλογα με τις δυνατότητες που παρέχονται από το υπηρεσιακό πλαίσιο ή την παραπομπή του ασθενούς σε άλλη υπηρεσία.
9. Συμβάλλει στην δημιουργία ομάδων ασθενών, που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα και βοηθά στην αξιοποίηση-μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων τους μέσω της ομοδικής διεργασίας.
10. Συμβάλλει στην ενημέρωση και δραστηριοποίηση της Κοινότητας όπου ανήκει το Νοσηλευτικό Ίδρυμα, για την επίτευξη των σκοπών του.
11. Επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες που ανάγονται στην λειτουργικότητα του Νοσηλευτικού Ιδρύματος και εισηγείται τεκμηριωμένες προτάσεις.
12. Δέχεται σπουδαστές για εκπαίδευση, σε συνεργασία με τις σχολές εκπαίδευσης στην Κοινωνική Εργασία.
13. Συμμετέχει σε έρευνες και μελέτες με το υπόλοιπο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης ιατροκοινωνικών προβλημάτων.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ, ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ Κ.Υ. ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

Η Κ.Υ. συνεργάζεται με τα Εξωτερικά Ιατρεία, τις Κλινικές και τα άλλα Τμήματα του Νοσηλευτικού Ιδρύματος. Όλες οι Κλινικές του Νοσοκομείου καλύπτονται από τον Κ.Λ. ο οποίος συμμετέχει στις επισκέψεις των ασθενών με τον Καθηγητή και τους Ιατρούς, όποτε κρίνει ότι είναι αναγκαίο. Συμμετέχει ακόμη στις Επιστημονικές Ομάδες των Κλινικών.

Η Κ.Υ. επιλαμβάνεται των περιπτώσεων των ασθενών που υποπίπτουν στην αντίληψή της άμεσα ή ως εξής: α) με παραπεμπτικό σημείωμα από το ιατρικό προσωπικό, β) με παραπεμπτικό σημείωμα από το νοσηλευτικό προσωπικό (Διευθύντρια ή Προϊσταμένη) γ) ύστερα από επιθυμία του ίδιου του ασθενούς ή της οικογένειάς του.

Για τα περιστατικά που παρακολουθεί η Κ.Υ., διατηρεί αρχείο με φακέλλους. Τηρείται επίσης αρχείο της διεξαγόμενης αλληλογραφίας, το οποίο είναι απόρρητο και πρέπει να διασφαλίζεται το απόρρητο της τηλεφωνικής επικοινωνίας της υπηρεσίας.

ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Για την καλή λειτουργία της υπηρεσίας, την εξυπηρέτηση του κόσμου και την αναβάθμιση των προσφερομένων υπηρεσιών, η Κ.Υ. θα πρέπει να λειτουργεί με δυνατότητα εναλλακτικού ωραρίου, το οποίο θα ορίζεται με εβδομαδιαίο πρόγραμμα.

Εναλλακτικό ωράριο θα σήμαινε:

- 1) να κυμαίνεται το ωράριο των Κ.Λ. μεταξύ των ωρών 7.00 - 17.00 (ώρα λήξης του επισκεπτηρίου)
- 2) όταν παραστεί ανάγκη να μείνει ο Κ.Λ. πέραν του ωραρίου του, η διαφορά να καλύπτεται από το ωράριο της επομένης μέρας, εν γνώση του προϊσταμένου του.

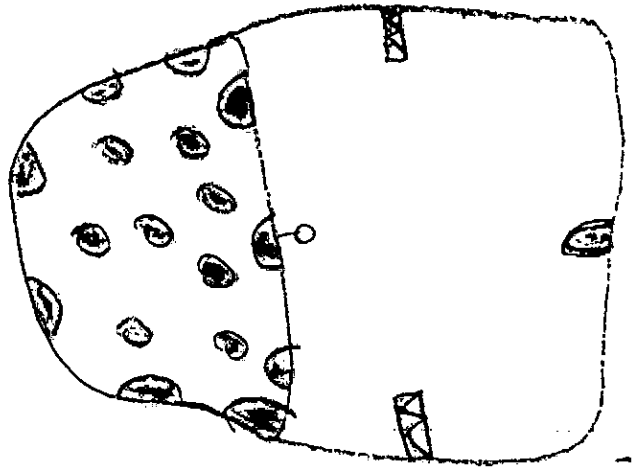
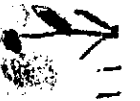
Ευπμερωτικό φυλλάδιο από την
Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Π.Γ.Ν Ρίου

Δ.

| ΠΙΝΑΚΑΣ Ε ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΟΝΤΕΛΛΩΝ | | |
|--------------------------------------|---|---|
| (Α) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | (Β) ΙΑΤΡΙΚΟ - ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ | (Γ) ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ |
| Προσανατολισμός προς ασθένεια | Ασθένεια θεωρείται εκτροχιασμός του σώματος | Ελλείψη υγείας ως έκφραση ανισοροπίας μεταξύ διενέργειας διαφόρων περιβαλλόντων |
| Έμφαση διαδικασίας | Μελέτη και θεραπεία ασθένειας | Μελέτη και ανάπτυξη υγείας |
| Βύση | Υγεία εξαρτάται με έλλειψη ασθένειας | Υγεία θεωρείται η μεγιστοποίηση του ευζην |
| Αίτια | Εξαρτάται στις βιοχημικές και σαγανικές λειτουργίες του σώματος (Υπερασπλοποίηση) | Αναγνώριση διαφόρων τύπων επίδρασης μεταξύ πολλαπλών επιπέδων (Περιεκτικό) |
| Είδος παρέμβασης | Εξωνόησης θεραπεία | Παύτωση της εσωτερικής ικανότητας για ίαση |
| Ρόλος επανενσωματωτικής υγείας | Λειτουργικός εξωτερικής θεραπείας | Διευκόλυνση της διαδικασίας ίασης |
| Ρόλος ασθένειας | Παθητικός, αποδεχόμενος ιατρική παρέμβαση, συνεπώς παθητικός | Ενεργός, διεκδύων την διαδικασία ίασης |

Τατρίδης Δ. // Κοινωνική Εργασία και υγεία // Κοινωνική Εργασία, 1989 τεύχος 19, σελ 77

**ΖΩΓΡΑΦΙΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Π.Π.Γ.Ν ΡΙΟΥ**



LOVE



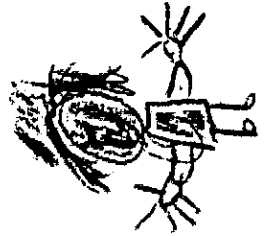
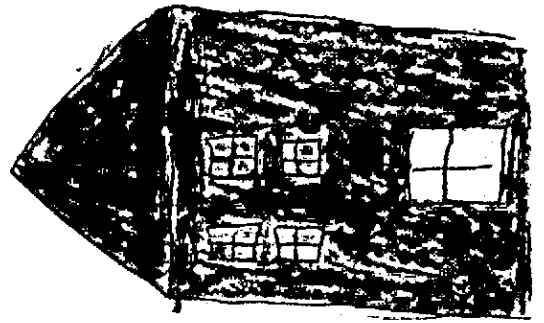
LOVE



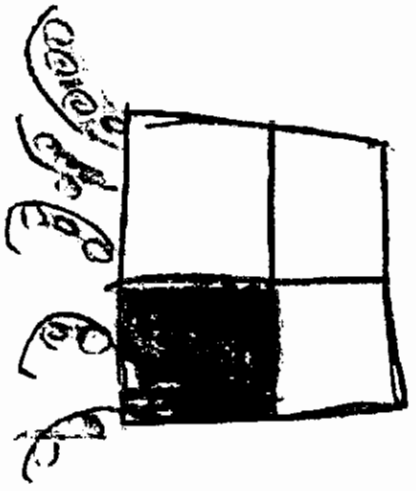
LOVE

LOVE

Κατρίνα κατά χριστού .



F. 1154
Ac. 6
11, 98



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

I Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αγάθωνος Ελένη - Μαρούλη: "Τα επαγγέλματα υγείας στη σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού" Εκλογή Δεκέμβριος 1980 τευχ. 53 σελ.
2. Αποστολόπουλος Απ: Σημειώσεις από το μάθημα Ολιστική προσέγγιση της Υγείας Πάτρα 1995 σελ. 12
3. Δοξιάδης Σπύρος "Τα προβλήματα του παιδιού στο νοσοκομείο" Ιατρική Ιανουάριος 1986, τόμος 50ος, σελ. 587 - 593
4. Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας: "Παιδί με χρόνια πρόβλημα υγείας" Πρακτικά Συνεδρίου Εθνικό ίδρυμα Ερευνών Αθήνα 1989
5. Ζουμπουλάκης Δημήτριος: "Παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο", άρθρο στο περιοδικό Ιατρική 1976 τόμος 30ος σελ. 113 - 121
6. Καλαντζή - Αζίζι "Θέματα κλινικής Ψυχολογίας" Β' Έκδοση βελτιωμένη - Εκδόσεις Μαυρομάτη Αθήνα
7. Κακαβούλης Αλέξανδρος Ψυχοπαιδαγωγική Α Συναισθηματική Ανάπτυξη και αγωγή 1990
8. Λιακοπούλου Μάγδα "Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού με χρόνια νόσο και της οικογένειάς του", άρθρο στο περιοδικό Παιδιατρική Οκτώβριος 1994, τόμος 57ος, τεύχος 5ο, σελίδες 433 - 437
9. Μαδιανός Μιχάλης Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Τόμος Α, Β, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989

10. Μιχαλέλη Μ. "Οι ψυχολογικές συνέπειες της πρόωρης γέννησης στην εξέλιξη του νεογνού, στην οικογένεια και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό" (1995) Παιδιατρική (υπό δημοσίευση)
11. Νταβού Μπετίνα - Χρηστάκης Νικόλαος: Τα παιδιά μιλούν για την υγεία και την ασθένεια, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994
12. Παπαδάτου Δανάη, Αναγνωστόπουλος Φώτιος: Η ψυχολογική στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις : Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1995
13. Παπαδάτου Δανάη "ψυχολογική αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου παιδιού", άρθρο στο περιοδικό Ελληνική Ιατρική, Ιούνιος 1988, τόμος 5, τεύχος 3, σελίδες 256 - 262.
14. Παπαδάτου Δανάη "Το παιδί, ο γονιός και ο Παιδιάτρος μπροστά στη Σοβαρή αρρώστια", άρθρο από το περιοδικό "Materia Medica Greca" Φεβρουάριος 1982, τόμος 10, τεύχος 1, σελ. 60 - 65
15. Παρασκευόπουλος Ιωάννης: Εξελικτική Ψυχολογία τόμοι 1,2,3,4, Αθήνα 1984
16. Παιδαγωγική Ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια λεξικό, 1990
Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, 1990
17. Ποταμιανός Γρηγόρης: Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας
Εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1995, σελ. 189 - 197
18. Παπαφλέσσα Θεοδώρα Σημειώσεις από το μάθημα Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1984
19. Παπαϊωάννου Καλλιόπη: "Ψυχική υγεία και Παιχνίδι" Εκλογή
Δεκέμβριος 1976, τεύχος 40ο -41ο, σελ. 60 - 63

20. Παπαϊωάννου Καλλιόπη: "Γιατρός και Κοινωνικός Λειτουργός: Σύγκρουση ή συνεργασία" Εκλογή Δεκέμβριος 1984, τεύχος 65 σελ. 166 - 171
21. Παπαδόπουλος Νικ. - Ζάχος Δημ. "Ψυχολογία" Εκδόσεις κέντρο ψυχολογικών μελετών, Αθήνα, Νοέμβρης 1985
22. Προεδρικό διάταγμα 891 - ΦΕΚ. 213 / Α / 78 "Περί καθορισμού αντικειμένου Κοινωνικής Εργασίας"
23. Σταύρου Λάμπρος Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία νηπίου - παιδιού - εφήβου Εκδόσεις Γρηγόρης, Αθήνα 1984
24. Τσαντίλη - Ξυπολυτά Δανάη, "Το παιδί και ο θάνατος" άρθρο στο περιοδικό "Ιατρική", 1979, τόμος 36ος τεύχος 2ο, σελ. 170 - 172
25. Τσιάντης Γιάννης: Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας τεύχος Β, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1993
26. Τσιάντης Γιάννης: Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής τόμος Α, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1987
27. Χουρδάκη Μαρία: Οικογενειακή Ψυχολογία εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1982
28. Χουρδάκη Μαρία: Ψυχολογία της Οικογένειας και εξελικτική - Σχολική - εφηβείας εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1995

II Μεταφρασμένα ξένα συγγράμματα

29. Brearly Jutith "Το άγχος και η αντιμετώπιση του σε οργανώσεις υγείας: δυνατότητες για την Κοινωνική Εργασία" Εκλογή Μάρτιος 1991, τευχ. 88 σελ. 14 - 24
30. Lindquist Ivainy: Η παιγνιοθεραπεία στο νοσοκομείο τίτλος πρωτότυπου: Terapi genon lek (Μετάφραση Τζόλα Θεοδώρα), Εκδόσεις Ρεϋμόνδος Αθήνα 1989
31. Keirse G. "Ψυχοκοινωνική προσέγγιση στο τμήμα ευημερίας του νοσοκομείου και στις πρώτες βοήθειες" Εκλογή Αύγουστος 1983 τεύχος 61ο, σελ.95 - 100
32. Illingworth Ronald S. Το φυσιολογικό παιδί (Μετάφραση Ν. Σουμελάς) Εκδόσεις Επιστημονικές, Αθήνα 1970
33. Ραϊμπό Ζινέτ: Το παιδί και ο θάνατος (μετάφραση Μίνα Μπούρα), Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1978
34. Rossant Laionel: Η νοσηλεία των παιδιών στο νοσοκομείο (μετάφραση Βασιλική - Πηγή Χριστοπούλου), Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1988
35. Σκοπ Μπενζαμίν: "Το παιδί και η φροντίδα του" (μετάφραση Αϊδινός) Εκδόσεις Κάκτος Αθήνα 1987.

II. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

36. Colden, D: "play therapy for Hospitalised children in Hospital: the social worker' s Role" social work today 14.12.1987
37. Heyman, B & Shaw, M. (1984). Looking at relationships in nursing. In s sKenington (ed.), understanding nurses chichester: John Wiley & sons
38. Nichols, K.A (1989) psychological care in reual Failure. In J. Lacey & T. Burhs (E.ds.) psychological management of Physical illness. London: churcill Livingstone.

