

**ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Μετέγουσες Σπουδάστριες:

Βουλκούδη Δέσποινα

Ζαλοκώστα Σπυριδούλα

Σαχτούρη Γεωργία



Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Πανταζάκα Αθανασία

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, 2002

Η τριμελής Επιτροπή για την Εγκριση της Πτυχιακής:

Γαυδύλα
Λουκάκης
Παναγιώτης

ΠΑΤΡΑ, 2002

Στους νεφροπαθείς, που ο καθημερινός
τους “αγώνας”, μας ενέπνευσε
στην συγγραφή αυτής της εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΩΝ	viii
Κεφάλαιο	
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Το πρόβλημα	1
Σκοπός της μελέτης	2
Ορισμοί όρων	3
II. ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	
1. Τι είναι νεφρική ανεπάρκεια	5
2. Αιτιολογία	6
3. Στάδια νεφρικής ανεπάρκειας	8
4. Ταυτότητα νεφροπαθούς	10
5. Διάγνωση και θεραπεία νεφρικής ανεπάρκειας	12

III. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

1. Επιπτώσεις νεφρικής ανεπάρκειας στη ζωή του ασθενούς	14
1.1 Δίαιτα νεφροπαθούς	14
1.2 Φάρμακα νεφροπαθούς	18
1.3 Εξάρτηση από το μηχάνημα	19
1.4 Σεξουαλική ζωή νεφροπαθούς	21
1.5 Εγκυμοσύνη και νεφρική ανεπάρκεια	24
1.6 Επιπλοκές χρόνιας αιμοκάθαρσης	26
1.7 Συναισθηματική αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας	28
1.8 Στρες, φόβοι, ψυχολογικά προβλήματα	32
2. Οικογένεια και νεφρική ανεπάρκεια	36
2.1 Φάσεις συναισθηματικών αντιδράσεων οικογένειας	36
2.2 Ψυχολογικοί τύποι οικογένειας με χρόνια ασθενή	37
2.3 Παιδί με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	40
2.3.1 <i>Παιδί και νεφρική ανεπάρκεια</i>	40
2.3.2 <i>Γονείς και παιδί με νεφρική ανεπάρκεια</i>	43
2.5 Εφηβος και νεφρική ανεπάρκεια	45
2.6 Ενήλικας με νεφρική ανεπάρκεια	46
3. Κοινωνία και νεφροπάθεια	48
3.1 Οικονομική και κοινωνική διάσταση της νεφρικής ανεπάρκειας	48
3.2 Κρατική μέριμνα – Νομοθεσία	50
3.3 Κέντρα αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα	52
4. Μεταμόσχευση νεφρού	53
4.1 Βιώνοντας την αναμονή για ένα μόσχευμα	54
4.2 Αποδοχή μοσχεύματος	56
4.3 Απόρριψη μοσχεύματος	57
4.4 Δωρεά οργάνων – Υπάρχουσα κατάσταση	59

4.5 Η αντιμετώπιση της έλλειψης μοσχευμάτων στην Ελλάδα	62
5. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	64
5.1 Παρέμβαση στην κρίση της χρόνιας ασθένειας	64
5.2 Καθήκοντα Κοινωνικού Λειτουργού σε νοσοκομειακό πλαίσιο	68
5.3 Η φροντίδα του ασθενούς σε ψυχολογικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο	70
5.4 Η φροντίδα του ασθενούς στην τελική φάση της ζωής του	72
5.5 Δικαιώματα ασθενούς	75
5.6 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια	78
5.7 Ηθικές αρχές του Κοινωνικού Λειτουργού	80
5.8 Η επαγγελματική εξουθένωση του Κοινωνικού Λειτουργού (Burn Out)	81
5.8.1 Αίτια και επιπτώσεις του <i>Burn Out</i>	81
5.8.2 Πρόληψη και αντιμετώπιση του <i>Burn Out</i>	83
IV. ΕΡΕΥΝΑ	
1. Έρευνα	85
1.1 Σημαντικότητα έρευνας	85
1.2 Στόχοι	85
1.3 Υποθέσεις	86
2. Μεθολογία	87
2.1 Πληθυσμός - Δείγμα	87
2.2 Τόπος – Χρόνος έρευνας	87
2.3 Εργαλείο έρευνας	88
2.4 Διαδικασία – Συλλογή δεδομένων	88
2.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων	89
2.6 Ερωτηματολόγιο	89

3. Αποτελέσματα	97
3.1 Περιγραφική κατανομή του δείγματος	98
3.1.1 Δημογραφικά στοιχεία	98
3.1.2 Απαντήσεις ερωτηματολογίου	105
3.2 Συγκριτικές συσχετίσεις	129

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Συμπεράσματα	139
2. Προτάσεις	143

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. ΠΙΝΑΚΕΣ

II. ΑΡΘΡΑ

III. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πατρών για τη λήψη πτυχίου.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τα μέλη του Πανελληνίου Συλλόγου Νεφροπαθών για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφεραν καθώς επίσης και για το βιβλιογραφικό υλικό που μας παραχώρησαν.

Επίσης, ευχαριστούμε θερμά την κοινωνική λειτουργό της Νεφρολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, κα Τσάκα Ασπασία για την αμέριστη βοήθεια και υποστήριξη της, ηθική και πρακτική, καθόλη την διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας.

Ακόμα θέλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον διευθυντή και την κοινωνική λειτουργό της Νεφρολογικής κλινικής του Νοσοκομείου “Άγιος Ανδρέας”, κο Διαμαντόπουλο και κα Σπετσιέρη, για την συνεργασία τους.

Επιπλέον, ευχαριστούμε θερμά την συντονίστρια της επικείμενης εργασίας κα Πανταζάκα Αθανασία για την υπομονή και την εμπιστοσύνη που μας κατέδειξε ώσπου αυτή να ολοκληρωθεί.

Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε την μεγάλη μας ευγνωμοσύνη προς τους γονείς μας για την υποστήριξη, την κατανόηση και την συμπαράσταση τους, καθώς επίσης και για την δύναμη και το κουράγιο, με τα οποία μας ενίσχυαν καθημερινά για την εκπόνηση του έργου μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη σημερινή εποχή η τεχνολογία έχει φτάσει σε υψηλά επίπεδα ανάπτυξης, ικανοποιώντας τις αναζητήσεις του ανθρώπου για καλύτερη ζωή και προσφέροντας σημαντικότερη βοήθεια στο χώρο της ιατρικής. Παρόλα αυτά εξακολουθούν να υπάρχουν μακροχρόνιες ασθένειες που εξακολουθούν να προβληματίζουν άτομα και κοινωνίες. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και η νεφρική ανεπάρκεια με όλες τις επιπτώσεις που προκαλεί στη ζωή του πάσχοντα.

Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν όλους τους τομείς, σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και διαφέρουν σε κάθε στάδιο της νόσου, όπως διαφέρουν και με την ηλικία.

Στο πρώτο μέρος η μελέτη ξεκινά με την αναφορά γενικά στην νεφροπάθεια σαν χρόνια ασθένεια, στην αιτιολογία της, καθώς και στους τρόπους αντιμετώπισής της.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια λεπτομερής περιγραφή των επιπτώσεων της ασθένειας σε όλους τους τομείς που συνθέτουν την ζωή του ασθενούς, και ακολουθούν οι επιπτώσεις σε οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Στη συνέχεια περιγράφεται η διαδικασία της μεταμόσχευσης και πώς αυτή βιώνεται από τον ασθενή και τέλος παρουσιάζεται το θέμα της δωρεάς οργάνων και το πρόβλημα της έλλειψης μοσχευμάτων στην Ελλάδα.

Τα ποικίλα προβλήματα που επιφέρει η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, αναδύουν την ανάγκη ύπαρξης κοινωνικού λειτουργού στο χώρο του νοσοκομείου, ο οποίος έχει την δυνατότητα παράλληλης εργασίας με το άτομο, την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο. Για τον λόγο αυτό, κρίθηκε απαραίτητο να τονιστεί η σπουδαιότητα και σημαντικότητα του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού και οι

παρεμβάσεις του σε νοσοκομειακό πλαίσιο. Επίσης, επιχειρείται μια προσέγγιση της “επαγγελματικής εξουθένωσης”, αποτέλεσμα της εξάντλησης και της απώλειας ενδιαφέροντος του κοινωνικού λειτουργού, λόγω της μακροχρόνιας εργασίας του σε ένα δύσκολο και απαιτητικό πλαίσιο, όπως ο χώρος του νοσοκομείου.

Στο δεύτερο μέρος διατυπώνεται η μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το θέμα. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς και τα συμπεράσματα από το σύνολο της μελέτης. Κλείνοντας γίνονται προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων των νεφροπαθών, την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων και την ενίσχυση της ιδέας της δωρεάς οργάνων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΩΝ

T.N.	Τεχνητός Νεφρός
X.N.A.	Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
Βλ.	Βλέπε
Πρτ.	Παράρτημα
Κ.λ.π.	Και λοιπά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Τα τελευταία χρόνια οι χρόνιες ασθένειες κατέχουν ένα σημαντικό κομμάτι στο ενδιαφέρον της ιατρικής και της ψυχολογίας. Μια από αυτές είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υφίσταται με σοβαρή οξύτητα και επηρεάζει τη ζωή του πάσχοντος, της οικογένειας του, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η ασθένεια αυτή αναφέρεται σε βλάβη της λειτουργίας των νεφρών του ατόμου, κάτι που θέτει σε κίνδυνο την ζωή του, και αντιμετωπίζεται κυρίως με την μέθοδο της αιμοκάθαρσης. Η χρονοβόρα αυτή διαδικασία ταλαιπωρεί τον ασθενή σωματικά και ψυχικά και δεν αποτελεί την οριστική λύση στο πρόβλημά του.

Σήμερα στην χώρα μας υπάρχουν 7.500 ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, από 3.400 που είχαν σημειωθεί το έτος 1991. (βλ. Πρτ. ΙΙ, Αρθ. Ι) Αυτό αποδुकνει την ραγδαία αύξηση του αριθμού των νεφροπαθών οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κάθε δεύτερη μέρα και περιμένουν στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση. Η μέθοδος αυτή αποτελεί την πιο αποτελεσματική λύση του προβλήματος και δίνει στον πάσχοντα μια δεύτερη ευκαιρία στη ζωή. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο βασικός σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Επίσης, η μελέτη σκοπεύει να παρουσιάσει την ασθένεια σαν κοινωνικό φαινόμενο και να τονίσει την ανάγκη αντιμετώπισης της από την πολιτεία. Επιπλέον, βασικό σκοπό αποτελεί και η επισήμανση της απαραίτητης παρουσίας του κοινωνικού λειτουργού για την υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για το πρόβλημα της νεφρικής ανεπάρκειας, που παρόλη τη σοβαρότητα του δεν του έχει δοθεί η αρμόζουσα σημασία.
- Η γνωστοποίηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς, τόσο σε προσωπικό όσο και κοινωνικό επίπεδο.
- Να παρουσιαστεί η ανάγκη βελτίωσης της αντιμετώπισης του προβλήματος από την πολιτεία και της καλύτερης οργάνωσης των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ:

“Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται σαν το τελικό στάδιο της νεφρικής λειτουργίας, στο οποίο οι νεφροί δεν μπορούν να διατηρήσουν την ακεραιότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού”. (Μπαρμπαλιάς, 1998, σελ. 83)

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ:

“Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι ένα κλινικό σύνδρομο ποικίλης αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από οξεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, η οποία συχνά, αλλά όχι πάντα, συνοδεύεται από ολιγουρία”. (Μπαρμπαλιάς, 1998, σελ. 125)

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΙΜΟΔΙΥΛΥΣΗ):

“Είναι ο τρόπος θεραπείας, όπου το αίμα μεταφέρεται έξω από τον οργανισμό και μέσα σε έναν τεχνητό νεφρό. Μέσα στον τεχνητό νεφρό το αίμα καθαρίζεται και στην συνέχεια επιστρέφεται στον οργανισμό”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 10)

ΦΙΣΤΟΥΛΑ:

“Σημαίνει τον αγωγό μέσα από τον οποίο μεταφέρεται συγκεκριμένη ποσότητα αίματος (200-300 ml) από το σώμα του ασθενούς στον τεχνητό νεφρό”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 10)

ΑΡΤΗΡΙΑ:

“Αιμοφόρο αγγείο που μεταφέρει το αίμα από την καρδιά”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 10)

ΦΛΕΒΑ:

“Αιμοφόρο αγγείο που μεταφέρει το αίμα προς την καρδιά”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 24)

ΟΥΡΙΑ:

“Άχρηστη ουσία που σχηματίζεται από την αποδόμηση των πρωτεϊνών της τροφής. Φυσιολογικά αποβάλλεται από τους νεφρούς”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 24)

ΟΛΙΓΟΥΡΙΑ:

“Ορίζεται το ποσό των ούρων που είναι λιγότερο από 400 ml το 24ωρο”. (Μπαρμπαλιάς, 1998, σελ. 125)

ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ:

“Το μηχάνημα που χρησιμοποιείται για να καθαρίζει το αίμα από τις άχρηστες ουσίες και τα πλεονάζοντα υγρά”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 24)

ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ:

“Άχρηστη ουσία που παράγεται στους μυς και αποβάλλεται από τους νεφρούς”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 24)

ΝΕΦΡΟΣ:

“Είναι το όργανο που ρυθμίζει την εσωτερική χημική ισορροπία του οργανισμού. Απομακρύνει τις άχρηστες ουσίες από τον οργανισμό με την μορφή των ούρων, και ρυθμίζει τα επίπεδα οξέων και αλάτων στον οργανισμό”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 6)

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ:

“Η χειρουργική μεταφορά ενός υγιούς οργάνου, από το σώμα ενός δότη στο σώμα του πάσχοντα, για την αντικατάσταση ενός φθαρμένου”. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996, σελ. 9)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

“Η νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται σαν το τελικό στάδιο της νεφρικής νεφρικής λειτουργίας στο οποίο οι νεφροί δεν μπορούν να διατηρήσουν την ακεραιότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού”. (Papper, 1981, σελ. 83)

Η νεφρική ανεπάρκεια που εμφανίζεται ξαφνικά, ονομάζεται οξεία νεφρική ανεπάρκεια, ενώ όταν παρουσιάζεται χρόνια δυσλειτουργία των νεφρών, ονομάζεται χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.).

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί από μαζική απώλεια αίματος, όπως μετά από τροχαία ατυχήματα, ή κατά την διάρκεια μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων. Μπορεί, επίσης, να προκληθεί από σοβαρά εγκαύματα ή από δηλητηρίαση με ορισμένα φάρμακα. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται επείγουσα αντιμετώπιση, η οποία μπορεί να απαιτείται μόνο προσωρινά, μέχρι να περάσει το οξύ επεισόδιο. Μετά από αυτό, οι νεφροί μπορεί να ανακτήσουν την φυσιολογική λειτουργία τους. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996)

Στην αιτιολογία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας θα αναφερθούμε στο επόμενο κεφάλαιο, αφού αποτελεί το βασικό αντικείμενο της εργασίας μας.

Οι παθήσεις των νεφρών είναι από τις πιο σοβαρές ασθένειες επειδή η λειτουργία τους είναι ζωτική για όλο το σύστημα. Η λειτουργία τους δεν περιορίζεται μόνο στην απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών, αλλά παράγουν και ορμόνες που επηρεάζουν την δομή των οστών, την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Ακριβώς, επειδή η λειτουργία τους είναι πολύπλευρη, τα νεφρά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε ερεθισμούς και μολύνσεις απ’ όλων των ειδών τις ουσίες.

2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Μπαρμπαλιά, Γ. Α. (1987), τα αίτια της Χ.Ν.Α. χωρίζονται ως εξής:

- Χρόνια σπειραματονεφρίτις 54 %
- Χρόνια πυελονεφρίτις 12 %
- Πολυκυστικός νεφρός 5 %
- Κακοήθης ωεφροσκλήρυνση 6 %
- Άλλα αίτια 23 %

Στο τελευταίο ποσοστό συμπεριλαμβάνονται οι πέτρες στο νεφρό, ο σπογγώδης νεφρός (κυστώδης νόσος μυελώδους μοίρας) και η αιματουρική νεφρίτιδα (οικογενή νεφρίτιδα).

Παράλληλα, ο Αγραφιώτης, Θ. (1984), μετά από έρευνα, κατέληξε στον διαχωρισμό των αιτιών της Χ.Ν.Α., ως εξής:

- Χρόνιες πρωτοπαθείς σπειραματονεφρίτιδες 29,4 %
- Χρόνιες διάμεσες νεφρίτιδες 21,3 %
- Νεφροαγγειοσκλήρυνση 9,6 %
- Κληρονομικές νεφροπάθειες 12,5 %
- Υποπλασία νεφρού 3,6 %
- Διαβητική νεφροπάθεια 4,4 %
- Διάφορες αιτίες 8,9 %
- Αγνώστου αιτιολογίας 10,3 %

(βλ. Πρτ. Ι, Πίνακα 1)

Όπως διαπιστώνεται από τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία, η κύρια αιτία Χ.Ν.Α. είναι η χρόνια πρωτοπαθής σπειραματονεφρίτιδα.

Τα αίτια όλων των παθήσεων που οδηγούν σε Χ.Ν.Α. εντοπίζονται σε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, διαβήτη, υπέρταση και κληρονομικότητα. Η κληρονομικότητα, σε συνδιασμό ή όχι με το κάπνισμα, το αλκοόλ και την κακή διατροφή, θεωρείται ως το βασικότερο αίτιο της νεφρικής δυσλειτουργίας.

3. ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

“Τις περισσότερες φορές είναι δύσκολο να αναπλάσουμε τη δομή ενός έργου που κάηκε, μελετώντας τις στάχτες του”

SIMEON BURT WOLBACH

Σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολο να τεθεί η διάγνωση μιας ειδικής παθήσεως που προκάλεσε την Χ.Ν.Α. Ακόμα πιά δύσκολο είναι να διακριθεί η εξελικτική πορεία της ασθένειας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η Χ.Ν.Α. έχει την αιτιολογία της σε πολλές και πολύμορφες παθήσεις, που η καθεμία παρουσιάζει διαφορετικά στάδια και πορεία εξέλιξης.

Ο Μπαρμπαλιάς, Γ. Α. (1987), στην περιγραφή της Χ.Ν.Α., αναφέρει διαδοχικά στάδια επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας ως εξής:

α) Μείωση της νεφρικής εφεδρείας.

Η νεφρική λειτουργία στο σύνολο της είναι ελαφρά ή μέτρια μειωμένη, αλλά οι απεκκριτικές και οι ρυθμιστικές λειτουργίες της είναι άθικτες με τρόπο ώστε να διατηρούν ένα εσωτερικό περιβάλλον. Ο άρρωστος δεν έχει συμπτώματα.

β) Νεφρική ανεπάρκεια.

Σε αυτό το στάδιο υπάρχουν ενδείξεις διαταραχής της ικανότητας του νεφρού να διατηρεί σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον. Η διαταραχή αυτή δεν είναι εμφανής μέχρι να παρουσιαστεί κάποια επιπλοκή, που θα προκαλέσει μείωση της νεφρικής λειτουργίας και εκδήλωση της διαταραχής αυτής.

γ) Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.

Η νεφρική λειτουργία έχει επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι παρατηρούμενες διαταραχές του εσωτερικού περιβάλλοντος να είναι χρόνιες και επίμονες.

δ) Ουραιμικό σύνδρομο

Εμφανίζεται στον ασθενή ένα άθροισμα κλινικών συμπτωμάτων που προσβάλουν κυρίως το γαστρεντερικό, το καρδιαγγειακό ή το νευρικό σύστημα.

Σύμφωνα με τον ίδιο, η πορεία της νεφρικής λειτουργίας, δεν αποκλείει την εκδήλωση επιπλοκών και την εμφανή εκδήλωση συμπτωμάτων. Παραδείγματος χάριν, η νεφρική λειτουργία μπορεί να επιδεινώνεται χωρίς να υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις στον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

4. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΟΥΣ

Τα συμπτώματα της Χ.Ν.Α. προδίδουν στον ασθενή την ταυτότητα του ασθενούς. Με τον όρο ταυτότητα εννοούμε τον μέσο όρο ηλικίας, το φύλο καθώς και τα κλινικά και βιολογικά χαρακτηριστικά.

Σύμφωνα με την ετήσια στατιστική έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Αιμοδιάλυσης και Μεταμόσχευσης (Ε.Ε.Α.Μ.), που περιλαμβάνει όλα τα κέντρα κάθαρσης των ευρωπαϊκών χωρών, ο μέσος όρος ηλικίας των νεφροπαθών στην έναρξη του προγράμματος αιμοκάθαρσης, αυξάνεται σταθερά με την πάροδο των ετών.

Με την παράλληλη μελέτη της βιβλιογραφίας συμπεραίνεται ότι η αύξηση αυτή του μέσου όρου ηλικίας, δηλώνει ότι ολοένα και πίο πολλοί ηλικιωμένοι νεφροπαθείς εντάσσονται σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Επίσης, ο αριθμός των νέων ασθενών που καταλήγουν σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. συνεχώς περιορίζεται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η διάγνωση των νεφρικών παθήσεων είναι πίο έγκαιρη, λόγω της προληπτικής ιατρικής που έχει περάσει στις δημόσιες υπηρεσίες όλων των προηγμένων ευρωπαϊκών χωρών. Έτσι το τελικό στάδιο της Χ.Ν.Α. μετατίθεται χρονικά και ο νεαρός νεφροπαθής “αργεί” να φτάσει στο μηχάνημα. Η καλή διατροφή, η μείωση του καπνίσματος και του αλκοόλ και η προσαρμογή σε ειδικό διαιτολόγιο, είναι οι βασικότεροι παράγοντες που επιβραδύνουν την υποβολή του νεαρού νεφροπαθούς σε αιμοκάθαρση. (Καστρινάκης, 1998; Καστρινάκης, 2000; Λαγγουράνης, 2000)

Όσον αφορά το φύλο του νεφροπαθούς το αντρικό είναι αυτό που επικρατεί στο συνολικό αριθμό νεφροπαθών που καταλήγουν σε Τ.Ν. Αυτό οφείλεται στην μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στους άντρες της χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας, που αποτελεί την κύρια αιτία εκδήλωσης Χ.Ν.Α. (Καστρινάκης, 1998; Καστρινάκης, 2000; Λαγγουράνης, 2000)

Η κλινική και βιολογική εικόνα του ασθενούς διαμορφώνεται από την ανουρία ή την ουραιμία που είναι τα βασικά συμπτώματα της Χ.Ν.Α. Φυσικά επακόλουθα αυτών είναι: απώλεια βάρους λόγω ανορεξίας, ναυτία, διάρροια, λόξυγγας, μυικοί σπασμοί, περικαρδίτις, λοιμώδες χρώμα δέρματος, πρησμένα μέλη, κνησμός, ουραιμική αναπνοή, υπέρταση και αναπνευστικά προβλήματα. Επίσης, ο νεφροπαθής μπορεί να εκδηλώσει διαταραχές προσωπικότητας, ευερεθιστικότητα, ψευδαισθήσεις και αδυναμία πνευματικής συγκέντρωσης. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996; Χλαπανίδη, 1999)

Φυσικό επακόλουθο θα ήταν, αυτός να είναι “νεκρός” μέσα από την διαδρομή αυτής της εντυπωσιακής κλινικής εικόνας. Κι όμως παραμένει ζωντανός! Συμμετέχει σε κάθε εκδήλωση, γελά, κλαίει, εργάζεται και προσπαθεί να ζήσει με ένα τεχνητό όργανο, από το οποίο εξαρτάται όλη η ζωή του. Ίσως το μόνο χαρακτηριστικό που θα τον διακρίνει από τους συνανθρώπους του, είναι τα διατεταμένα αγγεία που έχει συνήθως στο αριστερό του χέρι όταν θα φορέσει ένα κοντομάνικο ρούχο.

5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Όταν η νεφρική λειτουργία αρχίζει να φθίνει, η εσωτερική ισοροπία του οργανισμού δεν μπορεί πλέον να διατηρηθεί. Όταν η νεφρική λειτουργία έχει εκπέσει περίπου στο 10 % του φυσιολογικού, ο ασθενής μπορεί να τεθεί υπό ειδική διαίτα. Όταν έχει παραμείνει μόνο το 5 % της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας χρειάζεται πλέον η κάθαρση του αίματος να γίνεται με κάποιο άλλο μέσο, όπως η αιμοκάθαρση χρησιμοποιώντας T.N., ή δίνοντας στον ασθενή έναν καινούργιο νεφρό με μεταμόσχευση. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996)

Στην πρώτη περίπτωση που ο ασθενής υποβάλλεται σε ειδική διαίτα, επιβάλλεται ο περιορισμός τροφών που περιέχουν πρωτεΐνες, νάτριο και κάλιο. Αυτό γίνεται για να μειωθεί η κατακράτηση άχρηστων ουσιών στον οργανισμό. Το διαιτολόγιο αποτελεί προσωρινό μέσο θεραπείας μέχρι την έναρξη της αιμοκάθαρσης. Η διάρκεια του σταδίου της διαίτας ποικίλει και όταν αυτή είναι προσεκτική και σχεδιασμένη μπορεί να καθυστερήσει αρκετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2001)

Άλλο τρόπο θεραπείας αποτελεί η μεταμόσχευση νεφρού, η οποία περιλαμβάνει την χειρουργική μεταφορά ενός υγιούς νεφρού στο σώμα του πάσχοντα και την αντικατάσταση του κατεστραμένου ή αλλοιωμένου.

Ο νεφρός μπορεί να δωρηθεί από κάποιον ζώντα συγγενή δότη ή να προέλθει από πτωματικό δότη. Μπορεί να περάσει αρκετός χρόνος μέχρι να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα και η μεταμόσχευση δεν μπορεί να εγγυηθεί απόλυτα την άριστη λειτουργία του οργανισμού. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2001)

Η πιο συχνή αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας είναι η αιμοκάθαρση. Αυτή μπορεί να γίνει με δύο τρόπους: την αιμοδιύληση και την περιτοναϊκή διύληση. Με την αιμοδιύληση το αίμα μεταφέρεται έξω από τον οργανισμό,

καθαρίζεται από τον T.N. και επιστρέφει στον οργανισμό. Για να είναι αποτελεσματική η αιμοκάθαρση, η ροή του αίματος μέσα από τον T.N. πρέπει να είναι περίπου 200-300 ml το λεπτό. Αυτό σημαίνει ότι μέσα σε 20 λεπτά θα πρέπει να περάσει από τον T.N. σχεδόν όλο το αίμα του ασθενούς. Για να είναι δυνατή η μεταφορά τέτοιας ποσότητας αίματος, θα πρέπει να μεταφέρεται από κάποιο μεγάλο αγγείο. Αυτό επιτυγχάνεται με την δημιουργία μιας φίστουλας, μέσω χειρουργικής επέμβασης που ενώνει μια αρτηρία με μια φλέβα, εξού και λέγεται και αρτηριοφλεβική αναστόμωση.

Με την περιτοναϊκή διύληση, μια μεμβράνη επενδύει εσωτερικά την κοιλιά (περιτόναιο) και λειτουργεί σαν T.N. Μέσω ενός σωλήνα που τοποθετείται στην κοιλιακή χώρα χορηγείται ειδικό υγρό αιμοκάθαρσης, το οποίο αργότερα απομακρύνεται μαζί με τις άχρηστες ουσίες του οργανισμού και αντικαθίσταται με φρέσκο. Η αντικατάσταση του υγρού της αιμοκάθαρσης (περιτοναϊκή διύληση), μπορεί να γίνεται στο γραφείο ή στο σπίτι. Η θεραπεία αυτή επιβάλλεται σε καθημερινή βάση και χρησιμοποιείται συνήθως σε μικρά παιδιά, σε διαβητικούς ή σε ασθενείς που έχουν πολλές πιθανότητες να κάνουν μεταμόσχευση νεφρού. (Ενημερωτικό φυλλάδιο “Η ζωή με την αιμοκάθαρση”, 1996)

Η όλη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, συμπεριλαμβανομένης και της ώρας που χρειάζεται ο ασθενής για την μετακίνηση από και προς τη μονάδα T.N., καταλαμβάνει τουλάχιστον 15 ώρες την εβδομάδα. Όσο και αν ακούγεται κουραστικό, είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να μην αφήσει το πρόβλημα της υγείας του και την αιμοκάθαρση να κυριαρχήσουν στην ζωή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΟΥΣ

1.1 ΔΙΑΙΤΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Σύμφωνα με τον Παπαδογιαννάκη (1987), η διαίτα αποτελεί ξεχωριστό και σημαντικό στοιχείο της θεραπευτικής αγωγής στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Με αυτή εξασφαλίζονται η καλή ποιότητα ζωής και η μακρά επιβίωση του αιμοκαθαρώμενου. Πράγμα που σημαίνει σύνεση, εξυπνάδα και πειθαρχία από την πλευρά του ασθενή. Η μη κατανόηση από την πλευρά του αιμοκαθαρώμενου της σπουδαιότητας και της αναγκαιότητας της σωστής διατροφής δυσκολεύει τις συνθήκες της διαβίωσης του.

Η διαίτα των αρρώστων που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση, όπως διαφαίνεται στο Άρθρο 2 (Πρτ. ΙΙ), διαφέρει από την διαίτα που έκαναν πριν αρχίσουν αιμοκάθαρση σε δυο πολύ βασικά σημεία:

1. ότι πρέπει να παίρνουν λεύκωμα παραπάνω από όσο έπαιρναν και μάλιστα ζωικό λεύκωμα, και
2. ότι απαγορεύεται τελείως το αλάτι και το κάλιο.

Όπως αναφέρει ο Αγραφιώτης στο βιβλίο “Τεχνητός Νεφρός” (1984), αρχίζοντας ο νεφροπαθής το χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης οφείλει να αλλάξει ριζικά την διαίτα του, σε ότι αφορά τα λευκώματα. Το ποσό είναι σαφώς μεγαλύτερο από το ποσό που έπαιρνε πριν, και αυτό γιατί πολλοί

άρρωστοι αρχίζουν χρόνια αιμοκάθαρση μετά από μια μεγάλη στέρωση λευκώματος. Η ποσότητα 1,0 - 1,2 g/kg/24ωρο όχι μόνο επιτρέπεται αλλά και επιβάλλεται στους νεφροπαθείς με δυσεβδομαδιαίο πρόγραμμα τεχνητού νεφρού.

Ένας άλλος λόγος είναι ότι με τη χρόνια αιμοκάθαρση ο ασθενής έχει μια απώλεια λευκωμάτων και καθαρών αμινοξέων από το τεχνητό νεφρό κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Απαιτείται τότε από τον νεφροπαθή να αποκτήσει σιγά-σιγά την “λευκωματούχο όρεξη”, ώστε να πετύχει μια διατροφή με τουλάχιστον ένα γραμμάριο λευκώματος (1g) ανά kg σωματικού βάρους ανά 24ωρο, το οποίο έχει υπολογιστεί ότι χάνει ο άρρωστος όσο κάνει τεχνητό νεφρό.

Σύμφωνα με εμπειρίες ερευνητών έχει προταθεί ένα νέο σχήμα διατροφής των νεφροπαθών. Το σχήμα αυτό συνιστάται στη χορήγηση αμινοξέων ή στη μείωση ζωικού λευκώματος. Οι πρώτες παρατηρήσεις είναι ενθαρρυντικές σε ότι αφορά την κλινική και βιολογική ισορροπία των νεφροπαθών. Η καθιέρωση όμως του σχήματος αυτού απαιτεί ακόμα μακρόχρονη κλινική εμπειρία. Η αύξηση του κόστους αιμοκάθαρσης, η εξασφάλιση μεγάλων ποσοτήτων αμινοξέων και οι πιθανές όψιμες παρενέργειες, είναι οι πρώτες πτυχές του θέματος που ζητούν απάντηση.

Όπως αναφέρεται σε άρθρο των Παπαδογιαννάκη και Θάνου (1989), οι αιμοκαθαρόμενοι πρέπει να παίρνουν αρκετές θερμίδες από υδατάνθρακες και λίπη, κυρίως για να καλύπτουν τις θερμιδικές τους ανάγκες αλλά και να εξασφαλίσει ο οργανισμός την απαραίτητη ενέργεια που χρειάζεται για να ανταποκριθεί στην θεραπευτική αγωγή.

Η ποσότητα των θερμίδων πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 35 και 40 cal/gr σωματικού βάρους ημερησίως. Αυτό σημαίνει ότι αν οι θερμίδες που παίρνει

κάποιος είναι λιγότερες του κανονικού, τότε ο αιμοκαθαρώμενος αδυνατίζει αφού ο οργανισμός αρχίζει να καίει από τους δικούς του ιστούς.

Βασική πηγή θερμίδων είναι το λάδι και τα λίπη, τα οποία προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό αλλά και το απαραίτητο αίσθημα γεύσης.

Επειδή όμως πολλές φορές οι ασθενείς παρουσιάζουν και διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων στο αίμα, δεν επιτρέπεται η απεριόριστη ποσότητα λαδιού και λίπους.

Για παράδειγμα, ενώ απαιτείται η λήψη λαδιού στον οργανισμό, επιτρέπεται να χρησιμοποιηθεί μόνο ωμό σε σαλάτες και βραστά φαγητά.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι ο ασθενής βιώνει καθημερινά την αντιφατικότητα της απαραίτητης χρήσης υδατανθράκων και λιπιδίων και της παράλληλης περιοριστικής χρήσης αυτών.

Με την πρόσληψη αλατιού αυξάνεται το σωματικό βάρος όπως και η αρτηριακή πίεση με επακόλουθο την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αγγειακού επεισοδίου και καρδιακή ανεπάρκεια. Άρα η προσοχή του νεφροπαθούς πρέπει να στραφεί στις τροφές που είναι πλούσιες σε αλάτι. Οι τροφές βέβαια αυτές δεν σημαίνει ότι απαγορεύονται απόλυτα. Το πρόβλημα θα δημιουργηθεί μόνο από την υπερβολή στην προσλαμβανόμενη ποσότητα τους, πράγμα που θα αυξήσει τη δίψα και το μεταξύ των αιμοκαθάρσεων σωματικό βάρος. Στόχος του αιμοκαθαρώμενου είναι να προσαρμόσει το ημερήσιο αλάτι σε τέτοια ποσότητα έτσι ώστε η αρτηριακή πίεση να διατηρείται φυσιολογική και η αύξηση του σωματικού βάρους να μην ξεπερνά τα 2 κιλά μεταξύ δύο αιμοκαθάρσεων. Συνήθως ο νεφροπαθής βρίσκει την ισορροπία προσθέτοντας μια συνηθισμένη ποσότητα αλατιού στο μαγείρεμα, αποφεύγοντας το επιπλέον αλάτι στο τραπέζι και περιορίζοντας απλώς περιστασιακά τις πολύ αλμυρές τροφές. Το παραπάνω όσο απλό και αν ακούγεται ταλαιπωρεί το νεφροπαθή και του προκαλεί κακή εξάρτηση, αφού αναγκάζεται να μετρά την αναλογία και την

περιεκτικότητα των φαγητών και να ζυγίζει τις μερίδες του καθημερινά. (Πρτ. Ι, Πίνακας 2)

Τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε κάλλιο (φρούτα και λαχανικά) πρέπει να αποφεύγονται από τον νεφροπαθή, αφού η ελλιπής λειτουργία των νεφρών του, δεν του επιτρέπει να αποβάλλει την περιττή ποσότητα καλλίου από τον οργανισμό.

“Σε πολλές περιπτώσεις νεφροπαθών, οι οποίοι είχαν συνηθίσει σε διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, ο απαραίτητος περιορισμός τους προκαλεί ‘αίσθημα στέρησης’. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, προτείνεται εναλλακτική λήψη 2-3 κουταλιών του γλυκού ρητίνης ιόντων τη μέρα, χωρίς μηχανήμα.” (Αγραφιώτης, 1984, σελ. 199-200)

1.2 ΦΑΡΜΑΚΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Παράλληλα με την αιμοκάθαρση απαιτείται και η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς. Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται από τον γιατρό, ο οποίος έχει την υποχρέωση να ενημερώνει τον ασθενή για την δράση τους, το λόγο χορήγησης τους και τις τυχόν παρενέργειες τους.

Όπως αναφέρεται στην Πτυχιακή εργασία των Καλλιγά, Παππά και Φανού (1991), τα φάρμακα λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, των λοιμώξεων, των πονοκεφάλων και των κοιλιακών πόνων. Επίσης, χρησιμεύουν για την καρδιοτόνωση, τη δέσμευση του φωσφόρου και τη λήψη βιταμινών. Αυτό δικαιολογεί το μεγάλο αριθμό λήψης φαρμάκων, ο οποίος μπορεί να φτάσει τα 10-15 χαπάκια ημερησίως. Ο αριθμός αυτός μπορεί να αυξηθεί σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ή αν υπάρχουν και άλλες παθήσεις. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς είναι ότι τα φάρμακα αυτά μπορεί να μην συνεργούν αλλά να λειτουργούν ανταγωνιστικά για τον οργανισμό, με αποτέλεσμα διάφορες παρενέργειες ή τυχόν επιδείνωση της κατάστασης του.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι τόσο η διατροφή όσο και τα φάρμακα έχουν τεράστια σημασία για την επιβίωση και τη ζωή του νεφροπαθούς. Αυτό βέβαια συνεπάγεται κάποιες “θυσίες” από την πλευρά του πάσχοντα, αφού η ασθένεια θέτει περιορισμούς σε μικρές και καθημερινές απολαύσεις της ζωής, που για κάποιον υγιή θεωρούνται αυτονόητες.

1.3 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ

Το αναγκαστικό τρισεβδομαδιαίο ραντεβού του νεφροπαθούς με τον τεχνητό νεφρό, αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα του.

Σύμφωνα με την Μαθιουδάκη-Χλαπανίδα (1991), η ζωή του ασθενούς εξαρτάται αποκλειστικά από το μηχάνημα τεχνητού νεφρού, με αποτέλεσμα μερικοί ασθενείς να προσδίδουν στο μηχάνημα ανθρώπινη μορφή. Χαρακτηριστική είναι η μαρτυρία ενός νεφροπαθούς, που περιγράφοντας την σχέση του με το μηχάνημα, αναφέρει ότι κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης το μηχάνημα έχει γίνει ο καλύτερος του φίλος, κουβεντιάζει μαζί του και του υπόσχεται ότι γρήγορα θα γίνει καλά.

Με την διαπίστωση αυτή συμφωνεί ο Wright στο βιβλίο της ίδιας, όπου μετά από ψυχοθεραπεία σε ασθενείς, τονίζει τον ομφαλικό συμβολισμό του μηχανήματος, το οποίο αντιπροσωπεύει τον πλακούντα και τα σωληνάκια, τις ομφαλικές φλέβες.

“Βέβαια, η εξάρτηση από το μηχάνημα δεν παύει να ασκεί ψυχολογική πίεση στον ασθενή, όταν αντιλαμβάνεται ότι δεν έχει την δυνατότητα να απομακρυνθεί από αυτό. Δεν μπορεί να κάνει διακοπές ή κάποια ταξίδια. Αυτό είναι συνέπεια αφενός του ότι οι Μ.Τ.Ν. στις άλλες πόλεις δεν έχουν την δυνατότητα να εξυπηρετήσουν ασθενείς άλλων πόλεων και αφετέρου ότι είναι πολύ δύσκολο ο νεφροπαθής ν’ αποχωριστεί τον γιατρό και τον νοσηλευτή του.” (Καστρινάκης, 1999, σελ. 167)

Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια, με την εξέλιξη της επιστήμης, το πρόβλημα μετριάζεται διότι υπάρχουν κατάλληλες προϋποθέσεις. Η Τσάκα (1990) διακρίνει τις προϋποθέσεις αυτές σε:

α) Αιμοκάθαρση στο σπίτι.

Οι παγκόσμιες στατιστικές συμφωνούν ότι οι νεφροπαθείς που κάνουν αιμοκάθαρση στο σπίτι, παρουσιάζουν μεγαλύτερη αναπροσαρμογή στις κοινωνικές και επαγγελματικές τους δραστηριότητες. Κάνουν αιμοκάθαρση την

ώρα που αποφασίζουν οι ίδιοι, γεγονός που τους βοηθά να είναι ανεξάρτητοι και αυτοδύναμοι.

β) Προσαρμογή ωραρίου T.N. στις επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις του νεφροπαθούς.

Η επιλογή αφενός του ωραρίου από τον πάσχοντα σύμφωνα με τις υποχρεώσεις του, και αφετέρου της μονάδας T.N., όπου θα επιβληθεί σε χρόνια, περιοδική αιμοκάθαρση ελαττώνει τα προβλήματα που δημιουργεί η επαναλαμβανόμενη θεραπεία.

γ) Σωστή ρύθμιση μονάδας τεχνητού νεφρού.

Επειδή ο πάσχων περνά σχεδόν το 1/7 της ζωής του στην μονάδα T.N., η σωστή διαμόρφωση του χώρου αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη συμβίωση με το μηχάνημα. Συγκεκριμένα:

- μελετημένος σχεδιασμός του μηχανολογικού εξοπλισμού (κλιματισμός, αερισμός, ηλεκτρικά)
- αρχιτεκτονική διαμόρφωση του χώρου
- ψυχαγωγία κατά την αιμοκάθαρση (T.V., μουσική, περιοδικά)

1.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΟΥΣ

Η σεξουαλικότητα είναι μέρος της όλης προσωπικότητας του ανθρώπου, καθώς και της κοινωνικής του συμπεριφοράς. Πολλοί άνθρωποι βέβαια νομίζουν ότι η σεξουαλικότητα αναφέρεται μόνο στην πράξη της σεξουαλικής επαφής. Στην πραγματικότητα όμως, η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες, όπως η αίσθηση του εαυτού ή η πραγματική επιθυμία για την δημιουργία μιας σχέσης. Επιπλέον παίζουν ρόλο και άλλες σεξουαλικές δραστηριότητες, όπως το άγγιγμα, το αγκάλιασμα και το φίλημα.

Η σεξουαλικότητα είναι ένα θέμα για το οποίο κανείς δεν μιλάει εύκολα και ανοικτά, όμως είναι ακόμα πιά δύσκολο για κάποιον που αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια. Η νεφρική ανεπάρκεια προκαλεί φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές στον πάσχοντα, που μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική του ζωή. Διεθνής στατιστικές έχουν δείξει ότι το 1/3 των νεφροπαθών έχει κανονική σεξουαλική δραστηριότητα, το 1/3 έχει μειωμένη και το 1/3 παντελή μείωση. Επειδή το πρόβλημα αυτό οφείλεται στις ορμονικές διαταραχές που υφίστανται οι πάσχοντες, οξύνει περισσότερο τα ψυχολογικά τους προβλήματα. (Τσάκα, 1999)

Οι αιτιολογικοί παράγοντες του προβλήματος είναι βιολογικοί και ψυχολογικοί.

α) Βιολογικοί Παράγοντες.

Οι χημικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα από έναν προσβεβλημένο νεφρό, προκαλούν οργανικές διαταραχές, δυσκολεύουν την κυκλοφορία, την λειτουργία των νεφρών και μειώνουν το επίπεδο της ενέργειας.

Αυτές οι αλλαγές επιφέρουν μικρότερο σεξουαλικό ενδιαφέρον και σεξουαλική ικανότητα. Επίσης, πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την

ρύθμιση της πίεσης του αίματος, μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική ικανότητα.

Έχει αποδειχθεί ότι η ασθένεια επηρεάζει και την εμμηνόρροια της γυναίκας-νεφροπαθούς και μπορεί να την οδηγήσει είτε στην αραιοεμμηνόρροια, είτε στην μόνιμη αμμηνόρροια. Η γονιμότητα του άνδρα-νεφροπαθούς μπορεί να ελλατωθεί από την υποκινητικότητα του σπερματοζωαρίου.

Το σίγουρο είναι ότι η χρόνια αιμοκάθαρση προκαλεί την μείωση της libido, πράγμα που οφείλεται στην γενική αδυναμία και αναιμία και στις ορμονικές διαταραχές.

Πρέπει να σημειωθεί και η αύξηση βάρους, η ακμή, το χάσιμο μαλλιών και οι πιθανές χειρουργικές ουλές που μπορούν να επιτείνουν την ψυχολογική πίεση των ασθενών. (Αγραφιώτης, 1984; Τσάκα, 1999; Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 1999)

β) Ψυχολογικοί Παράγοντες.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόσκληση ή στην παρόξυνση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στους νεφροπαθείς.

Η αίσθηση του ανδρισμού σε έναν άνδρα και η αίσθηση της θηλυκότητας σε μια γυναίκα, μπαίνουν σε αμφισβήτηση στη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας γιατί η ικανότητα των ασθενών να φέρουν σε πέρας τις συνήθεις ευθύνες τους, σαν άνδρες ή σαν γυναίκες επηρεάζεται από την ασθένεια.

Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εικόνα που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Οι αλλαγές που προκαλεί η νεφρική ανεπάρκεια, οδηγούν στην μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της λειτουργικότητας του ασθενούς.

Τα παραπάνω μπορούν να προκαλέσουν στον ασθενή κατάθλιψη, αγωνία, φοβίες, ακόμα και συναισθήματα ενοχής και αμηχανίας, πράγμα που καθιστά

απαραίτητη την ψυχολογική βοήθεια του ασθενούς (ψυχοθεραπεία). (Αγραφιώτης, 1984; Τσάκα, 1999; Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 1999)

Το να έχει κανείς νεφρική ανεπάρκεια, όπως κάθε άλλη χρόνια νόσος, σημαίνει ότι το σώμα βρίσκεται σε μια γενικότερη εξασθένηση. Παρόλα αυτά, καθώς το σώμα προσαρμόζεται στη θεραπεία, ο νεφροπαθής πρέπει να αισθάνεται καλύτερα και βιολογικά και ψυχολογικά, έτσι ώστε το ενδιαφέρον και η σεξουαλική επιθυμία να επανέλθουν στα προηγούμενα επίπεδα. Είναι σημαντικό για τους ασθενείς να είναι υπομονετικοί ούτως ώστε με την πάροδο του χρόνου να συνηθίσει την ασθένεια του και τη θεραπεία του.

Το να είσαι ευέλικτος και να έχεις θετική συμπεριφορά για τον εαυτό σου και για την ερωτική σου ζωή, μειώνει τις πιθανότητες να έχεις ποικίλα σεξουαλικά προβλήματα.

1.5 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η εγκυμοσύνη αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι στη ζωή μιας γυναίκας, ενισχύοντας την άποψη που φέρει τη γυναίκα ολοκληρωμένη σωματικά, συναισθηματικά και ηθικά μετά από την γέννηση ενός παιδιού.

Όπως αναφέρεται σε άρθρο της Μονάδας Τ.Ν. του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας (2000), ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι και η δυσκολία στην απόκτηση ενός παιδιού. Οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δεν έχουν κανονική εμμηνόρροια, με αποτέλεσμα η γονιμότητα να είναι πολύ περιορισμένη. Αν μια ασθενής μείνει έγκυος συνήθως γίνεται αποβολή του εμβρύου. Μόνο στις σπάνιες περιπτώσεις ασθενείς ύπο κάθαρση μπορούν να κάνουν παιδί και αυτό μόνο μετά από μεγάλες δυσκολίες στη θεραπεία, αλλαγές στη διατροφή της θεραπευτικής αγωγής και συχνότατες επισκέψεις στο γιατρό.

Η εγκυμοσύνη προσθέτει άγχος στο υγιές σώμα. Λαμβάνοντας υπόψη και το επιπρόσθετο άγχος για τη χρόνια ασθένεια, διαπιστώνεται ότι αυξάνονται οι κίνδυνοι για τη γυναίκα και το αγέννητο παιδί. Αυτό δεν οφείλεται μόνο σε ορμονικές διαταραχές, αλλά και στην χορήγηση φαρμάκων που απαιτείται σ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής.

Οι κίνδυνοι όμως αυτοί δεν υφίστανται σε τόσο μεγάλο βαθμό στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, αφού έχει αποατασταθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο η κατάσταση της υγείας τους.

Συνεπώς είναι ευκολότερο γι' αυτή ν' αποκτήσει παιδί, αν και σε μερικές περιπτώσεις η εγκυμοσύνη δεν συνίσταται επειδή υπάρχει ρίσκο για τη ζωή της ή λόγω πιθανότητας ν' απορριφθεί το μόσχευμα.

Είτε μια γυναίκα υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, είτε έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού δεν παύει ν' αγχώνεται και ν' ανησυχεί για το θέμα της

μητρότητας. Θεωρώντας τον εαυτό της ανίκανο να κάνει παιδί, νιώθει το αίσθημα της απώλειας και αμφισβητεί το ρόλο της. Μπορεί να νιώθει μη ολοκληρωμένη ή ότι δεν μπορεί να ολοκληρώσει το ρόλο της σαν γυναίκα, το οποίο οδηγεί στη δημιουργία αρνητικής εικόνας για τον εαυτό της και τη σεξουαλικότητα της.

Η στάση που θα τηρήσει κυρίως ο σύντροφος απέναντι στην ασθενή και το πρόβλημα της διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας για τον εαυτό της, το σώμα της και το ρόλο της.

1.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η θεραπεία με τον τεχνητό νεφρό συνοδεύεται από ενοχλήματα που έχουν οι άρρωστοι και που θεωρούνται επιπλοκές. Πολλά είναι τα συμπτώματα που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Συχνά οι αιτίες αυτών των συμπτωμάτων δεν είναι μόνο οργανικής φύσεως αλλά ψυχολογικής.

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της χρόνιας αιμοκάθαρσης, σύμφωνα με τους Αγραφιώτη (1984) και Παπαδογιαννάκη (1989) είναι:

- Διακοπή ηλεκτρικού ρεύματος. Υπάρχει κίνδυνος πήξης του αίματος του ασθενούς.
- Διαταραχές καρδιακού ρυθμού.
- Εμετοί-ναυτία-πυρετός.
- Κράμπες-πονοκέφαλοι-κνησμός.
- Σπασμοί.
- Υπόταση-Υπέρταση. Συνοδεύονται σχεδόν πάντα από ταχυκαρδία και αφυδάτωση.
- Αιμόλυση (οξεία). Οφείλεται σε κακή παρασκευή του διαλύματος και μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια, πονοκέφαλο, ναυτία, σπασμούς και τελικά κώμα.
- Εμβολή αέρα. Κίνδυνος για την εισαγωγή αέρα στο αίμα του ασθενούς.
- Πνευμονικό οξύ οίδημα. Παρουσιάζεται από υπερβολική ενυδάτωση μεταξύ δυο συνεδριών σε νεφροπαθή με ελάχιστη ή καθόλου διούρηση 24ώρου.

Πολλές από τις παραπάνω επιπλοκές (ναυτία, υπέρταση, υπόταση, εμετοί, πονοκέφαλοι), οφείλονται στην ψυχολογική πίεση που ασκείται στον ασθενή,

στην προσπάθεια του να ανταποκριθεί στις ιατρικές οδηγίες, καθώς και στην αλλαγή του τρόπου ζωής που του επιβάλλει η ασθένεια του.

1.7 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Κάθε χρόνια ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας απαιτείται συνεχής και επιμελημένη φροντίδα και ακολούθηση ορισμένων κανόνων. Το να ζει ένας άνθρωπος με τη χρόνια ασθένεια ή την αναπηρία απαιτεί ικανότητες πέρα από αυτές που απαιτούνται για την αντιμετώπιση οξείας και μη σοβαρής ασθένειας. Οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν μόνιμες αλλαγές στο συνήθη τρόπο ζωής, απειλείται η αξιοπρέπεια και η αυτοεκτίμηση τους, διαταράσσονται τα ομαλά βιολογικά τους στάδια και αντιμετωπίζουν προβλήματα τα οποία κανένας άνθρωπος δεν είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει.

Σαν αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί εκδηλώνουν μια σειρά από συμπεριφορές που προέρχονται από την πίεση και το στρες και κυμαίνονται από άμυνα, επίθεση, κατάθλιψη, θυμό και άλλες ψυχολογικές αντιδράσεις που υποσκάπτουν την υγεία.

Οι Schoenberg και Carr, στο βιβλίο της Σαπουντζή-Κρέπια (1998), υποστηρίζουν ότι το σοκ που εμφανίζεται σαν αντίδραση σε σωματικές απώλειες, αποτελεί μηχανισμό άμυνας που προστατεύει το εγώ από αποδιοργάνωση στη φάση που η όλη κατάσταση δεν έχει ακόμη κατανοηθεί και αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Η οδύνη και το πένθος για την επισυμβείσα απώλεια είναι μια αναγκαία φάση για την διαδικασία παραδοχής και δεν πρέπει να πιέζεται για περάτωση. Για να υπερβεί το άτομο και να παραδεχθεί τη σωματική απώλεια πρέπει να ολοκληρωθεί η διαδικασία οδύνης, γιατί τότε μόνο το άτομο μπορεί να αποδεχθεί συναισθηματικά την απώλεια.

Σύμφωνα με το μοντέλο που έχει προταθεί από τον Doka, στο βιβλίο των Αναγνωστόπουλου και Παπαδάτου (1995), ο ασθενής μιας χρόνιας ασθένειας

βιώνει διάφορες φάσεις της πορείας της αρρώστιας του και καλείται να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις των φάσεων αυτών.

Οι φάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

α) Προδιαγνωστική Φάση.

Το άτομο αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Στην ουσία καλείται να αντιμετωπίσει το άγχος και την αβεβαιότητα που του προκαλεί η διαταραχή της υγείας του και να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια που θα συμβάλει στην ακριβή διάγνωση της αρρώστιας του.

β) Οξεία Φάση.

Η φάση αυτή είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος. Ο ασθενής συχνά βιώνει μια υπαρξιακή κρίση καθώς αναθεωρεί το νόημα της ζωής του. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει σ' αυτή τη φάση περιλαμβάνουν:

- κατανόηση της ασθένειας
- αναθεώρηση τρόπου ζωής
- αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών
- αναγνώριση των επιπτώσεων της ασθένειας στην εικόνα του εαυτού, στη σχέση του με τους άλλους και στη ζωή του.

Σημαντικό ρόλο στη φάση αυτή παίζουν οι κοινωνικές προκαταλήψεις σχετικά με την αρρώστεια, τον πάσχοντα και την οικογένεια του. Όταν ο άρρωστος στιγματίζεται και περιθωριοποιείται, επηρεάζεται η εικόνα που διαμορφώνει για τον εαυτό του και τροποποιείται η αντίληψη του για το άμεσο και το ευρύτερο περιβάλλον του.

γ) Χρόνια Φάση.

Η φάση αυτή εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας. Το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει ποιότητα ζωής μέσα στις συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια του. Η φάση αυτή είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνια άγχος, όπως στην περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας. Ο άρρωστος μαθαίνει να ζει με την ασθένεια του, την εντάσσει στη ζωή του και αξιοποιεί τον χρόνο και τις σχέσεις του σύμφωνα με αυτή, το οποίο και αποτελεί τη σημαντικότερη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει στη φάση αυτή.

Η εξασφάλιση αυτού του “φυσιολογικού” ρυθμού ζωής εξαρτάται από τέσσερις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό και τον οργανικό.

Όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα όταν ο ασθενής βιώνει αυξημένο άγχος και κατάθλιψη, η αυτοεκτίμηση του μειώνεται, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η προσαρμογή του. Σημαντικό ρόλο επομένως παίζει η αντίληψη που έχει ο ασθενής για την αρρώστια του.

Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με το περιβάλλον του ασθενούς. Οι προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα τον επηρεάζουν αρνητικά. Είναι απαραίτητη η στήριξη των συγγενών, των φίλων και του ερωτικού συντρόφου.

Ο εργασιακός τομέας μπορεί να αποτελέσει πηγή σημαντικών ή μη ικανοποιήσεων. Αν, για παράδειγμα, ο ασθενής λόγω της ασθένειας του εξαρτάται από τους άλλους, μειώνεται η αυτοεκτίμηση του και επηρεάζεται αρνητικά το ηθικό του.

Ο οργανικός τομέας συνδέεται με τη σοβαρότητα της ασθένειας και τις επιπτώσεις της θεραπείας. Όταν ο ασθενής πονά και υποφέρει, επηρεάζεται η ικανότητα του να λειτουργήσει, με αποτέλεσμα ν' αυξάνονται το άγχος και η κατάθλιψη του και να περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις.

δ) Φάση αποθεραπείας και τελική φάση.

Μετά τη χρόνια φάση ακολουθεί η φάση της αποθεραπείας, όπου ο ασθενής υποβάλλεται σε μεταμόσχευση ή η τελική φάση, όπου ο οργανισμός αποβάλλει το μόσχευμα, που αυτό σημαίνει το πιθανό θάνατο του ασθενούς.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στην πορεία των παραπάνω φάσεων είναι:

- η αγωνία που του προξενεί η άγνοια για την πάθηση του.
- το άγχος που του δημιουργεί η εξάρτηση του από το μηχάνημα για όλη τη ζωή.
- η απογοήτευση που του προξενεί η ιδέα ότι είναι άρρωστος και διαφέρει από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Συνέπεια όλων αυτών είναι η διαταραχή του ψυχικού κόσμου του νεφροπαθούς. (βλέπε Πρτ. Ι, Πίνακας 3)

Η λέξη-κλειδί για την αντιμετώπιση όλων των παραπάνω φάσεων είναι “ανταπεξέρχομαι”. Η λέξη αυτή φανερώνει την προσπάθεια να κυριαρχήσει στους στρεσογόνους παράγοντες που συνδέονται με την κατάσταση του.

Μια καλή στρατηγική είναι ο επαναπροσδιορισμός αξιών που επιτρέπει στο άτομο να δώσει έμφαση, να εκτιμήσει δυνατότητες και να αντλήσει ικανοποίηση από αυτές. Τα φυσικά χαρακτηριστικά μπορούν να τεθούν σε δεύτερη μοίρα ενώ τονίζονται άλλες αρετές. Τα άτομα που έχουν υποστεί κάποια σωματική απώλεια, πρέπει να ενθαρρύνονται, να αξιολογούν ρεαλιστικά τι έχουν χάσει και να βλέπουν τον εαυτό τους σαν άτομα με κάποιες ιδιαίτερες ανάγκες και όχι σαν ανάπηρα άτομα. Αν και η αποδοχή μιας απώλειας είναι δύσκολη, είναι απαραίτητο το άτομο να εκτιμά και να σέβεται τον εαυτό του, όπως ακριβώς είναι.

1.8 ΣΤΡΕΣ-ΦΟΒΟΙ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Κάθε πρόβλημα υγείας προκαλεί σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στρες στο άτομο που πάσχει.

Τις περισσότερες φορές το στρες είναι υπερβολικά αυξημένο και έχει ως αποτέλεσμα ο πάσχων να αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των καταστάσεων.

Ο ασθενής με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια βιώνει μια τόσο έντονη ψυχική αναστάτωση που του προκαλεί στρες, άγχος και ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman, όπως αναφέρεται στο βιβλίο των Αναγνωστόπουλου και Παπαδάτου (1995), σημαντικές διεργασίες που περιλαμβάνονται στις ασθένειες και στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων ασθενειών είναι:

- α) η γνωστική εκτίμηση της κατάστασης και
- β) η προσπάθεια αντιμετώπισης της.

Αρχικά, ο νεφροπαθής αξιολογεί τη σημασία της κατάστασης του και αποδίδει κάποιο νόημα σ' αυτή. Αυτή η γνωστική εκτίμηση ονομάζεται πρωτογενής και περιλαμβάνει τις προσπάθειες του ατόμου να απαντήσει σε ερωτήματα που αφορούν την κατάσταση του.

Όταν το γεγονός ερμηνεύεται ως ψυχοπιεστικό, αυτόματα ο νεφροπαθής το αξιολογεί ως επιζήμιο, βλαβερό ή ως απειλητικό.

Η δευτερογενής εκτίμηση της κατάστασης περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποθεμάτων που διαθέτει ο νεφροπαθής για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προβάλλει η ασθένεια του.

Αργότερα όταν ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει την κατάσταση υιοθετεί συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, έτσι ώστε να μειωθεί το στρες και να μπορέσει να χειριστεί τις εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις της

ασθένειας του. Οι συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί για την μείωση του στρες είναι:

- Η λήψη άμεσων μέτρων. Για παράδειγμα, ο νεφροπαθής συμβουλευέται τον γιατρό, συμμορφώνεται με τις οδηγίες, συμμετέχει στις αποφάσεις που τον αφορούν, δίνει την συγκατάθεση του ή αλλάζει γιατρό όταν δεν τον εμπιστεύεται.
- Αναζήτηση πληροφοριών, η οποία επιτρέπει στο άτομο να αυξήσει τις γνώσεις του σχετικά με την ψυχοπνευστική κατάσταση της ασθένειας του.
- Η αναζήτηση υποστήριξης και η συναισθηματική εκτόνωση, οι οποίες αποβλέπουν στην ρύθμιση των συναισθημάτων ή στην επίλυση πρακτικών προβλημάτων.
- Οι ενδοψυχικές διεργασίες που περιλαμβάνουν τους μηχανισμούς άμυνας, μέσω των οποίων το άτομο τροποποιεί την αντίληψη για την ασθένεια του και μειώνει το στρες που του προκαλεί.

Ίδιας σπουδαιότητας και σημασίας με το στρες είναι οι φόβοι και το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την πορεία της ασθένειας του.

Οι σημαντικότεροι φόβοι του ασθενούς είναι:

α) Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας. Ο ασθενής ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν την λειτουργικότητα του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του.

β) Ο φόβος της εξάρτησης, ο οποίος είναι ιδιαίτερα έντονος για τον νεφροπαθή, αφού εκτός του ότι εξαρτάται από το μηχάνημα, φοβάται μην εξαρτηθεί και γίνει “βάρος” για τους άλλους.

γ) Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε οργανικής δυσφορίας, ο οποίος αυξάνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα που θα του επιτρέψουν να ανακουφιστεί.

δ) Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάληψης και της μοναξιάς που αισθάνεται ο ασθενής βιώνοντας την διαφορετικότητα απ' το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Χωρίς αμφιβολία, η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένας νεφροπαθής σε σχέση με την ασθένεια του. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και με διαφορετικό τρόπο. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1995; Σαπουντζή-Κρέπια, 1998)

Το μόνο σίγουρο είναι ότι το στρες και οι φόβοι που αισθάνεται ο νεφροπαθής προκαλούν συναισθηματικές μεταπτώσεις και ψυχολογικά προβλήματα.

Σ' αυτό συμφωνεί και η Τσάκα (1999) και συμπληρώνει ότι ένα από τα σημαντικότερα ψυχολογικά προβλήματα που εκδηλώνει ένας νεφροπαθής είναι η κατάθλιψη. Ο ασθενής αισθάνεται απογοήτευση, μελαγχολία και θλίψη βλέποντας τα σχέδια του να ματαιώνονται και παρουσιάζει αρνητισμό και τάση για απομόνωση που μπορούν να τον οδηγήσουν ακόμα και σε μια απόπειρα αυτοκτονίας (κυρίως στους άντρες). Παγκόσμιες στατιστικές έχουν δείξει ότι τα 2/3 των νεφροπαθών παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και δεν εργάζονται.

Επίσης, έντονη στους νεφροπαθείς είναι η χωρίς αφορμή επιθετικότητα και η ευερίθιστικότητά τους.

Αυτο αποδεικνύεται από τις πολύ συνηθισμένες εκφράσεις των νεφροπαθών: “ελάτε εσείς στην θέση μας” ή “δοκιμάστε κι εσείς τον T.N., να δείτε τι περνάμε”.

Βέβαια η επιθετικότητα είναι χαρακτηριστικό όλων των χρόνιων πασχόντων, αλλά ιδιαίτερα στους νεφροπαθείς, σε συνδιασμό με την ευερεθιστικότητα, γίνεται εντονότερο.

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1 ΦΑΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Άτομο και οικογένεια είναι συνδεδεμένα με δεσμούς. Μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας αναπτύσσονται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της, ώστε όταν ένα μέλος της πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τότε όλη η οικογένεια επηρεάζεται.

Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια σειρά συναισθηματικών αντιδράσεων που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά που θα υιοθετήσει τελικά η οικογένεια απέναντι στον πάσχοντα και την ασθένεια του.

Η Lee, στο βιβλίο της Σαπουντζή-Κρέπια (1998), αναφέρει ότι η άμεση αντίδραση της οικογένειας αφορά το πρώτο σοκ που βιώνουν τα μέλη της. Σ' αυτήν την φάση κυριαρχούν τα συναισθήματα του φόβου, της αγωνίας και της αίσθησης ότι αυτά που συμβαίνουν είναι εξωπραγματικά.

Όταν το σοκ έχει πιά περάσει και η οικογένεια είναι πió ισορροπημένη συναισθηματικά καλείται να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα σε όλες της τις διαστάσεις και χρησιμοποιεί τον ψυχολογικό μηχανισμό της απόσυρσης, μέχρις ότου συμβιβαστούν πλήρως με την πραγματικότητα.

Ακολουθεί μια περίοδος κατά την οποία τα μέλη της οικογένειας είτε αποδέχονται την πραγματικότητα είτε αρνούνται να την δεκτούν. Στη φάση αυτή κυριαρχούν αμφιταλαντευόμενα συναισθήματα άρνησης-παραδοχής ή εκλογίκευσης-ενοχοποίησης. Η οικογένεια τελικά φτάνει στο στάδιο της αναδιοργάνωσης όπου καθορίζονται πλέον οι ρόλοι μεταξύ των μελών της, παίρνονται αποφάσεις, προσδιορίζονται οι προτεραιότητες και οι ανάγκες, για να υιοθετηθεί τελικά η συμπεριφορά με την οποία θα αντιμετωπίσει η οικογένεια την ασθένεια στο μέλλον.

2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σε μια κατάσταση κρίσης, όπως η ασθένεια, όλα τα μέλη της οικογένειας επηρεάζουν και επηρεάζονται από τη νέα κατάσταση που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Ο βαθμός που επηρεάζεται η κάθε οικογένεια εξαρτάται από τη σημασία που προσδίδει η ίδια στην ασθένεια.

Βασιζόμενοι στην βιβλιογραφία, η οικογένεια διακρίνεται σε τρεις ψυχολογικούς τύπους που έχουν ένα μέλος με χρόνια ασθένεια.

α) Η απορριπτική οικογένεια.

Ο τύπος αυτός της οικογένειας δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το ασθενές μέλος της. Τα μέλη της οικογένειας συνεχίζουν τους προηγούμενους ρυθμούς ζωής τους και αδιαφορούν για το ανάπηρο άτομο και τις ανάγκες του. Αυτός ο τύπος της οικογένειας μοιάζει να ανταπεξέρχεται στο πρόβλημα και κρατά τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σε συνοχή ενώ αποκλείει ή εξοστρακίζει το ανάπηρο μέλος της.

β) Η υπερπροστατευτική οικογένεια ή η αυτοθυσιαζόμενη.

Ο τύπος αυτός της οικογένειας επικεντρώνει όλη την προσοχή στο ανάπηρο μέλος της και τα μέλη της οικογένειας υπερτιμούν τις ανάγκες υποστήριξης που έχει ο ασθενής.

Η οικογένεια γίνεται υπερπροστατευτική, ανήσυχη και ενθαρρύνει στον ασθενή συμπεριφορές εξάρτησης που βέβαια δεν βοηθούν στην πλήρη αποκαταστασή του. Πολλές φορές οι οικογένειες ακόμα και τη θέληση του ίδιου του ασθενούς για περισσότερη ανεξαρτησία, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις τους.

γ) Προσαρμοστική οικογένεια.

Ο τύπος αυτός της οικογένειας συμπαραστέκεται στο ασθενές μέλος της, χωρίς να παραμελεί και να θυσιάζει τις ανάγκες των άλλων μελών. Οι παραδοσιακοί οικογενειακοί ρόλοι αναπροσαρμόζονται ώστε να βρει το ασθενές μέλος τη θέση του μέσα στο σύστημα της οικογένειας. (Σαπουντή-Κρέπια, 1998; Ζαφείρης, Ζαφείρη και Μουζακίτης, 1999)

Αναμφισβήτητα, μια χρόνια ασθένεια όπως η νεφρική ανεπάρκεια θέτει την οικογένεια σε μια διαδικασία αναπροσαρμογής των αξιών, των στόχων, των αναγκών και των ρόλων της.

Η επιτυχία ή όχι της αναπροσαρμογής αυτής καθορίζει και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από την οικογένεια.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Petermann και Bode, στο βιβλίο της Σαπουντζή-Κρέπια (1998), διακρίνονται πέντε συνηθισμένοι τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας:

- Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις της ως “πρόκληση”, κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες και αναπτύσσουν νέες δεξιότητες.
- Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως “δοκιμασία”, επηρεάζονται από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις.
- Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως “κακοτυχία”, συνήθως βιώνουν και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες όπως ανεργία, θάνατο, κ.λ.π.
- Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως “θέλημα της μοίρας”, δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν βρίσκονται έξω από τον έλεγχο τους.

- Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως “τιμωρία”, έχουν μια απαισιόδοξη αντίληψη για την ζωή. Είτε βιώνουν ενοχές, είτε εξοργίζονται, είτε εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το περιβάλλον τους.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η στάση και η συμπεριφορά που υιοθετεί η οικογένεια απέναντι στην Χ.Ν.Α. καθορίζονται από τις ανάλογες αντιλήψεις και ερμηνείες που δίνουν τα μέλη σ’ αυτήν.

Καθοριστικό ρόλο επίσης, στην συμπεριφορά της οικογένειας διαδραματίζει και η εξέλιξη της ίδιας της ασθένειας καθώς και η ψυχολογία και το δυναμικό του ασθενούς.

Αυτό συμβαίνει γιατί το σύστημα της οικογένειας αναπόφευκτα διαταράσσεται από την συσσώρευση προβλημάτων που επιφέρει η ασθένεια. Το γεγονός αυτό υφίσταται ακόμα και στις καλύτερα δομημένες οικογένειες, αν προστεθούν και οι καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις που επιδρούν καταλυτικά.

2.3 ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.3.1 ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Παρά το γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα της παιδιατρικής νεφρολογίας έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος, και παρά την βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών καταλήγει σε Χ.Ν.Α.

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, όπως η νεφρική ανεπάρκεια, έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και του εφήβου. Μονολότι, πολλοί ισχυρίζονται ότι ένα παιδί δεν συνειδητοποιεί έγκαιρα την σοβαρότητα της κατάστασης του, παρόλα αυτά, από τα πρώτα κίολας στάδια η ασθένεια παρεμβαίνει στην γενικότερη συναισθηματική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού, γεγονός που απαιτεί την παροχή φροντίδας σε πολλά επίπεδα συγχρόνως.

Ακόμα κι όταν το παιδί δεν εκδηλώνει απόλυτα ή δεν συζητά το πρόβλημα με το περιβάλλον του, μελέτες και κλινική εμπειρία αποδεικνύουν ότι το παιδί συνειδητοποιεί και τραυματίζεται ψυχικά από την σοβαρότητα της κατάστασης του. Συχνά, όμως, προσποιείται και ακολουθεί τους κανόνες που απαγορεύουν κάθε συζήτηση σχετικά με την σοβαρότητα της κατάστασης του, καθώς φέρνουν σε δύσκολη θέση και αμηχανία το περιβάλλον του. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Οι επιπτώσεις και τα προβλήματα, ωστόσο, είναι όχι μόνο οργανικά, αλλά και ψυχολογικά και απαιτούν μια σφαιρική και συνολική αντιμετώπιση.

Σε οργανικό επίπεδο το παιδί καταλαβαίνει ότι το σώμα του δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά και χρειάζεται οπωσδήποτε τεχνική βοήθεια για να επιζήσει, γεγονός που ελαττώνει την αυτοεκτίμηση του. Ακόμη όπως διαπιστώθηκε από μελέτες, οι αλλαγές στη σωματική λειτουργία και στην εμφάνιση κάνουν τα παιδιά να εκφράζουν πολύ άγχος, όσον αφορά τις σέσεις

τους με τους συνομήλικους τους, με αποτέλεσμα να αποσύρονται και να απομονώνονται κοινωνικά, φοβούμενοι την απόρριψη τους. Επιπρόσθετα το παιδί με νεφρική ανεπάρκεια έχει συχνά μικρό ανάστημα και συνήθως γίνεται ενήλικας με ύψος χαμηλότερο του φυσιολογικού, γεγονός που εντείνει το άγχος του και το αίσθημα της ντροπής που αισθάνεται συγκρίνοντας τον εαυτό του με τους άλλους. (Σιαπέρα, 1999)

Εξίσου σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις που προκαλεί η νεφρική ανεπάρκεια σε ψυχολογικό επίπεδο αφού αναγκάζει το παιδί να περάσει από μια φυσιολογική ζωή σε μια μη φυσιολογική. Οι περιορισμοί που επιβάλλει η ασθένεια, όπως π.χ. δίαιτα, στέρηση παιχνιδιού, συχνές απουσίες από το σχολείο, κάνουν το παιδί να νιώθει ότι διαφέρει από τα αδέρφια του και τα άλλα συνομήλικα παιδιά, γιατί δεν μπορεί να φάει, να παίξει και να πάει σχολείο όπως αυτά.

Τα αισθήματα ντροπής και μειονεξίας έρχονται να συμπληρώσουν τα αισθήματα ενοχών που νιώθει το παιδί εξαιτίας της ασθένειας του. Συχνά θεωρεί υπεύθυνο τον εαυτό του για τα οικονομικά και ηθικά προβλήματα μέσα στην οικογένεια. Για παράδειγμα, νιώθει ότι εξαιτίας της ασθένειας του ο γονιός απουσιάζει ή εγκαταλείπει τη δουλειά του ή ορισμένες οικογένειες μετακινούνται από την επαρχία στα μεγάλα αστικά κέντρα για καλύτερη ιατρική φροντίδα. Επιπρόσθετα το παιδί είναι επηρεασμένο από τους γονείς, εξαιτίας του μεγάλου ηθικού προβλήματος που δημιουργείται σ' αυτούς, να δώσουν δηλαδή ή όχι στο παιδί το νεφρό τους για μεταμόσχευση. (Μαθιουδάκη-Χλαπανίδη, 1991; Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995; Τσούγια και Κανλή, 1995)

Ανεξάρτητα από το βαθμό που το παιδί βιώνει τις επιπτώσεις της Ν.Α., οι ανάγκες για αγάπη και φροντίδα παραμένουν ίδιες καθώς επίσης οι ψυχοκοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες. Επειδή το παιδί-ασθενής εκτός από ασθενής δεν παύει να είναι πάνω απ' όλα παιδί, εξέχουσα θέση κατέχουν οι

πνευματικές ανάγκες και η ένταξη του στο σχολικό περιβάλλον, που θα δώσουν στο παιδί την δυνατότητα κοινωνικοποίησης και διαμόρφωσης του χαρακτήρα του. Αυτό βέβαια πρέπει να συνυπάρχει με την πλήρη ενημέρωση και γνώση του παιδιού για την κατάσταση του, που αποτελεί μια ακόμη σημαντική ανάγκη γι' αυτό.

Σύμφωνα με την ανθρωπολογική μελέτη της Bluebone-Langner, “Οι γνώσεις που αποκτά το παιδί, σχετικά με την αρρώστεια και τον εαυτό του, είναι αποτέλεσμα της κοινωνικοποίησης του, μέσα σ’ ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο”. (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1995, σελ. 222)

2.3.2 ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η ύπαρξη ενός παιδιού με Ν.Α. μέσα στην οικογένεια αποτελεί πλήγμα τόσο για τους γονείς όσο και για το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον. Οι γονείς είναι αυτοί που κουβαλούν το μεγαλύτερο φορτιό καθημερινά, τις ανησυχίες, τα προβλήματα και τους κινδύνους που εγκυμονεί το μέλλον του παιδιού τους.

Οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής για όλη την οικογένεια. Η γονεϊκή τους ταυτότητα διαταράσσεται, νιώθοντας αδύναμοι και ανήμποροι να αντιμετωπίσουν την κρισιμότητα της κατάστασης και την έκβαση της. Οι αξίες, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες για το παιδί τους αναθεωρούνται και τροποποιούνται οι αντιλήψεις της ζωής.

Ο πόλος των γονιών είναι καταλυτικός, όταν η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση. Οι γονείς είναι αυτοί, οι οποίοι καθορίζουν τους κανόνες επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας σε σχέση με θέματα που αφορούν την αρρώστια και την θεραπεία της. Όπως επισημαίνεται στη βιβλιογραφία αλλά και στην κλινική πράξη, η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες εποικοδομητικής προσαρμογής στις συνθήκες της χρόνιας αρρώστιας. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995; Ζαφείρης, Ζαφείρη και Μουζακίτης, 1999)

Σε αντίθετη περίπτωση, όταν οι γονείς δεν είναι ειλικρινείς απέναντι στο παιδί τους, υιοθετώντας υπερπροστατευτική στάση, οδηγούν το παιδί στην απομόνωση, σ' ένα κόσμο με κλειστή κάθε δίοδο επικοινωνίας.

Αυτό καθιστά αναγκαία την συμπαράσταση και την στήριξη των γονέων με κάθε δυνατό τρόπο, χωρίς όμως να κατακερματίζουν την προσωπικότητα του παιδιού. Είναι απαραίτητη η εξεύρεση πηγών όπου το παιδί θα διοχετεύσει την ενέργεια του και η ενθάρρυνση ώστε να εκφράσει τα συναισθηματά του, τους φόβους του και τα άγχη του. Δεν πρέπει ακόμα να αγνοηθεί και η στάση των

γονέων απέναντι στα αδέρφια του άρρωστου παιδιού που τυχόν αισθανθούν παραμελημένα και στερημένα της φροντίδας των γονιών τους ή και το αντίθετο.

Είναι σημαντικό για τους γονείς να μεγαλώνουν το παιδί που πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια χωρίς προστασία, που του στερεί την πρωτοβουλία, αλλά και χωρίς την αδιαφορία που το αφήνει γεμάτο ανασφάλεια.

2.4 ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ο έφηβος που πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια βιώνει περισσότερα και μεγαλύτερα προβλήματα που συνδέονται με τις ιδιαιτερότητες της εξελικτικής φάσης στην οποία διέρχεται και εξαρτώνται από την αναπτυξιακή του ωριμότητα.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο έφηβος αναφέρονται στην διεκδίκηση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας που αντιδιαστέλεται με τους περιορισμούς της ασθένειας, στη διαμόρφωση της σεξουαλικής του ταυτότητας καθώς επίσης και στην πλήρη ένταξη του στο επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Η έντονη τάση του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτησία, σε συνδυασμό με την επαναστατική φύση της ηλικίας του, προκαλούν έντονο άγχος και ένταση, που πολλές φορές εκφράζονται με τη μη συμμόρφωση του στις ιατρικές συμβουλές.

Το άγχος παράλληλα με τα αισθήματα μειονεξίας ή ντροπής, δυσκολεύουν τον έφηβο να αποδεχτεί την εικόνα του σώματος και του εαυτού του, γεγονός που δυσχεραίνει κατ' επέκτασιν τη δημιουργία διαπροσωπικών και ετεροφυλικών/ομοφυλοφυλικών σχέσεων.

Εξίσου σημαντικό για τον νεφροπαθή-έφηβο αποτελεί η επαγγελματική κατάρτιση και η επιλογή επαγγέλματος που να αρμόζει στις ιδιάζουσες συνθήκες της ασθένειας. Αυτό συνεπάγεται την δύσκολη ένταξη του εφήβου στο κοινωνικό-επαγγελματικό περιβάλλον, αφού το μέλλον του επισκιάζεται από την απειλή της ασθένειας.

Τελικά, η κοινωνική και συναισθηματική συμπεριφορά του εφήβου εξαρτάται από την ψυχολογική του ωριμότητα, καθώς επίσης και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. (Κλάιν, 1991)

2.5 ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Όσον αφορά τη ζωή του ενήλικα νεφροπαθούς, ο αντιπρόεδρος του Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, Ξενοφών Λύρος (1998), σκιαγραφεί το πρόβλημα και διακρίνει κάποιες καταστάσεις που μπορεί να βιώσει ο ασθενής παράλληλα με την ασθένεια του. Οι καταστάσεις αυτές αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες: τον ανύπαντρο νέο, τον παντρεμένο νέο που ίσως έχει και παιδιά και τον ηλικιωμένο.

Ο νέος σε ηλικία νεφροπαθής που υποβάλλεται σε T.N. αντιμετωπίζει ποικίλα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, είτε λόγω της συμπεριφοράς του (επιθετικότητα, νευρικότητα, ανασφάλεια), είτε λόγω των συνθηκών που καθορίζει η ασθένεια του. Ενώ σε κάθε νέο που ξεκινά τη ζωή του οι ορίζοντες σε κάθε τομέα είναι ανοιχτοί, ο νέος νεφροπαθής “εγκλωβίζεται” στους περιορισμούς της νεφρικής ανεπάρκειας.

Για τον νέο έγγαμο νεφροπαθή, ο οποίος ίσως έχει και παιδιά τα πράγματα περιπλέκονται. Έχει να αντιμετωπίσει την ίδια την ασθένεια από τη μια πλευρά και την ανασφάλεια και το άγχος για την οικογένεια του από την άλλη. Η ένταση και η ανησυχία του αυξάνονται καθώς τον προβληματίζει ο βαθμός που θα επηρεάσει η ασθένεια την οικογενειακή ηρεμία.

Στις δύο κατηγορίες που προηγήθηκαν δεν πρέπει να αγνοηθεί και το επάγγελμα που αποτελεί έναν ακόμα σημαντικό παράγοντα πίεσης στο νέο νεφροπαθή. Η αναγκαστική υποβολή του ασθενούς τρεις φορές την εβδομάδα σε T.N., καθιστά δύσκολη την ανεύρεση και διατήρηση της εργασίας καθώς και την απόδοση του σ’ αυτήν. Πρέπει να προσανατολίζεται να επιλέξει ένα επάγγελμα που να μην έχει σωματική κούραση, κίνδυνο για την ζωή του και να είναι προσαρμοσμένη στο χρόνο που διαθέτει για να εργαστεί. Είναι απαραίτητη η επαγγελματική δραστηριότητα του νεφροπαθούς για την διατήρηση της ψυχολογικής του ωριμότητας.

Στην τρίτη περίπτωση, ο Ξενοφών Λύρος (1998), εντάσσει τους μεγαλύτερους σε ηλικία ανθρώπους. Εδώ τα πράγματα δυσκολεύουν λόγω της ηλικίας του νεφροπαθούς, ο οποίος αρνείται να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα του και τις συνθήκες με τις οποίες κλείνει ο κύκλος της ζωής του.

Με βάση τη θεωρία του Erikson, σύμφωνα με την οποία, το άτομο σε αυτό το στάδιο κάνει μια ανασκόπηση της πορείας της ζωής του, γίνεται κατανοητό ότι η ταυτόχρονη παρουσία μιας χρόνιας ασθένειας προκαλεί επιπρόσθετο άγχος και ένταση στον ηλικιωμένο. Κάνοντας την ανασκόπηση αυτή, είτε νιώσει καταξίωση, είτε απόγνωση, η νεφρική ανεπάρκεια έρχεται ή να ανατρέψει την θετική εικόνα του εαυτού του ή να επιβαρύνει το αίσθημα της απόγνωσης αντίστοιχα.

3. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

3.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Οι νεφροπαθείς αποτελούν ιδιόρρυθμο πληθυσμο χρόνιων πασχόντων. Η θεραπεία τους, χωρίς χρονική διακοπή διαρκεί όσο και η ζωή τους και απαιτεί εξειδικευμένη νοσηλευτική υποδομή με υψηλό κόστος λειτουργίας σε ότι αφορά την ιατρική, παραϊατρική και τεχνική κάλυψη της.

Η αναγκαία δαπάνη καταλαμβάνει ένα μεγάλο ποσοστό του ετήσιου προϋπολογισμού κάθε κράτους. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται κάθε χρόνο αναγκαστικά από την αύξηση του συνολικού αριθμού νεφροπαθών που ζουν με τεχνητό νεφρό.

Η περικοπή είναι αδύνατη, επειδή είναι καθαρά νοσηλευτική δαπάνη και ως τέτοια αποτελεί κοινωνική επιταγή κάθε προηγμένης χώρας. (Αγραφιώτης, 1984)

Ο Σιγάλας (1996), σε άρθρο του στο περιοδικό Ca, αναφέρει ότι μια χρόνια ασθένεια επιφέρει δαπάνες άμεσες και έμμεσες. Εξηγεί ότι οι άμεσες δαπάνες αφορούν τις δραστηριότητες που απευθύνονται στον ασθενή άμεσα, όπως π.χ. νοσηλευτική φροντίδα, φάρμακα κ.λ.π. Στις έμμεσες δαπάνες περιλαμβάνει το κόστος της χρόνιας ασθένειας σε οικονομικά αλλά και κοινωνικό επίπεδο. Μπορεί το άρθρο να εστιάζει στην ασθένεια του καρκίνου, αλλά τα συμπεράσματα που προκύπτουν αφορούν κάθε χρόνια ασθένεια, όπως η νεφρική ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με τα παραπάνω το έμμεσο κόστος της νεφρικής ανεπάρκειας περιλαμβάνει τις επιπτώσεις της νόσου στον ίδιο τον ασθενή, στην παραγωγικότητα του και στις υπηρεσίες του στο κοινωνικό σύνολο.

Η απουσία του νεφροπαθούς από τον χώρο εργασίας προκαλεί απώλειες κερδών τόσο στον ασθενή όσο και στον εργοδότη, αφού απαιτείται η αναπλήρωση του. Επίσης, η απαραίτητη υποβολή του ασθενούς σε τεχνητό νεφρό τρεις φορές την εβδομάδα, πολλές φορές καθιστά αναγκαία την αλλαγή των συνθηκών εργασίας, που μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερη αμοιβή, σε υποαπασχόληση ή σε πλήρη αδυναμία εργασίας. (Σιγάλας, 1996; Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν πως όλα τα παραπάνω προσαυξάνονται και από επιπλέον κόστος, το οποίο δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Ο πόνος, η ψυχική φόρτιση, οι αντιδράσεις μέσα στην οικογένεια και η κοινωνία συχνά απομόνωση του πάσχοντα, δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν και συνεπώς να μετρηθούν αριθμητικά, τουλάχιστον στο κόστος μιας ασθένειας.

Σημαντικό ρόλο για την κατάσταση του νεφροπαθούς παίζει η οικονομική, κοινωνική καθώς και η ηθική στήριξη που διαθέτει.

Η ηθική συμπαράσταση συμβάλει στο να προσπαθήσει ο ασθενής να ξαναενταχθεί χωρίς μεγάλες απώλειες στην κοινωνία. Η καλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση βοηθά στο να έχει καλύτερη υγεία, αφού θα μπορεί να εξασφαλίσει καλύτερη διατροφή, περισσότερες ανέσεις, καλύτερη ψυχαγωγία και λιγότερο άγχος για την καθημερινή επιβίωση. Όλα αυτά βεβαίως προϋποθέτουν μια σχετικά καλή κατάσταση του ασθενούς, η οποία τις περισσότερες φορές φθείρεται λόγω των πολλών χρόνων αιμοκάθαρσης. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

3.2 ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Σύμφωνα με στοιχεία που συλλέχθησαν σύμφωνα με την Πράξη 2640/98, τα άτομα που πάσχουν από Χ.Ν.Λ. και Ειδικές Ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) (βλ. Πρτ. ΙΙΙ) δικαιούνται όλες τις παροχές που αφορούν τα άτομα με Ειδικές Ανάγκες. Συγκεκριμένα οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα κέντρα αιμοκάθαρσης ανάλογα με το ασθένεια του ασθενούς.

Ακόμη, οι αιμοκαθαρόμενοι δικαιούνται διαδρομών και έκπτωση 50% σε Ο.Σ.Ε. και Κ.Α.Α. αναπηρικό αυτοκίνητο ή εισόδημα πάνω από 2.500 ευρώ. Επίσης, έχουν δικαίωμα να προσληφθούν σε τράπεζες και λοιπούς φορείς του δημοσίου τομέα (Φ.Ε.Κ. 147/86), ενώ εισάγονται στα Α.Ε.Ι. (Φ.Ε.Κ. 2640/98, Φ.Ε.Κ. 206^Α/3-9-98).

Παρόλο που το κράτος παρέχει τις παροχές σύμφωνα με Ν.Α., ο Σύλλογος Νεφροπαθών Ελλάδος θεωρεί ότι η νομοθεσία δεν επαρκεί και δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ασθένειας.

Για παράδειγμα, οι νεφροπαθείς υπό αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση είναι τα μόνα Α.Μ.Ε.Α. που δεν δικαιούνται επίδομα. Το μόνο επίδομα που τους παρέχεται είναι ένοικιο επίδομα. Το επίδομα αυτό δίδεται με σκοπό να αναπληρωθούν οι δαπάνες που αποβάλλουν οι νεφροπαθείς μαζί με τις τοκοδότησεις του νεφροπαθούς όμως, παρά το ότι η αναπηρία είναι αναγνωρισμένη σήμερα, έχει πολλά προβλήματα εξαιτίας της φθοράς των

απ
. ε
ό σ
ομα
ντα
ψη
αλ

ίω
Ε.Ε
00
ορ
. (1
χι

άν
οπ
στ

ισ
α
πε
νο
νε
ε
άσ

ό το Υπουργείο Υγείας και
στάσσονται στα Άτομα Με
ημαίνει πως οι νεφροπαθείς
αυτά.

ι σε χρόνια αιμοκάθαρση
ίσως και δωρεάν μεταφορά
στικό ταμείο που ανήκει ο

εάν κάρτα απεριορίστων
Λ., εκτός αυτών που έχουν
100 δραχμές το χρόνο.

ανισμούς κοινής ωφελείας,
π. αρ. 1648, άρθρο 3, παρ. 1,
Τ.Ε.Ι. χωρίς εξετάσεις (Ν.

ω διευκολύνσεις στα άτομα
στηρίζει ότι η υπάρχουσα
ις πραγματικές ανάγκες και

, περιτοναϊκή κάθαρση και
ιβάνουν προνοιακό επίδομα.
πληρότατο διατροφικό ποσό.
νται τα θρεπτικά συστατικά
ς κατά την αιμοκάθαρση. Ο
φανής μόνο πέντε ώρες την
του οργανισμού του.

Θα πρέπει λοιπόν να του παρασχεθεί η δυνατότητα μιας αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των αναγκών και της οικογένειας του. Επιβάλλεται οι νεφροπαθείς όχι μόνο να περιληφθούν στα προνοιακά επιδόματα αλλά να μπου στην υψηλότερη κλίμακα. (βλ. Πρτ. ΙΙ, Άρθρο 3)

Η άνιση, επίσης, αντιμετώπιση των νεφροπαθών διακρίνεται και από το γεγονός ότι είναι αναγκασμένοι κάθε δύο χρόνια να πιστοποιούν την αναπηρία τους. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Ένα άλλο πρόβλημα που απασχολεί τους νεφροπαθείς είναι η έλλειψη κέντρων T.N. καθώς και η μη λειτουργία ή δυσλειτουργία των ήδη υπάρχουσων μονάδων. Ο Καστρινάκης (1999), στο επιστημονικό περιοδικό “Επιθεώρηση”, αναφέρει πως δεν υπάρχουν μονάδες T.N. σε όλους τους νομούς της Ελλάδος. Κρίνει όχι μόνο απαραίτητη τη δημιουργία κέντρων αιμοκάθαρσης σε όλους τους νομούς της χώρας, αλλά και την αντικατάσταση μηχανημάτων T.N. παλαιάς τεχνολογίας.

Αν και όσα αναφέρθηκαν, δεν ανταποκρίνονται στην πραγματική διάσταση του προβλήματος των νεφροπαθών, αποτελούν ένα δείγμα της άμεσης παρέμβασης και φροντίδας του κράτους προς τα άτομα αυτά.

3.3 ΚΕΝΤΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην αρχή του 21^{ου} αιώνα που η εξέλιξη σε όλους τους τομείς είναι ραγδαία και προσαρμοσμένη στην καινούργια νοοτροπία και τεχνολογία, η κρατική μέριμνα για τους νεφροπαθείς παρουσιάζει “αρτηριοσκλήρυνση” ως προς τις παροχές της.

Η έλλειψη επαρκών μονάδων αιμοκάθαρσης δίνει μια σαφή εικόνα του προβλήματος καθώς σε επτά νομούς της χώρας δεν έχουν επανδρωθεί κέντρα αιμοκάθαρσης (βλ. Πρτ. Ι, Πίνακα 4), ενώ σε κάποια που έχουν ήδη δημιουργηθεί, η λειτουργία και το προσωπικό τους είναι ελλιπή. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Ο Μαντέλος (1998), σε άρθρο του στο περιοδικό “Επιθεώρηση”, σκιαγραφεί το πρόβλημα της ελλειπούς στελέχωσης κέντρων αιμοκάθαρσης και εξειδικευμένου προσωπικού στην Ελλάδα.

Χαρακτηριστικά, η μοναδική παιδική νεφρολογική κλινική είναι του νοσοκομείου “Αγλαΐα Κυριακού” στην Αθήνα, ενώ στην Θεσσαλονίκη λειτουργεί νεφρολογικό τμήμα σε παθολογική κλινική νοσοκομείου. Σε όλες τις άλλες μεγάλες πόλεις (Πάτρα-Ιωάννινα-Ηράκλειο), δεν υπάρχει ιδιαίτερο τμήμα και είναι υποχρεωμένοι οι μικροί ασθενείς και οι οικογένειες τους, να μετακινούνται σε Αθήνα ή Θεσσαλονίκη.

Δεν πρέπει να αγνοηθεί και η έλλειψη παραθεριστικών μονάδων αιμοκάθαρσης αφού η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ευρώπης που δεν διαθέτει παραθεριστικές μονάδες T.N., αποδεικνύοντας την αδιαφορία για την ανάγκη των νεφροπαθών για διακοπές. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Δυστυχώς, η πολυπλοκότητα της ασθένειας, καθώς και τα μη εμφανή σημάδια της αναπηρίας, καθιστούν φοβερά δύσκολη την αναγνώριση και την κατανόηση των προβλημάτων και των αναγκών των νεφροπαθών.

4. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί μια εναλλακτική λύση επιβίωσης, αποκαθιστώντας την νεφρική λειτουργία και εξασφαλίζοντας διατήρηση και ποιότητα ζωής. Είναι ένα δώρο ζωής που μπορούν να το προσφέρουν όχι μόνο οι γονείς και τα αδέρφια αλλά και οποιοσδήποτε άνθρωπος.

Σύμφωνα με στοιχεία που καταθέτει ο νεφρολόγος Λαγγουράνης, στην εφημερίδα “Τύπος της Κυριακής”, την περίοδο 1989-1991 ο ρυθμός αύξησης των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα σημείωσε κατακόρυφη άνοδο. (βλ. Πρτ. ΙΙ, Άρθρο 4) Αντίθετα μετά το τέλος του 1991 και ως το 1994, σημειώθηκε κατακόρυφη πτώση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων που αποδόθηκε στα αρνητικά δημοσιεύματα εκείνης της εποχής για τις μεταμοσχεύσεις περί “εμπορίας οργάνων”. Το έτος 1996 έως το 1997, ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων σταθεροποιήθηκε και εξελίχθηκε στη συνέχεια σε μικρή ανοδική τάση, φτάνοντας σήμερα τα επίπεδα του 1990. Σήμερα, ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων κυμαίνεται στις 270 – 300 το χρόνο, ενώ οι νέοι νεφροπαθείς ανέρχονται στους 400 το χρόνο. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

4.1 ΒΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΑΜΟΝΗ ΓΙΑ ΕΝΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑ

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που βιώνει ένας νεφροπαθής σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας του είναι το άγχος της αναμονής μοσχεύματος. Όλοι οι νεφροπαθείς που κάνουν T.N. ζουν με την ελπίδα ότι κάποια στιγμή θα βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα και θα απαλλαγούν από την εξάρτηση του μηχανήματος. Επειδή συνήθως απαιτούνται χρόνια μέχρι να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα, η σημασία της ελπίδας κατέχει εξέχουσα θέση.

Ο Hutchnecker, στο βιβλίο των Αναγνωστόπουλου και Παπαδάτου (1995), τονίζει το πόσο επηρεάζεται η ψυχολογία του ασθενή από την διατήρηση της ελπίδας.

Διακρίνει δυο μορφές ελπίδας: την ενεργητική και την παθητική. Η ενεργητική ελπίδα είναι η εσωτερική ενέργεια για δράση ενώ η παθητική ελπίδα χαρακτηρίζει τον ασθενή που ελπίζει σε “θαύματα” και κινείται σε ένα φανταστικό, παρά σε έναν πραγματικό κόσμο.

Ο ασθενής ελπίζει για ένα μόσχευμα είτε αυτό προέλθει από έναν πτωματικό δότη, είτε από έναν συγγενή δότη.

Στην πρώτη περίπτωση ο νεφροπαθής βιώνει έντονο άγχος και ανησυχία για το αν θα είναι αυτός ο κατάλληλος δέκτης ανάμεσα στους υποψήφιους από την Εθνική λίστα αναμονής. (Αγραφιώτης, 1984)

Το άγχος βέβαια και η αγωνία του νεφροπαθούς δεν μειώνονται στην περίπτωση που το μόσχευμα προέρχεται από συγγενή δότη και αυτό γιατί η διαδικασία πριν την μεταμόσχευση είναι αρκετά μεγάλη και λεπτή.

Χαρακτηριστικά αναφέρονται κάποια αποσπάσματα από το βιβλίο του Καστρινάκη “Θέλω να ζήσω” (1999, σελ. 80-81):

“Στο μεταξύ, φούντωνε η αγωνία η δική μου και της Μάρως για το αν θα μπορούσε να γίνει η μεταμόσχευση. Ιστοσυμβατότητα υπήρχε ανάμεσα στο νεφρό της μητέρας μου και το δικό μου, (και μάλιστα εντυπωσιακή) αλλά αυτό

ήταν απλώς και μόνο μια από τις προϋποθέσεις για να γίνει η μεταμόσχευση. Ο δρόμος ήταν πολύ μακρύς. Έπρεπε να γίνουν δεκάδες εξετάσεις...

... Η μάνα μου, γνήσιο παλικάρι, δεν 'το βαζε κάτω. 'Γιατρέ, αν είναι γερό μόνο το ένα νεφρό, βάλε αυτό στο παιδί μου να το σώσω, κι άφησε μου εμένα το ελαττωματικό', είχε πει κάποτε στον κ. Χωματά. Όμως πήρε μια απάντηση που μάλλον δεν την ικανοποιούσε: 'Εδώ, κυρία Καστρινάκη, έχουμε έναν άρρωστο και πάμε να τον κάνουμε αυτόν καλά, χωρίς όμως να δημιουργήσουμε έναν άλλο άρρωστο.'...

... Οι μέρες εκείνες έμοιαζαν με αιώνες. Δεν θα τις ξεχάσω ποτέ. Όταν οι εξετάσεις ήσαν καλές, γέμιζα ζωντάνια. Όταν έβγαιναν άσχημες, ήμουν ένας ζωντανός νεκρός.

Όσο και αν προσπαθήσω, φίλοι μου, αποκλείεται να μπορέσω να σας περιγράψω το πως αισθανόμουν. Από τη μια να βλέπεις να ανατέλλει η ελπίδα και από την άλλη να τη νιώθεις ότι σβήνει και ότι μένεις αγκαλιά με την καταδίκη της αρρώστιας σου..."

4.2 ΑΠΟΔΟΧΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Όνειρο κάθε νεφροπαθούς είναι η μεταμόσχευση και η επιτυχής έκβαση αυτής. Βέβαια, η στιγμή που τελειώνει με επιτυχία μια επέμβαση μεταμόσχευσης είναι οπωσδήποτε καθοριστική για τη ζωή του πρώην νεφροπαθή, αλλά όχι και η απόλυτη αποδέσμευση από το πρόβλημα του.

Μετά το τέλος της επέμβασης μια σειρά προβλημάτων εξακολουθεί να υπάρχει και να απασχολούν τον ασθενή. Η μελλοντική έκβαση της μεταμόσχευσης και κατ' επέκταση της υγείας του, προσδίδουν έντονο άγχος στον πάσχοντα, το οποίο αυξάνεται αν προστεθεί και η ανησυχία του για την πιθανή απόρριψη του μοσχεύματος. Για να θεωρηθεί το μόσχευμα, εν μέρει, διασφαλισμένο, απαιτείται μια περίοδος δυο χρόνων περίπου, όπου οι κίνδυνοι για μια ενδεχόμενη απόρριψη μειώνονται, χωρίς βέβαια να εξαλείφονται. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Βέβαια, το γεγονός αυτό κάνει τον μεταμοσχευμένο υπερευαίσθητο και ιδιαίτερα προσεκτικό σε ό,τι αφορά την υγεία του, που πολλές φορές φτάνει σε σημεία υπερβολής. Η υπερβολή αυτή, αν και δικαιολογημένη από την πολύχρονη ταλαιπωρία του, δεν παύει να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην επανένταξη του στην κοινωνία των υγιών ανθρώπων.

4.3 ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Όπως ειπώθηκε και παραπάνω, στόχος κάθε ασθενή είναι η μεταμόσχευση νεφρού, μια επέμβαση που θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην περαιτέρω πορεία της υγείας του.

Στην περίπτωση που το μόσχευμα απορριφθεί από τον οργανισμό, ο ασθενής αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στο φόβο για επιστροφή στον τεχνητό νεφρό και στο φόβο του θανάτου.

Η επιστροφή του ασθενούς στον T.N. θα προκαλέσει συναισθήματα απογοήτευσης και οργής αφού τον αναγκάζουν να ξαναρχίσει την διαδικασία της αιμοκάθαρσης και να διανύσει από την αρχή τα ίδια στάδια για τον επιθυμητό στόχο της μεταμόσχευσης. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Οι χειρότεροι φόβοι του ασθενούς είναι συνδεδεμένοι με το θάνατο. Αναπόφευκτα, η απόρριψη του μοσχεύματος και η εξουθένωση του οργανισμού οδηγούν την σκέψη του πάσχοντα στην έμμονη ιδέα του θανάτου.

Όπως αναφέρουν οι Lemina και Pickinson, οι κυριότεροι φόβοι που αισθάνεται ο ασθενής μπροστά στο ενδεχόμενο του θανάτου είναι οι ακόλουθοι:

α) Ο φόβος του αποχωρισμού, ο οποίος εκφράζεται με έντονο προβληματισμό για την τύχη των αγαπημένων του προσώπων και την απομάκρυνση του από αυτά.

β) Ο φόβος για την μετά θάνατο ζωή. Μπροστά στο “άγνωστο” του θανάτου, ο ασθενής φοβάται και πανικοβάλλεται στη σκέψη ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

γ) Ο φόβος της οριστικότητας του θανάτου, που συνοδεύεται από υπαρξιακά προβλήματα και ανησυχίες. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Το άγχος και οι φόβοι του ασθενούς δεν εξαντλούνται με τα παραπάνω, αφού προστίθενται και οι φόβοι της ταπείνωσης, της εξάρτησης, του πόνου και

της μοναξιάς, οι οποίοι έχουν αναλυθεί σε άλλο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας.

Σημαντική θέση κατέχει η ψυχολογική φροντίδα που θα παράσχει το προσωπικό υγείας στον ασθενή, η οποία πρέπει ν' ανταποκρίνεται στις ανάγκες του για ασφάλεια και αυτονομία.

4.4 ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ – ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

“Όταν παίρνεις γεμίζουν τα χέρια σου. Όταν δίνεις γεμίζει η ψυχή σου.” Αυτά είναι τα λόγια του Καστρινάκη (Πρόεδρος του Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών) θέλοντας να στείλει ένα μήνυμα για την αναγκαιότητα της δωρεάν οργάνων.

Είναι ευρέως γνωστό ότι χιλιάδες πάσχοντες συνάνθρωποι μας χρειάζονται κάποιο ανθρώπινο όργανο για να κρατηθούν στη ζωή και τη δουν με αισοδοξία και χαμόγελο.

Όπως έχει αναφερθεί και σε παραπάνω κεφάλαιο, η δωρεά οργάνου μπορεί να προέλθει είτε από ζώντα δότη είτε από πτωματικό. Αν και οι μεταμοσχεύσεις έχουν αυξηθεί πολύ τα τελευταία χρόνια, ούτε οι μεν ούτε οι δε, δεν επαρκούν για τις τεράστιες ανάγκες των νεφροπαθών. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Η έλλειψη μοσχευμάτων οφείλεται κυρίως στη δυσκολία της κοινωνίας να αποδεχθεί αυτή τη χρήση του ανθρώπινου σώματος, πιστεύοντας ότι δεν είναι δυνατό, τμήματα του βιολογικού εαυτού να λειτουργούν σε άλλο έστω και μετά το θάνατο. Ταυτόχρονα ένα πλήθος παρεξηγήσεων και φημολογιών, μαζί με τη φανερή ανεπάρκεια και το λανθασμένο τρόπο πληροφόρησης της κοινής γνώμης, παρεμποδίζουν την ανάπτυξη αυτού του τύπου της ανθρώπινης αλληλεγγύης. (Τσάκα, 2001)

Ο κ. Βλαχογιάννης, Πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.), σε δήλωση του στην εφημερίδα τα “Τα Νέα”, αναφέρει πως η έλλειψη μοσχευμάτων οφείλεται στην μη αξιοποίηση των εγκεφαλικά νεκρών ανθρώπων. Συγκεκριμένα δηλώνει:

“Άνα εκατομμύριο πληθυσμού έχουμε κάθε χρόνο 40-50 δονητικούς δότες, δηλαδή ανθρώπους εγκεφαλικά νεκρούς. Είναι ζήτημα, όμως, αν αξιοποιούμε το 10% από αυτούς. Αν τους αξιοποιούσαμε όλους, όχι μόνο θα είχαμε επαρκή αριθμό μοσχευμάτων αλλά και πλεόνασμα.”

Ενώ τα μυνήματα από το διεθνές περιβάλλον είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και οι επιτυχίες των Ελλήνων ιατρών υπόσχονται πολλά και δίνουν ελπίδα για το μέλλον, η Έλλαδα καταλαμβάνει την τελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά τον αριθμό των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες. (βλ. Πρτ. ΙΙ, Άρθρο 5) Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1999, η αναλογία αριθμού μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν πέντε, τη στιγμή που στην Ισπανία ήταν 34, στην Κύπρο δέκα και στην Πορτογαλία 19. Παρόμοια στασιμότητα ή ακόμα και κάμψη στον αριθμό των διαθέσιμων οργάνων προς μεταμόσχευση διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως και οφείλεται, κατά κύριο λόγο, σε απροθυμία των συγγενών στο να συναινέσουν στη δωρεά οργάνων προσφιλών τους προσώπων που εχάθησαν.

Οι αιτίες της στάσης αυτής είναι σίγουρα πολλές αλλά οι σημαντικότερες πρέπει να αναζητηθούν:

- στην ελλιπή και πολλές φορές εσφαλμένη ενημέρωση ή παραπληροφόρηση του πληθυσμού που συχνά πέφτει θύμα διογκωμένης φημολογίας,
- στην έλλειψη εμπιστοσύνης σε φορείς και γιατρούς και στο φόβο για εμπόριο οργάνων
- στις διάφορες προλήψεις και προκαταλήψεις που συνοδεύουν το τέλος της ζωής. (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, 2001)

Αυτή η στάση πρέπει να γίνει ευνοϊκότερη απέναντι στην ιδέα ότι η απώλεια των ανθρώπων τους θα δώσει ζωή σ' έναν συνάνθρωπο τους.

Βέβαια, αυτού του είδους οι μεταμοσχεύσεις εγείρουν πολύ μεγάλα ηθικά και νομικά προβλήματα, γιατί όπως εξηγεί ο κ. Παπαδημητρίου (καθηγητής χειρουργικής στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Αθηνών), σε άρθρο της εφημερίδας “Τα Νέα”: “οι γιατροί έχουμε μόνο δικαίωμα να παρεμβαίνουμε

στους ασθενείς για να τους βοηθήσουμε, και όχι στους υγιείς για να τους προκαλέσουμε βλάβες”.

Ένα άλλο αίτιο της έλλειψης δωρεάς οργάνων, είναι το γεγονός ότι η ελληνική νομοθεσία επιτρέπει τη λήψη μοσχευμάτων μόνο από εξ’ αίματος συγγενείς και όχι από φίλους ή συζύγους. Αυτό γίνεται για να αποτραπεί το ενδεχόμενο δοσοληψίας και εμπορευματοποίησης της δωρεάς οργάνων. (Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Παρόλα αυτά, τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν πως οι μεταμοσχεύσεις από ζώντες δότες αυξάνονται με γοργούς ρυθμούς. Ενώ το 1985 οι ζώντες δότες ήταν μόλις 18, σήμερα ανέρχονται σε πολλαπλάσιο αριθμό (π.χ. 82 το 1998). (βλ. Πρτ. Ι, Πίνακας 5) Στις Η.Π.Α., από ζώντες δότες προέρχεται πλέον το 40-50 % των νεφρών που μεταμοσχεύονται ετησίως. Στην χώρα μας, οι ζώντες δότες νεφρού είναι περισσότεροι από τους πτωματικούς, σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Ο.Μ. Από τις 85 μεταμοσχεύσεις νεφρού που έγιναν το 1999, οι 44 πραγματοποιήθηκαν με μοσχεύματα από ζώντες δότες (βλ. Πρτ. Ι, Πίνακας 6).

Το μεγάλο ζήτημα της δωρεάς οργάνων απαιτεί την ηθική συμμετοχή όλων των πολιτών και η συνειδητοποίηση ότι η δωρεά είναι ένα ανιδιοτελές δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης. (βλ. Πρτ. ΙΙ, Άρθρο 6)

4.5 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της δωρεάς οργάνων χρειάζεται να μειωθεί το μεταμοσχευτικό χάσμα, δηλαδή η δυσαναλογία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης μοσχευμάτων.

Σύμφωνα με άρθρο του Λαγγουράνη, που παρατίθεται στο βιβλίο του Καστρινάκη (1999), οι κύριοι στόχοι για την αύξηση των μοσχευμάτων είναι οι εξής:

α) Η δημιουργία ενός σύγχρονου και ενιαίου οργανωτικού πλαισίου των μεταμοσχεύσεων, αποτελεσματικού και ευέλικτου, κεντρικός προβληματισμός του οποίου θα είναι η καλύτερη αξιοποίηση των δυνητικών δοτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και τα Νευροχειρουργικά (Ν.Χ.) τμήματα του νοσοκομείου.

Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η δημιουργία ενός δικτύου τοπικών συντονιστών μεταμοσχεύσεων σε κάθε νοσοκομείο της χώρας μας.

β) Η διαμόρφωση θετικών στάσεων της κοινής γνώμης και η δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης και υποστήριξης του πληθυσμού προς το σύστημα μεταμοσχεύσεων της χώρας μας.

Μέσον επίτευξης του ανωτέρω στόχου, είναι η ενημέρωση του κοινού ότι οι μεταμοσχεύσεις και οι μηχανισμοί ελέγχου των μεταμοσχεύσεων αποτελούν ασφαλιστική δικλείδα που εμποδίζει κάθε είδους εμπορευματοποίησης.

γ) Ο εκσυγχρονισμός της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου των μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.).

Αυτό σημαίνει την στελέχωση της υπηρεσίας με εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που θα την καταστήσει ικανή να ανταποκριθεί στις τρέχουσες υποχρεώσεις και στο κύρος που απαιτείται να διαθέτει.

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

5.1 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ίδια η λέξη “κρίση” εκπέμπει μηνύματα απειλής ή κατεπείγουσας ανάγκης για δράση. Χαρακτηρίζεται μια επείγουσα, αγχωτική κατάσταση που καταβάλλει άτομο και οικογένεια. Αυτό απαιτεί να αναδομήσουν τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους, τον κόσμο και την ζωή τους.

Η παρέμβαση στην κρίση απαιτεί να αναγνωρισθεί κάποιο συγκεκριμένο γεγονός σαν κρίση. Αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη κοινών χαρακτηριστικών που προσδίδουν την έννοια της κρίσης.

Τα κοινά χαρακτηριστικά της κρίσης είναι :

- ένα γεγονός που πυροδοτεί το άγχος ή το μακροχρόνιο άγχος
- το άτομο νιώθει βαθιά μελαγχολία
- υπάρχει απώλεια, κίνδυνος ή ταπείνωση
- υπάρχει η αίσθηση του ανεξέλεγκτου
- τα γεγονότα φαίνονται απρόσμενα
- δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής
- υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον
- η μελαγχολία συνεχίζεται για αρκετό διάστημα

(Parry, 1996)

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, η αναπηρία ή η υποτροπή, που εμφανίζονται με την επιδείνωση της υγείας του ατόμου, μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε κρίση, ενώ οι ίδιες καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπιστούν από έναν άλλο ως στρεσογόνα προβλήματα που απαιτούν επίλυση. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

“Οι Κινέζοι αναπαριστούν την έννοια της κρίσης με δύο σύμβολα: το σύμβολο του κινδύνου (καθώς διαταράσσεται η βιοψυχοκοινωνική ισορροπία του ατόμου) και το σύμβολο της ευκαιρίας (καθώς το άτομο ωθείται να υιοθετήσει νέους τρόπους αντιμετώπισης που θα συμβάλλουν είτε στην ωρίμανση και εξέλιξη του, είτε στην στασιμότητα και αποδιοργάνωση του).” (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995, σελ. 97)

Οι τρόποι αντιμετώπισης της κρίσης καθορίζουν την αποτελεσματικότητα προσαρμογής του ασθενούς στις νέες συνθήκες που προκύπτουν από την ασθένεια του. Εδώ καλείται ο κοινωνικός λειτουργός να παρέμβει δυναμικά, άμεσα μέσα σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια και να εστιάσει την δράση του στο παρόν.

Σύμφωνα με τον Carlan, οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν την μείωση του άγχους και την ενεργοποίηση του ατόμου ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας, καθώς και την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Για να είναι αποτελεσματική η παρέμβαση, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εστιάσει την δράση του στα παρακάτω στάδια:

α) Εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης.

Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να παρέμβει εκτιμώντας μερικά δεδομένα που αφορούν την ψυχική κατάσταση του ατόμου, τα διαθέσιμα αποθέματα του (ψυχικά και κοινωνικά), καθώς και τα γεγονότα που συνέβαλαν στην κρίση.

β) Παρέμβαση στην κρίση.

Ο κοινωνικός λειτουργός στο στάδιο αυτό επικεντρώνεται στην παροχή πληροφοριών και στην ενημέρωση του ασθενούς, που θα τον βοηθήσει να βάλει τάξη στο χάος που βιώνει από την απότομη αλλαγή της ζωής του που προκάλεσε η κρίση.

Σημαντική είναι και η παροχή υποστήριξης από τον κοινωνικό λειτουργό, καθώς συμβάλει στην μείωση της μοναξιάς και του άγχους που νιώθει ο ασθενής.

Για πολλά άτομα η αποδοχή υποστήριξης ισοδυναμεί με αδυναμία, εξάρτηση και απόδειξη της ανεπάρκειας τους και ενώ την αποφεύγουν, ταυτόχρονα την χρειάζονται.

Στη φάση αυτή δεν πρέπει να αγνοείται από τον κοινωνικό λειτουργό και ο προσδιορισμός εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της κρίσης και βραχυπρόθεσμων στόχων δράσης, οι οποίοι πρέπει να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του αρρώστου.

γ) Αξιολόγηση επιπτώσεων της κρίσης και προγραμματισμός για το μέλλον.

Εδώ αξιολογούνται οι στρατηγικές που ενεργοποίησε το άτομο και ενθαρρύνεται για την αντιμετώπιση πιθανών μελλοντικών κρίσεων. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού που παρεμβαίνει στην κρίση είναι υποστηρικτικός και ταυτόχρονα ενεργός και θα πρέπει να καθοδηγεί τον ασθενή χωρίς να του επιβάλλεται. Η παρέμβαση πρέπει να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες και προσδοκίες του ασθενή και να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις του στα πλαίσια της κρίσης και να διευκολύνει την έκφραση τους.

Η παρέμβαση στην κρίση ενέχει δύο βασικούς κινδύνους για τον κοινωνικό λειτουργό. Οι κίνδυνοι αυτοί αναφέρονται στην υπερεπένδυση και ταύτιση με τον ασθενή ή στην αποξένωση και στην αποστασιοποίηση από αυτόν. Στην προσπάθεια του να βοηθήσει το άτομο, μπορεί να πιστέψει ότι είναι υποχρεωμένος να μοιραστεί ολόκληρο το βάρος και τον πόνο της κατάστασης ή αντίθετα, προστατεύοντας τον εαυτό του, να απομακρυνθεί και να

ελαχιστοποιήσει την σοβαρότητα της. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Σημαντικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός να μπορεί να ελέγχει τα δικά του συναισθήματα και ανάγκες, να θέτει προσωπικούς και επαγγελματικούς στόχους και όρια και να τηρεί την επαγγελματική του ακεραιότητα, έτσι ώστε η παρέμβαση να έχει θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή.

5.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

“Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας.”

Αυτός είναι ο ορισμός της υγείας που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Είναι σαφές ότι η αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, προϋποθέτει τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας του νοσοκομείου, της οποίας ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της.

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού συνίσταται αφενός στη διεύρυνση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γεννησιουργούς λόγους των προβλημάτων του ατόμου και αφετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών, ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, τόσο προς τον ασθενή, όσο και προς την οικογένεια του. Στόχος αυτού είναι η επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και η ομαλή επανένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό του περιβάλλον. (Τσάκα, 1999)

Σύμφωνα με το καταστατικό εσωτερικής λειτουργίας της κοινωνικής υπηρεσίας σε νοσοκομειακό πλαίσιο, το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι προληπτικό, συμβουλευτικό, υποστηρικτικό, θεραπευτικό και ερευνητικό. Συγκεκριμένα, οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού συνίστανται στα εξής:

- α) Εντοπίζει, διερευνά και αξιολογεί ειδικά προβλήματα του ασθενούς που απευθύνεται στην κοινωνική υπηρεσία.
- β) Προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένεια του για την παραδοχή της ασθένειας και την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αγωγής.
- γ) Βοηθά τον ασθενή για την προσαρμογή του στις συνθήκες διαβίωσης στο χώρο του νοσοκομείου.

- δ) Επιδιώκει τη μείωση του άγχους που δημιουργείται στον ασθενή λόγω της απειλής της υγείας του αλλά και της απομάκρυνσης του από το οικογενειακό περιβάλλον.
- ε) Βοηθά τον ασθενή σε θέματα πρακτικής φύσεως εφόσον αδυνατεί ο ίδιος ή στερείται συγγενικών προσώπων για την αποκατάσταση του.
- στ) Εναπόκειται στην κρίση του κοινωνικού λειτουργού η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση του ασθενούς ή η παραπομπή του σε άλλη υπηρεσία.
- ζ) Φροντίζει για την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο και για την ομαλή επανασύνδεση με την οικογένεια του.
- η) Συμμετέχει στην διεπιστημονική-θεραπευτική ομάδα για σφαιρική γνώση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή.
- θ) Δημιουργεί ομάδες ασθενών για συμβουλευτική παρέμβαση με σκοπό να εξοικειωθούν με την αρρώστια τους και να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματα τους.
- ι) Ενημέρωση ασθενούς για μια πιθανή χειρουργική επέμβαση (π.χ. μεταμόσχευση)
- κ) Ενημέρωση ασθενούς για την αναγκαιότητα της δωρεάς ιστών και οργάνων.
- (Καλπίνη-Παπαδοπούλου, 1998)

5.3 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας τις πεποιθήσεις και τις προτεραιότητες του. Νιώθει παγιδευμένο σε μια κατάσταση που μοιάζει “αδιέξοδη” και αδυνατεί να θέσει στόχους και να επεξεργαστεί εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημα του. (Χαρτοκόλλης, 1989)

Όσον αφορά την ψυχολογική φροντίδα του νεφροπαθούς, ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αντιμετωπίσει και να ανταποκριθεί στα αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους και κατάθλιψης, τα οποία είναι απόλυτα φυσιολογικά και αποτελούν μέρος της ψυχικής διεργασίας θρήνου του ατόμου. Ο νεφροπαθής επιβάλλεται να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα του, έτσι ώστε να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει. Ο κοινωνικός λειτουργός θα τον βοηθήσει να εκφράσει τα συναισθήματα αυτά, τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του, χωρίς να κρίνει, να συμβουλεύει και να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Σε πνευματικό επίπεδο, ο νεφροπαθής, βιώνοντας την νεφρική ανεπάρκεια και την διαδικασία της αιμοκάθαρσης, οδηγείτε σε υπαρξιακή κρίση και έρχεται αντιμέτωπος με μεγάλα αναπάντητα ερωτήματα. Στο σημείο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει μένοντας απλά σαν ακροατής στα διαρκή ερωτήματα του ασθενούς: “γιατί εγώ;”, “γιατί να υποφέρω;”, “γιατί να γεννηθώ;”. Ενώ μπορεί να λειτουργήσει βοηθητικά και υποστηρικτικά στο να αντιμετωπίσει ο ασθενής με ελπίδα το μέλλον. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Τέλος, όπως έχει αναφερθεί, η νεφρική ανεπάρκεια, με τους περιορισμούς που επιβάλλει στον ασθενή, τον κάνει να αποστασιοποιείται και να αποσύρεται

από το κοινωνικό του περιβάλλον. Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει εναλλακτικούς τρόπους κάλυψης των αναγκών του και να πλησιάσει τα άτομα που θέλουν να του παρασταθούν και να το φροντίζουν. Ο κοινωνικός λειτουργός εδώ γίνεται ο συνδετικός κρίκος μεταξύ ασθενούς και κοινωνικού-οικογενειακού περιβάλλοντος. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Όλα τα παραπάνω επικυρώνουν τον πολυδιάστατο και πολυμορφικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, όπως πολυδιάστατη και πολυμορφική είναι και η ασθένεια της νεφρικής ανεπάρκειας. Για να είναι αποτελεσματική η φροντίδα του ασθενούς απαιτείται η συνεργασία όλων των ειδικοτήτων της επιστημονικής ομάδας.

5.4 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ

Η απόρριψη του μοσχεύματος, η εξουθένωση του οργανισμού από την χρόνια υποβολή σε αιμοκάθαρση ή η διαρκώς φθίνουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς που δεν μπορεί να αντιστραφεί από κανένα πλέον θεραπευτικό μέσον, σηματοδοτεί την έναρξη της τελικής φάσης της ζωής του αρρώστου.

Πολλοί πιστεύουν ότι είναι απαραίτητο να ενημερώνεται ο ασθενής σχετικά με την διάγνωση και την πρόγνωση του θανάτου, ενώ ορισμένοι θεωρούν ότι είναι αναγκαία η συνειδητοποίηση και η αποδοχή της θανατηφόρου έκβασης της ασθένειας από το ίδιο το άτομο. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Ίσως να μην είναι τόσο σημαντικός ο προσδιορισμός του τρόπου που θα ενημερωθεί ο ασθενής, όσο απαραίτητη είναι η κατανόηση του τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία προς το θάνατο.

Ο κοινωνικός λειτουργός συμπαραστέκεται στον ασθενή σε αυτή τη δύσκολη φάση της ζωής του, τονίζοντας τις ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του και διαφυλάσσοντας την αξιοπρέπεια της προσωπικότητας του μέχρι το τέλος της ζωής του.

Βασική προϋπόθεση στην παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού, είναι η γνώση και κατανόηση της ψυχικής διεργασίας που βιώνει το άτομο καθώς πορεύεται προς το θάνατο.

Σύμφωνα με την Elisabeth Kübler-Ross, όπως αναφέρεται στο βιβλίο των Αναγνωστόπουλου και Παπαδάτου (1995), ο ασθενής διέρχεται από τα εξής στάδια:

- Στάδιο της άρνησης.

Στο άκουσμα του θανάτου η άρνηση λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο, το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως

απειλητική ή οδυνηρή. Άλλες φορές αρνείται την διάγνωση και την θεραπευτική αγωγή και άλλες αρνείται τις επιπτώσεις της ασθένειας και τη πιθανότητα του θανάτου. Η άρνηση αυτή μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του αρρώστου, αφού δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές και περιφέρεται από τον ένα γιατρό στον άλλο, με την ελπίδα ότι θα ακούσει κάτι διαφορετικό.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να γνωρίζει ότι ο μηχανισμός της άρνησης χρησιμοποιείται απ' όλους σχεδόν τους ασθενείς από τα πρώτα στάδια της ασθένειας τους αλλά και μέχρι τη τελική φάση της ζωής τους.

- Στάδιο του θυμού.

Το στάδιο της άρνησης αντικαθίσταται από συναισθήματα θυμού και οργής, που πηγάζουν από την αίσθηση αδικίας και έλλειψης ελέγχου.

Αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τον κοινωνικό λειτουργό, αφού ο ασθενής συχνά μεταθέτει το θυμό του προς άλλες κατευθύνσεις, όπως συγγενείς, φίλους και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σ' αυτή τη περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να χρησιμοποιήσει το θυμό του επικοδομητικά, έτσι ώστε να διεκδικήσει ενημέρωση, καλύτερη φροντίδα ή ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του.

- Στάδιο της διαπραγμάτευσης (του παζαρέματος).

Το στάδιο της διαπραγμάτευσης είναι βοηθητικό για τον ασθενή, καθώς του προσφέρει τη ψευδαίσθηση ότι μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας του. Οι διαπραγματεύσεις συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το Θεό και αφορούν μια αναβολή, μια παράταση ζωής.

- Στάδιο της κατάθλιψης.

Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να αρνηθεί πιά την πραγματικότητα, όταν τα συμπτώματα του αυξάνονται και γίνεται πιά αδύναμος, αρχίζει πλέον να δέχεται ότι θα πεθάνει και θρηνεί. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι “αντιδραστική”, όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει ο ασθενής μέσα στο παρόν ή “προπαρασκευαστική”, όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του για να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να τα κατανοήσει, να τα αποδεχτεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται.

- Στάδιο της αποδοχής.

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από ένα κενό συναισθημάτων και μια φαινομενικά εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και αρχίζει να συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, επιδιώκοντας ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασης του. Μεγαλύτερη υποστήριξη και κατανόηση τη στιγμή αυτή χρειάζεται η οικογένεια παρά ο ίδιος ο ασθενής.

Ο κοινωνικός λειτουργός με την παρουσία του μπορεί να επιβεβαιώσει τον ασθενή ότι βρίσκεται κοντά του μέχρι το τέλος και ότι δεν είναι απαραίτητη η λεκτική επικοινωνία. Μια ματιά, ένα χάδι, ένα φτιάξιμο στα μαξιλάρια μπορεί να σημαίνει πολύ περισσότερα από χίλιες λέξεις. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της αρρώστειας. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι η τελική φάση της ζωής ενός ασθενούς στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, δεν είναι εύκολο να οριοθετηθεί και

πολλές φορές δεν υφίσταται καν, αφού η ζωή του νεφροπαθούς μπορεί να κοπεί από ένα ξαφνικό και αναπάντεχο γεγονός.

5.5 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βρίσκεται στο πλευρό του ασθενούς σε όλα τα στάδια της ασθένειας του και να τον αντιμετωπίζει σαν μια ξεχωριστή προσωπικότητα και οντότητα. Απαιτείται σε κάθε ενέργεια του να σέβεται αυτόν και τα δικαιώματά του.

Οι Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου (1995) διακρίνουν τα δικαιώματα του αρρώστου ως τα ακόλουθα:

- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή οντότητα με αξιοπρέπεια και σεβασμό.
- Το δικαίωμα να δέχεται εξειδικευμένη φροντίδα που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές του ανάγκες.
- Το δικαίωμα να ενημερώνεται για την υγεία του και να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία του.
- Το δικαίωμα να εκφράζεται ελεύθερα για τα συναισθήματά του, χωρίς να δέχεται κριτική γι' αυτά.
- Το δικαίωμα να ικανοποιούνται οι ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες.
- Το δικαίωμα να ανακουφίζεται από ενδεχόμενο οργανικό πόνο.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του.
- Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος.
- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία του στιγμή ως άτομο με συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες.

Αξίζει να σημειωθεί πως ο νεφροπαθής, πέρα από ασθενής, ανήκει και στο σύνολο των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Αυτό σημαίνει πως τα δικαιώματά

του δεν περιορίζονται στα παραπάνω, αλλά διεκδικεί και άλλα σημαντικά δικαιώματα, καθοριστικά για την επιβίωση και την ποιότητα της ζωής του.

Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Το δικαίωμα πλήρους νοσηλείας σε μονάδες T.N., όταν αυτός είναι άπορος.
- Το δικαίωμα παροχής μιας αξιοπρεπούς συνταξιοδότησης.
- Το δικαίωμα της ισότιμης αντιμετώπισης με τις ομάδες των τυφλών, παραπληγικών κ.τ.λ., σε θέματα που αφορούν τις οικονομικές παροχές.
- Το δικαίωμα να απολαμβάνει τις διακοπές του, όπως κάθε “φυσιολογικός” άνθρωπος. Αυτό σημαίνει την άμεση δημιουργία παραθεριστικών μονάδων T.N. (Καστρινάκης, 1998)

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Όταν ένα μέλος νοσεί, τότε η οικογένεια διαδραματίζει το δικό της σημαντικό ρόλο στην πραγματικότητα που λέγεται “ασθένεια”. Η ψυχοδυναμική της οικογένειας καθορίζει την αντιμετώπιση προς την ασθένεια και τον πάσχοντα.

Για τον λόγο αυτό, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν θα πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά στον ασθενή, αλλά να αναφέρεται σε όλο το σύστημα της οικογένειας.

Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κοινωνικός λειτουργός δεν είναι ιδιαίτερα καθοδηγητικός και χρησιμοποιεί λιγότερο παρεμβατικές τεχνικές. Πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στα μέλη της οικογένειας να δρουν ευέλικτα και να έχουν πλήρη ελευθερία έκφρασης συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών. (Ζαφείρης, Ζαφείρη και Μουζακίτης, 1999)

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού απευθύνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, τόσο για να βοηθήσει κάθε μέλος ξεχωριστά να επεξεργαστεί συναισθήματα και εμπειρίες, όσο και να ενθαρρύνει όλα τα μέλη να εκφράσουν προβληματισμούς και σκέψεις. Αυτά συμβάλλουν επίσης στην ενθάρρυνση των μελών της οικογένειας για ενεργό συμμετοχή στην αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την αρρώστεια και την θεραπεία. (Ζαφείρης, Ζαφείρη και Μουζακίτης, 1999)

Οι βασικοί στόχοι του σχεδίου παρέμβασης στην οικογένεια που πρέπει να έχει ο κοινωνικός λειτουργός είναι:

- Κατανόηση ασθένειας και των επιπτώσεων της σε ασθενή και οικογένεια.
- Επίτευξη ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας μεταξύ των μελών για την ασθένεια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.

- Αναγνώριση της μοναδικότητας και της διαφορετικότητας της υπόστασης κάθε μέλους της οικογένειας.
- Οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια.
- Ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της οικογένειας από το περιβάλλον της.
- Συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπιση των δυσκολιών και των “προκλήσεων”.
- Χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων με σκοπό την συνοχή της οικογένειας.
- Απόκτηση ευελιξίας από τα μέλη για προσαρμογή στις αλλαγές που προκύπτουν από την ασθένεια. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι καταλυτικός για την οικογένεια. Όντας δίπλα στην οικογένεια από την αρχική φάση της ασθένειας, την βοηθά να επιλέξει και να υιοθετήσει μεθόδους αντιμετώπισης της νέας “πραγματικότητας” και να θέσει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους για την ομαλή συμβίωση και πορεία της.

5.7 ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Οι ηθικές αρχές της κοινωνικής εργασίας βασίζονται στα ανθρωπιστικά ιδεώδη και στην δημοκρατική φιλοσοφία. Αποσκοπούν στην κάλυψη των ανθρωπίνων αναγκών και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν από προσωπικές, κοινωνικές σχέσεις και από τις ελλείψεις ή τα μειονεκτήματα των κοινωνικών συστημάτων. (Μουζακίτης, 1996)

Σύμφωνα με το Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας για τον επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό, έτσι όπως διαμορφώθηκε από την Γενική Συνέλευση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών το 1976, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να δεσμεύονται από τις εξής αρχές:

1. Σεβασμό στην προσωπικότητα του εξυπηρετούμενου και διαφύλαξη της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων του.
2. Αναγνώριση της ατομικότητας και των δυνατοτήτων του εξυπηρετούμενου, καθώς και η ενθάρρυνση της αυτενέργειας για πραγματοποίηση των σκοπών του.
3. Οριοθέτηση της επαγγελματικής σχέσης σε ρεαλιστική βάση χωρίς να δίνονται υποσχέσεις που δεν θα μπορούν να εκπληρωθούν από τον κοινωνικό λειτουργό.
4. Δημιουργία επαγγελματικής σχέσης που να στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και εχεμύθεια από μέρους του κοινωνικού λειτουργού και κυρίως η τήρηση του απορρήτου, που σκοπό έχει την προστασία του πελάτη.
5. Προσφορά αντικειμενικών υπηρεσιών πέρα από προσωπικά οφέλη, σκοπούς ή πεποιθήσεις. (Μουζακίτης, 1996)

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να θεωρεί ως αρχική υποχρέωση του το να υπηρετεί το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας με ακεραιότητα, υπευθυνότητα, ευπρέπεια και εντιμότητα και να θέτει ως πρωταρχική σπουδαιότητα τα συμφέροντα του πελάτη.

5.8 Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURN OUT) ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

5.8.1 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ BURN OUT

Τα τελευταία χρόνια το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει ειδικούς και ερευνητές, οι οποίοι έχουν εντοπίσει ότι μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας. Το θέμα αυτό έχει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για τους κοινωνικούς λειτουργούς, διότι πολλοί μπαίνουν στο επάγγελμα με μια ιδεαλιστική αντίληψη ότι είναι “λειτούργημα” και “αποστολή”, ενώ καταλήγουν να εργάζονται κάτω από απαιτητικούς και γραφειοκρατικούς περιορισμούς. Αυτοί και άλλοι πολλοί παράγοντες συντελούν στο να είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση (Burn out).

Ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης διατυπώθηκε από την Cristin Maslach, σαν:

“ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους ή πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του”. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995, σελ. 242)

Παράλληλα ο Karger, συμφωνώντας με την άποψη του Marx, υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με τον όρο αλλοτροίωση-εξουθένωση και οφείλεται στον ανταγωνισμό, στην διάσπαση και στην έλλειψη αυτονομίας των επαγγελματιών. (Αλεξοπούλου, 1999)

Τα βασικότερα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης αναζητούνται στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργαστηριακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται ένα χάσμα, μια ανισορροπία ή ασυμφωνία, και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων

καταστάσεων που συμβάλλουν σ' ένα χρόνιο στρες, το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση.

Ένας σημαντικός παράγοντας του παραπάνω είναι και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος κοινωνικός λειτουργός το χώρο εργασίας του, χωρίς να αγνοούνται βέβαια και τα εξής: ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τον προϊστάμενο, οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των οικογένειών τους, καθώς και η συχνή έκθεση του κοινωνικού λειτουργού στο θάνατο των ασθενών.

Το burn out του κοινωνικού λειτουργού δεν εμφανίζεται ξαφνικά και δεν είναι ένα μεμονωμένο γεγονός αλλά αντίθετα αποτελεί μια σταδιακή διαδικασία που χαρακτηρίζεται από χρόνιο και συσσωρευμένο στρες. Αυτό δεν έχει αντίκτυπο μόνο στους κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και στους πελάτες και στις υπηρεσίες.

Για τον κοινωνικό λειτουργό τα συμπτώματα του burn out γίνονται αντιληπτά και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Η εξουθένωση του είναι φυσική και συναισθηματική: κατάθλιψη, γενική αδιαθεσία, συναισθήματα απόγνωσης και έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, πονοκεφάλους, χρόνια κόπωση. Επίσης, μπορούν να δημιουργηθούν και προσωπικά προβλήματα, όπως χρήση ουσιών και αλκοόλ ή οικογενειακές συγκρούσεις.

Για τους ασθενείς το burn out δημιουργεί απρόσωπες, απάνθρωπες και χωρίς φροντίδα υπηρεσίες.

Για την υπηρεσία το burn out καταλήγει σε ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς κοινωνικούς λειτουργούς, χαμηλό ηθικό, αδικαιολόγητες απουσίες και παραιτήσεις. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995; Αλεξοπούλου, 1999; Τσάκα, 1999)

5.8.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ BURN OUT

Ο κοινωνικός λειτουργός για να μπορέσει να πρόλαβει ή να αντιμετωπίσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρέπει να λάβει σημαντικά υπόψη, εκτός από τη φροντίδα του ασθενούς, και την φροντίδα του εαυτού του και αυτό γιατί η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας και του πόνου τον καθιστούν ευάλωτο.

Μερικές στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης από τον επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό, που θεωρούνται αποτελεσματικές, είναι οι εξής:

- α) Η έγκυρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου.
 - β) Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών, η οποία τον βοηθά να αποκτήσει μια αίσθηση ολοκλήρωσης και κυριαρχίας στο περιβάλλον του.
 - γ) Η ανάπτυξη αυτογνωσίας που του δίνει την δυνατότητα να κατανοήσει τις προσωπικές του ανάγκες και τον βαθμό στον οποίο εμπλέκονται στη δουλειά του με τους πελάτες.
 - δ) Η αναζήτηση υποστήριξης, τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η οποία συμβάλλει στην συναισθηματική εκφόρτιση και επιτρέπει στον κοινωνικό λειτουργό μια ομαλή μετάβαση από τον χώρο εργασίας στο χώρο του σπιτιού.
 - ε) Η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν τη δυνατότητα δημιουργίας, εκτόνωσης και φυγής από την καθημερινή ρουτίνα.
 - στ) Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή του χώρου εργασίας, η οποία δίνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο κοινωνικός λειτουργός νιώθει πως είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του.
- Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του burn out, διαδραματίζει και η υπηρεσία στην οποία εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός με τους εξής τρόπους:

ζ) Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, τα οποία αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητα του στις συνθήκες εργασίας.

η) Η ίση και δίκαιη μεταχείριση όλων των κοινωνικών λειτουργών, η ανάθεση καθηκόντων εκ περιτροπής και τα συχνά διαλλείματα, που επιτρέπουν στους κοινωνικούς λειτουργούς να έχουν διαφορετικές εμπειρίες και πολυμορφία στην εργασία τους.

θ) Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστηρίξης και η συμβουλευτική εποπτεία που δίνει τη δυνατότητα στον κοινωνικό λειτουργό να κατανοεί τη στρεσογόνα κατάσταση, να μοιράζεται συναισθήματα και να αναζητά τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν.

ι) Η δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης και συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης που προσφέρουν στον κοινωνικό λειτουργό σημαντικό κίνητρο ανανέωσης. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995; Αλεξοπούλου, 1999)

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να μάθει να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί τη φροντίδα αυτή περιττή ή άχρηστη πολυτέλεια. Μέσα από τη διαδικασία αυτή, ο κοινωνικός λειτουργός θα αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίες και τα όρια του, έτσι ώστε να παρέχει όσο το δυνατόν καλύτερα τις υπηρεσίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : ΕΡΕΥΝΑ

1. ΕΡΕΥΝΑ

1.1 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ολοκληρώνοντας λοιπόν μια συνοπτική περιγραφή της νεφρικής ανεπάρκειας και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που αυτή επιφέρει στους ασθενείς, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μια μελέτη γύρω από αυτό το θέμα, συμβάλλει ουσιαστικά στον εμπλουτισμό πορισμάτων προηγούμενων ερευνών και στοχεύει στην κινητοποίηση για άμεση και συστηματικοποιημένη αντιμετώπιση των πολλαπλών και πραγματικά πολυσύνθετων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς.

Επιπλέον, η έρευνα αυτή αποσκοπεί στο να τονίσει την ψυχολογική διάσταση της ασθένειας και την ψυχολογική φροντίδα που χρειάζονται οι νεφροπαθείς.

Τέλος, η παρούσα έρευνα επιδιώκει να αποτελέσει έναυσμα για την ευαισθητοποίηση του αναγνωστικού κοινού για το τόσο υπαρκτό πλέον και φλέγον θέμα της νεφρικής ανεπάρκειας.

1.2 ΣΤΟΧΟΙ

Βασιζόμενοι στην βιβλιογραφική μας μελέτη και διαπιστώνοντας την σημαντικότητα της ασθένειας της νεφρικής ανεπάρκειας, θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική μια έρευνα που έχει ως βασικό αντικείμενο μελέτης τις ψυχοκοινωνικές της επιπτώσεις.

Στόχοι της παρούσης έρευνας είναι:

1. Προσδιορισμός των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νεφρικής ανεπάρκειας στους ασθενείς.
2. Προσδιορισμός συναισθημάτων των νεφροπαθών πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης και κατά την διάρκεια αυτής.
3. Προσδιορισμός των παραγόντων που επιδρούν στην ένταξη των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια σε μια “φυσιολογική ζωή”.

1.3 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. Ο νεφροπαθής έχει έντονο τον φόβο του θανάτου.
2. Η αλλαγή του τρόπου ζωής του ασθενούς συνεπάγεται την αλλαγή του τρόπου ζωής όλης της οικογένειας.
3. Η νεφρική ανεπάρκεια επιδρά αρνητικά ως ανασταλτικός παράγοντας στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς.
4. Η κατάσταση ενός υποβαλλόμενου σε αιμοκάθαρση ασθενούς αποτελεί αρνητικό παράγοντα στο να ανταπεξέλθει στα εργασιακά του καθήκοντα.
5. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια έχουν κοινά σημεία.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθυνόταν σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε ειδικά κέντρα. Οι ασθενείς, ανεξαρτήτου φύλου, ανήκουν σε ομάδες αιμοκάθαρσης των παρακάτω νοσοκομείων της Πάτρας:

- Γενικό Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου
- Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πατρών “Άγιος Ανδρέας”

Στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έλαβαν μέρος τέσσερις (4) ομάδες αιμοκαθαρώμενων του νοσοκομείου “Άγιος Ανδρέας” και τέσσερις (4) ομάδες από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.

Συνολικά τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ένα δείγμα που αποτελούνταν από 60 άτομα.

2.2 ΤΟΠΟΣ – ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα στοιχεία συλλέχθησαν την χρονική περίοδο Μαΐου - Ιουλίου 2001, στην περιοχή της Πάτρας.

Τα μέλη της διερευνητικής ομάδας συναντήθηκαν με τους ερωτώμενους στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Πάτρας και πιά συγκεκριμένα στις μονάδες T.N.

2.3 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ως εργαλείο για την συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο με δομημένες ερωτήσεις και αυτό γιατί:

α) Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μας φτάσαμε στο συμπέρασμα ότι ένας χρόνιος ασθενής όπως είναι και ο νεφροπαθής, δύσκολα εξωτερικεύει τα συναισθήματα και τους φόβους του, πράγμα που απαιτεί η συνέντευξη.

β) Λόγω πρακτικών δυσκολιών μπορούσαμε να επικοινωνήσουμε με τους νεφροπαθείς μόνο κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης τους. Αυτό σημαίνει πως δεν μπορούσαμε να φορτώσουμε τους ασθενείς, σε μια τόσο σημαντική στιγμή γι' αυτούς, με το επιπρόσθετο βάρος μιας συνέντευξης.

2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές μελέτες. Καθόλη την διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, τα μέλη της ερευνητικής ομάδας ήταν παρόντα στους θαλάμους, μετά από παράκληση των ασθενών. Σε αυτό οδήγησε η δυσκολία των ηλικιωμένων νεφροπαθών να διαβάσουν και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, καθώς επίσης και η ανάγκη που εκδηλώθηκε από όλους τους νεφροπαθείς για επικοινωνία μαζί τους.

Τα στοιχεία συλλέχθησαν αφού πρώτα επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο ότι μπορούσε να μην απαντήσει σε κάποια ερώτηση αλλά και ότι άνα πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αν δεν αισθανόταν καλά, ή να δώσει την απάντηση σε κάποιο μέλος της ερευνητικής ομάδας που ήταν κοντά του.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ατομικά και ανώνυμα και η συμπλήρωσή τους διαρκούσε περίπου 15-20 λεπτά της ώρας.

Για την παρουσία της ερευνητικής ομάδας στο χώρο της αιμοκάθαρσης προηγήθηκε ενημέρωση από την εκάστοτε κοινωνική λειτουργό της κλινικής.

2.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- Η παρουσία νεφρικής ανεπάρκειας.
- Η υποβολή σε αιμοκάθαρση.

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.
- Ερωτηματολόγια με λανθασμένα συμπληρωμένες απαντήσεις.

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 60 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 80 που διανεμήθηκαν.

Με βάση όλα τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνα, τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

2.6 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της παρούσης έρευνας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) ΦΥΛΟ
- 2) ΗΛΙΚΙΑ.....
- 3) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:
 - α) Άγαμος-η
 - β) Έγγαμος-η
 - γ) Χήρος-α
 - δ) Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση
 - ε) Σταθερή σχέση
- 4) ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ
- 5) ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
- 6) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:
 - α) Απόφοιτος δημοτικού
 - β) Απόφοιτος γυμνασίου
 - γ) Απόφοιτος λυκείου
 - δ) Ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση.....
 - ε) Άλλη σχολή αποφοίτησης
- 7) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:
 - α) Καλή
 - β) Μέτρια
 - γ) Κακή
- 8) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

9) Σε ποιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης υποβάλλεστε?

- α) Περιτοναϊκή σε κλινική
- β) Περιτοναϊκή στο σπίτι
- γ) Αιμοκάθαρση σε κλινική
- δ) Άλλου προγράμματος

10) Ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης

11) Πριν την υποβολή σας σε αιμοκάθαρση, γνωρίζατε τι είναι νεφρική ανεπάρκεια?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12) Συναισθήματα που νιώσατε όταν πληροφορηθήκατε για την υποβολή σας στην αιμοκάθαρση. (Σημειώσατε σε τι βαθμό νιώσατε το κάθε συναίσθημα)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αγωνία	1	2	3	4	5
Αγχος	1	2	3	4	5
Φόβο για το μέλλον	1	2	3	4	5
Ανησυχία	1	2	3	4	5
Απογοήτευση	1	2	3	4	5
Αισιοδοξία	1	2	3	4	5
Περιέργεια	1	2	3	4	5
Αρνηση	1	2	3	4	5
Επιθετικότητα	1	2	3	4	5
Απόρριψη	1	2	3	4	5
Κάτι άλλο	1	2	3	4	5

13) Συναισθήματα στην τωρινή φάση της αιμοκάθαρσης.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αγωνία	1	2	3	4	5
Άγχος	1	2	3	4	5
Φόβος για το μέλλον	1	2	3	4	5
Ανησυχία	1	2	3	4	5
Απογοήτευση	1	2	3	4	5
Αισιοδοξία	1	2	3	4	5
Περιέργεια	1	2	3	4	5
Εξάρτηση από το μηχάνημα	1	2	3	4	5
Άρνηση	1	2	3	4	5
Επιθετικότητα	1	2	3	4	5
Κάτι άλλο	1	2	3	4	5

14) Πόσο επηρέασε η αιμοκάθαρση την καθημερινή σας ζωή?

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

15) Με ποια πρόσωπα μοιράζεστε τις ανησυχίες σας?

Σύντροφος/Σύζυγος

Γονείς

Παιδιά

Φίλος-η

Κάποιον άλλο

16) Πως ήταν η σεξουαλική σας ζωή πριν την υποβολή σας στην αιμοκάθαρση?

Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
1	2	3	4

17) Έχει επηρεαστεί η σεξουαλική σας ζωή μετά την εμφάνιση της ασθένειας?

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

-Εσείς επιδιώκετε την ερωτική επαφή ?

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Ο σύντροφος σας, σας ενθαρρύνει σ' αυτό?

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Η οικογένεια σας έχει προσαρμοστεί στο δικό σας διαιτολόγιο?

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Αν ναι ,υπήρχαν αντιδράσεις γι' αυτό?

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

19) Υπάρχουν κοινές ώρες ψυχαγωγίας με την οικογένεια?

	Καθόλου	Λίγες	Αρκετές	Πολλές	Πάρα πολλές
1	2	3	4	5	

20) Τις ημέρες της αιμοκάθαρσης συνοδεύεστε από κάποιο μέλος της οικογένειάς σας?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

-Αν ναι ποιο άτομο είναι αυτό?

21) Πριν την υποβολή στην αιμοκάθαρση εργαζόσασταν ?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22) Τώρα εργάζεστε?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(εάν η απάντησή σας είναι όχι συνεχίστε στην ερώτηση 28)

23) Πιστεύετε ότι η απόδοση στην εργασία σας είναι ίδια μετά την υποβολή σας σε αιμοκάθαρση?

Χειρότερη
1

Ιδια
2

Καλύτερη
3

24) Δουλεύετε τις ίδιες μέρες και ώρες που δουλεύατε και πριν την αιμοκάθαρση?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

25) Πως ήταν η σχέση σας με τους συναδέλφους σας πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης?

Κακή
1

Μέτρια
2

Καλή
3

Πολύ καλή
4

26) Οι σχέσεις σας με τους συναδέλφους σας, έχουν αλλάξει?

Καθόλου
1

Λίγο
2

Αρκετά
3

Πολύ
4

Πάρα πολύ
5

-Αν ναι σας ικανοποιούν αυτές οι αλλαγές?

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ
1 2 3 4 5

27) Οι τυχόν αλλαγές στην συμπεριφορά των συναδέλφων σας, πιστεύετε ότι οφείλονται στην ασθένεια σας?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(συνεχίστε στην ερώτηση 30)

28) Σας έχει επηρεάσει το γεγονός ότι δεν εργάζεστε?

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ
1 2 3 4 5

29) Νιώθετε μειονεκτικά που δεν εργάζεστε?

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ
1 2 3 4 5

30) Αντιμετωπίζατε οικονομικές δυσκολίες πριν την υποβολή σας σε αιμοκάθαρση ?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

31) Αντιμετωπίζετε οικονομικές δυσκολίες σ' αυτή τη φάση της ζωής σας?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32) Σας ικανοποιούν οι συνθήκες ψυχαγωγίας που υπάρχουν στην κλινική(TV-μουσική-περιοδικά)?

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

-Τι θα επιθυμούσατε να υπάρχει?

33) Κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου νιώσατε την ανάγκη να πείτε κάτι το οποίο δεν καλύφθηκε από τις ερωτήσεις μας?

.....

.....

-Αντιμετωπίζετε κάποιο σοβαρό πρόβλημα που θέλετε να αναφέρετε?

.....

.....

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κάθε απάντηση του ερωτηματολογίου κωδικοποιήθηκε μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή και τα δεδομένα εισήχθησαν ως μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια απάντηση.

- Περιγραφική κατανομή. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής, καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης, αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

- Στατιστικές συγκρίσεις. Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιες ερωτήσεις, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των δύο ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fischers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του πέντε. Στο τέλος τους αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

- 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας.
- 2) Τιμή της χ^2 .
- 3) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p-value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα $p < 0,05$.

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

3.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

Πίνακας 1

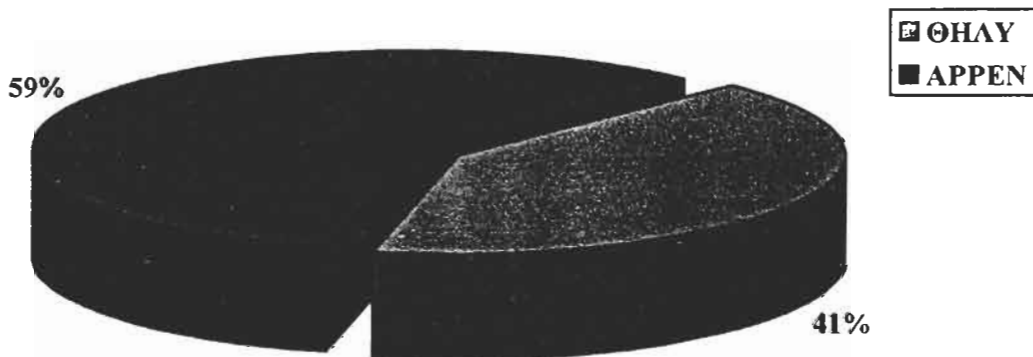
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Θήλυ	27	41
Άρρεν	33	59
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν άνδρες.

Σχήμα 1

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.



Πίνακας 2

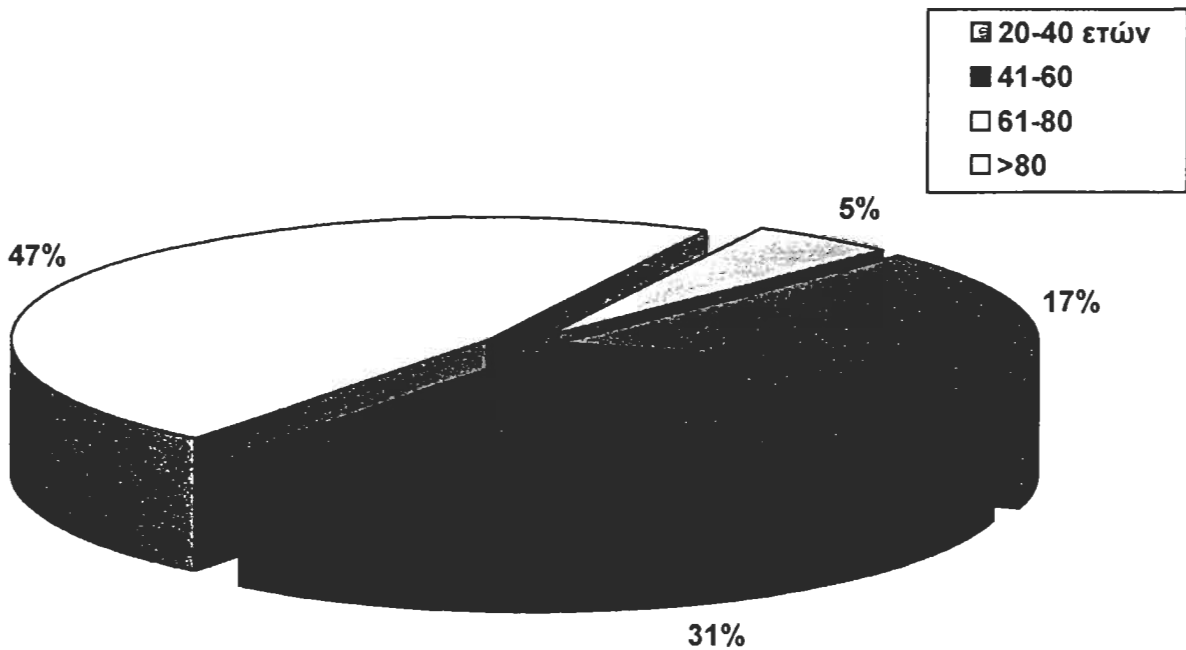
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
20-40 ετών	10	17
41-60	19	31
61-80	28	47
> 80	3	5
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 60 και μικρότερης των 80 ετών.

Σχήμα 2

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



Πίνακας 3

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα παιδιά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
< 2	12	20
2 – 4	32	53
> 4 παιδιά	2	3
Κανένα	14	24
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν 2 έως 4 παιδιά.

Πίνακας 4

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία.

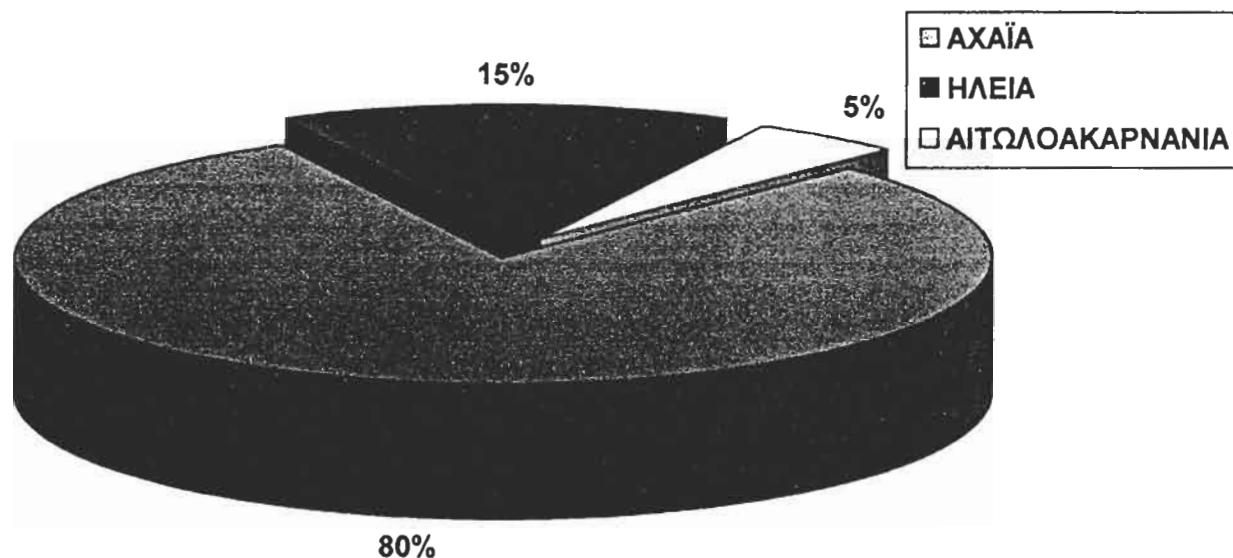
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Αχαΐα	48	80
Ηλεία	3	15
Αιτωλοακαρνανία	9	5
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι του Νομού Αχαΐας.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Σχήμα 3

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία.



Πίνακας 5

Κατανομή απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Άγαμος	8	13
Έγγαμος	50	83
Διαζευγμένος	1	2
Χήρος	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

Πίνακας 6

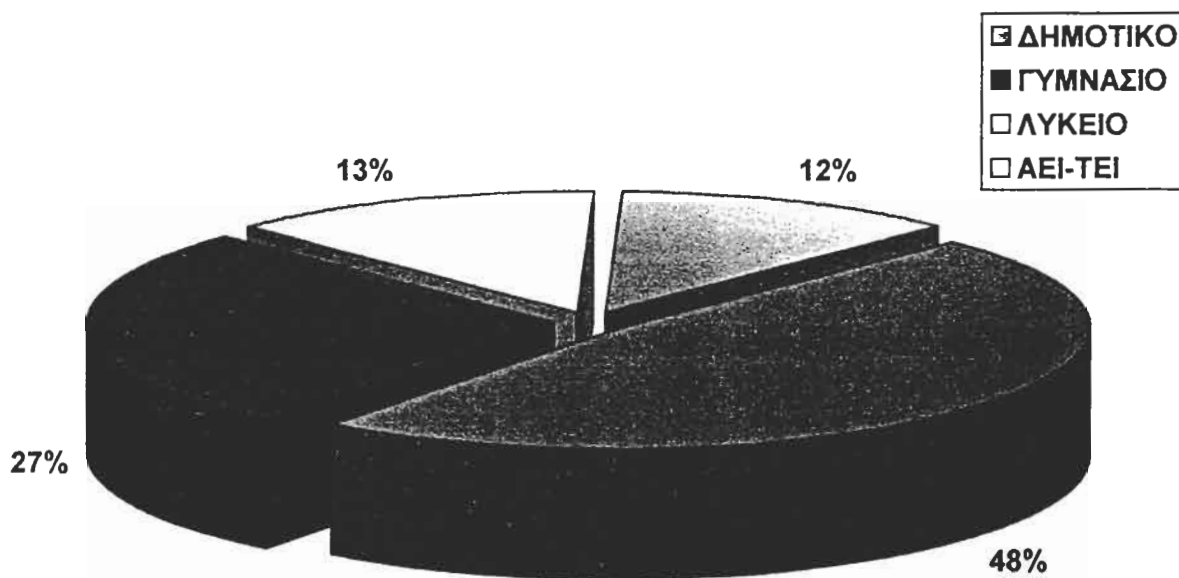
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Δημοτικό	29	48
Γυμνάσιο	16	27
Λύκειο	8	13
ΑΕΙ-ΤΕΙ	7	12
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Δημοτικού.

Σχήμα 4

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.



Πίνακας 7

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική κατάστασή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καλή	17	28
Μέτρια	30	50
Κακή	13	22
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κατά την άποψή τους, μέτριας οικονομικής κατάστασης.

Πίνακας 8

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασιακή κατάστασή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Αγρότης	7	12
Εργάτης	1	2
Δημ. Υπάλληλος	8	13
Ιδ. Υπάλληλος	20	33
Οικιακά	12	20
Άλλο	2	4
Συνταξιούχος	10	16
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι ή συνταξιούχοι.

3.1.2 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Πίνακας 9

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πρόγραμμα που ακολουθούν όσο καιρό κάνουν αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Περιτοναϊκή σε κλινική	5	8
Περιτοναϊκή στο σπίτι	1	2
Αιμοκάθαρση σε κλινική	54	90
Άλλο	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έκαναν αιμοκάθαρση σε κλινική.

Πίνακας 10

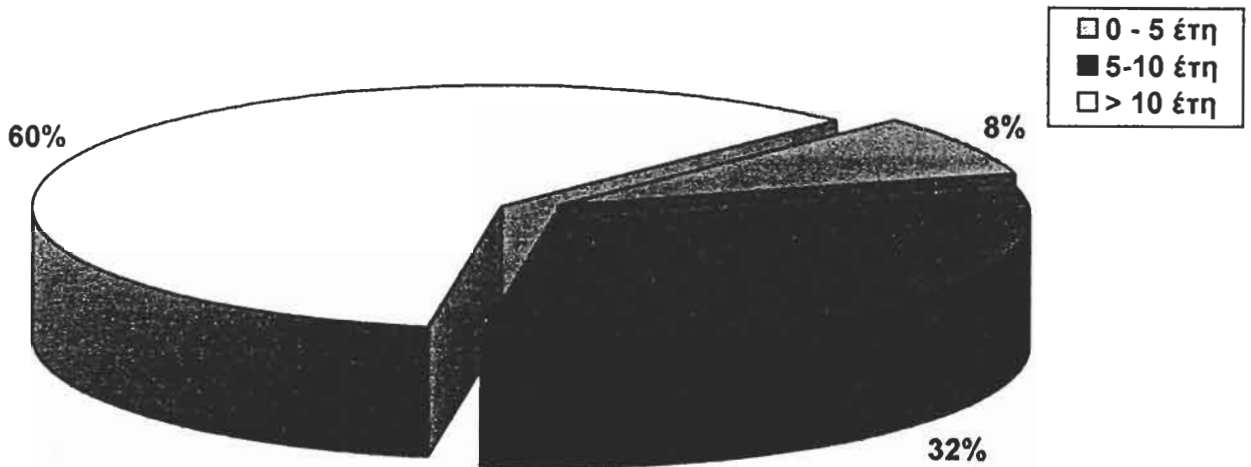
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο καιρό κάνουν αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
0-5 έτη	5	8
5- 10 έτη	19	32
> 10 έτη	36	60
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έκαναν αιμοκάθαρση για περισσότερο από 10 έτη.

Σχήμα 5

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη που κάνουν αιμοκάθαρση.



Πίνακας 11

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνώριζαν πριν την ασθένειά τους για την νεφρική ανεπάρκεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	22	37
Όχι	38	63
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν γνώριζαν πριν την ασθένειά τους για την νεφρική ανεπάρκεια.

Πίνακας 12

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα συναισθήματά τους όταν έμαθαν για την υποβολή τους σε αιμοκάθαρση.

ΑΓΩΝΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	9	15
Λίγο	4	7
Αρκετά	9	15
Πολύ	15	25
Πάρα πολύ	22	37

ΑΓΧΟΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	10	17
Λίγο	0	0
Αρκετά	8	13
Πολύ	12	20
Πάρα πολύ	25	42

ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	17	28
Λίγο	4	7
Αρκετά	7	12
Πολύ	8	13
Πάρα πολύ	16	27

ΑΝΗΣΥΧΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	10	17
Λίγο	5	8
Αρκετά	6	10
Πολύ	13	22
Πάρα πολύ	9	15

ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	16	27
Λίγο	2	5
Αρκετά	4	3
Πολύ	9	15
Πάρα πολύ	22	37

ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	14	23
Λίγο	18	30
Αρκετά	7	12
Πολύ	4	7
Πάρα πολύ	4	7

ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	19	32
Λίγο	4	7
Αρκετά	4	7
Πολύ	5	8
Πάρα πολύ	3	5

ΑΡΝΗΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	28	47
Λίγο	3	5
Αρκετά	5	8
Πολύ	3	5
Πάρα πολύ	2	3

ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	33	55
Λίγο	4	7
Αρκετά	1	1
Πολύ	3	5
Πάρα πολύ	9	15

ΑΠΟΡΡΙΨΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	35	58
Λίγο	3	5
Αρκετά	3	5
Πολύ	3	5
Πάρα πολύ	3	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι όταν πληροφορήθηκαν για την υποβολή στην αιμοκάθαρση ένοιωσαν κυρίως:

- Αγωνία
- άγχος και
- ανησυχία

Πίνακας 12

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα συναισθήματά τους κατά την αιμοκάθαρση.

ΑΓΩΝΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	16	27
Λίγο	8	13
Αρκετά	7	12
Πολύ	7	12
Πάρα πολύ	14	23

ΑΓΧΟΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	13	22
Λίγο	7	12
Αρκετά	7	12
Πολύ	10	12
Πάρα πολύ	16	27

ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	19	32
Λίγο	6	10
Αρκετά	5	8
Πολύ	10	17
Πάρα πολύ	9	15

ΑΝΗΣΥΧΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	15	25
Λίγο	4	7
Αρκετά	4	7
Πολύ	13	22
Πάρα πολύ	7	12

ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	22	37
Λίγο	2	3
Αρκετά	2	3
Πολύ	10	16
Πάρα πολύ	13	22

ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	15	25
Λίγο	9	15
Αρκετά	3	5
Πολύ	5	8
Πάρα πολύ	8	13

ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	26	43
Λίγο	1	1
Αρκετά	2	3
Πολύ	4	7
Πάρα πολύ	2	3

ΑΡΝΗΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	34	57
Λίγο	0	0
Αρκετά	1	1
Πολύ	3	5
Πάρα πολύ	1	1

ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	32	53
Λίγο	5	8
Αρκετά	1	2
Πολύ	0	0
Πάρα πολύ	2	3

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	6	10
Λίγο	3	5
Αρκετά	4	7
Πολύ	7	12
Πάρα πολύ	21	35

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι κατά την τωρινή φάση αιμοκάθαρσης νοιώθουν κυρίως :

- εξάρτηση από το μηχάνημα

Πίνακας 13

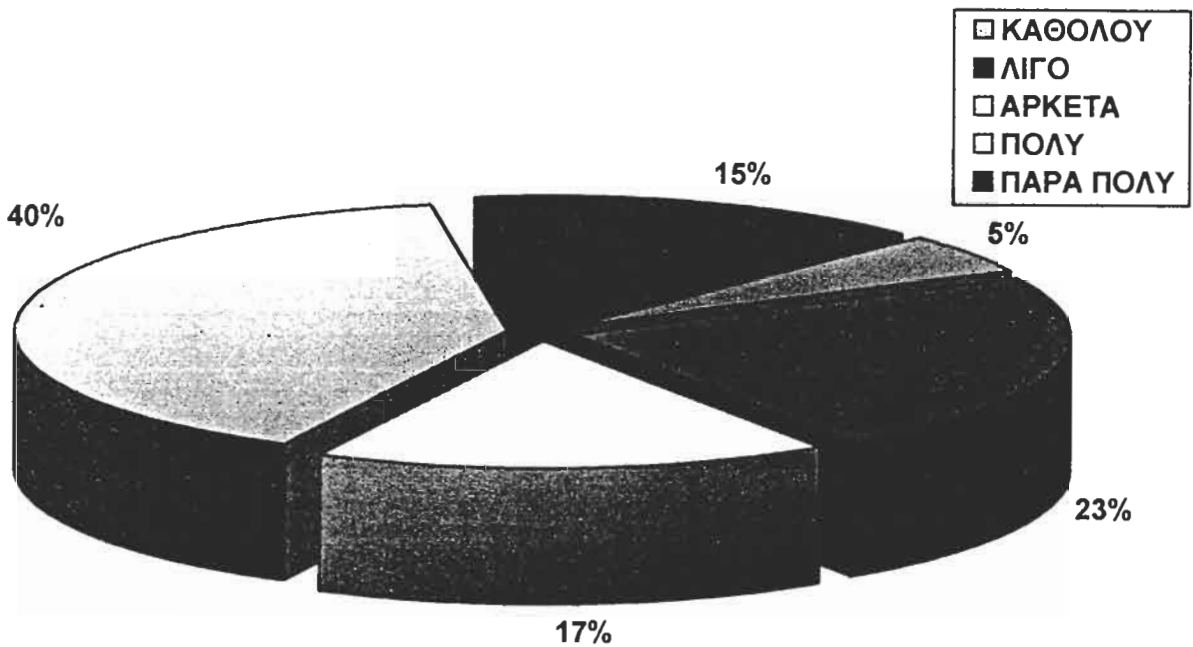
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχει επηρεασθεί η καθημερινή τους ζωή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	3	5
Λίγο	14	23
Αρκετά	10	17
Πολύ	24	40
Πάρα πολύ	9	15
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχει επηρεασθεί πολύ η καθημερινή τους ζωή

Σχήμα 6

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχει επηρεασθεί η καθημερινή τους ζωή



Πίνακας 14

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα πρόσωπα με τα οποία μοιράζονται τις ανησυχίες τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Σύντροφος	40	67
Γονείς	0	0
Παιδιά	9	15
Φίλος	8	13
Άλλος	3	5
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα μοιράζονται τις ανησυχίες τους με τον σύντροφό τους.

Πίνακας 15

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την σεξουαλική τους ζωή πριν την αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Κακή	5	8
Μέτρια	6	10
Καλή	29	48
Πολύ καλή	20	34
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι σεξουαλική τους ζωή πριν την αιμοκάθαρση ήταν καλή.

Πίνακας 16

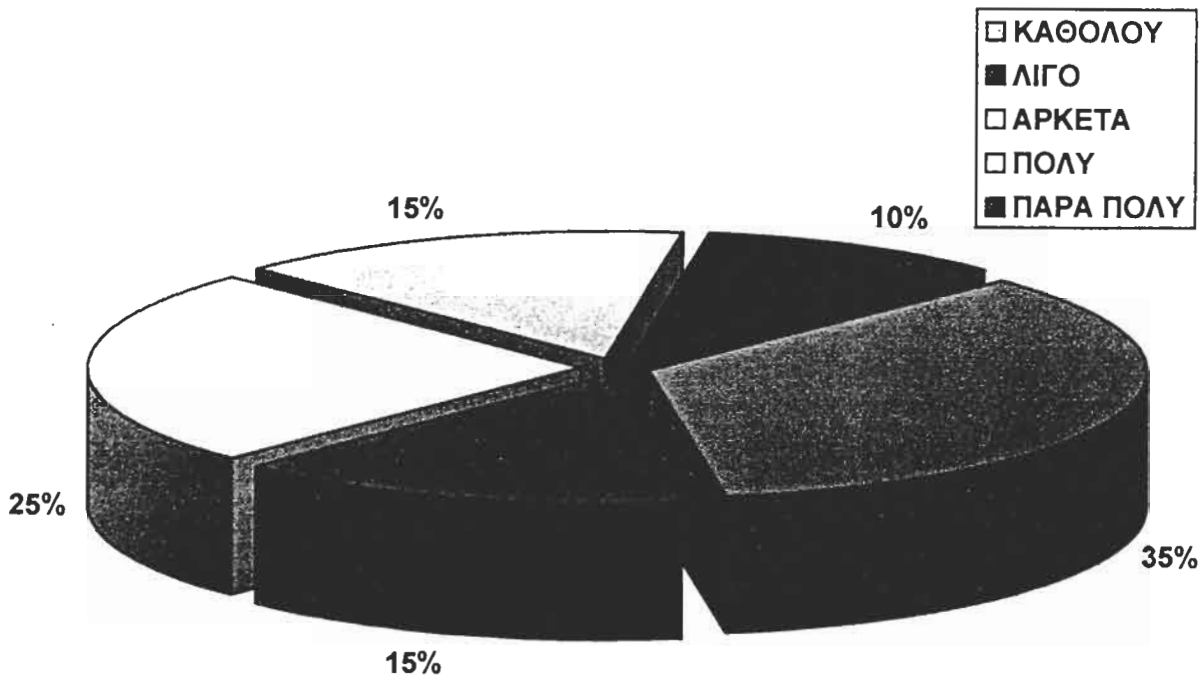
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επηρεάστηκε η σεξουαλική τους ζωή από την ασθένεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	21	35
Λίγο	9	15
Αρκετά	15	25
Πολύ	9	15
Πάρα πολύ	6	10
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ επηρεάστηκε η σεξουαλική τους ζωή από την ασθένεια.

Σχήμα 7

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επηρεάστηκε η σεξουαλική τους ζωή από την ασθένεια



Πίνακας 17

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επιδιώκουν την σεξουαλική επαφή.

A. οι ίδιοι

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	38	63
Όχι	22	37
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

B. ο σύντροφος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	34	57
Όχι	26	43
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι επιδιώκουν τη σεξουαλική επαφή τόσο οι ίδιοι όσο και ο/η σύντροφός τους.

Πίνακας 18

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση:

A: με το αν η οικογένειά τους έχει προσαρμοσθεί στο δικό τους διαιτολόγιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	38	63
Όχι	22	37
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η οικογένειά τους έχει προσαρμοσθεί στο δικό τους διαιτολόγιο.

B. και αν ναι αν υπήρχαν αντιδράσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	25	42
Λίγο	8	13
Αρκετά	5	8
Πολύ	0	0
Πάρα πολύ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η οικογένειά τους έχει προσαρμοσθεί στο δικό τους διαιτολόγιο χωρίς καθόλου αντιδράσεις.

Πίνακας 19

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν υπάρχουν κοινές ώρες ψυχαγωγίας με την οικογένεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	12	20
Λίγο	22	37
Αρκετά	17	28
Πολύ	8	13
Πάρα πολύ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι υπάρχουν λίγες κοινές ώρες ψυχαγωγίας με την οικογένεια.

Πίνακας 20

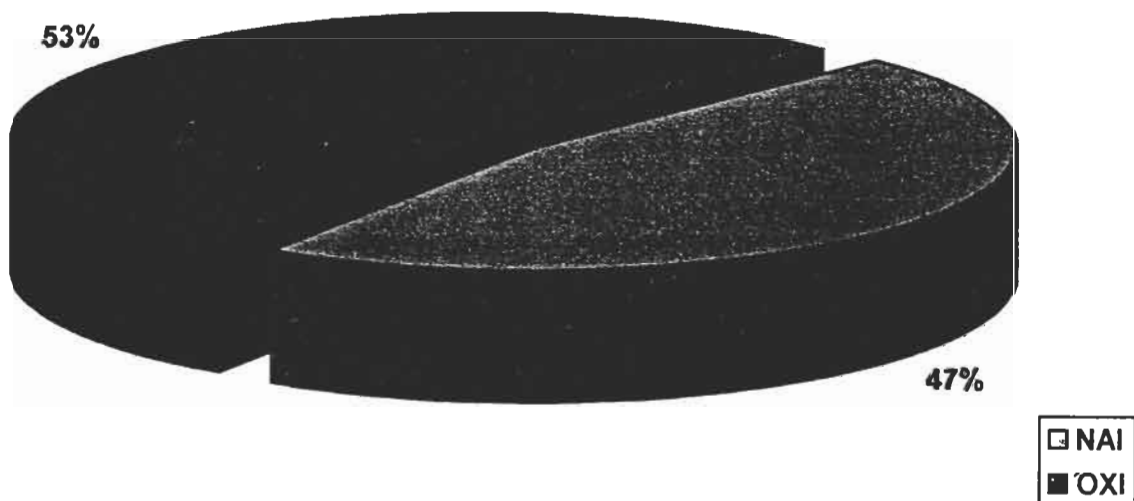
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συνοδεύονται συνήθως κατά την αιμοκάθαρση από μέλος της οικογένειάς τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	28	47
Όχι	32	53
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ συνοδεύονται κατά την αιμοκάθαρση!

Σχήμα 8

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συνοδεύονται συνήθως κατά την αιμοκάθαρση.



Πίνακας 21

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εργάζονταν πριν την αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	47	78
Όχι	13	22
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν πριν την αιμοκάθαρση

Πίνακας 22

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εργάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	8	13
Όχι	52	87
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ εργάζονται.

Πίνακας 23

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αποδίδουν στην εργασία τους το ίδιο όπως και πριν την αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Χειρότερη	2	3
Ίδια	4	7
Καλύτερη	1	2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι αποδίδουν στην εργασία τους το ίδιο όπως και πριν την αιμοκάθαρση.

Πίνακας 24

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν δουλεύουν τις ίδιες μέρες και ώρες που δούλευαν και πριν την αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	2	3
Όχι	6	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ δουλεύουν τις ίδιες μέρες και ώρες που δούλευαν και πριν την αιμοκάθαρση.

Πίνακας 25

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος των σχέσεων τους με τους συναδέλφους τους πριν την αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Κακή	0	0
Μέτρια	1	2
Καλή	3	5
Πολύ καλή	6	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το είδος των σχέσεων τους με τους συναδέλφους τους πριν την αιμοκάθαρση ήταν ότι ήταν πολύ καλές.

Πίνακας 26

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν αλλάξει οι σχέσεις με τους συναδέλφους τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	7	12
Λίγο	0	0
Αρκετά	0	0
Πολύ	0	0
Πάρα πολύ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν έχουν αλλάξει οι σχέσεις με τους συναδέλφους τους.

Πίνακας 27

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι αλλαγές συμπεριφοράς οφείλονται στην ασθένειά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	2	3
Όχι	4	7

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι οι αλλαγές συμπεριφοράς οφείλονται στην ασθένειά τους.

Πίνακας 28

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν επηρεασθεί από το γεγονός ότι δεν εργάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	17	29
Λίγο	5	8
Αρκετά	5	8
Πολύ	12	20
Πάρα πολύ	7	12

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν έχουν επηρεασθεί από το γεγονός ότι δεν εργάζονται.

Πίνακας 29

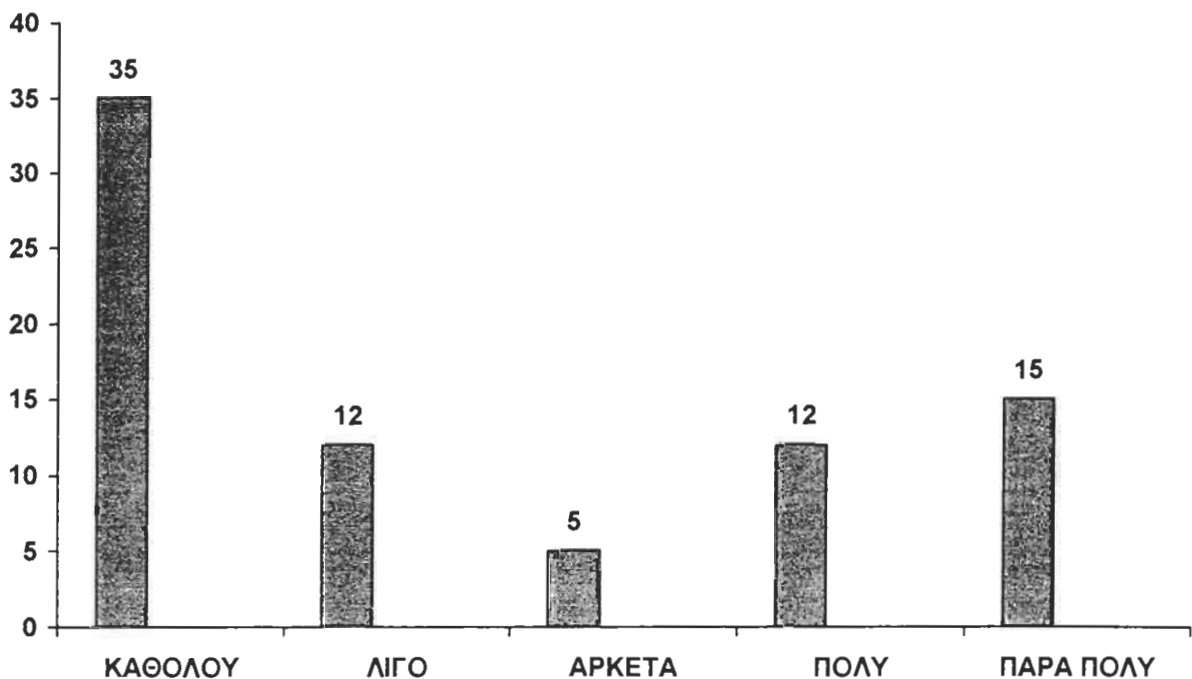
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν νοιώθουν μειονεκτικά που δεν εργάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	21	35
Λίγο	7	12
Αρκετά	3	5
Πολύ	7	12
Πάρα πολύ	9	15

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ νοιώθουν μειονεκτικά που δεν εργάζονται.

Σχήμα 9

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν νοιώθουν μειονεκτικά που δεν εργάζονται.



Πίνακας 30

Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είχαν οικονομικά προβλήματα πριν την αιμοκάθαρση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	15	25
Όχι	45	75
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ είχαν οικονομικά προβλήματα πριν την αιμοκάθαρση.

Πίνακας 31

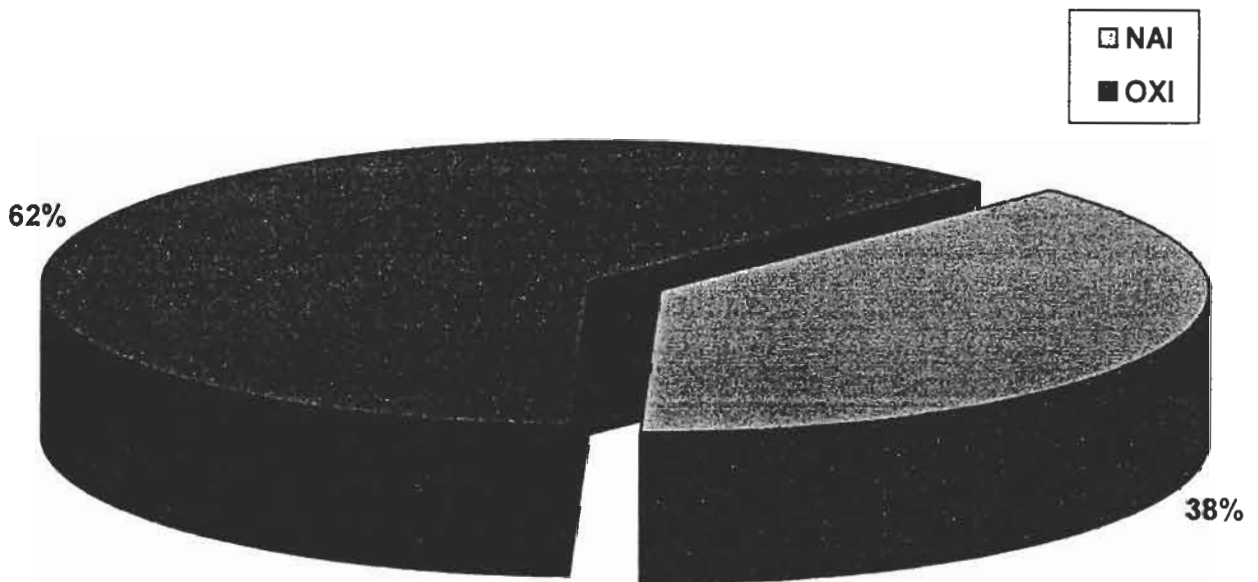
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν οικονομικά προβλήματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	23	38
Όχι	37	62
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν οικονομικά προβλήματα

Σχήμα 10

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν οικονομικά προβλήματα.



Πίνακας 32

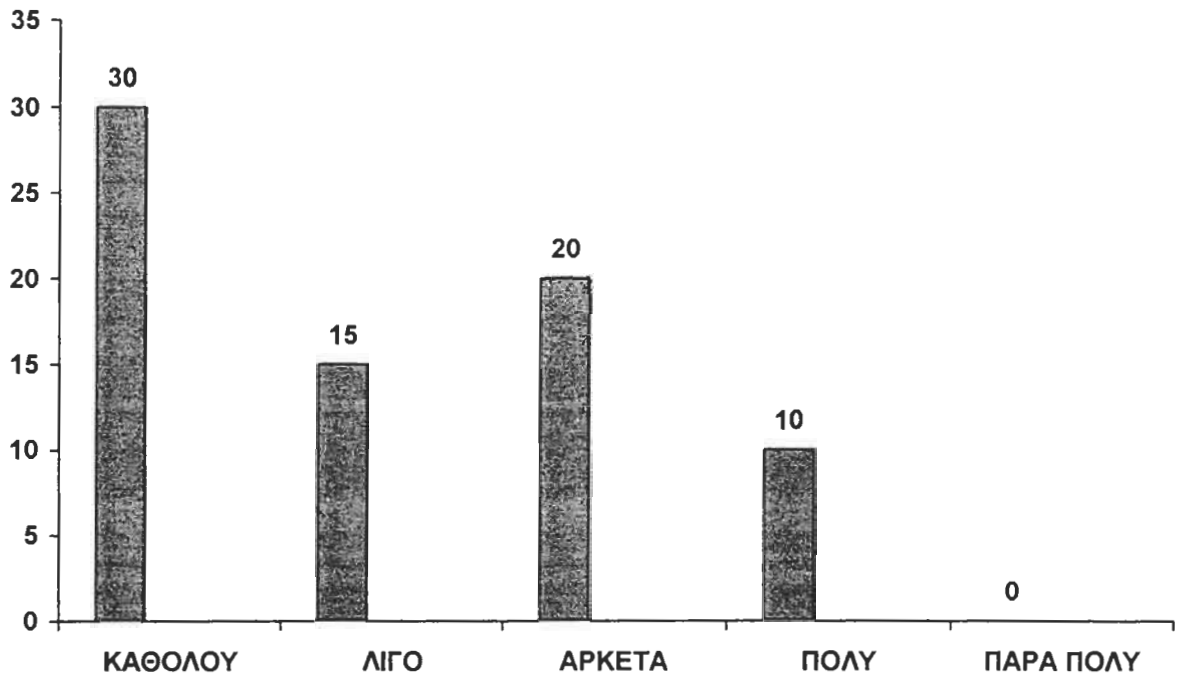
Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους ικανοποιούν οι συνθήκες ψυχαγωγίας που υπάρχουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καθόλου	18	30
Λίγο	9	15
Αρκετά	12	20
Πολύ	6	10
Πάρα πολύ	0	0

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ τους ικανοποιούν οι συνθήκες ψυχαγωγίας που υπάρχουν.

Σχήμα 11

Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους ικανοποιούν οι συνθήκες ψυχαγωγίας που υπάρχουν.



2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Πίνακας 33.α

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και του φύλου τους (Ερώτηση 14 και 1).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Άνδρας	2	11	4	13	3	33
Γυναίκα	1	3	6	11	6	27
ΣΥΝΟΛΟ	3	14	10	24	9	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
4	5.93	0.2

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και του φύλου τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 33.β

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και του φύλου τους (Ερώτηση 17 και 1).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Ανδρας	10	7	7	5	4	33
Γυναίκα	11	2	8	4	2	27
ΣΥΝΟΛΟ	21	9	15	9	6	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
4	3.1	0.5

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και του φύλου τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 34.α

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της ηλικίας τους (Ερώτηση 4 και 2).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
20-40 ετών	0	4	2	1	3	10
41-60	3	2	4	9	1	19
61-80	0	7	3	13	5	28
> 80	0	1	1	1	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	3	14	10	24	9	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	16.7	0.16

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της ηλικίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 34.β

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και της ηλικίας τους (Ερώτηση 17 και 2).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
20-40 ετών	5	2	1	1	1	10
41-60	4	1	12	1	1	19
61-80	11	5	2	7	3	28
> 80	1	1	0	0	1	3
ΣΥΝΟΛΟ	21	9	15	9	6	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	26.1	0.01

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην σεξουαλική τους ζωή και της ηλικίας τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού η επίδραση της νόσου παρατηρείται πιο έντονα στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Πίνακας 35.α

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 14 και 6).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Δημοτικό	0	3	4	17	5	29
Γυμνάσιο	2	6	4	3	1	16
Λύκειο	0	3	2	2	1	8
ΑΕΙ-ΤΕΙ	1	2	0	2	2	7
ΣΥΝΟΛΟ	3	14	10	24	9	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	26.1	0.01

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της μόρφωσής τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 35.β

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 17 και 6).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Δημοτικό	10	4	7	5	3	29
Γυμνάσιο	4	2	6	2	2	16
Λύκειο	2	2	2	1	1	8
ΑΕΙ-ΤΕΙ	5	1	0	1	0	7
ΣΥΝΟΛΟ	21	9	15	9	6	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	7.8	0.8

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και της μόρφωσής τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 36.α

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της οικογενειακής τους κατάστασης (Ερώτηση 14 και 5).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Άγαμος	0	2	0	3	3	8
Έγγαμος	3	12	10	20	5	50
Διαζευγμ.	0	0	0	1	0	1
Χήρος	0	0	0	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	14	10	24	9	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	12.9	0.3

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της οικογενειακής τους κατάστασης δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 36.β

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και της οικογενειακής τους κατάστασης (Ερώτηση 17 και 5).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Άγαμος	2	1	1	0	4	8
Έγγαμος	18	8	14	9	1	50
Διαζευγμ.	1	0	0	0	0	1
Χήρος	0	0	0	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	21	9	15	9	6	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	29.3	0.004

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της ασθένειας στην σεξουαλική τους ζωή και της οικογενειακής τους κατάστασης **διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές**, αφού οι έγγαμοι ερωτηθέντες δέχθηκαν πολύ λιγότερη επίδραση από ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες.

Πίνακας 37.α

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της οικονομικής τους κατάστασης (Ερώτηση 14 και 7).

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Καλή	1	7	2	4	3	17
Μέτρια	2	7	6	13	2	30
Κακή	0	0	2	7	4	13
ΣΥΝΟΛΟ	3	14	10	24	9	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
12	12.1	0.14

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επίδρασης της αιμοκάθαρσης στην καθημερινή τους ζωή και της οικονομικής τους κατάστασης δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 37.β

Συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν εργάζονται και της οικονομικής τους κατάστασης (Ερώτηση 22 και 7).

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Καλή	2	15	17
Μέτρια	5	25	30
Κακή	1	12	13
ΣΥΝΟΛΟ	8	52	60

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
2	0.68	0.7

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν εργάζονται και της οικονομικής τους κατάστασης δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την έρευνα και μελετώντας τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, θα γίνει προσπάθεια να καταγραφούν τα αποτελέσματα, να αναλυθούν και να συγκριθούν με το θεωρητικό κομμάτι της παρούσης έρευνας.

Ξεκινώντας με την καταγραφή των στοιχείων που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες, επισημαίνονται τα παρακάτω βασικά σημεία:

- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν άντρες.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 60 και μικρότερης των 80 ετών.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν κάτοικοι του Νομού Αχαΐας.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι και είχαν από δύο έως τέσσερα παιδιά.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν απόφοιτοι δημοτικού και το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι ή συνταξιούχοι με μέτρια, κατά την άποψη τους, οικονομική κατάσταση.
- Το 63% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε τι ήταν νεφρική ανεπάρκεια.
- Το κυρίαρχο συναίσθημα των ερωτηθέντων όταν ενημερώθηκαν για την υποβολή τους σε αιμοκάθαρση, ήταν άγχος, αγωνία και ανησυχία και κατά την τωρινή φάση της αιμοκάθαρσης είναι η εξάρτηση από το μηχάνημα.
- Το 40% των ερωτηθέντων απάντησε ότι η προσωπική του ζωή έχει επηρεαστεί πάρα πολύ από την αιμοκάθαρση, ενώ το 5% απάντησε καθόλου.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η σεξουαλική τους ζωή ήταν καλή πριν την αιμοκάθαρση. Στην τωρινή φάση της αιμοκάθαρσης, το 35%

απάντησε ότι δεν έχει επηρεαστεί καθόλου, το 25% αρκετά και άλλο 25% πολύ έως πάρα πολύ.

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εργάζονταν πριν την αιμοκάθαρση, ενώ τώρα δεν εργάζεται.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι πριν την αιμοκάθαρση δεν είχε οικονομικά προβλήματα ενώ στην τωρινή φάση της αιμοκάθαρσης αντιμετωπίζει οικονομικές δυσχέρειες.

Βασιζόμενοι στα στοιχεία που συλλέχθηκαν και παρουσιάστηκαν στο θεωρητικό κομμάτι της εργασίας, στην προσωπική επαφή με τους νεφροπαθείς, καθώς επίσης και στις μαρτυρίες ειδικευμένων προσώπων πάνω στο θέμα της νεφροπάθειας, δίνεται η ευκαιρία στα μέλη της ερευνητικής ομάδας να εξετάσουν πιά διεξοδικά τα δεδομένα και να εξάγουν κάποια συγκριτικά συμπεράσματα.

Αρχικά διαπιστώνεται ότι η νεφροπάθεια προκαλεί μεταβολές στη ζωή του πάσχοντα, που αφορούν τον προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό του χώρο.

Η πρώτη καταλυτική επίδραση της ασθένειας, αφορά τη φυσική κατάσταση του ασθενούς, που τον μεταβάλλει σε έναν αδύναμο οργανισμό. Η φυσική αυτή αδυναμία, συνδιασμένη με το άγχος, την ανησυχία και την αγωνία για την εξέλιξη της ασθένειας, πορεύουν τον ασθενή στην απόλυτη εξάρτηση του από το μηχάνημα. Η εξάρτηση αυτή υποδηλώνει τον φόβο για έναν επερχόμενο θάνατο.

Όσον αφορά τη σεξουαλική ζωή του ασθενούς, η θεωρία απέδειξε ότι επηρεάζεται αρνητικά από την νεφρική ανεπάρκεια και ότι μειώνεται η επιθυμία για ερωτική επαφή. Σύμφωνα με την έρευνα όμως, διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα στη

σεξουαλική του ζωή και επιδιώκει τόσο ο ίδιος όσο και ο/η σύντροφος του την επαφή.

Στην αντίφαση αυτή μπορεί να επιδρούν κάποιοι διαφορετικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς ή η ποιότητα σχέσης με το σύντροφο. Δεν παύει όμως η αντίφαση αυτή να αποτελεί πρόκληση για τον κοινωνικό λειτουργό, για το αν αυτό είναι ένας μηχανισμός άμυνας των ερωτηθέντων.

Στον εργασιακό τομέα, τόσο η θεωρία όσο και η έρευνα, αποδεικνύουν ότι ο ασθενής-νεφροπαθής, αναγκάζεται να διακόψει την εργασία του ή να την προσαρμόσει στις απαιτήσεις της ασθένειας, αν και εφόσον αυτό είναι δυνατόν. Αυτό συνεπάγεται τις απώλειες κερδών και την δημιουργία οικονομικών δυσχερειών, όπως αυτό διαφέρεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Οι αλλαγές που αναφέρθηκαν παραπάνω στην ζωή του ασθενούς επηρεάζουν και ολόκληρο το σύστημα της οικογένειας. Η βιβλιογραφία εντοπίζει πως ο βαθμός που επηρεάζεται η κάθε οικογένεια εξαρτάται από την σημασία που προσδίδει η ίδια στην ασθένεια. Σύμφωνα με αυτό γίνεται υπερπροστατευτική ή αδιάφορη, πράγμα που αποδεικνύεται και από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Ανάλογη ευθύνη απέναντι στην νεφρική ανεπάρκεια έχει και η πολιτεία, η οποία, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, δεν προσφέρει τα απαραίτητα για τις ανάγκες τους, όπως π.χ. η μικρή οικονομική υποστήριξη για τις μετακινήσεις τους.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας θεωρείται αναγκαίο να σημειωθεί ότι οι στόχοι και οι υποθέσεις που είχαν τεθεί επαληθεύτηκαν τόσο από το θεωρητικό όσο και από το εμπειρικό κομμάτι του συγγράμματος.

Τελικά, η νεφρική ανεπάρκεια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μια εξαιρετικά σοβαρή ασθένεια που υπενθυμίζει, μέρα παρά μέρα, στον ασθενή

την ύπαρξη της. Ο νεφροπαθής καλείται να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις και τις αλλαγές που επιφέρει η ασθένειά του.

Κλείνοντας τίθεται το εξής ερώτημα:

Έχει ο νεφροπαθής την απαιτούμενη βοήθεια για να ενταχθεί σε αυτό που η κοινωνία μας θεωρεί “φυσιολογική ζωή”;

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Φτάνοντας στο τέλος της μελέτης για την ασθένεια “νεφρική ανεπάρκεια”, κρίνεται σκόπιμο να κατατεθούν προτάσεις που πιθανόν να συμβάλλουν θετικά, τόσο στην αντιμετώπιση της, όσο και στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των νεφροπαθών.

- Πρωταρχική ανάγκη αποτελεί η δημιουργία και η λειτουργία μονάδων T.N. σε όλες τις πρωτεύουσες νομών της χώρας μας, ώστε να διευκολύνονται οι νεφροπαθείς και να αποφευχθεί το επιπλέον πρόβλημα της μετακίνησης. Σημαντική επίσης είναι η άμεση έναρξη λειτουργίας παραθεριστικών μονάδων T.N. Η απουσία διακοπών για τους νεφροπαθείς αποτελεί και ένα από τα μεγαλύτερα παράπονα τους, αφού είμαστε η μόνη χώρα της Ευρώπης που δεν διαθέτει παραθεριστικές μονάδες T.N.
- Η οικονομική ενίσχυση και γενικότερα η κρατική μέριμνα προς τους νεφροπαθείς είναι εντελώς απαραίτητη και επιβάλλεται να είναι ουσιαστική και να περιλαμβάνει όλα τα δικαιώματα του νεφροπαθούς, όπως διατροφικό επίδομα, επίδομα μεταφοράς, φάρμακα κ.τ.λ.
- Ένα ακόμα σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερη μέριμνα από την πολιτεία, είναι η διασφάλιση της προσωπικότητας του νεφροπαθούς. Αυτό μεταφράζεται στην διατήρηση της ιδιαιτερότητας και της αξιοπρέπειας του ασθενούς, που πραγματώνεται με το δικαίωμα επιλογής γιατρού, νοσηλευτικού προσωπικού, το δικαίωμα να εξετάζεται σε ειδικό χώρο, καθώς επίσης και το δικαίωμα στήριξης από ειδική επιστημονική ομάδα.

- Η τοποθέτηση καινούργιων μηχανημάτων T.N. στα νοσοκομεία και η αντικατάσταση των παλιών, αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των νεφροπαθών. Θεωρείται απαραίτητος ο εφοδιασμός σύγχρονων μηχανημάτων, όπως επίσης και η παρουσία μόνιμου τεχνικού προσωπικού για την συντήρηση αυτών.
- Επίσης σημαντικό παράγοντα για την αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας διαδραματίζει η διαμόρφωση θετικών στάσεων της κοινής γνώμης και η δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης και υποστήριξης του πληθυσμού για την ιδέα της δωρεάς οργάνων. Η γνώση του κόσμου για την δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις είναι ελλιπής και βασίζεται κυρίως σε μύθους παρά στην πραγματικότητα. Επικρατεί μεγάλη σύγχυση γύρω από όρους όπως κλινικός θάνατος, εγκεφαλικός θάνατος κ.τ.λ., γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

*“Αν έρθει η στιγμή, που ο γιατρός διαγνώσει
ότι ο εγκέφαλος μου έχει νεκρωθεί
και ότι καμιά λειτουργία του δεν θα επανέλθει
τότε η ζωή μου θα έχει τελειώσει.*

*Όταν αυτό συμβεί δεν θέλω να αφήσω κάποιους αβοήθητους.
Δεν θέλω το κρεβάτι μου να γίνει κρεβάτι θανάτου, αλλά πηγή ζωής.
Πάρτε το σώμα μου και σώστε άλλους που μπορούν να σωθούν.*

*Δώστε σ’ έναν άνδρα τα μάτια μου, που ποτέ δεν είδε την όμορφη ανατολή,
που ποτέ δεν είδε ένα παιδικό πρόσωπο ή τον έρωτα στα μάτια μιας γυναίκας.*

*Δώστε την καρδιά μου, σ’ έναν άνθρωπο που περνά ατέλειωτες μέρες πόνο.
Δώστε το αίμα μου, στον έφηβο που θα το χρειαστεί, μετά από ατύχημα γιατί
πρέπει να ζήσει και να δει τα εγγόνια του να παίζουν.*

*Δώστε τα νεφρά μου σε κάποιον που εξαντλείται μέρα παρά μέρα
συνδεδεμένος σ’ ένα μηχάνημα.*

*Πάρτε τα κόκκαλά μου, κάθε μυ και ίνα, κάθε μου νεύρο και ιστό
και βρείτε τρόπο ένα ανάπηρο παιδί να περπατήσει.*

Ερευνήστε κάθε γωνιά του μυαλού μου.

*Πάρτε τα κύτταρά μου κι αφήστε τα να περιμένουν γιατί κάποια μέρα
ένα άφωνο αγόρι θα ξεφωνίσει στο φτερούγισμα μιας νυχτερίδας
κι ένα κορίτσι, θα ακούσει τον ήχο της της βροχής στα παράθυρα του.*

*Αν πρέπει να ενταφιάσετε κάτι, ας είναι τα λάθη μου, οι αδυναμίες μου και
όλες μου οι προκαταλήψεις απέναντι στον συνάνθρωπό μου.*

Δώστε την ψυχή μου στο Θεό.

Εάν κάνετε όλα αυτά, εγώ θα ζω για πάντα.”

Ρόμπερτ Τεστ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΙΝΑΚΕΣ

	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	n	%	n	%	n	%
ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΕΣ	472	35,1	203	21,4	675	29,4
ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΙΑΜΕΣΕΣ ΝΕΦΡΙΤΙΔΕΣ	242	18,0	247	26,0	489	21,3
1. Χρόνια πυελονεφρίτιδα + φυματίωση -με ανωμαλία της απεκκριτικής οδού	198 (132)	14,7 (9,8)	209 (125)	22,0 (13,2)	407 (257)	17,7 (11,2)
χωρίς ανωμαλία της απεκκριτικής οδού	(66)	(4,9)	(84)	(8,8)	(150)	(6,5)
2. Φάρμακα - αναλγητικά	8	0,6	23	2,4	31	1,4
3. Μεταβολικά νοσήματα (ουρική αρθρίτιδα...)	36	2,7	15	1,6	51	2,2
ΝΕΦΡΟΛΙΓΕΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ	139	10,3	81	8,5	220	9,6
1. Νεφροαγγειοσκληρυνση καλοήθης	76	5,6	51	5,4	127	5,5
Νεφροαγγειοσκληρυνση κακοήθης	63	4,7	30	3,2	93	4,1
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΕΣ	150	11,1	138	14,5	288	12,5
1. Πολυκυστικός νεφρός.....	101	7,5	122	12,8	221	9,6
2. Σύνδρομο του Alport.....	30	2,2	8	0,8	38	1,7
3. Νεφρονόμφωση.....	11	0,8	6	0,6	17	0,7
4. Οξάλουρία.....	8	0,6	2	0,2	10	0,4
ΥΠΟΠΑΛΣΙΑ ΝΕΦΡΟΥ	38	2,8	44	4,6	82	3,6
ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ	64	4,8	36	3,8	100	4,4
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΛΙΠΗΣ	107	7,9	98	10,3	205	8,9
1. Αμυλοείδωση.....	18	1,3	11	1,2	29	1,3
2. Ερυθριματώδης λύκος.....	2	0,1	21	2,2	23	1,0
3. Θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια.....	5	0,4	8	0,8	13	0,6
4. Ρευματοειδής αρθρίτιδα πομφύρα.....	10	0,7	3	0,3	13	0,6
5. Φλοιώδης νέκρωση.....	2	0,1	8	0,8	10	0,4
6. Οξώδης περιαρτηρίτιδα.....	2	0,1	2	0,2	4	0,2
7. Νεοπλασία νεφρού.....	8	0,6	0	0,0	8	0,3
8. Χρόνιες νεφροπάθειες άγνωστης αιτίας.....	13	1,0	15	1,6	28	1,2
9. Άλλες αιτίες.....	47	3,5	30	3,2	77	3,4
ΛΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	134	9,9	103	10,8	237	10,3
Σύνολο.....	1.346	100	950	100	2.296	100

Πίνακας 1

Οι τύποι των νεφροπαθειών που καταλήγουν σε Τ.Ν. (1975-1978).

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

1^η Ημέρα

Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 10-15 γραμ.
Μαρμελάδα ή μέλι 30 γραμ.
Στις 10: Τσάι (χάρινο) 50 γραμ.
1 φέτα ψωμί
Μεσημέρι: Κοτόπουλο ψητό 120 γραμ.
Ρύζι λιλάρι ή ζυθοποια 90 γραμ.
Μία κομπόστα (μερίδα)
Μία φέτα γαρί (45 γραμ.)
Απόγευμα: 1 μικρό φρούτο
Βραδινό: 1 Γαρίφα
Ρύζι 100 γραμ. 90 γραμ.
Σαλάτα εποχής (200 γραμ.)
Μία κομπόστα
1 φέτα ψωμί

4^η Ημέρα

Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 15 γραμ.
Μαρμελάδα 30 γραμ.
Στις 10: Τσάι (χάρινο) κίτρινο 50 γραμ.
1 φέτα ψωμί
Μεσημέρι: Κοτόπουλο ψητό 120 γραμ.
Πατάτες ψητές 200 γραμ.
Μία φέτα ψωμί (μικρή)
Αγγούρι + Ντομάτα
Αχλάδι μαρό
Απόγευμα: 1 Ψάρι
Βραδινό: Κοτόπουλο ψητό 90 γραμ.
Ρύζι 100 γραμ.
1 φέτα ψωμί
Σαλάτα εποχής (200 γραμ.)
Μία κομπόστα

7^η Ημέρα

Πρωί: Γάλα
2 φρυγανιές
Βιτάμ
Μαρμελάδα ή μέλι
Στις 10: 1 φρούτο
Μεσημέρι: Κρέας (βρ. 120 γραμ.)
Μπιζέλια 200 γραμ.
Μία φέτα ψωμί
Μία κομπόστα
Απόγευμα: 12 αυτίτη χημά
Βραδινό: Κρέας 90 γραμ.
Ζυμαρικά 90 γραμ.
Σαλάτα εποχής
1 φέτα ψωμί
Μία μερίδα κομπόστα

2^η Ημέρα

Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 10-15 γραμ.
Μαρμελάδα ή μέλι 30 γραμ.
Στις 10: Τσάι (χάρινο) κίτρινο
1 φέτα ψωμί
Μεσημέρι: Ψάρι (βρ. 120 γραμ.)
Πατάτα (βρ. 100 γραμ.) 200 γραμ.
Φασολάκια
Μία κομπόστα (μερίδα)
Μία κομπόστα (μερίδα)
Μία φέτα ψωμί (45 γραμ.)
Απόγευμα: 12 ποτήρι χημά φρούτου
1 μικρό φρούτο
Βραδινό: Κοτόπουλο (βρ. ή ψητό) 90 γραμ.
Ζυμαρικά 90 γραμ.
1 φέτα γαρί
Σαλάτα εποχής (200 γραμ.)
Μία κομπόστα

5^η Ημέρα

Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 15 γραμ.
Μαρμελάδα 30 γραμ.
Στις 10: 1 αυγό
1 φέτα ψωμί
Μεσημέρι: 90 γραμ. Κρέας με μπιζέλια
200 γραμ.
Μικροψωμί
Μία σαλάτα εποχής (200 γραμ.)
Μία μερίδα κομπόστα
Απόγευμα: 1 μικρό φρούτο
Βραδινό: 1 Γαρίφα
100 γραμ. Ρύζι λιλάρι
Σαλάτα Ντομάτα + Αγγούρι
1 φέτα ψωμί
Μία μερίδα κομπόστα

8^η Ημέρα

Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 20 γραμ.
Μαρμελάδα 30 γραμ.
Στις 10: Κιόφις 30 γραμ.
1 φέτα ψωμί
Μεσημέρι: Κοκοροπούλε ψητό 120 γραμ.
Πατάτες ψητές 90 γραμ.
Μία φέτα ψωμί (μικρή)
Μία σαλάτα εποχής
Μία κομπόστα
Απόγευμα: 1 Ψάρι
Βραδινό: Κοτόπουλο ψητό 90 γραμ.
Μπιζέλια 200 γραμ.
1 φέτα ψωμί
Σαλάτα εποχής
Μία κομπόστα

3^η Ημέρα

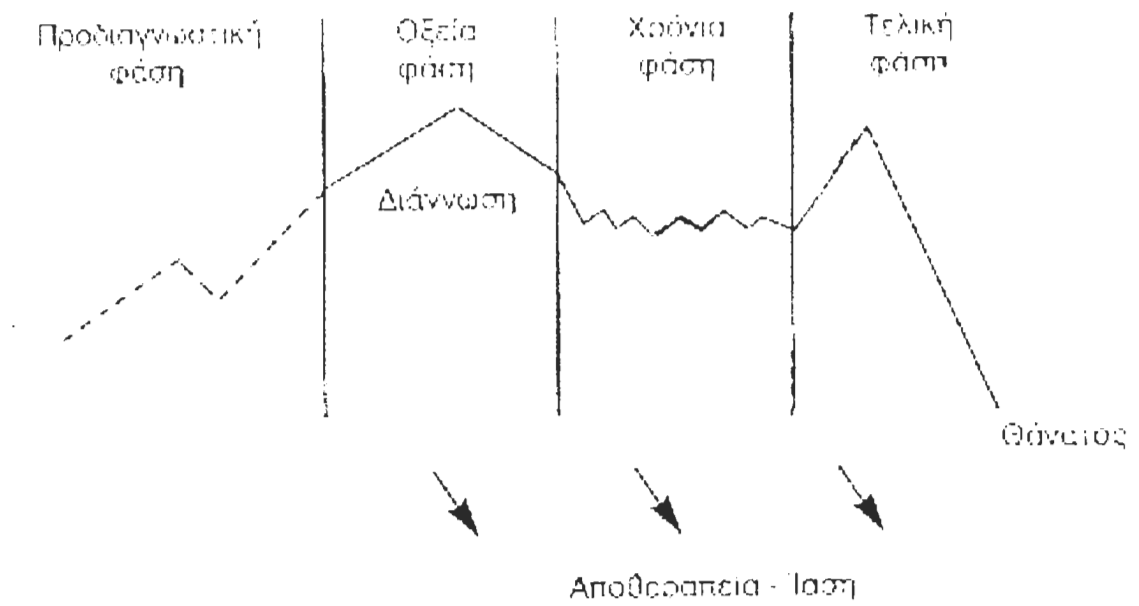
Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 10 γραμ.
Μαρμελάδα ή μέλι 20 γραμ.
Στις 10: 1 μικρό φρούτο
Μεσημέρι: Κρέας (μικρό) 120 γραμ.
Μαζαρόνια 90 γραμ.
Μία σαλάτα εποχής (μερίδα)
Μία κομπόστα (μερίδα)
Μία φέτα γαρί (45 γραμ.)
Απόγευμα: 12 ποτήρι χημά φρούτου
Βραδινό: 1 Γαρίφα
Ρύζι 100 γραμ.
1 φέτα ψωμί
Σαλάτα εποχής
Μπιζέλια 200 γραμ. Αυδούξ
Μία κομπόστα

6^η Ημέρα

Πρωί: 1 ποτήρι γάλα
2 μικρές φρυγανιές
Βιτάμ 20 γραμ.
Μαρμελάδα ή μέλι
Στις 10: 1 γαρίφα
1 φέτα ψωμί (μικρή)
Μεσημέρι: 90 γραμ. Κρέας
Πατάτες βρ. 200 γραμ.
Μία φέτα ψωμί
Μία σαλάτα εποχής
Μία κομπόστα (μερίδα)
Απόγευμα: 1 ηχλάδι
Βραδινό: Κοτόπουλο ψητό 90 γραμ.
Ρύζι 90 γραμ.
Σαλάτα εποχής
1 φέτα ψωμί
Μία κομπόστα

Πίνακας 2

Ενδεικτικό διαιτολόγιο νεφροπαθών.



Πίνακας 3

Φάσεις της χρόνιας ή/και απειλητικής για την ζωή αρρώστιας.

Πίνακας 4

Μονάδες τεχνητού νεφρού εκτός Αττικής.

ΝΟΜΟΣ ΒΟΙΩΤΙΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Λειβαδιάς Τηλ. 02610-22222/24753, Fax. 02610-24753
ΝΟΜΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Χαλκίδας Τηλ. 02210-21921, Fax. 02210-85131/77666
ΝΟΜΟΣ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Αγρινίου Τηλ. 06410-57333/57444, Fax. 06410-46598
ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Καρδίτσας Τηλ. 04410-40811, Fax. 04410-26313
ΝΟΜΟΣ ΛΑΡΙΣΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Λάρισας “Τριανταφύλλειο” Τηλ. 0410-237311, Fax. 0410-535150 Κλινική “ΣΑΠΚΑ” Τηλ./Fax. 0410-287600
ΝΟΜΟΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	Νομ. Γεν. Νοσ. Τρικάλων Τηλ. 04310-23652, Fax. 04310-37392
ΝΟΜΟΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	Νομ. Γεν. Νοσ. Γρεβενών Τηλ. 04620-24622, Fax. 04620-85550
ΝΟΜΟΣ ΚΟΖΑΝΗΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Κοζάνης Τηλ. 04610-33711/67600, Fax. 04610-67638
ΝΟΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	Νομ. Γεν. Νοσ. “Χατζηκώστα” Τηλ. 06510-77563, Fax. 06510-31414 Νομ. Γεν. Νοσ. Ιωαννίνων Τηλ. 06510-22222/24753, Fax. 06510-99397
ΝΟΜΟΣ ΚΑΒΑΛΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Καβάλας Τηλ. 0510-228518
ΝΟΜΟΣ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Λαμίας Τηλ. 02310-56300, Fax. 02310-30117
ΝΟΜΟΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. “Αχιλοπούλειο” Τηλ. 04210-27531, Fax. 04210-36870
ΝΟΜΟΣ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Πρέβεζας Τηλ. 06820-25668, Fax. 06820-24837
ΝΟΜΟΣ ΔΡΑΜΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Δράμας Τηλ. 05210-23351, Fax. 05210-21883
ΝΟΜΟΣ ΗΜΑΘΙΑΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Βέροιας Τηλ. 03310-22082, Fax. 03310-29920
ΝΟΜΟΣ ΡΟΔΟΠΗΣ	Νομ. Γεν. Νοσ. Κομοτηνής Τηλ. 05310-24601, Fax. 05310-22515
ΝΟΜΟΣ ΕΒΡΟΥ	Νομ. Γεν. Νοσ. Αλεξανδρούπολης Τηλ. 05510-25772, Fax. 05510-26664

ΝΟΜΟΣ ΠΙΕΡΙΑΣ

Νομ. Γεν. Νοσ. Κατερίνης

Τηλ. 03510-21251

ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Περιφ. Γεν. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Τηλ. 0310-993310, Fax. 0310-994660

Β' ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Τηλ. 0310-451241, Fax. 0310-442840

“Γ. Παπανικολάου”

Τηλ. 0310-451241, Fax. 0310-358481

Κλινική “ΓΑΛΗΝΟΣ”

Τηλ. 0310-237335, Fax. 0310-273703

“Ιπποκράτειο”

Τηλ. 0310-837921, Fax. 0310-818254

“Άγιος Δημήτριος”

Τηλ. 0310-969162, Fax. 0310-207111

Κλινική “ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ”

Τηλ./Fax. 0310-267021

Κλινική Αθανασιάδη

Τηλ. 0310-513711, Fax. 0310-516482

ΝΟΜΟΣ ΠΕΛΛΑΣ

Νομ. Γεν. Νοσ. Έδδεσσας

Τηλ. 03810-27442, Fax. 03810-23465

ΝΟΜΟΣ ΣΕΡΡΩΝ

Νομ. Γεν. Νοσ. Σερρών

Τηλ. 03210-55700, Fax. 03210-51113

ΝΟΜΟΣ ΑΡΤΑΣ

Νομ. Γεν. Νοσ. Άρτας

Τηλ. 06810-22222, Fax. 06810-77311

ΝΟΜΟΣ ΞΑΝΘΗΣ

Νομ. Γεν. Νοσ. Ξάνθης

Τηλ. 05410-24836, Fax. 05410-30907

ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ

ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ

Περ. Γεν. Νοσ. “Ο Άγιος Ανδρέας”

Τηλ. 0610-227821, Fax. 0610-622227

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΡΙΟΥ

Τηλ. 0610-999361, Fax. 0610-994424

ΝΟΜΟΣ ΗΛΕΙΑΣ

Περ. Γεν. Νοσ. Πύργου Ηλείας

Τηλ. 06210-22222, Fax. 06210-25764

ΝΟΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Περ. Γεν. Νοσ. Κορίνθου

Τηλ. 07410-25711, Fax. 07410-20529

ΝΟΜΟΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Περ. Γεν. Νοσ. Καλαμάτας

Τηλ. 07210-85203, Fax. 07210-26086

ΝΟΜΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Περ. Γεν. Νοσ. Τρίπολης

Τηλ. 0710-238542, Fax. 0710-238175

ΝΟΜΟΣ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

Περ. Γεν. Νοσ. Άργους

Τηλ. 07510-24456, Fax. 07510-24644

ΝΟΜΟΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Περ. Γεν. Νοσ. Σπάρτης

Τηλ. 07310-28671, Fax. 07310-29068

ΚΡΗΤΗ

ΝΟΜΟΣ ΧΑΝΙΩΝ

Νομ. Νοσ. Νοσ. Χανίων "Άγιος Γεώργιος"
Τηλ. 08210-27000, Fax. 08210-27012

ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Περ. Γεν. Νοσ. "Βενιζέλειο"
Τηλ. 0810-237502, Fax. 0810-214459

ΝΟΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Πανεπ. Νοσ. Ηρακλείου
Τηλ. 0810-269111, Fax. 0810-542064

ΝΟΜΟΣ ΡΕΘΥΜΝΗΣ

Νομ. Γεν. Νοσ. Αγ. Νικόλαου
Τηλ. 08410-25221, Fax. 08410-25286

Νομ. Γεν. Νοσ. Ρεθύμνου
Τηλ. 08310-27814, Fax. 08310-26093

Κλινική "ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ"

Τηλ. 08310-24524/24526

ΙΟΝΙΟ ΠΕΛΑΓΟΣ

ΚΕΡΚΥΡΑ

Νομ. Νοσ. Κέρκυρας
Τηλ. 06610-45811, Fax. 06610-46106

ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ

Νομ. Νοσ. Κεφαλληνίας
Τηλ. 06710-24641, Fax. 06710-24660

ΛΗΜΝΟΣ

Γεν. Νοσ. Λήμνου
Τηλ. 02540-22222

ΧΙΟΣ

Νομ. Νοσ. Χίου "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"
Τηλ. 02710-44312, Fax. 02710-44311

ΣΥΡΟΣ

Νομ. Γεν. Νοσ. Σύρου
Τηλ. 02810-86666, Fax. 02810-84955

ΡΟΔΟΣ

Νομ. Νοσ. Ρόδου
Τηλ. 02410-22222, Fax. 02410-30907

ΜΥΤΙΛΗΝΗ

Γεν. Νοσ. Μυτιλήνης "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"
Τηλ. 02510-43777

ΣΑΜΟΣ

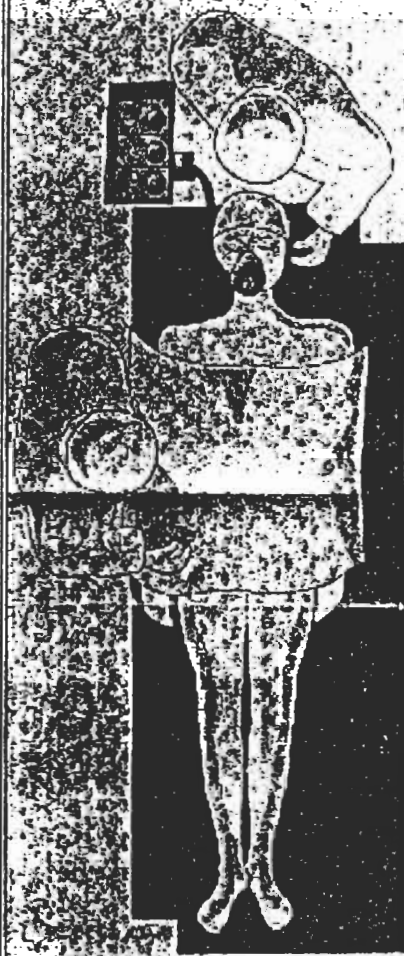
Γεν. Νοσ. Σάμου
Τηλ. 02730-24601, Fax. 02730-28968

ΚΩΣ

Γεν. Νοσ. Κω
Τηλ. 02420-22300, Fax. 02420-22125

ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΛΗΠΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

1. Για νεφρό	1.102
2. Για καρδιά	11
3. Για πνεύμονες	2
4. Για ήπαρ	45



ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

	Από πτωματικούς δότες	Από ζώντες δότες
1985	22	18
1986	20	35
1987	18	48
1988	19	55
1989	35	58
1990	83	64
1991	104	70
1992	92	68
1993	88	55
1994	46	67
1995	42	89
1996	46	60
1997	56	90
1998	87	82

ΑΥΞΗΘΗΚΕ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Θεωρατική αύξηση παρατηρείται κατά τα τελευταία χρόνια στο ποσοστό επιβίωσης των ασθενών άμεσα από μεταμόσχευση καρδιάς. Μετά το 1994, γύρω στα νέα αναστατασικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται στους μεταμοσχευθέντες, ο αριθμός των θανάτων ένα χρόνο μετά τη λήψη του μοσχευμένου καρδιάς μειώθηκε σημαντικά. Από το 1991 έως το 1998 το ποσοστό επιβίωσης ένα χρόνο μετά τη μεταμόσχευση καρδιάς καταγράφονται ως εξής:

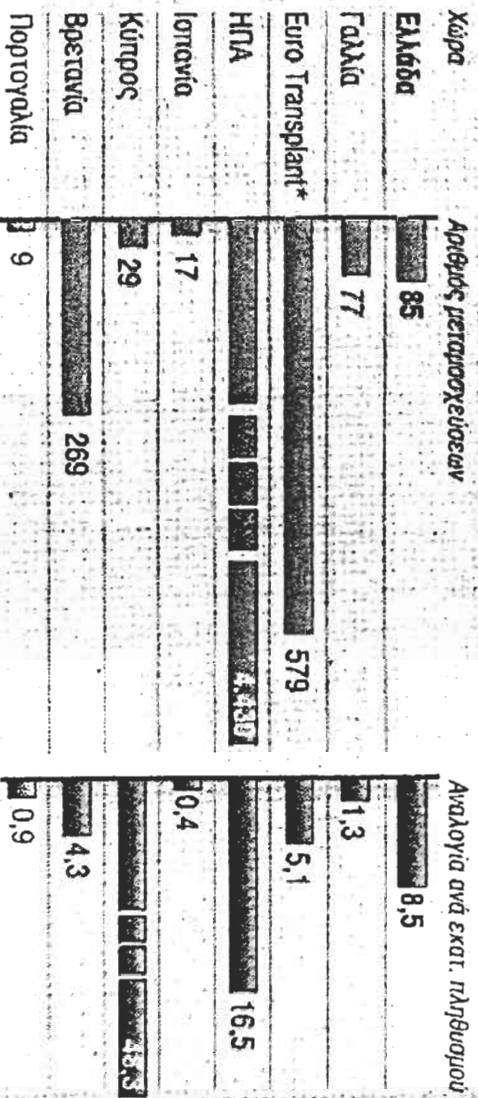
	Αριθμός μεταμοσχευθέντων	Θάνατοι
1991	10	8
1992	12	8
1994	13	10
1995	10	5
1998	13	3

Πίνακας 5

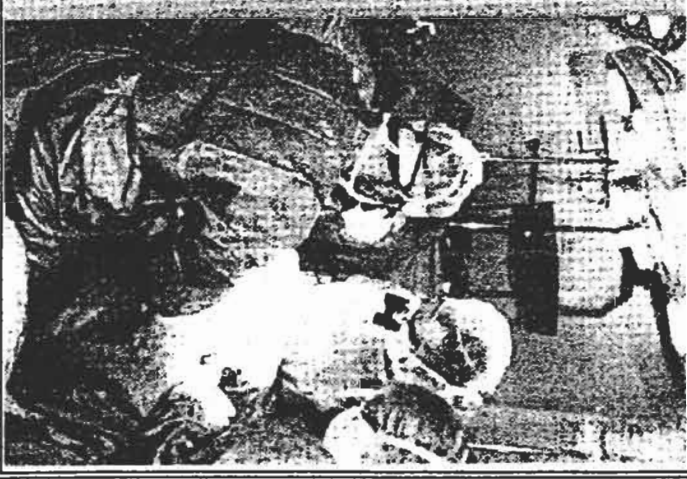
Ο αριθμός υποψηφίων για λήψη οργάνων, οι μεταμοσχεύσεις νεφρού και το ποσοστό επιβίωσης έως το 1998 στην Ελλάδα.

Η δωρεά νεφρών από ζώντες δότες

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρών από ζώντες δότες που πραγματοποιήθηκαν το 1999, καθώς και η αναλογία τους ανά εκατομμύριο πληθυσμού



* Στο Euro Transplant μετέχουν η Γερμανία, η Αυστρία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο



Πίνακας 6

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρών από ζώντες δότες (1999) και η αναλογία τους ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΑΡΘΡΑ



Τα βραβεία του Συνδέσμου Νεφροπαθών απενεμέρη κ. Λιάνη-Ποπανδρέου στις κ.κ Τσερέ (από αριστερά), Φουντα και Κοντομητρου. Στη μεση, ο πρόεδρος του Συνδέσμου, δημοσιογράφος Γιώργος Καστρινακης

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΟ 35%

7.500 νεφροπαθείς στην Ελλάδα

Γυναίκες αποτελούν το 30-35% του συνόλου των νεφροπαθών στη χώρα μας, οι οποίοι υπολογίζονται σήμερα σε 7.500, ενώ 1.500 από αυτούς έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση.

«Γυναίκα νεφροπαθής διορθά οργάνων» ήταν το θέμα της χθεσινής ημερίδας που συνδιοργανώσαν ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Νεφροπαθών και η ΕΣΗΛΑ, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας, ενώ την εκδήλωση πλαισίωσε ο πρόεδρος του Συνδέσμου δημοσιογράφος Γιώργος Καστρινακίης.

Λωφητές οργάνων δηλώσαν στην εκδήλωση ο προπονητής της Εθνικής Ομάδας Άρης Βιρβίλ, Χαρίτορ Ιωακίμους και η Δήμητρα Λιάνη-Ποπανδρέου. Ο κ. Ιωακίμους δήλωσε ένθερμος υποστηρικτής της ιδέας διοργάνωσης ημερίδας για τον ναυαγοπλοκή ότι:

«έχει δηλώσει διοητής και όταν ήταν στις ΗΠΑ, γιατί τον ενδιέφεραν στα διπλώματα οδήγησης. Σημείωσε μάλιστα ότι αυτό θα μπορούσε να γίνει και στη χώρα μας».

Την ιδιαίτερη ευαισθησία στο θέμα των νεφροπαθών υπογράμμισε στην ομιλία της και η κ. Λιάνη-Ποπανδρέου, η οποία, όπως είπε, είναι διοητρια οργάνων εδώ και πεντε χρόνια.

Η ίδια είχε την προσωπική εμπειρία της καθημερινότητας δίπλα σε νεφροπαθή ασθενή καθώς ο Άνδρτζης Ποπανδρέου το τελευταίο διάστημα της ζωής του υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση.

Βραβεία

Στη συνέχεια παρέδωσαν τα βραβεία του Συνδέσμου στη νεφροπαθή ασθενή νεφροπαθή, και μητέρα, κ. Αικατή Τσερέ, και στις κ. Μοίρα Κοντομητρου

και Μιάνη Γαλανιάνη-Φουντά.

Την ανάγκη προώθησης της διοικής οργάνων επισημάνε και η διοητρια Ανάπτυξης Μιλένα Αποστολάκη, ενώ η ηθοποιός Γοργό Αντζολετακη μίλησε για τη σημασία της εθελοντικής αιμοδοσίας.

Στην παραβλήροφύση του κοινού αναφέρθηκε με τόση άλλων ο νεφρολόγος Αντώνης Λαγγουράνης, ενώ πύλη για τη μεγάλη σύγκληση που υπάργχει όσον αφορά το θέμα του εργατικού θανάτου.

Τέλος, ο πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων καθηγητής Ιωάννης Βαλαζουράνης έγινε μία ενδιαφέρουσα αναδρομή για τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, ενώ έκανε ιδιαίτερη αναφορά στα προβλήματα της γυναίκας-νεφροπαθούς.

Άρθρο 1

Αριθμός νεφροπαθών στην Ελλάδα. (Νέτα, Σ., 9/03/2001, Ελευθεροτυπία)

Άρθρο 2

Διαιτολόγιο αιμοκαθαρόμενου. (<http://www.psnrenal.gr/periodiko/sep-dec.1999/5.htm>)

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΩΜΕΝΟΥ

Η διαίτα αποτελεί ξεχωριστό και σημαντικό στοιχείο της θεραπευτικής αγωγής στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Με αυτήν εξασφαλίζονται η καλή ποιότητα ζωής και η μακρά επιβίωση του αιμοκαθαίρομενου. Πράγμα που σημαίνει σύνεση, εξυπνάδα και πειθαρχία από την πλευρά του ασθενή.

Οι βασικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι ο περιορισμός του αλατιού, του Καλίου και των υγρών με ταυτόχρονη απελευθέρωση πρόσληψης των λευκωμάτων.

ΘΕΡΜΙΔΕΣ

Οι θερμίδες εξασφαλίζουν στον οργανισμό την απαραίτητη ενέργεια που χρειάζεται για να δράσει. Βρίσκονται στους υδατάνθρακες, τα λευκώματα και τα λίπη.

Ο αιμοκαθαίρομενος πρέπει να παίρνει περίπου 35-40 Kcal/K.B.Σ. (ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος). Αυτό σημαίνει ότι αν οι θερμίδες που παίρνει κάποιος είναι λιγότερες του κανονικού τότε αυτός αδυνατίζει μια και ο οργανισμός του αρχίζει να καίει από τους δικούς του ιστούς.

Η αύξηση της μυϊκής μάζας δεν έχει καμία σχέση με το πνευμονικό οίδημα που προκαλείται από την αλόγιστη πρόσληψη υγρών. (Η πρόσληψη των υγρών εκφράζεται με την απότομη αύξηση του βάρους).

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες είναι οι καραμέλες, τα γλυκά του κουταλιού, η μαρμελάδα, το μέλι, οι κομπόστες, τα ζελέ και τα φρούτα όπως και τα αμυλώδη (πατάτες-ζυμαρικά -ψωμί). Ειδικά για τα φρούτα οι ασθενείς πρέπει να είναι προσεκτικοί στην ποσότητα (όχι πολύ καρπούζι γιατί αυξάνονται τα υγρά) αλλά και στο Κάλιο που περιέχουν (όχι πορτοκάλια, μανταρίνια και μπανάνες).

Επιτρέπονται επίσης και τα λαδερά φαγητά: Αγκινάρες, αρακάς, μπάμιες,

Φασολάκια, μελιτζάνες, παντζάρια, κολοκυθάκια, χόρτα βραστά, σπανακόπιτα, σπανακόρυζο, ντομάτες γεμιστές, ντολμάδες, ντοματόρυζο.

ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ (ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ)

Το λεύκωμα χρειάζεται για την ανάπτυξη των κυττάρων. Διασπώνται στον οργανισμό παράγοντας και χρήσιμα υλικά που βοηθούν στην ανάπτυξη του αλλά και άχρηστα που στον αιμοκαθαίρομενο δεν μπορεί να αποβληθούν εξαιτίας της μη αναστρέψιμης βλάβης των νεφρών του.

Οι ζωικές πρωτεΐνες (γάλα, αυγά, ψάρια, πουλερικά, τυρί, κρέατα) είναι οι πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας δηλαδή πρωτεΐνες που περιέχουν όλα τα απαραίτητα αμινοξέα. Αυτές παράγουν μετά από την πέψη τους λιγότερα άχρηστα υλικά. Οι φυτικές πρωτεΐνες (ρύζι, ζυμαρικά, όσπρια, λαχανικά) δηλαδή οι πρωτεΐνες χαμηλής βιολογικής αξίας δεν περιέχουν όλα τα απαραίτητα αμινοξέα.

Συνεπώς για να διατηρούνται οι μυς και να αποφεύγεται η φθορά των ιστών του αιμοκαθαίρομενου θα πρέπει οι περισσότερες πρωτεΐνες που θα τρώει να είναι ζωικής προέλευσης. Η μερίδα του λευκώματος που πρέπει να παίρνει κατά προτίμηση να είναι το κρέας και μάλιστα μεγάλο (μοσχάρι ή βοδινό). Μπορεί όμως να είναι χοιρινό ή αρνί. Αυτή η μερίδα του κρέατος θα πρέπει να διαιρείται στα δύο (μεσημέρι-βράδυ) έτσι ώστε το επιτρεπόμενο λεύκωμα να μην το τρώτε σε μια δόση. Τα εντόσθια και μάλιστα το συκώτι και ο σπλήνας λόγω της μεγάλης περιεκτικότητάς του σε πυρηνοπρωτεΐνες έχουν ταυτόχρονα και μεγάλη θρεπτική αξία που ενώ βασικώς απαγορεύονται είναι δυνατόν οι αιμοκαθαίρομενοι να πάρουν μια μερίδα μια φορά το μήνα.

Αντί για κρέας μπορείτε να πάρετε κοτόπουλο ή πάπια, γαλοπούλα ή ψάρι φρέσκο. Όμως τα ψάρια επειδή περιέχουν υψηλή ποσότητα φωσφόρου σωστό είναι να μην είναι το καθημερινό πιάτο. Επίσης επιτρέπεται ο αιμοκαθαίρομενος να παίρνει ένα φλυτζάνι γάλα ή λίγο τυρί ή ένα γιαούρτι αν ο φώσφορος του κυμαίνεται κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα.

Επίσης θα πρέπει να τονισθεί η μεγάλη πρωτεϊνική αξία του αυγού που περιέχει τα περισσότερα αμινοξέα από τις άλλες τροφές. Ένα με δύο αυγά την ημέρα αποτελούν μια ορθή διαιτητική αγωγή. Σε πρόβλημα υπερλιπιδαιμίας (αυξημένη χοληστερίνη, αυξημένα τριγλυκερίδια) καλό είναι να τρώμε μόνο το ασπράδι του αυγού.

Τροφές πλούσιες σε φυτικά λευκώματα (όσπρια, ξηροί καρποί, σταφίδες, δαμάσκηνα και τα ξηρά σύκα) πρέπει να αποφεύγονται. Λιγότερο φυτικό λεύκωμα έχουν το ψωμί, τα παξιμάδια και οι φρυγανιές. Με αυτή την έννοια πρέπει να αποφεύγονται η καρυδόπιτα, τα αμυγδαλωτά, οι μπακλαβάδες και το κανταΐφι.

ΛΙΠΗ

Από την ποσότητα των προσλαμβανομένων λιπών πρέπει να καλύπτεται το μισό του ολικού ποσού των θερμίδων. Τα λίπη είναι απαραίτητα στη διαίτα γιατί προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό αλλά και το απαραίτητο αίσθημα γεύσης.

Συνιστώνται προς χρησιμοποίηση τα καλύτερα φυτικά έλαια (μαργαρίνη, ελαιόλαδο, καλαμποκέλαιο) αντί του ζωικού λίπους (βούτυρο, ξύγγι, λαρδί).

Έτσι καλό είναι να αφαιρείται το λίπος από το κρέας και η πέτσα από το κοτόπουλο για να αποφεύγονται τα μη αναγκαία ζωικά λίπη. Αυτό δεν σημαίνει ότι λίγο φρέσκο βούτυρο στο πρωινό ή λίγη φυτίνη στο μαγείρεμα του φαγητού δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

ΑΛΑΤΙ (NaCl)

Με την πρόσληψη αλατιού αυξάνεται το σωματικό βάρος όπως και η αρτηριακή πίεση με επακόλουθο την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αγγειακού επεισοδίου και καρδιακή ανεπάρκεια. Άρα η προσοχή του νεφροπαθούς θα πρέπει να στραφεί στις τροφές που είναι πλούσιες σε αλάτι. Οι τροφές βέβαια αυτές δεν σημαίνει ότι απαγορεύονται απόλυτα.

Το πρόβλημα θα δημιουργηθεί μόνο από την υπερβολή στην προσλαμβανόμενη ποσότητά τους, πράγμα που θα αυξήσει τη δίψα και το μεταξύ των συνεδριών σωματικό βάρος. Στόχος του αιμοκαθαιρόμενου είναι να προσαρμόσει το ημερήσιο αλάτι σε τέτοια ποσότητα έτσι που η αρτηριακή πίεση να διατηρείται φυσιολογική χωρίς ή με μικρή αντιυπερτασική αγωγή και η αύξηση του σωματικού βάρους να μην ξεπερνά τα 2 κιλά μεταξύ δύο συνεδριών. Η ισορροπία αυτή επιτυγχάνεται βάζοντας μια συνηθισμένη ποσότητα αλατιού στο μαγείρεμα αποφεύγοντας το επί πλέον αλάτι στο τραπέζι και περιορίζοντας απλώς περιστασιακά τις πολύ αλμυρές τροφές.

Μια σημαντική πηγή που παίρνουμε αλάτι είναι το ψωμί που όπως πουλιέται έχει αρκετό αλάτι. Έτσι στο διαιτολόγιο πρέπει να υπάρχει λίγο μόνο ψωμί.

Ακόμη τροφές με πολύ αλάτι είναι τα παστά, λουκάνικα, κονσέρβες, μπέικον, καπνιστά κρέατα, το ζαμπόν, οι μπουτλιαρισμένες σάλτσες, οι συντηρώμενες τροφές, οι μουστάρδες, οι κύβοι κρέατος, διάφοροι ζωμοί, ελιές, τουρσί, τσιπς, γαριδάκια, κρακεράκια, αλατισμένοι ξηροί καρποί, όλα σχεδόν τα τυριά, εκτός από ορισμένα είδη (γραβιέρα ανάλατη, ανθότυρο κ.λ.π.).

Επειδή σ' αυτές τις αλμυρές τροφές υπάρχουν μερικές που οι νεφροπαθείς είναι δύσκολο να στερηθούν συνιστώνται ειδικά λίγες ελιές ή και λίγη φέτα τυρί που μπορούν να πάρουν αφού προηγουμένως τις ξαρμυρίσουν. Εάν τις αφήσετε 24 ώρες μέσα σε πολύ νερό τότε μπορείτε να φάτε και λίγες ελιές και λίγη φέτα.

Τη γεύση του φαγητού μπορείτε να τη βελτιώσετε αν θέλετε άφοβα με διάφορα μυρωδικά (μαϊντανό, δυόσμος, ρίγανη, ξύδι, λεμόνι) μπορείτε ακόμη να χρησιμοποιήσετε και μπαχαρικά όμως αυτά κάνουν το φαγητό δύσπεπτο και βαρύ).

ΧΡΗΣΙΜΑ

Κάποια συστατικά που περιέχουν νάτριο, προστίθενται στις τροφές σε πολύ μικρές ποσότητες και συνήθως δεν συμβάλλουν στην περιεκτικότητα του προϊόντος σε νάτριο. Τέτοια είναι: Διττανθρακούχος φώσφορος, Αλγινικό νάτριο, Βενζοϊκό νάτριο, Καλετινικό νάτριο, προπιονικό νάτριο, NaOH, Θευκό νάτριο, κιτρικό νάτριο.

Μερικές φορές συναντάμε όρους που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την ποσότητα νατρίου σε ένα προϊόν. Οι όροι αυτοί μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση. Οι όροι που βρίσκονται γραμμένοι πάνω σε συσκευασίες είναι:

1. Μη αλατισμένο ή χωρίς να προσθέτει αλάτι: Σημαίνει ότι το προϊόν έχει συντηρηθεί ή έχει παρασκευασθεί χωρίς αλάτι.
2. Ελεύθερο νατρίου: Το προϊόν έχει λιγότερο από 5 mg Νατρίου ανά συσκευασία.
3. Πολύ χαμηλό νάτριο: Το προϊόν περιέχει λιγότερο από 35 mg Νατρίου ανά συσκευασία.
4. Χαμηλό νάτριο: Σημαίνει ότι το προϊόν περιέχει λιγότερο από 140 mg.
5. Μειωμένο νάτριο: Το προϊόν περιέχει το πολύ το 1/4 του Νατρίου ή και λιγότερο από αυτό που βρίσκεται στο φυσικό προϊόν.

ΚΑΛΙΟ(K+)

Το K⁺ παράγεται με την πέψη των τροφών και ενώ είναι απαραίτητο στον οργανισμό δεν μπορεί να αποβληθεί από το σώμα παρά μόνον με την αιμοκάθαρση. Κύριος κίνδυνος από το αυξημένο Κάλιο στο αίμα η καρδιακή αρρυθμία που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και ανακοπή της καρδιάς.

Τροφές πλούσιες σε Κάλιο: πορτοκάλια, μπανάνες, μανταρίνια, ακτινίδια, γκρέϊπ-φρουτ, βερύκοκα, σπανάκι, πατάτες, καρότα, αρακάς (φρέσκος ή κονσέρβα), τοματόζουμο, νες καφέ, ξερά σύκα.

Ειδικά για τις πατάτες, τα καρότα και τον αρακά μπορεί να τα πάρετε στο φαγητό, αφού τα αφήσετε καθαρισμένα και κομμένα όλη τη νύχτα στο νερό και στη συνέχεια τα βράζετε με μεγάλη ποσότητα νερού και πετάμε το ζουμί τους. Έτσι φεύγει το Κάλιο με το βράσιμο. Έτσι θα τρώτε ελεύθερα πατάτες μικρές που βράζονται προηγούμενα καθαρισμένες. Τις βραστές πατάτες μπορείτε να τις πάρετε με λάδι και λεμόνι. (Έτσι μπορείτε να πάρετε και το σπανάκι, τα καρότα και τον αρακά).

ΧΡΗΣΙΜΑ

Τροφές πλούσιες σε κάλιο

Αμύγδαλα-φυστίκια Αιγίνης-Αράπικα

Φακές-Φασόλια ξηρά-ρεβύθια ξηρά

Μπιζέλια ξηρά-Σόγια-Αγκινάρα

Καρότα ωμά-Πορτοκάλι-Γκρέϊπ φρουτ
Βερούκοκα-Ροδάκινα-Υποκατάστατα αλατιού
Ξηρά φρούτα-Χουρμάδες-Δαμάσκηνα
Σοκολάτα-Καρύδια-Γάλα Καρύδα-Βατόμουρα
Τοματοπελτές-Σάλτσα τομάτας-Χυμός τομάτας
Μπανάνες-Ακτινίδιο-Νεκταρίνια
Πατάτες-Κρεμμύδια-Ζύμη σκόνη
Σουσάμι-Στραγάλια-Τσάι

ΥΓΡΑ

Τα υγρά που επιτρέπεται να πάρουν οι αιμοκαθαιρόμενοι είναι περιορισμένα. Δυο ποτήρια νερό ή το πολύ τρία (άμα κάνει ζέστη) είναι το μέγιστο ποσό πρόσληψης το 24ωρο. Η ημερήσια ποσότητα νερού δεν θα πρέπει να ξεπερνά κατά 700 ml τη διούρηση του 24ωρου. Γενικά οι νεφροπαθείς θα πρέπει να συνηθίσουν σε μια ημερήσια ποσότητα νερού που να τους προσθέτει μεταξύ δύο συνεδριών μέχρι 1,5 κιλό.

Απαγορεύονται όλοι οι χυμοί φρούτων τόσο οι φρέσκοι όσο και οι εμφιαλωμένοι σακχαρούχοι. Επίσης απαγορεύονται και όλα τα αναψυκτικά και μάλιστα με ανθρακικό γιατί έτσι εκτός από τη μεγάλη ποσότητα καλίου περιέχουν και μεγάλη ποσότητα νατρίου (αλάτι) στη μορφή της σόδας.

Στους περιορισμένους των υγρών περιλαμβάνονται μερικά φρούτα, όπως το καρπούζι, το πεπόνι και τα σταφύλια. Θα πρέπει να υπολογίζουμε ότι μια μέτρια φέτα καρπούζι αντιστοιχεί σε ένα ποτήρι νερό. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν 90% περίπου νερό.

Πολλοί άρρωστοι παραπονιούνται συχνά για δίψα. Αυτό συμβαίνει πάντοτε όταν πάρουν αλάτι στο φαγητό τους. Έτσι το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουν είναι να κόψουν το αλάτι. Στην περίπτωση που επιμένει η δίψα, πράγμα που συμβαίνει πολλές φορές συνιστούμε δύο πράγματα. Πρώτο να μασάει μαστίχα ή τσίχλα γιατί έτσι το στόμα του δεν θα μένει ξηρό και δεύτερο τα φρούτα που θα πάρει να είναι παγωμένα και το νερό να είναι σε παγάκια, πράγμα που μειώνει το αίσθημα της δίψας. Αν το νερό το πίνετε με καλαμάκι, δεν πίνετε πολύ νερό. Έχει ακόμη βρεθεί ότι αν πίνετε το νερό με καλαμάκι τότε πίνετε ποσότητα μικρότερη απ' ότι απ' ευθείας με το ποτήρι.

ΦΩΣΦΟΡΟΣ(P+)

Η ελεύθερη λευκωματούχος διατροφή προκαλεί συχνά υπέρ P+ που δύσκολα ελέγχεται μόνο με την αιμοκάθαρση. Ο φώσφορος βρίσκεται σχεδόν σε όλες τις τροφές. Ειδικότερα αυξημένος είναι στο γάλα, το τυρί, το συκώτι, τους ξηρούς καρπούς, το γιαούρτι και τα ψάρια. Υψηλές τιμές φωσφόρου στο αίμα μειώνουν το άσβεστο, δηλαδή προκαλούν υπασβεστιαϊμία η οποία αυξάνει τη λειτουργία των παραθυρεοειδών που βρίσκονται στο λαιμό που εξιλικτικά μπορεί να καταλήξει σε πάθηση των οστών που λέγεται οστεοδυστροφία.

ΧΡΗΣΙΜΑ

Τυριά γενικώς-Συκώτι
Γάλα σκόνη-εβαπορέ
Ξηροί καρποί
Γιαούρτι
Σαρδέλες
Σουσάμι
Ζύμη σκόνη
Σόγια
Πασατέμπος
Κρέας-Κοτόπουλο-Ψάρι

Βιταμίνες και μέταλλα

Με την αιμοκάθαρση απομακρύνονται από τον οργανισμό μερικές βιταμίνες όπως Β, C και φυλλικό οξύ. Έτσι συνιστάται η καθημερινή λήψη αυτών των βιταμινών και είναι προτιμότερο να λαμβάνονται μετά την αιμοκάθαρση.

Για την βιταμίνη Α δεν συνιστάται συμπληρωματική χορήγηση.

Τα γαλακτοκομικά προϊόντα γάλα, τυρί είναι άριστες πηγές ασβεστίου, επειδή όμως περιέχουν και μεγάλες ποσότητες φωσφόρου πρέπει να καταναλίσκονται με πολύ προσοχή.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ

Οι διαβητικοί που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πρέπει να ακολουθούν όλες τις οδηγίες που αναφέρονται προηγουμένως εκτός από τη χρήση ζαχαρωτών και κάθε είδους γλυκών που ως γνωστόν απαγορεύονται για τη σωστή ρύθμιση του σακχάρου.

Ένα ποσοστό 40% - 50% των θερμίδων στη διαίτα του διαβητικού που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πρέπει να προέρχεται από τους υδατάνθρακες (ψωμί-ζυμαρικά-φρούτα) με υψηλή επίσης περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες (λαχανικά-όσπρια).

Οι τροφές να κατανέμονται σε 5-6 γεύματα την ημέρα για να εξασφαλισθούν καλά επίπεδα σάκχαρα.

160.000 δρχ. η σύνταξη νεφροπαθών

Σύνταξη 160.000 δρχ. θα χορηγείται στους νεφροπαθείς, όπως και στις άλλες κατηγορίες ατόμων με ειδικές ανάγκες. Σε συνάντηση εκπροσώπων των νεφροπαθών με τον υπουργό Εργασίας, Τάσο Γιαννίτη, συμφωνήθηκε η χορήγηση αντιστατικών συνταξοδικών παροχών, που επαιρνάν οι τυφλοί, οι παραπληγικοί κ.λπ. Εως τώρα οι νεφροπαθείς ελάμβαναν αναπηρική σύνταξη, η οποία κυμαίνεται στις 60.000 δρχ. Προϋπόθεση για να λάβουν τη νέα κατώτατη σύνταξη των 160.000 δρχ. είναι να κάνουν 15 χρόνια αιμοκάθαρση.

Άρθρο 3

Σύνταξη νεφροπαθών. (24/09/2001, Οικονομική
Ελευθεροτυπία)

Άρθρο 4

Στοιχεία δοτών 1985-1998 και
μεταμοσχευτικά κέντρα στην
Ελλάδα. (Λαγγουράνης, Α.,
2001, Τύπος της Κυριακής)

ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ-ΑΞΙΟΠΟΙΗΘΕΝΤΕΣ ΔΟΤΕΣ 1985-1998

Το νέο φαινόμενο αποτελεί επιπλέον έκδηλο της ανάγκης της χώρας να δώσει τη δόξα του έθνους στο έθνος, αλλά στη συνέχεια να δώσει το κεφάλαιο διατήρησής του. Αλλά στη συνέχεια να δώσει το πρόβλημα απόδοσης στην Ελλάδα, καθώς στην Ελλάδα υπάρχουν καταγράφονται αυτές οι αριθμολογίες συγκρίσεις. Τα στοιχεία που ακολουθούν είναι:


Χρόνος	Αναφερθέντες δότες	Αξιοποιηθέντες δότες
1985	13	6
1986	33	13
1987	64	33
1988	83	32
1989	76	31
1990	140	55
1991	149	64
1992	186	75
1993	155	73
1994	110	41
1995	58	34
1996	65	34
1997	77	38
1998	74	58

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- Για μεταμοσχευτικές παροχές:
 - Στο Γενικό Καρδιολογικό Κέντρο
 - Στο νοσοκομείο Παπανδρέου της Θεσσαλονίκης
 - Στο νοσοκομείο Παπανδρέου της Θεσσαλονίκης
- Για μεταμοσχευτικές παροχές:
 - Στο «Αρεταίον» νοσοκομείο της Αθήνας
 - Στο «Πανεπιστημιακό» νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης
 - Στον «Ευαγγελισμό»
- Για μεταμοσχευτικές παροχές:
 - Στο «Λόικα» νοσοκομείο της Αθήνας
 - Στον «Ευαγγελισμό»
 - Στο «Πανεπιστημιακό» νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης
 - Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου

Για μεταμοσχευτικές καρδιακές λειτουργίες υπάρχουν Κέντρα στο Λαμία, Κομοτηνή, Πάτρα, Ηράκλειο, Αθήνα, αλλά και σε άλλα νοσοκομεία της χώρας όπως στη Θεσσαλονίκη.

Για μεταμοσχευτικές οστικές προσκευές υπάρχουν το Γενικό Κέντρο του Επικρατείας στην Αθήνα και λειτουργεί στο «Ασπλιείο» της Βουλίας όπως λειτουργεί και το Γενικό Κέντρο του Επικρατείας στην Αθήνα.



Την τελευταία θέση κατέχει σταθερά η Ελλάδα στον κατάλογο των ευρωπαϊκών χωρών σε ό,τι αφορά την προσφορά ανθρωπίνων οργάνων, παρά το γεγονός ότι τα δύο τελευταία χρόνια ο αριθμός των δωτών παρουσιάζει σημαντική αύξηση μετά την κατακόρυφη πτώση που παρατηρήθηκε από το 1992 έως το 1996.

Της Σοφίας Πατραμάνη

Ο ΔΕΙΚΤΗΣ προσφοράς οργάνων στη χώρα μας ανά εκατομμύριο πληθυσμού είναι 4,4, όταν στην Αυστρία είναι 27,2, στην Ισπανία 22,6, στο Λουξεμβούργο 22,5, στη Γερμανία 13,5, στην Ιταλία 6,2 και ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος προσφοράς είναι 14,7.

Εξαιτίας της μεγάλης έλλειψης μοσχευμάτων χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους δεκάδες Έλληνες καρδιοπαθείς και αντίστοιχος αριθμός ασθενών με αναπνευστική ή ηπατική ανεπάρκεια. Μόνο οι ανάγκες για μοσχεύματα καρδιάς ανέρχονται σε διακόσια περίπου ετησίως, ενώ τελικά οι μεταμοσχεύσεις που γίνονται δεν ξεπερνούν τις δεκαπέντε, στην καλύτερη περίπτωση.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Εξονεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕ), στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού βρίσκονται σήμερα 1.102 νεφροπαθείς, για μεταμόσχευση καρδιάς βρίσκονται 11 ασθενείς, για μεταμόσχευση πνευμόνων δύο ασθενείς και 45 ασθενείς για μεταμόσχευση ήπατος.

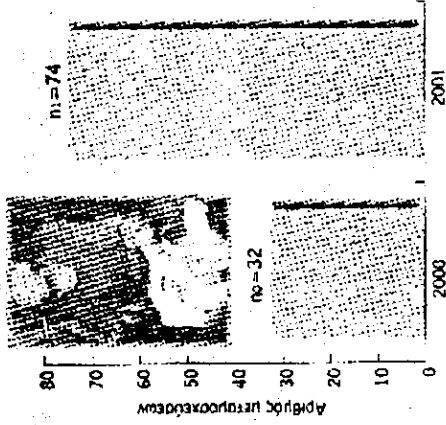
Άρθρο 5

Δωρητές οργάνων στην Ελλάδα. (Βουτσάς, Γ.)

ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ Ν' ΑΝΘΙΣΟΥΝ ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Δωρητής ένας στους 10 Έλληνες!

ΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ

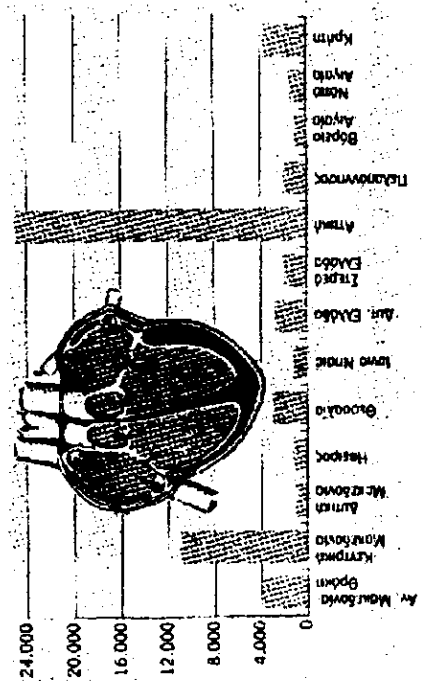


Μεγάλη προσοχή και ακόμη πιο συστηματική δουλειά χρειάζεται, προκειμένου η ίδια δωρεά οργάνων να ανέλθει και στη χώρα μας. Μέχρι σήμερα και παρά τις προσπάθειες που κατά καιρούς καταβάλλουν οι

ομάδες φορές, η εισαγωγή της κολής γνώμης δεν είναι πολύ υψηλή, γεγονός που δίνει αντίκτυπο στην εξαιρετικά περιορισμένη προσφορά μοσχευμάτων από πτωματικές δότες. **ΣΤΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** αυτό καταλήγουν τα στοιχεία του

Επ' Τύπου που πραγματοποιήσε ο Οργανισμός παραλλήλα με την τελευταία κατήχη της πρωτοχρονιάτικης πίτας του, «ότι μόλις 1 στους 10 Έλληνες αναποκρίθηκαν στην πρόκληση του ΕΟΜ να γίνουν δωρητές οργάνων, υπογράφοντας το ειδικό δελτίο που δανεμίσθηκε κατά τη διάρκεια της περσινής απογραφής».

ΔΩΡΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ



Η μικρή αυτή συμμετοχή σε μια ανθρώπινη ιδέα υψίστης σημασίας, αντανακλάται και στην καταγραφή των δωρητών οργάνων ανά περιφέρεια. Στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, για παράδειγμα, οι δωρητές οργάνων στους νομούς Έβρου, Ροδόπης, Ξάνθης και Δράμας κατανοούνται από 200-550, αλλά στο νομό Καβάλας ξεπερνούν τους 2.200! Η ανωκοινωνική αυτή συνέχηση και στα υπόλοιπα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας μας, δείχνει ότι οι διάφορες ενημερωτικές εκστρατείες δεν έχουν «αγγίξει» όλη την Ελλάδα. Γι' αυτό είναι σίγουρο και οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα δείχνουν να βελτιώνονται

το νεκρικό τεμάχιο των τελευτών κρίνων και να προσοθούν να ανακτήσουν το χαμένο ενδιαφέρον και την αισιοδοξία των πρώτων χρόνων της δεκαετίας του '90. Κι αυτό δίνει, για πρώτη φορά μετά το 1994, οι μεταμοσχεύσεις σχεδόν όλων των οργάνων (νεφρών, ήπατος, καρδιάς) παρουσιάζουν αυξητική τάση. Μια αύξηση η οποία μπορεί να μην είναι θεαματική, σίγουρα όμως μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για μια νέα πορεία. Μιλώντας για το έργο του ΕΟΜ κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του, ο κ. Βλαστός ανέφερε ότι, παρά τις προβλεπόμενες και οι οποίες μέχρι σήμερα καλύπτανται με μισθολογικές υποαλλοδαπές

Άρθρο 6

Δωρητές οργάνων στην Ελλάδα. (Πατραμάνη, Σ., 21/11/1999, Τύπος της Κυριακής)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ



02013530711000008



18497

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1353

7 Νοεμβρίου 2000

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Πρακτική άσκηση σπουδαστών ΤΕΙ στο Δημοτικό Παιδικό Σταθμό Αγίου Δημητρίου (Αθηνών).....	1
Πρακτική άσκηση σπουδαστών ΤΕΙ στο Δήμο Αμπελακίων Αττικής.....	2
Πρακτική άσκηση σπουδαστών ΤΕΙ στο Δήμο Κυθήρων.....	3
Πρακτική άσκηση σπουδαστών ΤΕΙ στο Δήμο Σπάρτης.....	4
Εφημερίες γιατρών.....	5
Αύξηση του διατροφικού επιδόματος των Νεφροπαθών.....	6
Έγκριση μεταστέγασης του Νέου Ωδείου Θεσσαλονίκης.....	7
Αναπροσαρμογή ετησίων επιχορηγήσεων από «ΟΛΠ/Α.Ε.» στους παραλιμένιους Δήμους.....	8
Υπέρβαση του ανωτάτου ορίου των 120 ημερών κίνησης εκτός έδρας κατά 40 ημέρες για υπαλλήλους του Τμήματος Τοπογραφικών Έργων της Δ/νσης Τεχνικών Υπηρεσιών Ν.Α. Κιλκίς».....	9
Καθιέρωση υπερωριακής εργασίας κατά το έτος 2000, για το μόνιμο προσωπικό της Διεύθυνσης Ορυκτού Πλούτου και Βιομηχανίας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Ανατολικής Αττικής.....	10
Τροποποίηση Κανονισμού Εκκαθάρισης Χρηματιστηριακών Συναλλαγών και Λειτουργίας Συστήματος Άυλων Τίτλων.....	11

1351/83 (56 Α) «Εισαγωγή σπουδαστών στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και άλλες διατάξεις».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/1985, όπως αυτό προσετέθη με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (154 Α), και όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97(38 Α).

3. Τις διατάξεις της παρ. 4, του άρθρου 11, του Ν. 2327/95 (156 Α).

4. Τις διατάξεις του εδαφίου α', της παρ. 3, του άρθρου 22, του Ν. 2362/95 (247Α).

5. Το γεγονός ότι, από τις διατάξεις της απόφασης αυτής, προκαλείται δαπάνη το ύψος της οποίας αναφέρεται στην παρ. 4 της παρούσας απόφασης, στην οποία επίσης αναφέρεται και η εγγραφή πίστωσης στον οικείο προϋπολογισμό για την κάλυψή της.

6. Την αριθμ. ΣΤ5/25/26.4.2000 απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων «Ορισμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (582 Β)».

7. Την αριθμ. 1039386/441/Α0006/21.4.2000 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών» (571 Β)

8. Την αριθ. πρωτ. ΔΙΔΚ/Φ 1/2/11187/12.5.2000 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και της Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων της Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης στον Υφυπουργό ΕΣΔΔΑ Καίσερλή Κ., αποφασίζουμε:

1. Καθορίζουμε πέντε (5) θέσεις πρακτικής άσκησης σπουδαστών ΤΕΙ στον Δημοτικό Παιδικό Σταθμό Αγίου Δημητρίου.

2. Η πρακτική άσκηση των σπουδαστών ΤΕΙ πραγματοποιείται ανά εξάμηνο αρχίζοντας από 1.4.2000.

3. Οι αποζημιώσεις και οι ασφαλιστικές εισφορές των ασκούμενων σπουδαστών ΤΕΙ βαρύνουν τον προϋπολογισμό του παραπάνω Σταθμού.

4. Από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του παραπάνω Σταθμού ύψους 3.780.000 δρχ. (5 θέσεις Χ 63.000 Χ 12 μήνες) για το έτος 2000 καθώς και για καθένα από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί η αντίστοιχη πίστωση στον προϋπολογισμό του οικονομικού έτους 2000

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. Ε5/2040

(1)

Πρακτική άσκηση σπουδαστών ΤΕΙ στο Δημοτικό Παιδικό Σταθμό Αγίου Δημητρίου (Αθηνών).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ -
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 12, παρ. 1, εδ. δ', του Ν.

αποζημιώσεις και οι ασφαλιστικές εισφορές των ιεων σπουδαστών ΤΕΙ βαρύνουν τον προϋπολογισμό παραπάνω Δήμου.

Επί τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του παραπάνω Δήμου 756.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 12 μήνες) για καθένα από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί η αντίστοιχη πίστωση στον προϋπολογισμό του 2000 της υπηρεσίας αυτής στον ΚΑΕ 05/161.9β.

Αντίστοιχη πίστωση θα εγγραφεί στους προϋπολογισμούς του Δήμου αυτού για μία πενταετία τουλάχιστον.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευτεί στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως

Αθήνα, 25 Οκτωβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Κ. ΚΑΪΣΕΡΛΗΣ Γ. ΔΡΥΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Φ. ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ

Αριθ. Ε5/2042

(4)

Πρακτική άσκηση σπουδαστών ΤΕΙ στο Δήμο Σπάρτης.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ -
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 12, παρ. 1, εδ. δ' του Ν. 1351/83 (56Α) «Εισαγωγή σπουδαστών στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και άλλες διατάξεις».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/1985, όπως αυτό προσετέθη με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (154Α) και όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (38 Α).

3. Τις διατάξεις της παρ. 4, του άρθρου 11, του Ν. 2327/95 (156Α).

4. Τις διατάξεις του εδαφίου α', της παρ. 3, του άρθρου 22, του Ν. 2362/95 (247Α).

5. Το γεγονός ότι, από τις διατάξεις της απόφασης αυτής, προκαλείται δαπάνη το ύψος της οποίας αναφέρεται στην παρ. 4 της παρούσας απόφασης, στην οποία επίσης αναφέρεται και η εγγραφή πίστωσης στον οικείο προϋπολογισμό για την κάλυψή της.

6. Την αριθμ. ΣΤ5/25/26.4.2000 απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων «Ορισμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (582 Β)».

7. Την αριθμ. 1039386/441/Α0006/21.4.2000 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών» ΦΕΚ (571 Β).

8. Την αριθμ. πρωτ. ΔΙΔΚ/Φ 1/2/11187/12.5.2000 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και της Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων της Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, στον Υφυπουργό ΕΣΔΔΑ Καϊσερλή Κ.», αποφασίζουμε:

1. Καθορίζουμε μία (1) θέση πρακτικής άσκησης σπουδαστών ΤΕΙ στον Δήμο Σπάρτης.

2. Η πρακτική άσκηση των σπουδαστών ΤΕΙ πραγματοποιείται ανά εξάμηνο αρχίζοντας από 1.4.2000.

3. Οι αποζημιώσεις και οι ασφαλιστικές εισφορές των ασκούμενων σπουδαστών ΤΕΙ βαρύνουν τον προϋπολογισμό του παραπάνω Δήμου.

4. Από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του παραπάνω Δήμου ύψους 756.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 12 μήνες) για το έτος 2000 καθώς και για καθένα από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί η αντίστοιχη πίστωση στον προϋπολογισμό του οικονομικού έτους του 2000 της υπηρεσίας αυτής στον ΚΑΕ 05/113.5.

Αντίστοιχη πίστωση θα εγγραφεί στους προϋπολογισμούς του Δήμου αυτού για μία πενταετία τουλάχιστον.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευτεί στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 25 Οκτωβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Κ. ΚΑΪΣΕΡΛΗΣ Γ. ΔΡΥΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Φ. ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ

Αριθ. Υ10α/37263

(5)

Εφημερίες γιατρών.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. Του Ν. 1397/83 (ΦΕΚ 143/Α'/7.10.83)

β. Του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α'/92)

γ. Του Ν. 2470/97 (ΦΕΚ 40/Α'/97)

δ. Του Ν. 2519/97 (ΦΕΚ 165/Α'/21-8-97)

ε. Του Ν. 2606/98 (ΦΕΚ 89/Α'/22-4-98)

στ. Του Ν. 2646/98 (ΦΕΚ 236/Α'/20-10-98)

ζ. Του Ν. 2676/99 (ΦΕΚ 1/Α'/5-1-99)

η. Του Ν. 2703/99 (ΦΕΚ 72/Α'/99)

θ. Του Π.Δ. 131/87 (ΦΕΚ 73/Α'/25.5.87) άρθρο 1 παρ. β.

2. Την αριθμ. 1039386/441/Α 0006/21.4.2000 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων του Υπουργού Οικονομικών στους Υφυπουργούς Οικονομικών» (ΦΕΚ 571/Β'/21.4.2000).

3. Την επιτακτική ανάγκη εύρυθμης λειτουργίας του Π.Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

4. Το γεγονός ότι από την απόφαση αυτή προκαλείται δαπάνη ύψους ποσού 84.000.000 δρχ. η οποία θα αντιμετωπισθεί από πιστώσεις του ΚΑΕ 0562 του Φ.210 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος θα ενισχυθεί από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, αποφασίζουμε:

Συμπληρώνουμε την Α9α/39452 (ΦΕΚ 2192 τ. Β'/21.12.99) κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών για τις εφημερίες των γιατρών και στην ετήσια πίστωση Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας προσθέτουμε το εξής ποσό:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΔΑΠΑΝΗ

Π.Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά

«Ο Άγιος Παντελεήμων»

84.000.000 δρχ.

Η αύξηση αυτή αποτελεί την τελική οριστικοποίηση των ζπανών για εφημερίες έτους 2000 και οποιαδήποτε νέα παβολή θα μπορεί να γίνει μόνο με ισόποση ανακαταμη πιστώσεων του ίδιου κωδικού.

Κατά τα λοιπά ισχύει η προαναφερόμενη απόφαση ως ζει.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της ζβερνήσεως.

Αθήνα, 19 Οκτωβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Γ. ΔΡΥΣ Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

οιθ. Υ3β/οικ. 5220 (6)
ύξηση του διατροφικού επιδόματος των Νεφροπαθών.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 96/10.3.2000 τ.Α) «Οργανισμός πουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων».

2. Τις διατάξεις:

α) Του Α.Ν. 421/37 (ΦΕΚ 2/37 τ.Α) «περί διαθέσεως εσών τινών υπέρ της Κοινωνικής Πρόνοιας, άρθρο 6».

β) Του Ν.Δ. 321/69 (ΦΕΚ 205/69 τ.Α), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τον 2362/27.11.95 (ΦΕΚ 47/95 τ.Α) «Περί κώδικος Δημοσίου Λογιστικού».

3. Τις διατάξεις του άρθρου 29α του Ν. 1558/85 όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του Ν. 2081/92 άρθρο 27 (ΦΕΚ 154/92 τ.Α) και αντικαταστάθηκε από το Ν. 469/1997 άρθρο 1 με τις οποίες προβλέπεται έλεγχος ζων δαπανών που προκαλούν οι κανονιστικές διοικητικές ράξεις.

4. Τις διατάξεις του Νόμου:

2646/98 - άρθρο 32 (ΦΕΚ 236/98 τ.Α) «περί αυξήσεως ζων επιδομάτων που χορηγούνται στα άτομα με ειδικές ανάγκες.

5. Τις διατάξεις του Ν. 2672/98 (ΦΕΚ 290/98, τ.Α) «Οιονομικοί πόροι της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις», άρθρο 2 και 4.

6. Την Α2γ/5014/9.7.82 (ΦΕΚ 591/13.7.82 τ.Β) απόφαση Περί εγκρίσεως εφαρμογής προγράμματος επιδότησης νεφροπαθών τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοάθαρση σε μονάδα Τεχνητού νεφρού ή κάνουν φορητή εριτοναϊκή κάθαρση.

7. Τις Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις Α2γ/4133/5.8.85, 2γ/οικ. 1908/21.4.89 1907/21.4.89 (ΦΕΚ 326/4.5.1989 τ.Β), 2γ/3703/25.9.89 «Περί αυξήσεως του διατροφικού επιδόματος των νεφροπαθών τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, καθώς επίσης και αυτών που υποβάλλονται σε μεταόσχευση, επί ένα (1) έτος μετά την μεταμόσχευση».

9. Την αρ. 1039386/441/Α.0006/21.4.2000 τ.Β' Κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

10. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυζ προκαλείται δαπάνη ύψους 195.000.000 περίπου ζχ. για το τρέχον οικονομικό έτος που θα αντιμετωπισθεί από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού εξόδων μας τρέζοντος οικ. έτους με Φ 15/210 Κ.Α.Ε. 2713 και Φ15/210 ΑΕ 2711.

11. Για το έτος 2001 η δαπάνη ανέρχεται στο ποσό 1.650.000.000 η οποία θα καλυφθεί από πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπ. Υγείας και Πρόνοιας (Ε.Φ. 210 ΚΑΕ 2713) και για κάθε ένα από τα έτη 2002 και μετά σε 2.142.000.000 η οποία θα καλυφθεί από τον τακτικό προϋπολογισμό, αποφασίζουμε:

Το διατροφικό επίδομα των Νεφροπαθών διαμορφώνεται από 1.11.2000 έως 30.6.2001 ως εξής:

α) Ασφαλισμένων έμμεσα - άμμεσα και μεταμοσχευθέντων για ένα έτος στο ποσό των 29.670 δραχμών.

β) Ανασφαλιστων απόρων στο ποσό των 29.500 ζρχ.

Το διατροφικό επίδομα των 29.670 ζχλ. από 1.11.2000 θα καταβάλλεται και στους μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς πέραν του ενός έτους.

Το ανωτέρω επίδομα από 1.7.2001 θα διαμορφωθεί στο ποσό των 40.000 για όλες τις κατηγορίες Νεφροπαθών.

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις που μέχρι σήμερα ρυθμίζουν το πρόγραμμα Επιδότησης των νεφροπαθών τελικού σταδίου, ανασφαλιστων, απόρων ασφαλισμένων (άμεσα - έμμεσα), που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ή κάνουν φορητή περιτοναϊκή κάθαρση και των μεταμοσχευθέντων στους οποίους στο εξής θα χορηγείται συνεχώς.

Κάθε προηγούμενη διάταξη αντίθετη με τις ρυθμίσεις της παρούσης καταργείται.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 23 Οκτωβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Γ. ΔΡΥΣ Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθ. ΥΠ.ΠΟ/ΚΑΤΕΧΝ/Δ/53074 (7)
Έγκριση μεταστέγασης του Νέου Ωδείου Θεσσαλονίκης.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Έχοντας υπόψη:

1. Το Ν. 1558/85 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα».

2. Το ΠΔ /γμα 941/77 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Πολιτισμού».

3. Το ΒΔ/γμα 16/66 «Περί ιδρύσεως ιδιωτικών μουσικών ιδρυμάτων».

4. Τον Ν. 299/76 «περί ρυθμίσεως θεμάτων, αφορώντων εις τον κανονισμόν λειτουργίας των ιδιωτικών μουσικών ιδρυμάτων, ως και το από 11.11.57 Β.Δ. «περί κυρώσεως του εσωτερικού κανονισμού του Ωδείου Θεσ/κης».

5. Την αριθμ. ΥΠ.ΠΟ/ΚΑΤΕΧΝ/Δ/1141/38571/22.9.1979 απόφασή μας «χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Ωδείου στη Θεσσαλονίκη» (ΦΕΚ 946/τ.Β'/18.10.1979).

6. Την απόφαση αριθμ. ΥΠ.ΠΟ/ΓΝΟΣ/49095/30.10.91 «Μεταβίβαση αρμοδιοτήτων Υπουργού και δικαιώματος υπογραφής «Με εντολή Υπουργού» στους Γεν. Γραμματείς, Γεν. Δ/ντές, Προϊσταμένους Δ/νσεων, Τμημάτων, Γραφείων, της Κ.Υ. του ΥΠ.ΠΟ» (ΦΕΚ 987/Β'/28.11.91).

7. Το από 20.10.2000 πρακτικό αυτοψίας της Επιτροπής ελέγχου καταλληλότητας της Διεύθυνσης Τεχνικών Υπηρεσιών της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Θεσσαλονίκης.

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ
(Ε.Ο.Μ.)**

Πλουτάρχου 3, 106 75 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 1147, 01-7249371, FAX: 01-7248527
[http: www.eom.gr](http://www.eom.gr)
e-mail: eom@otenet.gr

ΥΠΟΜΝΗΜΑ

**Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ
(Ε.Ο.Μ.)**

**ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ
ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ**

**ΑΘΗΝΑ
Ιούλιος 2001**

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ – ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ: ΕΝΑ ΜΕΙΖΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΑΣ

Η μεταμόσχευση, δηλαδή η αντικατάσταση φθαρμένων ανθρωπίνων οργάνων από άλλα υγιή, αποτελεί για πολλούς συνανθρώπους μας τη μοναδική ρεαλιστική ελπίδα για μια υγιή και παραγωγική ζωή, έχει καθιερωθεί ως ευρέως αποδεκτό μέρος της ιατρικής θεραπείας και θεωρείται ως μία νίκη του ανθρώπου στην πάλη του με την αρρώστια και το θάνατο. Για να λάβει, όμως, σάρκα και οστά ένα ευρύ μεταμοσχευτικό πρόγραμμα απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δωρεά οργάνων, ένα θέμα δύσκολο όχι τόσο ως ιατρικό-επιστημονικό επίτευγμα όσο γιατί προκαλεί κοινωνικά διλήμματα, και στην πατρίδα μας και σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ, παράλληλα, για την ανάπτυξή του απαιτείται η κοινωνική στήριξη, άνευ της οποίας δεν μπορεί να υπάρξει. Επιπλέον, όπως συμβαίνει με όλες τις ανθρώπινες εξελίξεις, αυτός ο ιδιαίτερος χώρος της ιατρικής επιστήμης, παρά την ελπίδα που προσφέρει, παρουσιάζει επίσης κάποια σοβαρά θέματα που πρέπει να εξεταστούν υπό το φως μιας διορατικής ανθρωπολογικής και ηθικής σκέψης.

Τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας η μεταμόσχευση έχει μία σχετικά πρόσφατη ιστορία ενώ σήμερα πραγματοποιούνται στην Ελλάδα μεταμοσχεύσεις όλων των ανθρωπίνων οργάνων. Η επιτυχία και η επιστροφή σε υγιή κατάσταση και φυσιολογική ζωή αγγίζουν το ποσοστό του 80% στις μεταμοσχεύσεις νεφρού, 70% καρδιάς και ήπατος και 90% κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού.

Η ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΚΑΙ Ο Ε.Ο.Μ.

Δυστυχώς, ενώ τα μηνύματα από το διεθνές περιβάλλον είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και οι επιτυχίες των Ελλήνων ιατρών μάς υπόσχονται πολλά και δίνουν ελπίδα για το μέλλον, η Ελλάδα καταλαμβάνει την τελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά τον αριθμό των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1999 η αναλογία αριθμού μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν 5, τη στιγμή που στην Ισπανία ήταν 34, στην Κύπρο 10 και στην Πορτογαλία 19. Παρόμοια στασιμότητα ή ακόμα και κάμψη στον αριθμό των διαθέσιμων οργάνων προς μεταμόσχευση διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως και οφείλεται, κατά κύριο λόγο, σε απροθυμία των συγγενών στο να συναινέσουν στη δωρεά οργάνων προσφιλών τους προσώπων που έχαθησαν. Οι αιτίες της απροθυμίας αυτής είναι, σίγουρα, πολλές αλλά οι σημαντικότερες πρέπει να αναζητηθούν:

- στην ελλιπή και, πολλές φορές, εσφαλμένη ενημέρωση ή παραπληροφόρηση του πληθυσμού που συχνά πέφτει θύμα διογκωμένης φημολογίας
- στην έλλειψη εμπιστοσύνης σε φορείς και γιατρούς και στο φόβο για εμπόριο οργάνων και
- στις διάφορες προλήψεις και προκαταλήψεις που συνοδεύουν το τέλος της ζωής.

Η οργάνωση ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου συστήματος δωρεάς οργάνων βασίζεται σε δύο, κυρίως, παράγοντες: τον Άνθρωπο και την Πολιτεία.

Εάν δεν πειστεί, πρώτα απ' όλα, ο ίδιος ο πολίτης για την αναγκαιότητα της δωρεάς, αν δε συνειδητοποιήσει ο ίδιος πόσο το δώρο ζωής που προσφέρει μπορεί να ωφελήσει πολλούς άλλους, όσα μέτρα και να πάρει η Πολιτεία, όσες μονάδες, όσα κέντρα και να δημιουργήσει το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο.

Και αντίστροφα, αν η Πολιτεία δεν οργανώσει, δεν καταγράψει, δεν ενισχύσει και δε συντονίσει τη μεταμοσχευτική προσπάθεια κάθε καλοπροαίρετη βούληση, κάθε διάθεση προσφοράς θα πάει χαμένη. Ερχόμαστε, έτσι, στο δεύτερο βασικό παράγοντα: την οργανωμένη και αποτελεσματική κρατική παρέμβαση. Η Πολιτεία, συνειδητοποιώντας τις ευθύνες που της αναλογούν, προχώρησε στην αναβάθμιση του θεσμικού πλαισίου που αφορά στις μεταμοσχεύσεις και στη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.).

Ο Ε.Ο.Μ. αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ιδρύθηκε με τον Ν. 2737 της 27 Αυγούστου 1999 («Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων») και έχει νομοθετημένη αρμοδιότητα τη χάραξη της στρατηγικής της χώρας μας για την ανάπτυξη των

μεταμοσχεύσεων. Ο Ε.Ο.Μ. φιλοδοξεί να συμβάλλει στη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και στην ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος της πατρίδας μας, προγράμματος που οφείλει αφενός να παρακολουθεί τις διεθνείς εξελίξεις και αφετέρου να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες της χώρας οι οποίες, σ' έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο, σ' ένα διαρκώς εναλλασσόμενο περιβάλλον, έμειναν οι ίδιες. Ο Ε.Ο.Μ., ανάμεσα στις άλλες αρμοδιότητές του:

- Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση
- Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών
- Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων
- Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση
- Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- Συνεργάζεται με αντίστοιχους Οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων
- Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών
- Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΟΥ Ε.Ο.Μ.

Ο Ε.Ο.Μ. είναι βέβαιος πως η εικόνα που παρουσιάζει σήμερα η δωρεά οργάνων στη χώρα μας μπορεί και πρέπει να αλλάξει. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση αποτελεί η συνεχής, συνεπής και υπεύθυνη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ο εποικοδομητικός διάλογος, η ανταλλαγή απόψεων και η κατάθεση υπεύθυνων προτάσεων. Στα πλαίσια αυτά ο Ε.Ο.Μ. έχει συγκεκριμενοποιήσει τη στρατηγική του οι βασικές αρχές της οποίας στηρίζονται σε 4 άξονες:

- 1. Διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και κλινική διαχείριση των εν δυνάμει δωρητών, που έχει σχέση με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), καθώς και έγκαιρη δήλωση των περιπτώσεων αυτών στις αρμόδιες υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ.*

Ο εγκεφαλικός θάνατος, δηλαδή ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, ταυτίζεται με το θάνατο του ατόμου. Το εγκεφαλικό στέλεχος είναι το τμήμα του εγκεφάλου, που βρίσκεται μεταξύ του κυρίως εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, στο οποίο, μεταξύ άλλων, έχει την έδρα του και το κέντρο της αναπνοής. Η ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται την απώλεια της ικανότητας για αυτόνομη αναπνοή και την απώλεια της ολοκλήρωσης της δραστηριότητας των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή.

Πριν από μερικές δεκαετίες, ο θάνατος του ανθρώπου διαπιστωνόταν εύκολα και συνέπυτε με τη μη αναστρέψιμη διακοπή των ζωτικών λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Σε λίγα λεπτά επακολουθούσε η οριστική νέκρωση του εγκεφάλου. Σε μερικές περιπτώσεις, όμως, μπορεί να προηγηθεί η νέκρωση του εγκεφάλου και να επακολουθήσει η διακοπή της αναπνευστικής και της καρδιακής λειτουργίας, όπως συμβαίνει σε βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα, αυτόματη εγκεφαλική αιμορραγία κλπ. Στους ασθενείς αυτούς μπορεί σήμερα να διατηρηθεί, για λίγες ώρες, η αναπνοή και η κυκλοφορία με τεχνητά μέσα (αναπνευστήρας, οροί, φάρμακα), εάν την ώρα της διακοπής της αναπνοής βρίσκονται σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από τρεις έμπειρους σ' αυτό το θέμα ιατρούς οι οποίοι δεν ανήκουν σε καμιά μεταμοσχευτική ομάδα. Αφού αποκλειστούν άλλες συνυπάρχουσες αναστρέψιμες καταστάσεις ακολουθούν οι δοκιμασίες επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου, οι οποίες επιτελούνται τουλάχιστον 24 ώρες μετά από την έναρξη του κώματος. Για να αποκλειστεί και η παραμικρή πιθανότητα λάθους οι δοκιμασίες γίνονται δύο φορές.

Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι επαρκής και αναγκαία συνθήκη, για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός, όπως καθορίζει η 9η απόφαση της

21ης Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), που συνήλθε στις 20-3-1985. Στα ιατρικά χρονικά, δεν υπάρχει ούτε μία περίπτωση επανόδου στη ζωή ατόμου που χαρακτηρίστηκε ως εγκεφαλικά νεκρό.

Όταν πιστοποιηθεί ο θάνατος του ασθενούς ξεκινά η διαδικασία της μεταμόσχευσης εφόσον, βέβαια, ο εγκεφαλικά νεκρός είχε εκφράσει εν ζωή τη θέλησή του να γίνει δωρητής οργάνων ή οι συγγενείς συναινούν εφόσον ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφραστεί αρνητικά. Τα όργανα που μεταμοσχεύονται βοηθούν άλλους χρονίως πάσχοντες ασθενείς να σώσουν τη ζωή τους ή να αναβαθμίσουν ουσιαστικά την ποιότητα ζωής τους. Σε διαφορετική περίπτωση τα τόσο πολύτιμα για τη ζωή χρονίως πασχόντων ασθενών όργανα χάνονται.

2. Επικοινωνία και ενημέρωση του πληθυσμού, που έχει σχέση με την ενεργοποίηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και φυσικά όλων των εμπλεκόμενων με τη μεταμόσχευση φορέων.

Ο Ε.Ο.Μ. έχει ξεκινήσει, από τον Μάρτιο του 2001 και παράλληλα με την Γενική Απογραφή Πληθυσμού, μία εκστρατεία ενημέρωσης του ελληνικού πληθυσμού η οποία αναμένεται να ολοκληρωθεί δύο χρόνια αργότερα. Σκοπός αυτής της ενημερωτικής εκστρατείας είναι να φτάσει το μήνυμα της δωρεάς οργάνων σε κάθε άκρη της ελληνικής επικράτειας μέσα από πλούσιες και πολυεπίπεδες δράσεις που περιλαμβάνουν:

- Παραγωγή έντυπου υλικού, τηλεοπτικά και ραδιοφωνικά σποτ, δελτία τύπου, αφίσες και διαφημιστικές καταχωρήσεις σε εφημερίδες και περιοδικά
- Έκδοση ενημερωτικού Δελτίου
- Παρεμβάσεις εικαστικών καλλιτεχνών και διοργάνωση καλλιτεχνικών εκδηλώσεων
- Δημιουργία ενημερωτικής ταινίας με θέμα τη διαδικασία της μεταμόσχευσης και τη δωρεά οργάνων
- Δημιουργία μιας «Εκθεσης Μεταμόσχευσης» στην οποία ο επισκέπτης θα ενημερώνεται πλήρως μέσα από φωτογραφίες, κείμενα, έντυπα, ταινίες κλπ., για τη μεταμόσχευση και τη σημασία της
- Διοργάνωση, στα πλαίσια της γενικής προσπάθειας για τη διάδοση της ιδέας δωρεάς οργάνων και του πνεύματος του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, «Ευρωπαϊκής Ημέρας» για τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης (Αθήνα 2004).

3. Επικοινωνία και ενημέρωση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη αυτού του προγράμματος θεωρείται ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων

καθώς και των Συλλόγων που έχουν ως στόχο τους τη διάδοση της ιδέας δωρεάς ιστών και οργάνων.

4. Διασφάλιση της δημόσιας εμπιστοσύνης με τη δίκαιη κατανομή και την καλύτερη αξιοποίηση των μοσχευμάτων που έχει σχέση με την ιστοσυμβατότητα και τη χρήση ευρέως αποδεκτού, λειτουργικού και δίκαιου συστήματος μοριοποίησης σύμφωνα με τα κριτήρια της EUROTRANSPLANT.

Η διασφάλιση της δημόσιας εμπιστοσύνης επιτυγχάνεται με την τήρηση:

- Μητρώου Δωρητών κατά όργανο και ιστό
- Εθνικού Μητρώου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών
- Αρχείου εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση καθώς και
- Εθνικού Μητρώου υποψηφίων ληπτών (Λίστα αναμονής) στο οποίο εγγράφεται κάθε ασθενής βάσει μορίων που εξαρτώνται από την ομάδα αίματος, την ηλικία, την ιστοσυμβατότητα, το χρόνο αναμονής, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επειγόν της επέμβασης, την εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης.

Εκτός των άλλων η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος μοριοποίησης θωρακίζει το όλο σύστημα από την υποψία εμπορίας μοσχευμάτων. Αξίζει εδώ να σταθούμε στις φήμες περί εμπορίου οργάνων καθώς ουδείς βεβαίως μπορεί να αποκλείσει το ενδεχόμενο μεμονωμένων εγκληματικών πράξεων σε μερικές χώρες, πρέπει όμως να θέτουμε τα γεγονότα αυτά στις πραγματικές τους διαστάσεις γιατί οι συνέπειες της φημολογίας είναι ολέθριες στη δωρεά οργάνων.

Οι φήμες περί εμπορίου οργάνων βρήκαν πρόσφορο έδαφος να αναπτυχθούν σε πολλές χώρες της Λατινικής Αμερικής καθώς εκεί επικρατούν η διαφθορά, η πορνεία και η πολιτική βία. Είναι γνωστή η εξαφάνιση πολιτικών αντιπάλων διαφόρων δικτατορικών καθεστώτων και πολλά έχουν γραφτεί για τα αποσπάσματα θανάτου εγκαταλελειμμένων παιδιών στη Βραζιλία. Ο συνδυασμός των δύο γεγονότων οδήγησε στο αφελές συμπέρασμα ότι στη Λατινική Αμερική παιδιά απάγονται κατά χιλιάδες για να πουληθούν σε διάφορες χώρες, ιδίως της Δύσης, όπου σκοτώνονται και τα όργανά τους μεταμοσχεύονται σε πλούσιους ασθενείς. Αυτό βεβαίως για να γίνει προϋποθέτει την ύπαρξη ενός τεράστιου, διεθνούς εγκληματικού δικτύου, που περιλαμβάνει εκτός των μεσαζόντων, χιλιάδες γιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό, ασθενείς λήπτες, νοσοκομεία ολόκληρα και το οποίο λειτουργεί με τέτοιο αριστοτεχνικό τρόπο ούτως ώστε μέχρι στιγμής ουδείς να έχει συλληφθεί ή καταδικασθεί.

Στην Ινδία και μερικές χώρες της Νοτίου Αμερικής δεν υπάρχει νομοθεσία που να απαγορεύει τη μεταμόσχευση οργάνων από μη συγγενείς ζώντες δότες με αποτέλεσμα ορισμένοι να προσφέρονται να πουλήσουν τον ένα νεφρό ή έναν κερατοειδή τους χιτώνα για να λύσουν το πρόβλημα της επιβίωσής τους. Αν και το γεγονός αυτό καθαυτό

θεωρείται ανήθικο και αποκρουστικό για εμάς δεν είναι παράνομο μέσα στο νομικό πλαίσιο αυτών των χωρών. Κάτω από την πίεση της διεθνούς κοινής γνώμης και οι κυβερνήσεις αυτών των χωρών εισάγουν απαγορευτική νομοθεσία, που έχει δυσκολέψει πολύ την ανάπτυξη αυτού του είδους του εμπορίου οργάνων.

Στη χώρα μας δεν υπάρχει περίπτωση εμπορίου οργάνων καθώς ζώσες μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται μόνο μεταξύ συγγενών. Επιπλέον τα μεταμοσχευτικά κέντρα στην Ελλάδα είναι μόνο τέσσερα και αυτό σημαίνει ότι είναι αδύνατον να πραγματοποιηθούν παράνομες μεταμοσχεύσεις.

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ:
ΔΕΙΓΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η πράξη της δωρεάς ιστών και οργάνων μπορεί και πρέπει να αποτελέσει περιεχόμενο της ατομικής και συλλογικής συνείδησης, δείγμα κοινωνικής ευαισθητοποίησης και πόλο συσπείρωσης της κοινωνίας μας την οποία έχει τόσο ανάγκη ο τόπος, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών. Επίσης είναι ανάγκη προς την κατεύθυνση αυτή όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί, η αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, η εκπαίδευση, οι επιστημονικές και πνευματικές δυνάμεις, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης να παίζουν ένα θετικό ρόλο. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, πιστή στη ρήση «Μακάριόν εστι μάλλον δίδοναι ή λαμβάνειν» (Πραξ. κ' 35), έχει αποδεχτεί ανεπιφύλακτα την ιδέα της δωρεάς οργάνων θεωρώντας την υπέρτατη πράξη ανθρωπισμού και φιλαλληλίας.

Η έναρξη της ενημερωτικής εκστρατείας του Ε.Ο.Μ. ας σηματοδοτήσει την αρχή μιας καινούργιας προσπάθειας με ευρεία κινητοποίηση όλων των πολιτικών, πνευματικών και ηθικών δυνάμεων με στόχο την ευαισθητοποίηση και τη συμμετοχή όλων των πολιτών. Όλοι μαζί ας συντονίσουμε τις προσπάθειές μας σε ένα προσκλητήριο ανθρωπιάς, στο οποίο μετά χαράς όλοι πρέπει να ανταποκριθούμε. Υπάρχει λόγος να εμπεδώσουμε στις καρδιές των ανθρώπων και, κυρίως, στις καρδιές των νέων, μια γνήσια και βαθιά εκτίμηση της ανάγκης για αδελφική αγάπη, μια αγάπη που μπορεί να βρει έκφραση στην απόφαση να γίνεις δωρητής οργάνων.

Ο Ε.Ο.Μ. καλεί την πολιτική-πολιτειακή ηγεσία του τόπου και τον ελληνικό λαό να ανταποκριθούν στο κάλεσμα χιλιάδων συνανθρώπων μας που κτυπήθηκαν από τη μοίρα και να δώσουν το μήνυμα του χρέους και το παράδειγμα για συμπαράσταση και βοήθεια στον αγώνα ζωής που δίνουν αυτοί που υπομένουν τον «ατελείωτο και οδυνηρό χειμώνα της αναμονής». Αυτό το μήνυμα αλληλεγγύης είναι άλλωστε βγαλμένο μέσα από τις παραδόσεις του λαού μας, από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι σήμερα, και πρέπει να το μεταφέρουμε συνεχώς μαζί μας, σε κάθε στιγμή της ζωής μας, για να κρατήσουμε ενωμένη την κοινωνία μας, για να εξασφαλίσουμε ένα καλύτερο αύριο σε όλους τους πολίτες αυτής της χώρας.

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

... για να γίνει
η επαύριο της ζωής
... πάλι ζωή ...

ΟΔ. ΕΛΥΤΗΣ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737

**«Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων
και άλλες διατάξεις»**

Φ.Ε.Κ. τ. Α', φ. 174, 27 Αυγούστου 1999



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 174

27 Αυγούστου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737

Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων
και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Πεδίο εφαρμογής.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, κατά τους όρους και τη διαδικασία του νόμου αυτού.

2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται:

- α) στις αυτομεταμοσχεύσεις,
- β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωοθηκών,
- γ) στη λήψη και μεταγγιση αίματος,
- δ) στη λήψη και χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος,
- ε) στην ενδομήτρια εμφύτευση εμβρύων.

Άρθρο 2

Απαγόρευση ανταλλάγματος.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο.

2. Δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών, που είναι απαραίτητες για την αφαίρεση, συντήρηση και μεταφορά του μοσχεύματος.

Άρθρο 3

Δαπάνες.

1. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δα-

πάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό κωδικό αριθμό και καταβάλλονται με βάση δικαιολογητικά που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) του άρθρου 15 του νόμου αυτού.

2. Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

- α. Οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.
- β. Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.

γ. Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύναται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση βλάβης της υγείας των ασφαλισμένων, δότη ή λήπτη, σε περιπτώσεις αφαίρεσης ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, όπως δαπάνες επέμβασης, νοσηλείας, φυσιοθεραπείας και άλλες συναφείς.

Άρθρο 4

Μονάδες Μεταμόσχευσης

1.α. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης λειτουργούν με άδεια του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που χορηγείται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Η άδεια εκδίδεται για τρία (3) έτη, εφόσον διαπιστωθεί η επάρκεια της μονάδας και η δυνατότητα συμβολής της στην αντιμετώπιση των αναγκών για μεταμοσχεύσεις. Μετά την πάροδο τριών

ετών λειτουργίας χορηγείται οριστική άδεια, με βάση τα αποτελέσματα της μεταμοσχευτικής της δραστηριότητας.

β. Για τις ήδη νομίμως λειτουργούσες Μονάδες Μεταμόσχευσης χορηγείται, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, νέα άδεια, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην περίπτωση α' της παρούσας παραγράφου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., ανακαλείται η προσωρινή ή οριστική άδεια, εφόσον διαπιστωθεί ότι η μονάδα μεταμόσχευσης δεν πληροί τους όρους που καθορίζονται στην υπουργική απόφαση, η οποία αναφέρεται στην παράγραφο 4.

3. Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και υποβάλλουν στον Ε.Ο.Μ. ετήσια έκθεση για τη δραστηριότητά τους, εντός του Α' διμήνου του επόμενου έτους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5

Συντονιστές Μεταμόσχευσης

Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτήματά του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι. - Τ.Ε.Ι.) μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α). Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 6

Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση και Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών.

1. Οι Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (Τ.Ι.Μ.) συτηρούν και διαθέτουν ανθρώπινους ιστούς προορισμένους για μεταμόσχευση.

2. Οι Τ.Ι.Μ. ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Λειτουργούν σε ρηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή στο Κέντρο Ερευνών «ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ», που εποπτεύονται, κατά περίπτωση, από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας ή Ανάπτυξης.

β. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και

λειτουργίας των Τ.Ι.Μ., οι ειδικότερες κατηγορίες τους, ο έλεγχος της λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Ο Ε.Ο.Μ. καταρτίζει «Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών», το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

Άρθρο 7

Υποψήφιοι λήπτες.

1. Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συναγόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία.

2. Υποψήφιος λήπτης που δεν εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο επειδή δεν κρίθηκε κατάλληλος για μεταμόσχευση ή που διαγράφεται από αυτό επειδή έπαυσε να ισχύει η καταλληλότητά του, μπορεί να προσφύγει στον Ε.Ο.Μ. που τον παραπέμπει σε άλλη μεταμοσχευτική μονάδα, η οποία αποφαινεται τελικά σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του.

3. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Η σημασία των παραπάνω, καθώς και κάθε άλλου κριτηρίου καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

Άρθρο 8

Μητρώο και Αρχείο.

Στον Ε.Ο.Μ. τηρούνται μητρώα δωρητών, κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

Άρθρο 9

Ευαίσθητα δεδομένα.

Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα Αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50/Α).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ

Άρθρο 10

Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβίωσαντα πρόσωπα, δεν

υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.

2. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

3. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ανήλικο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ιστοσυμβατότητα, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιστοσυμβατός δότης, ο οποίος να έχει τη δικαιοπρακτική ικανότητα να παράσχει έγκυρα τη συναίνεσή του στη μεταμόσχευση, και συναινούν σε αυτή και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνο ο ένας έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, ύστερα από απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος, που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του, συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναίνεσεις παρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στην παράγραφο 5 του άρθρου αυτού.

4. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελεύθερα την προς τούτο συναίνεσή του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.

5. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:

α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο,

β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη,

γ) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο.

6. Η συναίνεση του δότη είναι ελεύθερα ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

7. Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο.

Άρθρο 11

Αποζημίωση.

1. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο, πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτά.

2. Η αποζημίωση καταβάλλεται από τις ειδικές πιστώσεις του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που προβλέπονται στο άρθρο 3 του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ

Άρθρο 12

Προϋποθέσεις και διαδικασία.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

2. Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.

3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.

4. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντίκειται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

5. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

7. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προηγείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα.

8. Αμέσως μετά το θάνατό τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατό τους, καταχωρούνται σε κατάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.

Άρθρο 13

Τήρηση ανωνυμίας.

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του.

Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

Άρθρο 14

Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο.

Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του ότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Πόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων εν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Άρθρο 15

Επωνυμία - Έδρα - Σκοπός.

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)» και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

3. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ των:

α. Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

β. Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διασυνοριακό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία περιλαμβάνεται ο μισθός των οστών.

γ. Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων.

δ. Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης Οράζων Ιστών προς Μεταμόσχευση.

ε. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του έργου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ς. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια ανταλλαγή μοσχευμάτων.

Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.

Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την άσκηση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων μεταμόσχευση οργάνων.

Άρθρο 16

Διοίκηση.

Ο Ε.Ο.Μ. διοικείται από εντεκαμελές (11) διοικητικό ζούλιο, που αποτελείται από:

έναν Καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε τοπικό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση, έναν Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού Οστών, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο Οστών,

έναν Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νοση-

λευτικού ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

δ. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπαγών Οργάνων, νοσηλευτικού ιδρύματος εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

ε. ένα Διευθυντή Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις,

ςτ. έναν Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή Νομικού Τμήματος Α.Ε.Ι.,

ζ. έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.),

η. έναν ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

θ. έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος,

ι. ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος ιστών ή οργάνων, που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες,

ια. έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος.

2. Ο Πρόεδρος, τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ., καθώς και οι αναπληρωτές τους διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Η θητεία του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ. είναι τριετής.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

Άρθρο 17

Πόροι.

Πόροι του Ε.Ο.Μ. είναι:

α) Πάγια ετήσια επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες και κάθε είδους χορηγίες από τρίτους.

Άρθρο 18

Προσωπικό.

1. Συνιστώνται οκτώ (8) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου διάρκειας πέντε (5) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται. Η πλήρωση των θέσεων αυτών γίνεται κατά τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α') και μέχρι την πλήρωση μπορεί να καλύπτονται οι ανάγκες με διάθεση ή απόσπαση ειδικών επιστημόνων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή των Οργανισμών που εποπτεύει. Τα ειδικότερα καθήκοντα του προσωπικού αυτού καθορίζονται στον Κανονισμό του Οργανισμού.

2. Συνιστώνται δεκαπέντε (15) θέσεις Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, γραμματειακής, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης του Οργανισμού, τις οποίες καλύπτει προσωπικό με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α'). Μέχρι τη συμπλήρωση αυτών των θέσεων, οι ανάγκες του Οργανισμού μπορούν να καλύπτονται από το στελεχιακό δυναμικό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Για την πρόσληψη προσωπικού στις θέσεις των προηγούμενων παραγράφων προσόντα διορισμού ορίζονται:

α. για τις θέσεις της παρ. 1, τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50/Α'),

β. για τις θέσεις της παρ. 2 τα κατά περίπτωση κλάδου

ή ειδικότητας προβλεπόμενα από το π.δ 194/1998, όπως αυτό ισχύει.

Η αμοιβή του προσωπικού αυτού γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

Άρθρο 19

Οργανισμός - Εσωτερικός Κανονισμός.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται ο Κανονισμός λειτουργίας του Ε.Ο.Μ., ο οποίος ρυθμίζει την οργάνωση και τη διάρθρωση των υπηρεσιών του, την κατανομή των αρμοδιοτήτων του προσωπικού, τον ορισμό επιτροπής δεοντολογίας ή άλλων επιστημονικών επιτροπών, τον έλεγχο διαχείρισης, την υπηρεσιακή κατάσταση και τον πειθαρχικό έλεγχο του προσωπικού, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 20

1. Όποιος με πρόθεση παραβαίνει τις διατάξεις των άρθρων 10 και 12 του νόμου αυτού τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα (1) έτος και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

2. Όποιος δίνει από το σώμα του μοσχεύματα τιμωρείται, εάν συμφώνησε ή έλαβε οποιοδήποτε αντάλλαγμα γι' αυτόν το σκοπό, με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

3. Όποιος προσφέρεται δημόσια να δώσει από το σώμα του μοσχεύματα με οποιοδήποτε αντάλλαγμα τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και με χρηματική ποινή.

4. Όποιος συμφωνεί ή λαμβάνει οποιοδήποτε αντάλλαγμα για να μεσολαβήσει σε αφαίρεση ιστών και οργάνων άλλου για μεταμόσχευση, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

5. Όποιος λαμβάνει ή προσφέρεται να λάβει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ιστούς και όργανα ανθρώπινης προέλευσης τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή. Εάν σκοπός της απόκτησης των μοσχευμάτων είναι η μεταπώληση, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών και χρηματική ποινή δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών.

6. Όποιος χρησιμοποιεί ιστό ή όργανο για μεταμόσχευση σε λήπτη άλλον από τα οριζόμενα στο άρθρο 10 πρόσωπα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

7. Όποιος καθ' οιονδήποτε τρόπο παρακωλύει παράνομα την αφαίρεση μοσχεύματος, τη φύλαξη, μεταφορά, διατήρηση και τελική εμφύτευση με αποτέλεσμα τη μη αξιοποίησή του τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

8. Οι ποινές για τις πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1 έως 7 του άρθρου αυτού, επιβάλλονται εφόσον δεν τιμωρούνται βαρύτερα με άλλη ποινική διάταξη. Εάν οι πράξεις που προβλέπονται από τις παρα-

γράφους 1, 2, 4, 5 και 6 του παρόντος άρθρου τελούνται κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια τιμωρούνται με κάθειρξη.

9. Τα ανωτέρω ποσά χρηματικών ποινών αποτελούν έσοδα του Δημοσίου και εισπράττονται σύμφωνα με τις διατάξεις περί δημοσίων εσόδων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 21

Ρυθμίσεις διαφόρων θεμάτων προσωπικού των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

1. Στο άρθρο 21 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 23/Α), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, προστίθεται παράγραφος 21 ως εξής:

«21. Η πρόσληψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας και προσωπικού στους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς, για την αναπλήρωση μητέρας υπαλλήλου στην οποία χορηγείται η κατά το άρθρο 52 παρ. 1 του Ν. 2683/1999 άδεια μητρότητας ή και η κατά το άρθρο 53 παρ. 1 του ίδιου νόμου, άδεια για ανατροφή παιδιού, γίνεται σύμφωνα με τη διαδικασία και τα κριτήρια του παρόντος άρθρου, διαρκεί όσο χρόνο απουσιάζει η υπάλληλος που αναπληρώνεται και δεν μπορεί να υπερβαίνει τους δώδεκα (12) μήνες. Παράταση της σύμβασης πέραν του προηγούμενου ορίου ή μετατροπή της σε σύμβαση αορίστου χρόνου είναι αυτοδικαίως άκυρες».

2. Συνιστώνται εκατόν πενήντα (150) θέσεις διαφόρων κλάδων Πανεπιστημιακής (ΠΕ), Τεχνολογικής (ΤΕ), Δευτεροβάθμιας (ΔΕ) και Υποχρεωτικής (ΥΕ) Εκπαίδευσης για την κάλυψη των αναγκών της Κεντρικής και των Αποκεντρωμένων Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας κατανέμονται οι θέσεις σε κλάδους και ειδικότητες και καθορίζονται τα προσόντα διορισμού στις θέσεις αυτές. Οι συνιστώμενες θέσεις προστίθενται στις προβλεπόμενες θέσεις του Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στο άρθρο 29 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α) προστίθεται εδάφιο ε' που έχει ως εξής:

«Σε όσους υπαλλήλους δεν μεταταγούν μπορεί, εφόσον υπάρχουν ανάγκες, να τους ανατίθεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η δυνατότητα να εξακολουθήσουν να ασκούν τα καθήκοντά τους με τις ίδιες αρμοδιότητες, υποχρεώσεις και δικαιώματα του κλάδου ΠΕ Επιθεωρητών, κατά τα άρθρα 37, 38, 39 και 40 του Π.Δ. 138/1992 και το άρθρο 14 παρ. 1Α περ. γ' του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).»

4. Επιτρέπεται να διορίζονται σε κενές και κενούμενες θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου και γιατροί που έχουν ιθαγένεια Κράτους - Μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία και τα όργανα για τη διαπίστωση της γνώσης της ελληνικής γλώσσας, καθώς και ο αναγκαίος κατά ιατρική ειδικότητα ή θέση, βαθμός γνώσης αυτής, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Οι ανωτέρω τοποθετούνται με σύμβαση ενός (1) έτους

και ως προς τις αποδοχές και τον τρόπο αμοιβής τους εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

5. Το εδάφιο γ' της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

«Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορούν να εφαρμόζονται ανάλογα και για μόνιμους αγροτικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Οι εντασσόμενοι τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας εντός ή εκτός των ορίων του νομού, που έχουν την οργανική τους θέση, ανάλογα με τις ανάγκες. Στην περίπτωση που δεν αποδέχονται την τοποθέτησή τους στη μονάδα που τοποθετούνται, παραμένουν στην οργανική θέση που κατέχουν ως μόνιμοι αγροτικοί γιατροί.»

6. Οι διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α) καταργούνται από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

7. Το άρθρο 39 του Ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 39

Στο άρθρο 43 του Ν. 1759/1988 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 4, που έχει ως εξής:

4. Γιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. με ειδικότητα που συμπλήρωσαν τέσσερα (4) συνολικά έτη πραγματικής υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό σε νοσοκομεία άγονων Α' περιοχών, μπορούν ύστερα από αίτησή τους να μετατίθενται σε ομοίοβαθμη θέση, σε νοσοκομεία εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ο γιατρός που μετατάσσεται καταλαμβάνει είτε κενή θέση ή θέση προς τούτο δημιουργούμενη, με υπουργική απόφαση. Προϋπόθεση για τη μετάθεση είναι η εντοπιότητα και η συνυπηρέτηση επί εγγάμων.»

8. Διορισμοί γιατρών που έγιναν σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) και της παρ. 1 του άρθρου 28 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α) σε κενές θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου χωρίς προηγούμενη έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου είναι νόμιμοι και καταβάλλονται όλες οι αποδοχές.

9. Προσωπικό της κατηγορίας ΥΕ, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ή με σχέση εργασίας δημοσίου δικαίου κατατάσσεται με την ίδια σχέση σε υφιστάμενες κενές θέσεις του κλάδου Ε.Σ.Υ. προσωπικού ασφαλείας ή ειδικότητας αντίστοιχα. Εάν εν υπάρχουν κενές θέσεις, η κατάταξη γίνεται σε προσωποπαγείς θέσεις του κλάδου ή ειδικότητας ΔΕ προσωπικού ασφαλείας αντίστοιχα, που συνιστώνται με την πράξη κατάταξης και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν. Για να κατά τα ανωτέρω κατάταξη θα πρέπει να συντρέχουν εξής προϋποθέσεις: α) απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου με την οποία να έχουν ανατεθεί καθήκοντα προσωπικού ασφαλείας στον εντασσόμενο, β) ανάλογη ταίριση στις εγκαταστάσεις της Ελληνικής Αστυνομίας, γ) να έχουν ασκήσει τα καθήκοντα του προσωπικού ασφαλείας για τρία (3) τουλάχιστον χρόνια.

10. Προσωπικό που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας σε θέσεις των κλάδων ΥΕ

Οδηγών Αυτοκινήτων- Ασθενοφόρων και ΥΕ Τραυματοφόρων κατατάσσεται σε υφιστάμενες κενές θέσεις κλάδου ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων και αν δεν υπάρχουν σε συνιστώμενες με την πράξη κατάταξης προσωποπαγείς θέσεις του ίδιου κλάδου, οι οποίες καταργούνται αυτοδικαίως με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν, εφόσον έχουν: α) επαγγελματική άδεια οδηγού αυτοκινήτου τουλάχιστον Γ κατηγορίας, β) τριετή εμπειρία οδηγού αυτοκινήτου, που διανύθηκε με άδεια οδήγησης τουλάχιστον Γ κατηγορίας.

11. Ουδείς υποβάλλει υποψηφιότητα για θέση κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομείο, αν δεν έχει εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου που ορίζει το Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α) ή δεν έχει νόμιμη απαλλαγή. Εξαιρούνται οι υποψήφιοι σε Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Ιατρεία. Κάθε άλλη αντίθετη διάταξη προς αυτήν καταργείται.

Άρθρο 22

Ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε. - ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. - ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. - Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ.

1. Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ, που ιδρύθηκε με το άρθρο 7 παρ. 1 του Ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146/Α) και λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του ίδιου νόμου, μετατρέπεται σε ανώνυμη εταιρεία, με την επωνυμία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» και έδρα την Παλλήνη Αττικής, η οποία διέπεται από τις διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920 και της παρ. 3 του άρθρου 7 του Ν. 1965/1991. Το καταστατικό θα συνταχθεί με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. Η μεταβολή της νομικής μορφής, κατά τα ανωτέρω, συντελείται με τη δημοσίευση του καταστατικού της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.», σύμφωνα με τις διατάξεις περί ανωνύμων εταιριών.

Η ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. συγχωνεύεται με τη μετατραπείσα σε ανώνυμη εταιρεία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.». Το μετοχικό κεφάλαιο της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» αποτελείται από μία ονομαστική μετοχή, η οποία ανήκει στον Ε.Ο.Φ., το Δ.Σ. του οποίου ασκεί τις αρμοδιότητες της Γενικής Συνέλευσης. Η μετατροπή και η συγχώνευση έχουν πλήρη απαλλαγή από φόρους, τέλη και κρατήσεις υπέρ οποιουδήποτε τρίτου. Τα δικαιώματα των συμβολαιογράφων και υποθηκοφυλάκων περιορίζονται στο 1/4 των νομίμων.

Η σχέση εργασίας που συνδέει το υπάρχον προσωπικό διατηρείται και μεταξύ αυτού και της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» υπό το ισχύον σήμερα καθεστώς και τους ίδιους όρους.

2. Στο άρθρο 17 του Ν. 2303/1995 (ΦΕΚ 80/Α) προστίθεται παρ. 9 ως εξής:

«9. Με την καταχώρηση στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιρειών της απόφασης της Γ.Σ. των μετόχων της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. περί λύσεως της εταιρείας, ο Ε.Ο.Φ. καθίσταται αυτοδικαίως και χωρίς καμία άλλη διατύπωση, σε όλα γενικώς τα ενοχικά και εμπράγματα δικαιώματα και υποχρεώσεις της λυθείσας εταιρείας ως καθολικός διάδοχός της. Οι εκκρεμείς δίκες της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. συνεχίζονται στο όνομα του Ε.Ο.Φ., ο οποίος νομιμοποιείται ενεργητικά και παθητικά προς τούτο.»

3. Στην έννοια των έργων της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 54 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) περιλαμβάνεται και η ανάθεση μελετών εξοπλισμού, καθώς και η

ανάθεση εκτέλεσης προμήθειας ειδών πάσης φύσεως εξοπλισμού. Η Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. ορίζεται φορέας εκτέλεσης προμήθειας εξοπλισμού και εξαιρείται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 2286/1995 (ΦΕΚ 19/Α').

Άρθρο 23

Κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

1. Το άρθρο 20 του Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15/Α'), όπως ισχύει σήμερα, αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 20

1. Καθιερώνεται κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή, καθώς και όλους τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλιστού». Ο κατάλογος εγκρίνεται και αναθεωρείται ανά διετία από της ισχύος του με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας, ύστερα από εισήγηση Ειδικής Επιτροπής που συστήνεται με απόφαση των ίδιων Υπουργών στον Ε.Ο.Φ.

Κατ' εξαίρεση μέχρι τη συμπλήρωση διετίας από την εφαρμογή του καταλόγου, όπως συμπληρωμένος ισχύει σήμερα, μπορούν να εκδίδονται, με την ίδια διαδικασία αξιολόγησης και ύστερα από απόφαση των ίδιων Υπουργών, συμπληρωματικοί κατάλογοι που θα περιλαμβάνουν ιδιοσκευάσματα από νέα δελτία τιμών και διορθώσεις.

2. Η Ειδική Επιτροπή είναι επταμελής και συγκροτείται από δύο καθηγητές ή αναπληρωτές των σχολών επιστημών υγείας των Α.Ε.Ι., ένα γιατρό με βαθμό διευθυντή του Ε.Σ.Υ. και ένα φαρμακοποιό, με προϋπηρεσία άνω των πέντε (5) ετών στο Ε.Σ.Υ., καθώς και ένα γιατρό ή φαρμακοποιό του Ε.Ο.Φ., του Ι.Κ.Α. και του Ο.Γ.Α. που ορίζονται από τις διοικήσεις τους. Για καθένα από τα μέλη ορίζεται αντίστοιχα και αναπληρωτής. Πρόεδρος ορίζεται ένας εκ των δύο καθηγητών.

Έργο της Ειδικής Επιτροπής είναι η κατάρτιση νέου ή η αναθεώρηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς και το Δημόσιο, με αντικειμενικά κριτήρια, όπως η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητά τους, η ανεκτικότητα και ασφάλεια, το μέσο κόστος ημερήσιας θεραπείας, η χορήγησή τους από τις κοινωνικές ασφαλίσεις άλλων χωρών και κάθε άλλο κριτήριο κατά τη γνώμη της Επιτροπής.

3. Μετά την ολοκλήρωση της κατάρτισης του καταλόγου από την Ειδική Επιτροπή ενημερώνονται οι ενδιαφερόμενοι παρασκευαστές ή αντιπρόσωποι, προκειμένου να υποβάλλουν εντός δεκαπέντε (15) ημερών τις παρατηρήσεις τους, ώστε να ληφθούν υπόψη για την οριστικοποίηση του καταλόγου και την έκδοση της σχετικής απόφασης. Μετά την έκδοση της απόφασης αυτής και τη δημοσίευσή της οι παρασκευαστές ή αντιπρόσωποι των οποίων ιδιοσκευάσματα δεν έχουν περιληφθεί στον κατάλογο, μπορούν να ζητήσουν την επανάκρισή τους από την ίδια Ειδική Επιτροπή προσκομίζοντας κάθε στοιχείο, κατά την κρίση τους αναγκαίο, για την υπεράσπιση των απόψεών τους με το δικαίωμα να αναπτύξουν αυτές και προφορικά ενώπιον της Επιτροπής. Για τα ιδιοσκευάσματα, τα οποία θα γίνουν δεκτά μετά από την επανάκρισή τους,

από την Ειδική Επιτροπή, εκδίδεται, μετά από εισήγησή της, συμπληρωματικός κατάλογος με νέα κοινή υπουργική απόφαση.

4. Σε όλα τα μέλη και τους γραμματείς της Επιτροπής της παρ. 2 καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, η οποία δεν υπόκειται στους περιορισμούς των άρθρων 3 του Ν. 1256/1982 και 18 του Ν. 1505/1984, βαρύνει το Λογισμικό Βελτίωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (Λ.Β.Κ.Α.) και τον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Φ.. Το ύψος της αποζημίωσης και η αναλογία της δαπάνης, που θα βαρύνει το Λ.Β.Κ.Α. και τον Ε.Ο.Φ., θα καθορισθεί με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Οι όροι λειτουργίας της Ειδικής Επιτροπής, η διαδικασία εγκρίσεως ή απορρίψεως των ιδιοσκευασμάτων, η γραμματειακή της εξυπηρέτηση και κάθε άλλη λεπτομέρεια ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

6. Το Δημόσιο και οι φορείς της παρ. 1 του παρόντος άρθρου δεν θα εξοφλούν συνταγές με ιδιοσκευάσματα που δεν συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο, εκτός εάν συνοδεύονται από ειδικά αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού για την αναγκαιότητα της χορήγησής τους, ως αναντικατάστατων. Επίσης δεν θα εξοφλούν συνταγές, οι οποίες περιέχουν ιδιοσκευάσματα κατά τη συνταγογράφηση των οποίων δεν έχουν τηρηθεί οι σχετικές αποφάσεις του Ε.Ο.Φ., όσον αφορά τις ενδείξεις τους. Συνταγή που περιέχει ιδιοσκευάσματα εκτός καταλόγου θεωρείται από τον ελεγκτή ιατρό του Δημοσίου ή του ασφαλιστικού οργανισμού, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τη νομοθεσία του κάθε φορέα για τη θεώρηση των συνταγών.

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, καθιερώνεται ενιαίος τύπος συνταγής χορήγησης φαρμάκων για το Δημόσιο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλιστού», θεσπίζονται όργανα και διαδικασίες ελέγχου της φαρμακευτικής περίθαλψης και καθορίζονται οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών φορέων, φαρμακοποιών και των θεράποντων ιατρών και ελεγκτών, καθώς και οι κυρώσεις σε περίπτωση μη τήρησής τους.»

Άρθρο 24

Ρύθμιση καταβολής δαπανών νοσηλείας ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Δαπάνες νοσηλείας ασφαλισμένων Ι.Κ.Α. που αφορούν, υλικά και σε τιμές όχι υψηλότερες από αυτές που έχουν καθοριστεί από το Ίδρυμα, ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα που δεν συμπεριλαμβάνονται στο νοσήλιο, αλλά έχουν βεβαιωθεί από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.δ. 2592/1953, βάσει αποφάσεων του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνωμοδότηση του ΚΕ.Σ.Υ. και αμφισβητείται η καταβολή τους, σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ίσχυε μέχρι την υπ' αριθ. Υ4α/οικ. 1320/3.2.98 (ΦΕΚ 99Α') κοινή υπουργική απόφαση, θεωρούνται νόμιμες και καταβάλλονται από το Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία εντός τριμήνου από την έναρξη ισχύος του παρόντος.

Άρθρο 25

Χωροθέτηση του Κέντρου Υποστήριξης
Αυτιστικών Ατόμων Ν. Αττικής.

Στο υπ' αριθ. 3062 τεμάχιο, επιφανείας 14.150 τ.μ. περίπου του κτήματος που βρίσκεται στη θέση «ΟΛΥΜΠΟΣ» του Δήμου Καλυβίων Θορικού και έχει παραχωρηθεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με την υπ' αριθ. 6521/5.11.1997 πράξη του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας Αττικής, επιτρέπεται η ανέγερση «Κέντρου Υποστήριξης Αυτιστικών Ατόμων Νομού Αττικής».

Οι όροι δόμησης για την ανέγερση εγκαταστάσεων του Κέντρου καθορίζονται ως εξής:

Ποσοστό κάλυψης: είκοσι τοις εκατό (20%).

Συντελεστής δόμησης: τρία δέκατα (0,3).

Μέγιστο ύψος του κτιρίου: επτά μέτρα και μισό (7,5), το οποίο προσαυξάνεται κατά ένα μέτρο και είκοσι εκατοστά (1,20) για την περίπτωση κατασκευής στέγης.

Ελάχιστη απόσταση των κτιρίων από τα όρια του γηπέδου: πέντε (5) μέτρα.

Άρθρο 26

Ανάπτυξη νοσοκομείων.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους. Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν Τμήματά του. Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος, μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό, καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά, θεωρείται δε ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτήν το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο νοσοκομείο αυτό, τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο νοσοκομείο της περιοχής. Κενά θέσεων που θα προκύπτουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερόμενων τμημάτων ή μονάδων, εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων, θα καλύπτονται από το

Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου, γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές του ανωτέρω προσωπικού βαρύνουν τον Κρατικό Προϋπολογισμό και καταβάλλονται δια του φορέα από τον οποίο προέρχεται, σύμφωνα με τη διαδικασία της παραγράφου 3 του άρθρου 16 του Ν. 2592/1998. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2703/1999, 2606/1998, 2470/1997 και 2592/1998 κατά περίπτωση, βαρύνουν τον προϋπολογισμό του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και καταβάλλονται από αυτό.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης, ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργανικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντιάτρους, εάν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων του ίδιου ή ανώτερου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

Άρθρο 27

Κύρωση Τροποποιητικής Σύμβασης του Ελληνικού Δημοσίου με το «Ίδρυμα Παπαγεωργίου».

Κυρώνεται και έχει ισχύ νόμου η τροποποιητική σύμβαση που υπεγράφη την 8η Ιουλίου 1999 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και έχει ως εξής:

ΣΥΜΒΑΣΗ

Στην Αθήνα σήμερα την 8η Ιουλίου του 1999 έτους μεταξύ αφ' ενός του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ που εκπροσωπείται νόμιμα από τους: 1) Γιάννο Παπαντωνίου κάτοχο του με αριθμ. Σ.205012 Δ.Τ. του Αστυνομικού Τμήματος Αθηνών ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Οικονομικών, και 2) Λάμπρο Παπαδήμα κάτοχο του με αριθμ. Σ.986171 Δ.Τ. του Τ.Α. Λαμίας ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αφ' ετέρου του στην πόλη της Θεσ/κης (οδός Αριστοτέλους αριθ. 5) εδρεύοντος Κοινοφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» που συστήθηκε με την υπ' αριθ. 35685/29.8.1990 πράξη της Συμβ/φου Θεσ/κης Ιωάννας Μπιλίση - Χρυσουλά, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. 36090/12.10.1990 πράξη της ίδιας Συμβ/φου Θεσ/κης, του οργανισμού διοίκησης και διαχείρισης του Ιδρύματος τούτου κυρωθέντος με το από 8.11.1990 Προεδρικό Διάταγμα, που δημοσιεύθηκε νόμιμα στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος Β' αριθμ. φύλλου 766/5.12.1990) και το οποίο εκπροσωπείται εν προκειμένω νόμιμα από τον πρόεδρο αυτού Βασίλειο Χ. Παπά, δυνάμει και της υπ' αριθμ. 280/29.8.1997 αποφάσεως του Διοικητικού του Συμβουλίου συνεφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαίως αποδεκτές οι κάτωθι τροποποιήσεις και προσθήκες στην από 24.5.1991 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 1964/1991, όπως αυτή τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την από 3.11.97 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 2618/18.6.98:

Στο άρθρο 2 προστίθεται παράγραφος 6 ως εξής:

6. Με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Νοσοκομείου δύναται να τροποποιείται και να καθορίζεται η συνολική δυναμικότητα των κλινών.

Στο άρθρο 14 προστίθεται παράγραφος 5 ως εξής:

5. Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με Ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους.

Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσ/κης.

Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και αποτελούν Τμήματά του.

Το Ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο Νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά.

Το Ιατρικό και λοιπό προσωπικό θεωρείται ότι βρίσκεται

σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο Νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές μισθοδοσίας του ανωτέρω προσωπικού εξακολουθούν να καταβάλλονται από το Νοσοκομείο από το οποίο προέρχεται. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται με την ίδια διαδικασία που ακολουθείται και για τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και καταβάλλεται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτή το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του ιδίου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ιδίου κλάδου και κατηγορίας στο Νοσοκομείο αυτό τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο Νοσοκομείο της περιοχής.

Κενά θέσεων που θα προκύπτουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερομένων τμημάτων ή μονάδων εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων θα καλύπτονται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργανικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρό-

εδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντιάτρους εάν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων του ίδιου ή ανωτέρου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι., γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

Η περίπτωση δ' της παρ. 3 του άρθρου 16 αντικαθίσταται ως εξής:

δ. Ο Γενικός Διευθυντής προσλαμβάνεται μετά από προκήρυξη από το Δ.Σ. του νοσοκομείου με σύμβαση τριετούς διάρκειας. Σε περίπτωση που η λήξη της θητείας του Γεν. Δ/ντή συμπίπτει με εκείνη του Δ.Σ. τότε παρατείνεται αυτοδικαίως για ένα ακόμη εξάμηνο. Τα κριτήρια για την αξιολόγηση είναι τα οριζόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 και στην προβλεπόμενη από την παράγραφο αυτή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Ο προσλαμβανόμενος πρέπει να είναι πτυχιούχος Α.Ε.Ι. με αξιόλογη διοικητική εμπειρία στο Δημόσιο ή Οργανισμούς ή Επιχειρήσεις του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα. Στη θέση αυτή δύναται να προσληφθεί και υπάλληλος εκ των υπηρετούντων στο νοσοκομείο, ο οποίος διαθέτει τα προβλεπόμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, μετά δε τη λήξη της θητείας του ή της καθ' οιονδήποτε τρόπο απομάκρυνσής του από τη θέση του Γενικού Διευθυντή, επανέρχεται στην οργανική του θέση.

Οι μηνιαίες αποδοχές του Γενικού Διευθυντή καθορίζονται μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Διατάξεις του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας αντίθετες προς την ανωτέρω διάταξη καταργούνται.

Σε πίστωση των πιο πάνω συντάσσεται η παρούσα σε όσα και τα συμβαλλόμενα μέρη αντίτυπα, η οποία αφού διαβάστηκε και βεβαιώθηκε από τους συμβαλλόμενους υπογράφεται ως ακολούθως:

ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ

ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ	Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ	ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ	Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Β. ΠΑΠΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 28

Συνέχιση λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων Ιστών και οργάνων και Τραπεζών Ιστών.

1. Οι Μεταμοσχευτικές Μονάδες Ιστών και οργάνων και Τράπεζες Ιστών προς μεταμόσχευση που λειτουργούν

κατά τη δημοσίευσή του νόμου υποχρεούνται να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας τους, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευσή του, μετά τη χορήγηση της οποίας λειτουργούν υπό τους όρους των άρθρων 4 και 6.

2. Έως την έκδοση του κανονισμού λειτουργίας του Ε.Ο.Μ. τα όργανα και οι υπηρεσίες, των οποίων το αντικείμενο καταργείται με το άρθρο 30, διατηρούν τις αρμοδιότητές τους.

Άρθρο 29

Ειδίκευση στη Χειρουργική Θώρακα και στην Αγγειοχειρουργική.

Ιατροί ειδικότητας Γενικής Χειρουργικής, με μεταγενέστερη έμμισθη υπηρεσία, μέχρι τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, τουλάχιστον δύο (2) ετών σε Μονάδες Μεταμόσχευσης Καρδιάς και Πνευμόνων ή Μεταμόσχευσης Νεφρού, που λειτουργούν νομίμως, μπορούν να αναγνωρίσουν την υπηρεσία αυτή ως χρόνο πλήρους ειδίκευσης στη Χειρουργική Θώρακα ή στην Αγγειοχειρουργική και να αποκτήσουν ύστερα από εξετάσεις την ειδικότητα της Χειρουργικής Θώρακα ή της Αγγειοχειρουργικής.

Άρθρο 30

Καταργούμενες διατάξεις.

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α').

2. Ο Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α') «Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων».

3. Τα άρθρα 130 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α') και 8 του Ν. 2193/1994 (ΦΕΚ 34/Α') «Σύσταση και ανασύνθεση του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων».

4. Η με αριθμό Α2γ/1468/6.3.85 υπουργική απόφαση «Σύσταση Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων», όπως έχει τροποποιηθεί, μόνο σε ό, τι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

5. Οι κανονιστικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν εκδοθεί με βάση το Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α') εξακολουθούν να ισχύουν μέχρις ότου εκδοθούν οι προβλεπόμενες από το νόμο αυτόν σχετικές αποφάσεις, εφόσον δεν αντίκεινται στο περιεχόμενό του.

Άρθρο 31

Οριστικά παραχωρητήρια, με τα οποία το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης παραχώρησε σε δικαιούχους πρόσφυγες οικοπέδα στην περιοχή Περάματος Αττικής και τα οποία δεν έχουν ανακληθεί μέχρι σήμερα, εφόσον έχουν απωλεσθεί, αναπληρώνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία επέχει θέση νόμιμου τίτλου.

Άρθρο 32

Η περίπτωση 2 της παραγράφου 1 του άρθρου 26 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α') αντικαθίσταται ως ακολούθως:

«2. Ως πρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζεται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπο που έχει γνώση οργάνωσης και διοίκησης και είναι κάτοχος πτυχίου Α.Ε.Ι. Οι αμοιβές προέδρου και αντιπροέδρου καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας».

Άρθρο 33

1. Η επιλογή των οδοντιάτρων για ειδικευση στην Ορθοδοντική γίνεται με διαγωνισμό. Οι επιλεγόμενοι οδοντίατροι τοποθετούνται για ειδικευση βάσει της σειράς επιτυχίας τους, στα τμήματα Ορθοδοντικής των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, σε κενές ή κενούμενες οργανικές θέσεις ειδικευομένων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για την υπηρεσιακή κατάσταση, τις αποδοχές, υποχρεώσεις και δικαιώματα των κατά τα ανωτέρω τοποθετούμενων οδοντιάτρων, εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους ειδικευόμενους γιατρούς διατάξεις.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο χρόνος έναρξης, ο τρόπος, η διαδικασία διεξαγωγής του διαγωνισμού, η εξεταστέα ύλη, οι προϋποθέσεις συμμετοχής των ενδιαφερομένων στο διαγωνισμό και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης.

2. Οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν από 23.5.1988 ή παρακολουθούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, τα μεταπτυχιακά προγράμματα των Ορθοδοντικών Τμημάτων των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης σύμφωνα με το Π.Δ. 235/1988 (ΦΕΚ 100/Α'/23.5.1988), μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις.

3. Οι οδοντίατροι του Ι.Κ.Α. που εμπίπτουν στις μεταβατικές διατάξεις των προεδρικών διαταγμάτων 235/1988 και 388/1991, μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις, εφόσον έχουν παρακολουθήσει το διετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ι.Κ.Α.

Άρθρο 34

Έναρξη ισχύος.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ

ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ

Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Μ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ε. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Γ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ

Σ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ

Αγραφιώτης, Κ.Θ., *Τεχνητός Νεφρός*, Επιστημονικά Εδόσεις Γρηγόριος και Παρισιανός, Αθήνα 1984

Αλεξοπούλου, Ο., *Σημειώσεις Κοινωνικής Εργασίας με άτομα III*, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 2000

Αναγνωστόπουλος, Φ. και Παπαδάτου, Δ., *Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995

Δημόπουλος, Α.Κ., *Ουρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1981

Ζαφείρης, Γ.Α., Ζαφείρη, Α.Ε. και Μουζακίτης, Μ.Χ., *Οικογενειακή θεραπεία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Καλπίνη-Παπαδοπούλου, Χ., *Σημειώσεις: Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας II*, ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1998

Καπαντζή-Αζίζη, Α., *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα 1999

Καστρινάκης, Γ., *Θέλω να ζήσω*, Εκδόσεις Γ. Συρίγου και Σία Ο.Ε., Έκδοση 12^η, Αθήνα 1999

Μαδιανός, Μ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994

Μαθιουδάκη-Χλαπανίδη, Ε., *Παιδί και Αιμοκάθαρση: Κοινωνικά, Ψυχολογικά και Εκπαιδευτικά προβλήματα. Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης*, Αθήνα 1991

Μαλγαρινού, Μ.Α. και Κωνσταντινίδου, Σ.Φ., *Νοσηλευτική-Παθολογική Χειρουργική*, Τόμος Β, Μέρος 1^ο, Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 1995

Μουζακίτης, Χ., *Σημειώσεις Δεοντολογίας της Κοινωνικής Εργασίας*, ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα 1996

Μπαρμπαλιάς, Α.Γ., *Στοιχεία Ουρολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987

Μπαρμπαλιάς, Α.Γ., *Ουρολογία*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Τυρογαμα, Πάτρα 1998

Παρασκευόπουλος, Ν.Ι., *Εξελικτική Ψυχολογία*, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 1984

Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα*, Εκδόσεις Έλλη, Αθήνα 1998

Σαχίνη-Καρδάση, Α. και Πάνου, Μ., *Παθολογική και Χειρουργική*, Έκδοση 2^η, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997

Τσάκα, Α., *Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στον τεχνητό νεφρό*, Πρακτικά κλινικής Νοσοκομείου Ρίο, Πάτρα 1999

Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Εκδόσεις Θεμέλιο – Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989

ΞΕΝΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ

Berger, M. και Jorgens, V., *Η ινσουλινοθεραπεία στην πράξη*, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος και Παρισιανός, Αθήνα 1985

Berlyne, M.G., *Παθήσεις των νεφρών*, Ελληνική Έκδοση Αβραμίδης Α. – Αντωνιάδης Α., Θεσσαλονίκη 1980

Clements, H. N.D., D.O., *Παθήσεις των νεφρών*, Μετάφραση Μπαρουξής Γ., Εκδόσεις Κονιδάρη, Αθήνα 1982

Κλαϊν, Μ., *Ψυχανάλυση και σεξουαλική αγωγή*, Μετάφραση Διάφα Μ., Εκδόσεις Πύλη, Αθήνα 1991

Rapper, S., *Κλινική νεφρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981

Ratty, G., *Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπιση τους*, Επιμέλεια Δεγλέρης Ν.Ε., Έκδοση Β', Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Καστρινάκης, Γ., “Το χρονικό ενός μεγάλου αγώνα.”, *Επιθεώρηση* 1998-1999, τεύχος 21, σελ. 10

Καστρινάκης, Γ., “30 χρόνια μεταμόσχευση.”, *Επιθεώρηση* 2000, τεύχος 24, σελ. 14

Λαγγουράνης, Α., “Τρέχοντα προβλήματα μεταμοσχευτικών διαδικασιών.”, *Επιθεώρηση* 2000, τεύχος 24, σελ. 27

Λύρος, Ξ., “Ο χρόνιος νεφροπαθής και η οικογένεια.”, *Επιθεώρηση* 1998-1999, τεύχος 21, σελ. 44

Μαντέλος, Π., “Επίσκεψη στη μονάδα τεχνητού νεφρού του νοσοκομείου Παίδων Αγ. Κυριακού.”, *Επιθεώρηση* 1998-1999, τεύχος 21, σελ. 23

Μονάδα Τ.Ν. 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας, “Σεξουαλικότητα και Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.”, *Επιθεώρηση* 2000, τεύχος 24, σελ. 33

Παπαδογιαννάκης, Ν. και Θάνος, Ι., “Οδηγίες προς τους νεφροπαθείς που άρχισαν αιμοκάθαρση.”, *Επιθεώρηση* 1989, τεύχος 5, σελ. 24

Παπαδογιαννάκης, Ν., “Η διαίτα των αρρώστων σε χρόνια αιμοκάθαρση.” *Επιθεώρηση* 1987, τεύχος 3, σελ. 23

Σιαπέρα, Δ., “Καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης στα παιδιά με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια”, *Επιθεώρηση* 1999, τεύχος 22, σελ. 44

Σιγάλας, Ι., “Οικονομική διάσταση της νόσου του καρκίνου.”, *Ca* 1996, τεύχος 17, σελ. 28

Τσούγια, Π. και Κανλή, Σ., “Ειδικά προβλήματα παιδιού με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.”, *Επιθεώρηση* 1999, τεύχος 22, σελ. 9

Χλαπανίδη, Ε., “Ψυχολογικά προβλήματα παιδιών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια”, *Επιθεώρηση* 1999, τεύχος 23, σελ. 32

Ενημερωτικό φυλλάδιο φαρμακοβιομηχανίας DEMO ABEE, *Η ζωή με την αιμοκάθαρση*, Αθήνα, 1996

ΗΜΕΡΙΔΕΣ

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.), *Δωρεά οργάνων – Μεταμόσχευση, από το ιατρικό θαύμα στην κοινωνική αποδοχή*, Πρακτικά ημερίδας Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, Πάτρα, 2001

Τσούγια, Π. και συν., *Ενημέρωση-Παρακολούθηση-Εκπαίδευση παιδιού με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.*, Πρακτικά 6^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Συνδέσμου Νεφροπαθών, Αθήνα, 1995

Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, Αθήνα, 2000

ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ

Καλλιγά, Ε., Παππά, Μ. και Φάνου, Γ., “Νεφροπάθεια-Μεταμόσχευση-Δωρεά οργάνων”, υπεύθ. Καθηγήτρια: Χαραλάμπους Μ., Πάτρα 1991

