



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΟΣ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ & Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ
ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ: ΚΟΥΥΒΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΑΡΡΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΣΟΜΠΟΛΟΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ



ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΙΑΛΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2013



Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ & Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΚΟΛΥΒΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΑΡΡΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΣΟΜΠΟΛΟΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΤΡΙΑ

ΓΙΑΛΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ

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

ΠΑΤΡΑ 2013

Η διπλωματική εργασία των σπουδαστών Κολυβά Παρασκευή, Σάρρου Αθανασίας & Σόμπολου Οδυσσέα εγκρίνεται:

Υπογραφές

1. Γιαλούρη Μαρία (καθηγήτρια, υπεύθυνη-επόπτρια καθηγήτρια)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	ii
ABSTRACT	iii
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	iv
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	vi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	1
Υποκεφάλαιο 1: Κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης	1
1.1.Κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης: οι στόχοι, η νομοθεσία και ιστορική αναδρομή.....	1
1.2.Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου.	4
1.3.Ποιοι ασθενείς εξυπηρετούνται από τα Κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης.....	4
1.3.1. Κινητικές αναπηρίες από τραυματισμούς (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα, κακώσεις νωτιαίου μυελού, ακρωτηριασμοί, αθλητικές κακώσεις).....	4
1.3.2. Παθήσεις που σχετίζονται με κινητικές αναπηρίες(αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος Parkinson, εγκεφαλική παράλυση κλπ) περιορισμό της λειτουργικότητας λόγω παθήσεων του καρδιοαναπνευστικού συστήματος, μετά από χειρουργικές επεμβάσεις κλπ. παραπληγία, ημιπληγία.....	6
1.3.3 Μετεγχειρητικές επιπλοκές- συνέπειες (επεμβάσεις ορθοπεδικές, νευροχειρουργικές, καρδιοχειρουργικές)	8
1.3.4.Νοητικά προβλήματα	8
1.3.5.Ψυχοκοινωνικά προβλήματα και ο χειρισμός τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.....	10
1.4 Αρμοδιότητες και διάρθρωση των υπηρεσιών ενός Κέντρου Αποθεραπείας-Αποκατάστασης	13
1.4.1. Αρμοδιότητες της ιατρικής υπηρεσίας, νοσηλευτικής υπηρεσίας	13
1.4.2 Τμήμα Ψυχολογίας, Τμήμα Διαιτολογίας- Διατροφής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Τμήμα Εργοθεραπείας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.	15
1.5.Θεραπευτικά Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης που λειτουργούν στην Ελλάδα σήμερα	22
2.1 Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας.....	23
2.1.1. Ορισμός της έννοιας της υγείας.....	23
2.1.2. Το βιοιατρικό-βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας	24
2.2. Η αναπηρία ως συνέπεια ατυχημάτων ή ασθενειών στα Κ. Α. Α. και τα χαρακτηριστικά της .	26
2.3 Η σχέση του ασθενούς με το ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό υγείας	28
2.4. Η κοινωνική εργασία σε υπηρεσίες υγείας	31

2.5 Κλινική κοινωνική εργασία και διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια ενός κέντρου αποθεραπείας-αποκατάστασης	33
2.6 Η διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών στα Κ. Α. Α. και ο ρόλος των ειδικών σε περίοδο κρίσης.	36
2.7. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις	38
2.7.1. Προγράμματα παρέμβασης για την ομαλή επανένταξη ασθενών και των οικογενειών τους	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
Εισαγωγή	43
2.1 Είδος έρευνας	43
2.2 Αξιοπιστία της ποιοτικής έρευνας.....	44
2.3 Εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας	44
2.4 Περιορισμοί έρευνας και αξιοπιστία των δεδομένων	47
2.5 Πληθυσμός- Δείγμα.....	47
2.6 Δειγματοληψία.....	47
2.7 Προετοιμασία συνεντεύξεων.....	48
2.8 Τεχνικές συλλογής δεδομένων	49
2.9 Η διαδικασία της επεξεργασίας δεδομένων	51
2.10 Η δομή του ερωτηματολογίου της συνέντευξης	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	54
3.1 Προφίλ νοσηλευόμενων	54
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	74
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους εκείνους που βοήθησαν με κάθε τρόπο στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την καθηγήτρια μας κα. Γιαλούρη Μαρία για την συνεχή καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράσταση που έδειξε καθ' όλη την διάρκεια διεξαγωγής της πτυχιακής μας εργασίας. Την ευχαριστούμε επίσης για την γνώση και το πλήθος πληροφοριών που εκλάβαμε μέσα από αυτήν την διαδικασία.

Το πιο μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας, που όλα αυτά τα χρόνια σπουδών μας, μας στήριξαν και μας συμπαράσταθηκαν υλικά και ηθικά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, το οποίο είναι χωρισμένο σε δύο υποκεφάλαια, θα δούμε αναλυτικά τι είναι ένα Κέντρο Αποθεραπείας- Αποκατάστασης, ποιοι είναι οι στόχοι του και τι επιδιώκει, τη νομοθεσία που ισχύει για τα συγκεκριμένα κέντρα, ποιες είναι οι ειδικότητες που το πλαισιώνουν, καθώς επίσης ποιοι είναι οι ασθενείς εκείνοι, οι οποίοι καταφεύγουν στα Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης.

Περνώντας στο δεύτερο υποκεφάλαιο της εργασίας μας, επικεντρωνόμαστε κυρίως στο συναισθηματικό κομμάτι των ασθενών.

Ενδεικτικά αναφερόμαστε στον ορισμό της επιστήμης της ψυχολογίας της υγείας και με ποιο τρόπο μέσω της εξέλιξης της καταλήξαμε πλέον στη σύγχρονη ιατρική να αναγνωρίζουμε δύο μοντέλα υγείας, το βιοιατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, τα οποία αναλύονται και συγκρίνονται μεταξύ τους.

Στο ίδιο υποκεφάλαιο, αναφερόμαστε στις αναπηρίες και στα χαρακτηριστικά τους και στον τρόπο με τον οποίο μπορούν να επηρεάσουν τον ασθενή, ενώ παράλληλα αναλύεται η σχέση του ασθενούς με το ιατρικό-νοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό του κέντρου.

Εκτεταμένη αναφορά γίνεται στην κοινωνική εργασία στους χώρους υγείας, ενώ όσο προχωράει η εργασία αναλύεται η σημασία της κλινικής κοινωνικής εργασίας και η σύνδεση της με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα, καθώς η σωστή σύσταση και λειτουργία ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας, μόνο οφέλη μπορεί να αποφέρει, τόσο στον ασθενή όσο και στην ίδια την ομάδα.

Αναφέρονται οι παρεμβάσεις που πρέπει να κάνει ο θεραπευτής υγείας, στα προγράμματα που μπορεί να χρησιμοποιήσει και γενικότερα στο εύρος στρατηγικών και τεχνικών που έχει στην κατοχή του προκειμένου να επαναφέρει τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Αναφέρονται οι παρεμβάσεις που πρέπει να κάνει ο θεραπευτής υγείας προκειμένου να μπορέσει να εξαλείψει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής και αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στη βελτίωση της υγείας του. Τέλος ενδεικτικά αναφέρονται τα προγράμματα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο θεραπευτής και γενικότερα το εύρος στρατηγικών και τεχνικών που έχει στην κατοχή του προκειμένου να επαναφέρει τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Κλείνοντας την εργασία και περνώντας στο δεύτερο κεφάλαιο που είναι αυτό της έρευνας, γίνεται μία προσπάθεια μέσα από συνεντεύξεις που πάρθηκαν από ασθενείς σε δύο ιδιωτικά θεραπευτήρια στην Πάτρα και την Λάρισα, να αναγνωριστούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν αλλά και να δούμε από τη δική τους πλευρά, όσα αναφέρθηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε, είναι η ποιοτική γιατί στόχος είναι η διερεύνηση και η ανάλυση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

ABSTRACT

The purpose of our thesis- research work is to highlight the psychosocial problems faced by patients in the Rehabilitation Centers, how they affect the state of their health , their emotional state and their relationship with their wider environment and health professionals, during hospitalization and after its expiry.

In the first chapter of the bibliographic review , which is divided into two subsections , we see in detail what a Rehabilitation and restoration Clinic is, what the goals and the aims are, the legislation applied to specific centers , what the specializations they're framed into are , as well as who are the patients who resort the Rehabilitation-Restoration Centers.

Moving on to the second subsection of our work, we focus mainly on the emotional part of the patients. More specifically, we refer to the definition of the science of Health Psychology and in what manner we came to recognize two models of health in modern medicine through its evolution, the biomedical and the bio-psychosocial model, which are analyzed and compared here.

In the same sub-chapter, we refer to chronic diseases, their characteristics and how they can affect the patient, while analyzing the patient's relationship with the medical and nursing staff of the center.

Extensive reference is made to social work in health areas , and as the thesis and research progresses, we discuss the importance of clinical social work and its connection to the rest of the multidisciplinary team, as the proper establishment and functionality of the entire multidisciplinary team can only benefit both the patient and the group.

Finally , we focus on the attributes a health therapist should possess to be able to deal with those patients who, due to their unexpected situation are going through a period of crisis, which can be a suspending factor in the process of their rehabilitation .We refer to the interventions the therapist has to perform, the programs they can use and generally the range of strategies and techniques they possess in order to restore the patient's functionality.

Concluding the work and moving to the second chapter , that of the research, we attempt - through interviews that were taken from patients in two private hospitals in Patras and Larissa- to identify the psychosocial issues the patients face but also see from their own perspective everything that was mentioned in the bibliographic review.

The type of research chosen is the qualitative type, as the object is the investigation and analysis of psychosocial problems.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κεντρικός σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς Κέντρων Αποθεραπείας & Αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Πιο συγκεκριμένα ερευνώνται το προφίλ των νοσηλευόμενων, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, την πιθανή επίδρασή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ακόμη ερευνάται και η διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό του Κέντρου Αποθεραπείας & Αποκατάστασης.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Κέντρο Αποθεραπείας – Αποκατάστασης (Κ.Α.Α.) είναι η αυτοτελής και ανεξάρτητη Μονάδα στην οποία παρέχονται Υπηρεσίες Υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος, καθώς επίσης και από νοητική στέρηση χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και τις μεθόδους της Ιατρικής Αποκατάστασης.

Οικογένεια είναι πρωτογενής ομάδα, ευρύτερη από το ζευγάρι, η οποία αποτελεί τη διαρκή και νόμιμη γαμική ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά τρίτα πρόσωπα που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς συγγένιας. Η οικογένεια, δε μένει στάσιμη αλλά εξελίσσεται από μια κατώτερη μορφή σε μια ανώτερη, στο μέτρο και το βαθμό που η κοινωνία εξελίσσεται από μια κατώτερη μορφή σε μία άλλη ανώτερη (Βασιλείου και συν., 2000:280-281).

Διεπαγγελματική συνεργασία είναι η συνεργασία ανάμεσα σε επαγγελματίες που μπορεί να μην μοιράζονται μια κοινή επαγγελματική εκπαίδευση, αξίες, κοινωνικοποίηση, ταυτότητα και εμπειρία (Weinstein και συν, 2003).

Υγεία ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. (Καραδήμας, Ε., 2005:15).

Άτομα με αναπηρίες Ο όρος "ανάπηρο άτομο" σημαίνει κάθε άτομο ανίκανο να επιβεβαιώσει από μόνο του, ολικά ή μερικά, τις αναγκαιότητες για μια κανονική ατομική και κοινωνική ζωή, εξαιτίας μειωμένων σωματικών ή πνευματικών δυνατοτήτων που έχει εκ γενετής ή όχι. (ΟΗΕ, 1975)

Κρίση είναι μία μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει». (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:96-97)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθένεια ή κάποιο ατύχημα, είναι δύο γεγονότα που μπορούν να συμβούν αναπάντεχα και ξαφνικά σε οποιοδήποτε άτομο. Είναι δύο γεγονότα, τα οποία μπορούν να αποδιοργανώσουν και να αποσυντονίσουν τη ζωή ενός ατόμου, ορισμένες φορές ακόμα και να την αλλάξουν εντελώς. Οι συναισθηματικές διεργασίες που πραγματοποιούνται αυτές τις ώρες στη ζωή ενός ατόμου-ασθενή είναι πολλές και περίπλοκες. Κάποιες από αυτές μάλιστα ίσως να είναι τόσο αρνητικές που να μην επιτρέπουν στο άτομο να «λειτουργήσει» σωστά.

Στην εργασία αυτή θα ερευνηθεί πόσο σημαντική είναι για την πορεία της αποκατάστασης της υγείας του ατόμου, η εξάλειψη των παραπάνω αρνητικών συναισθημάτων, η σωστή επικοινωνία του ασθενή με το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό, αλλά και η σωστή επικοινωνία του ιατρικού-νοσηλευτικού-θεραπευτικού προσωπικού μεταξύ τους. Να γίνει κατανοητή η σημαντικότερη συμβολή της κοινωνικής εργασίας στους χώρους υγείας σε συνεργασία πάντα με τις υπόλοιπες ειδικότητες που απαρτίζουν ένα χώρο υγείας, ενώ παράλληλα θα κατανοηθεί η «ολιστικότητα» του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας.

Κλείνοντας με τη έρευνα, μέσα από συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε δύο Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης στην Πάτρα και τη Λάρισα, τα οποία επιλέχθηκαν λόγω προσβασιμότητας, θα επιχειρήσουμε να παρουσιάσουμε την καθημερινότητα των ασθενών έτσι όπως οι ίδιοι τη βιώνουν μέσα στο κέντρο, να αναδείξουμε τις ψυχοσυναισθηματικές διεργασίες που συντελέστηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς επίσης πως αυτές αντιμετωπίστηκαν από τους ίδιους σε συνεργασία με το ιατρικό—νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Υποκεφάλαιο 1: Κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης

1.1.Κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης: οι στόχοι, η νομοθεσία και ιστορική αναδρομή.

Σκοπός των Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος και άτομα όλων των ηλικιών με κινητικά ή νοητικά προβλήματα. Η πρώιμη διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία αποκατάστασης, η ψυχολογική, κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη, η ενημέρωση των Ατόμων με Αναπηρία και των οικογενειών τους, η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Αναπηρίες, η λειτουργική τους αποκατάσταση, η υποστήριξη για ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό, η συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους, ιδίως:

- 1) Παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης με την εφαρμογή των πλέον σύγχρονων παροχών σε επίπεδο ποιότητας νοσηλείας, διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, νέων τεχνολογιών, έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και Κοινωνική Αποκατάσταση.
- 2) Νοσηλεύει ασθενείς με οργανικό και λειτουργικό έλλειμμα μετά από πάθηση συγγενή ή επίκτητο ή τραυματισμό του νευρικού, μυοσκελετικού, καρδιοαναπνευστικού, ουρογεννητικού συστήματος ή πολυσυστηματική βλάβη και εφαρμόζει διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές από την πρώιμη και υποξεία φάση μέχρι την αποθεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.
- 3) Παρέχει όλες τις απαραίτητες ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες στον πάσχοντα πολίτη που χρήζει αποκατάστασης ώστε να κατευθύνει τη διαδικασία ανάρρωσής του, να ενισχύσει τις λειτουργικές ικανότητές του, να υποκαταστήσει τις χαμένες λειτουργίες του και με τη βοήθεια της κατάλληλης υποστηρικτικής τεχνολογίας, να προάγει τη λειτουργική αυτονομία και να συνδράμει στην οικογενειακή και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία παρεμβαίνοντας κατάλληλα στη διαμόρφωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του.
- 4) Προωθεί ενέργειες για την εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού προσωπικού και ενέργειες για την ανάπτυξη της έρευνας, καθώς και καινοτόμων πρωτοποριακών εφαρμογών. Ενημερώνει και εκπαιδεύει τον πληθυσμό της περιοχής για θέματα πρόληψης μυοσκελετικών και νευρολογικών διαταραχών.
- 5) Παρέχει υπηρεσίες σε Άτομα με Αναπηρία: με σωματική αναπηρία, με νοητική διαταραχή ή αναπηρία, αυτισμό, αισθητηριακές ή και πολλαπλές αναπηρίες με προγράμματα ψυχολογικής, κοινωνικής και συμβουλευτικής υποστήριξης, πρώιμης διάγνωσης και αξιολόγησης, ενημέρωσης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης των ατόμων με αναπηρίες, λειτουργικής αποκατάστασης, υποστήριξης για ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό, συνεργασίας με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους. (Π.Δ., 1990).

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται σε τρεις μεταρρυθμιστικές περιόδους. Η πρώτη ξεκινά το δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα, την περίοδο 1910-1935, οπότε τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη. Η δεύτερη περίοδος αφορά

την περίοδο της οικονομικής ανασυγκρότησης μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων. Η τρίτη περίοδος ξεκινά μετά το 1980 και συμπίπτει με την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο των τεχνολογιών (Βελονάκη & Καλοκαιρινού, 2006).

Η σημαντικότερη μεταρρύθμιση στον τομέα της Υγείας πραγματοποιήθηκε στην αρχή της δεκαετίας του 1980 (Ν. 1397/83). Σύμφωνα με το νόμο αυτό, τα κέντρα υγείας κάλυπταν εκτός από ανάγκες νοσηλείας και ανάγκες κοινωνικής φροντίδας.

Η ιστορική εξέλιξη του τομέα της Αποκατάστασης στα σύγχρονα Δυτικά Συστήματα Υγείας οδήγησαν στην ανάπτυξη εξειδικευμένων Κέντρων που αναλαμβάνουν να υποστηρίξουν τον κάθε ένα επιμέρους παράγοντα της διαδικασίας της Αποκατάστασης (από την αποθεραπεία, έως την επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη) (Περγαντά, 2004). Πολλές επιτυχημένες πρωτοβουλίες κυρίως στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, οδήγησαν στην ανάπτυξη εξειδικευμένων Κέντρων που αναλαμβάνουν να υποστηρίξουν το κάθε επί μέρους στοιχείο της Αποκατάστασης (από την αποθεραπεία έως την επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη) (Χατζηχρήστος & Μιχαήλ, 2007).

Ειδικότερα τα κέντρα αποκατάστασης για άτομα με κινητικές αναπηρίες εμφανίσθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία την περίοδο του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Το πρώτο κέντρο αποκατάστασης ατόμων με κινητικές αναπηρίες δημιουργήθηκε το 1943 στο Λονδίνο. Η Μεγάλη Βρετανία πρωτοστάτησε και πρωτοστατεί στις υπηρεσίες αποκατάστασης (Grahame, 2002).

Στην Ελλάδα, με χρονική καθυστέρηση σε σύγκριση με τις χώρες της Δύσης, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταρρυθμίζονται σταδιακά. Με την ψήφιση του Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν. 1397/1983) και στη συνέχεια με την εφαρμογή του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ άρχισε η αλλαγή που αφορούσε τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Επίσημη Εφημερίδα ΕΟΚ, 1988).

Η πρώτη εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πραγματοποιήθηκε το 1992. Τότε ξεκίνησε να υιοθετείται από την Ελλάδα, προς συμμόρφωση της με τις οδηγίες της τότε Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ένα κοινό νομοθετικό πλαίσιο (Ν. 2072/1992, ΠΔ 395/1993) για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη σύγχρονων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασίας, μέσα από οργανωμένες, αυτοτελείς Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης. Έως τότε υπήρχε παντελής απουσία σχεδιασμού, στόχων, υπηρεσιών, δομών και υποδομών. (Ν. 2071/1992).

Με τον όρο Υπηρεσίες Αποκατάστασης ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών προσεγγίσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων της Ομάδας Αποκατάστασης προς τον πάσχοντα και την οικογένειά του. Οι Υπηρεσίες Αποκατάστασης ξεκινούν κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής του περίθαλψης και καταλήγουν στην εκτίμηση της εργασιακής του ικανότητας, στον επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό του και στην επαγγελματική του αποκατάσταση, με απώτερο σκοπό την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική επανένταξή του και την διασφάλιση ποιότητας στη ζωή του.

Η Αποκατάσταση λοιπόν, πέραν από την κλινική διάστασή της, ενέχει μία εξίσου σημαντική κοινωνική διάσταση, στο μέτρο που, η εργασιακή-επαγγελματική αποκατάσταση του πάσχοντος διασφαλίζει τη συμμετοχή στις συλλογικές διαδικασίες παραγωγής των υλικών συνθηκών διαβίωσης, αναπαραγωγής και πολιτισμού.

Στην Ελλάδα, τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν άτομα με κάποιας μορφής ανικανότητα είναι ελλιπή και αποσπασματικά. Κατ' αναλογία προς τις διεθνείς στατιστικές, το

ποσοστό αυτό εντοπίζεται στο 13-14%. Το 10% του ελληνικού πληθυσμού, χρήζει Υπηρεσιών Αποκατάστασης.

Με το προεδρικό διάταγμα 395/1993 που προβλέπει τους όρους και προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης και με τη δυνατότητα ένταξής τους στον Αναπτυξιακό Νόμο 3299/2004 κατέστη δυνατή η ίδρυση και η λειτουργία Ιδιωτικών Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Πανελλαδικά. Αξιοσημείωτο ότι η συντριπτική πλειοψηφία των κέντρων αναπτύχθηκε στη περιφέρεια όπου παρατηρούνταν απόλυτη έλλειψη κλινών αποκατάστασης.

Στα Κέντρα που δημιουργήθηκαν χάριν του υγιούς ανταγωνισμού παρέχονται υπηρεσίες υψηλοτάτου επιπέδου ιατρικής, νοσηλευτικής, ξενοδοχειακής και ειδικής αποκαταστατικής φροντίδας. Στα περισσότερα από αυτά λειτουργούν τμήματα προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας με ειδικούς εξοπλισμούς που δεν υπάρχουν στα δημόσια Νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού.

Με την ίδρυση των Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας επιτυγχάνονται καθημερινά τα παρακάτω:

- ✓ Αποσυμφόρηση των Δημοσίων Νοσοκομειακών Κλινών άλλων ειδικοτήτων (παθολογικών, νευρολογικών, ορθοπεδικών, νευροχειρουργικών κ.α.)
- ✓ Μείωση του κόστους νοσηλείας των ασθενών.
- ✓ Μείωση του κόστους της Ενδονοσοκομειακής Περίθαλψης και ειδικά ασθενών που εξέρχονται από Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και χρειάζονται να νοσηλευθούν σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας.
- ✓ Κάθετη μείωση των περιστατικών που μεταβαίνουν για αποκατάσταση σε μονάδες του εξωτερικού με ότι αυτό συνεπάγεται για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την οικονομία μας γενικότερα.
- ✓ Αντίθετα παρατηρείται εισροή ασθενών για νοσηλεία στα Κέντρα Αποκατάστασης της Ελλάδας από χώρες της Βαλκανικής και από την Κύπρο.
- ✓ Διευκόλυνση και επιτάχυνση της διαδικασίας επανένταξης των ασθενών στον εργασιακό τους χώρο.
- ✓ Κοινωνική και Οικονομική αποσυμφόρηση των λοιπών μελών της οικογενείας για το χρόνο που ο ασθενής φιλοξενείται καθημερινά σε Κέντρα Αποκατάστασης.
- ✓ Δημιουργία χιλιάδων νέων θέσεων εργασίας στα Κέντρα Αποκατάστασης προσωπικού υψηλής εξειδίκευσης.
- ✓ Παραγωγή επιστημονικού έργου σε συνεργασία των Κέντρων Αποκατάστασης με Πανεπιστημιακές Κλινικές και Πανεπιστημιακά Τμήματα.

Ακόμη μακροπρόθεσμα επιτυγχάνεται, κάτι ιδιαίτερα σημαντικό για την οικονομία μας, αναθεώρηση της πολιτικής επιδομάτων, δια της επαγγελματικής επανεκπαίδευσης και κατάρτισης των πασχόντων.

Επίσης ο Νόμος 2716/99 ο οποίος αφορούσε την Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ν. 2716/1999).

Η τελευταία μεταρρύθμιση στο χώρο της Υγείας που αφορούσε την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε το 2001 (Ν. 2889/2001).

1.2. Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου.

Κέντρο Αποθεραπείας – Αποκατάστασης (Κ.Α.Α.) είναι η αυτοτελής και ανεξάρτητη Μονάδα στην οποία παρέχονται Υπηρεσίες Υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος, καθώς επίσης και από νοητική στέρωση χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και τις μεθόδους της Ιατρικής Αποκατάστασης.

Στα Κ.Α.Α. μπορούν να λειτουργήσουν και ξενώνες Αποκατάστασης στην περίπτωση που υπάρχουν ασθενείς που χρειάζονται επανέλεγχο ή ειδική εκπαίδευση για την αποκατάστασή τους. Τα Κ.Α.Α. μπορούν επιπλέον να περιλαμβάνουν στο σκοπό τους την επαγγελματική κατάρτιση, ενημέρωση και ψυχαγωγία των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ) , καθώς και την υλοποίηση σχετικών ακόμα προγραμμάτων συγχρηματοδοτούμενων από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Δύνανται και να διενεργούν έρευνες σχετικές με την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των ΑΜΕΑ (Π.Δ. 395/93).

Στόχος του Κέντρου Αποθεραπείας & Αποκατάστασης είναι η βελτίωση της σωματικής, συναισθηματικής, ψυχολογικής και νοητικής κατάστασης των ανθρώπων που χρειάζονται αποκατάσταση της υγείας τους μετά από σοβαρή ασθένεια, ατύχημα κλπ.

Στόχο επίσης αποτελεί η ατομική βελτίωση της καθημερινότητας, αλλά και η κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη και δραστηριοποίηση τους.

1.3. Ποιοι ασθενείς εξυπηρετούνται από τα Κέντρα αποθεραπείας & αποκατάστασης

Οι ασθενείς που εξυπηρετούνται από τα Κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης είναι ασθενείς με οργανικό και λειτουργικό έλλειμμα μετά από πάθηση συγγενή ή επίκτητο ή τραυματισμό του νευρικού, μυοσκελετικού, καρδιοαναπνευστικού, ουρογεννητικού συστήματος ή πολυσυστηματική βλάβη. Επίσης εξυπηρετούνται πολίτες που χρήζουν αποκατάστασης ώστε να διευκολύνεται η διαδικασία ανάρρωσής τους. Τέλος εξυπηρετούνται άτομα με σωματική αναπηρία, με νοητική διαταραχή ή αυτισμό, αισθητηριακές ή και πολλαπλές αναπηρίες (Π.Δ. , 1990).

1.3.1. Κινητικές αναπηρίες από τραυματισμούς (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα, κακώσεις νωτιαίου μυελού, ακρωτηριασμοί, αθλητικές κακώσεις)

Οι κινητικές αναπηρίες επηρεάζουν τη φυσιολογική κίνηση του ατόμου δυσχεραίνοντας ανάλογα με τη σοβαρότητα, τις λειτουργικές δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Μπορεί να οφείλονται σε παθήσεις, τραυματισμούς του

μυοσκελετικού συστήματος ή του νευρικού συστήματος. Οι κυριότεροι τύποι κινητικών αναπηριών είναι οι εξής :

- α) Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- β) Τραυματισμοί του Νωτιαίου Μυελού
- γ) Ακρωτηριασμοί
- δ) αθλητικές κακώσεις

α) Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι κάθε επίδραση βίας στον εγκέφαλο από εξωτερική μηχανική δύναμη ή αντικείμενο που προκαλεί απώλεια συνείδησης, μετατραυματική αμνησία και νευρολογικά ελλείμματα. Οι βλάβες αυτές διακρίνονται σε ανοιχτές και κλειστές και μπορεί να αφορούν στα μαλακά μόρια, στο σκελετό του κρανίου, στις μήνιγγες και στον ίδιο τον εγκέφαλο. Σήμερα, το μεγαλύτερο ποσοστό κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ανήκει στην κατηγορία των κλειστών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, δηλαδή δεν υπάρχει διάτρηση του κρανίου.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου και χρόνιας ανικανότητας σε άτομα κάτω των 35 ετών μετά από τις καρδιοαναπνευστικές ασθένειες και τον καρκίνο οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι μία από τις 5 συχνότερες νευρολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα μαζί με το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε), την επιληψία, την νόσο του Πάρκινσον και την ημικρανία (Wade & Langton-Hewer, 1987).

Προκαλούν μερική ή ολική αναπηρία και επιδρούν αρνητικά στον ψυχισμό του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά είναι διαταραχές μνήμης και ομιλίας, σπαστικότητα, διαταραχές αισθητικότητας.

β) Τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού

Είναι κακώσεις στη σπονδυλική στήλη, που προκαλούν βλάβη στο νωτιαίο μυελό, με αποτέλεσμα την απώλεια της κίνησης και της αισθητικότητας από το σημείο της βλάβης και κάτω. Η διαταραχή μπορεί να έχει τη μορφή τετραπληγίας όπου είναι επηρεασμένα τα άνω και τα κάτω άκρα ή τη μορφή παραπληγίας όπου είναι επηρεασμένα τα κάτω άκρα.

Ο τραυματισμός της Σπονδυλικής Στήλης και του Νωτιαίου Μυελού αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, εξ' αιτίας της υψηλής θνησιμότητας και νοσηρότητας Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα τελευταία πέντε χρόνια η συχνότητα τραυματισμού του Νωτιαίου Μυελού έχει αυξηθεί κατά 2,6 φορές και αφορά το ένα τρίτο του συνόλου των σπονδυλικών παθήσεων. Η νοσηλεία σε σύγχρονα κέντρα Αποκατάστασης μειώνει τη θνησιμότητα και σοβαρότητα των επιπλοκών με ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης. Κατά το χρόνο εξόδου από τα κέντρα Αποκατάστασης το 53% εξ' αυτών έχουν τετραπληγία και το 46% παραπληγία, ενώ λιγότερο από 1% έχουν πλήρη αποκατάσταση νευρολογικής βλάβης (Σταύρου & Πλουμής, 2012).

γ) Ακρωτηριασμοί

Είναι η αφαίρεση τμήματος ή μέλους του σώματος. Οι ακρωτηριασμοί αποτελούν μια από τις οδυνηρότερες καταστάσεις στις οποίες μπορεί να περιέλθει ένας ασθενής. Η μέση επίπτωση των ακρωτηριασμών διεθνώς και στη χώρα μας είναι περίπου 2-4 περιπτώσεις στα 1.000 άτομα το χρόνο. Αυτό σημαίνει ότι στην Ελλάδα, γίνονται περίπου 1.800 ακρωτηριασμοί το χρόνο. Ο ακρωτηριασμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε κάποιας πάθησης, όπως διαβήτης, είτε ενός ατυχήματος, η γενετικής ανωμαλίας (Waters, 1976).

δ) Αθλητικές κακώσεις

Η ενασχόληση με τις αθλητικές δραστηριότητες μπορεί να προκαλέσει διάφορες κακώσεις. Το αθλητικό ατύχημα συμβαίνει συνήθως κατά τη διάρκεια της μεγίστης απόδοσης του ανθρώπινου οργανισμού. Συνήθως τραυματίζεται εμφανώς το μυο-σκελετικό σύστημα, αλλά επηρεάζεται ταυτόχρονα σε άλλοτε άλλο βαθμό και ο ψυχισμός του τραυματιζόμενου. Στις αθλητικές κακώσεις περιλαμβάνονται: το αιμάτωμα, η θλάση, η εκδορά, το διάστρεμμα και η ρήξη συνδέσμου, το κάταγμα. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το είδος και την έκταση της κακώσεως. Ο πόνος απαντάται σε όλες τις κακώσεις όπως και το οίδημα-διόγκωση. Η εκδορά και το αιμάτωμα είναι από τα πλέον συχνά συμπτώματα της αθλητικής κακώσεως. Γενικώς οι αθλητικές κακώσεις επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία αρνητικά. Ανακόπτουν το πρόγραμμα ασκήσεων ενός αθλητή και επηρεάζουν την ομάδα στην οποία ανήκει, ενώ απαιτείται μεγάλο πολλές φορές χρονικό διάστημα για να επανέλθει ο αθλητής στο προηγούμενο επίπεδο αθλητικής δραστηριότητας. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της αθλητικής κακώσεως είναι πρόληψη (Cox & Lambrenos, 1992).

1.3.2. Παθήσεις που σχετίζονται με κινητικές αναπηρίες(αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος Parkinson, εγκεφαλική παράλυση κλπ) περιορισμό της λειτουργικότητας λόγω παθήσεων του καρδιοαναπνευστικού συστήματος, μετά από χειρουργικές επεμβάσεις κλπ. παραπληγία, ημιπληγία.

Οι κινητικές βλάβες μπορεί να εκδηλώνονται μαζί με άλλα μικρά ή μεγαλύτερα προβλήματα, κι εκτός από την πολυμορφία τους χαρακτηρίζονται από μια ιδιαιτερότητα. Ενδέχεται να προέρχονται από γενετικούς παράγοντες, ατυχήματα ή εξελικτικές νευρομυϊκές παθήσεις. Οι αναπηρίες αυτές συχνά συνδέονται με παθήσεις στο νωτιαίο μυελό (παραπληγία ή τετραπληγία), εγκεφαλική παράλυση, δισχιδής ράχη, ακρωτηριασμούς, μυϊκή δυστροφία, καρδιακές παθήσεις, ινοκυστική νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λπ. Οι κινητικές αναπηρίες χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην κίνηση με αρνητικές συνέπειες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ατόμου και στη γενικότερη ποιότητα της ζωής του (Δημητρόπουλος, 2000).

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) συμβαίνει όταν η ροή του αίματος στον εγκέφαλο, ελαττώνεται σημαντικά ή διακόπτεται απότομα. Αν αυτό συμβαίνει λόγω αιμορραγίας, πρόκειται για αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή όπως αλλιώς λέγεται εγκεφαλική αιμορραγία Αν πάλι αυτό οφείλεται σε απόφραξη ενός αγγείου, το επεισόδιο ονομάζεται ισχαιμικό. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι σχετικά συχνή και σοβαρή νόσος, με συνέπειες για την ποιότητα της ζωής αλλά και την ίδια τη ζωή. Το ΑΕΕ η τρίτη στη σειρά αιτία θανάτου παγκοσμίως, ενώ είναι η πρώτη αιτία αναπηρίας, στις Δυτικές χώρες. Η βαρύτητα ενός ΑΕΕ εξαρτάται από το μέγεθος και τη σημασία του αγγείου στο οποίο διεκόπη η αιματική ροή. Απόφραξη της καρωτίδας προκαλεί ημιπληγία, ημιαναισθησία, ημιανοψία, ολική αφασία (σε αριστερή βλάβη). Απόφραξη της πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της συνείδησης, μονοπληγία κυρίως κάτω άκρου κ.α. (Grigoryan & Qureshi, 2001).

Οι καρδιολογικές διαταραχές είναι συχνές στους ασθενείς με ΑΕΕ, έμφραγμα μυοκαρδίου και κολπική μαρμαρυγή και είναι συνήθως αιτία καρδιοεμβολικών επεισοδίων. Επιπρόσθετα, συμπτώματα του ΑΕΕ είναι η αφασία, η ημιπαράλυση χώρου, η διαταραχή της ανάγνωσης, η αταξία του κορμού ή των άκρων, η διαταραχή του επιπέδου της συνείδησης (Barrett & Meschia, 2011).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) ή πολλαπλή σκλήρυνση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) που προσβάλλει κυρίως άτομα με μέση ηλικία 28–30 χρονών, ιδιαίτερα γυναίκες σε αναλογία 2:1 με τους άνδρες. Από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, η ΣΚΠ θεωρήθηκε νόσος με εξάρσεις και υφέσεις που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη διακριτών βλαβών ή πλακών με αποδόμηση της μυελίνης στη λευκή ουσία του κεντρικού νευρικού συστήματος αλλά σχετική διατήρηση των αξόνων. Τα πρόσφατα στοιχεία υποδηλώνουν διάχυτες διαταραχές ακόμη και στη φαινομενικά άθικτη λευκή ουσία και εκτεταμένη εμπλοκή της φαιάς ουσίας και βλάβες των αξόνων. Οι βλάβες αυτές αποτελούν τη βάση της μη αναστρέψιμης εξέλιξης της νόσου. (Dyment & Sadovnick, 2004). Η ΣΚΠ προκαλεί μια σειρά συμπτωμάτων όπως πόνος, σπασμοί, συναισθηματική αστάθεια (Feinstein, 2004).

Η νόσος του Parkinson είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος που σχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας. Η νόσος εμφανίζεται όταν περίπου το 75% των νευρώνων που παράγουν ντοπαμίνη σε μία περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται μέλαινα ουσία. Η ανεπάρκεια της ντοπαμίνης, η οποία ανήκει στην ευρύτερη οικογένεια των νευρομεταβιβαστών και συμμετέχει σε ένα περίπλοκο κύκλωμα τόσο διεγερτικών όσο και ανασταλτικών οδών με σκοπό τη ρύθμιση του κινητικού συστήματος. Η νόσος του Parkinson είναι μια από τις συχνότερες νευροεκφυλιστικές νόσους με μέση συχνότητα περίπου 200/100.000. Το σοβαρότερο ίσως κλινικό σημείο της νόσου αυτής εκδηλώνεται με διαταραχή στην έναρξη και με βραδύτητα στην εκτέλεση σύνθετων κινήσεων. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν : τρεμούλιασμα, ακαμψία, βραδυκίνησια, αστάθεια (Τάγαρης, 2007).

Η Εγκεφαλική Παράλυση, ή νόσος του Little, είναι πάθηση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ, δηλαδή εγκέφαλος, νωτιαίος μυελός και παρεγκεφαλίτιδα), και προέρχεται από μη εξελισσόμενη βλάβη αυτών. Η Εγκεφαλική Παράλυση είναι η μόνιμη ανατομική βλάβη των κινητικών κυρίως κέντρων του εγκεφάλου η οποία εκδηλώνεται με διαταραχές στην κινητικότητα και τη στάση καθώς και στην αδυναμία του ατόμου να χρησιμοποιεί βουλητικά τους μυς του.

Η συχνότητα της ΕΠ δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί με ακρίβεια εξαιτίας της πολυπλοκότητας των κριτηρίων που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση. Συγκεκριμένα οι πολύ ελαφριές περιπτώσεις πολλές φορές δεν γίνονται αντιληπτές ενώ η διάγνωση που τίθεται σε πρώιμα στάδια στην συνέχεια μπορεί να αποδειχθεί εσφαλμένη Το ποσοστό εμφάνισης της ΕΠ δεν φαίνεται να μειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Παρά τις δυσκολίες που υπάρχουν στον καθορισμό της συχνότητας της ΕΠ είναι γενικά αποδεκτό ότι το ποσοστό εμφάνισης της στις ανεπτυγμένες χώρες είναι περίπου 2-2,5 ‰. Το κύριο χαρακτηριστικό της ΕΠ είναι η κινητική αναπηρία. Ωστόσο μπορεί να συνοδεύεται από νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές, επιληψία (50% περίπου), , διαταραχές λόγου και ομιλίας) συναισθηματικές διαταραχές κλπ (Παντελιάδης & Παπαβασιλείου, 2002).

Ημιπληγία ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία είναι επηρεασμένη η αριστερή ή η δεξιά πλευρά του σώματος. Συνήθως οφείλεται σε βλάβη των φλοιονωτιαίων οδών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η πιο συχνή αιτία ημιπληγίας είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο που οφείλεται σε θρόμβωση, εγκεφαλική αιμορραγία ή εγκεφαλική εμβολή. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να κινήσει το χέρι ή/και το πόδι ή τους προσωπικούς μύες στη μια πλευρά του σώματος.

Στην κυριολεξία δυσκολεύεται ολόκληρο το σώμα επειδή η μη προσβεβλημένη πλευρά αναγκάζεται να λειτουργεί υπέρμετρα (Αποστολόπουλος, 1979).

Σε ότι αφορά την παραπληγία το πιο συνηθισμένο αίτιο είναι οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού, συνήθως αφού έχει προηγηθεί ατύχημα. Άλλα αίτια είναι όγκοι καθώς και διάφορες νευρολογικές παθήσεις. Όταν η βλάβη βρίσκεται στη θωρακική και την οσφυϊκή μοίρα της

σπονδυλικής στήλης λέγεται παραπληγία. Όταν η βλάβη βρίσκεται στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης λέγεται τετραπληγία (Oliver, 1992).

1.3.3 Μετεγχειρητικές επιπλοκές- συνέπειες (επεμβάσεις ορθοπεδικές, νευροχειρουργικές, καρδιοχειρουργικές)

Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση όπως και κάθε ιατρική θεραπεία ενέχει τον κίνδυνο της εμφάνισης επιπλοκών. Ως επιπλοκή χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε δυσάρεστη εξέλιξη κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου (Τζαβέλας, 1992).

Η φλεβική θρομβοεμβολή αποτελεί συχνή επιπλοκή σε ασθενείς που υποβάλλονται πολύωρες ορθοπεδικές επεμβάσεις με αποτέλεσμα να εμφανίζει πόνο και ενοχλήσεις στα άκρα (Γαπαλάμπρος & Καρμανιόλας, 2000).

Μια από τις επιπλοκές που εμφανίζουν οι ασθενείς μετά από νευροχειρουργική επέμβαση είναι η κινητική υπερδραστηριότητα (Baguley, 2009).

Η μετεγχειρητική νευρολογική βλάβη αποτελεί σημαντική πηγή νοσηρότητας των ασθενών, μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις (Gotesman et al., 2009).

1.3.4.Νοητικά προβλήματα

Ένας ορισμός που έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτός είναι ο ορισμός του Αμερικάνικου Συνδέσμου Νοητικής Καθυστέρησης (American Association on Mental Retardation, 1983): Η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται ως μία σημαντικά κάτω από το μέσο όρο γενική νοητική λειτουργία, που συνοδεύεται από ανεπάρκειες στην προσαρμοστική συμπεριφορά (αυτοεξυπηρέτηση, ζωή μέσα στο σπίτι, κοινωνικές δεξιότητες, αυτό-καθοδήγηση, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, ψυχαγωγία, υγεία-ασφάλεια, χρήση κοινοτικών υπηρεσιών/ πόρων, εργασία, επικοινωνία) και εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου).

Για την καλύτερη κατανόηση του ορισμού χρειάζεται να αναλυθούν οι εξής τέσσερις (4) σημαντικές υποθέσεις:

1. Η έγκυρη εκτίμηση λαμβάνει υπόψη την πολιτιστική και γλωσσική διαφοροποίηση, όπως επίσης διαφορές στους παράγοντες επικοινωνίας και συμπεριφοράς.
2. Η ύπαρξη περιορισμών στις δεξιότητες προσαρμογής εμφανίζονται μέσα στο περιβάλλον της κοινωνίας ή κοινότητας, όταν συγκρίνονται με συνομηλίκους και αποτελούν τις ατομικές ανάγκες για υποστήριξη.
3. Οι συγκεκριμένοι προσαρμοστικοί περιορισμοί συνήθως συνυπάρχουν με ικανότητες σε άλλες προσαρμοστικές δεξιότητες ή άλλες προσωπικές δυνατότητες.
4. Με την κατάλληλη υποστήριξη σε ένα επαρκή χρονικό διάστημα η λειτουργική ζωή του ατόμου με νοητική καθυστέρηση θα βελτιωθεί.

Ο ορισμός αυτός αναθεωρήθηκε το 1992 από τους Luckasson *et al.*. Στην αναθεώρηση αυτή έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στις δυνατότητες του ατόμου, στο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται και τέλος στο λειτουργικό επίπεδο, το οποίο επιτυγχάνεται μέσα σ' αυτά τα περιβάλλοντα. Δε δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο δείκτη νοημοσύνης και υποδιαιρείται σε

ελαφρές και σοβαρές μειονεξίες κι όχι στις προηγούμενες πέντε (5) υποκατηγορίες. Αντ' αυτών δομήθηκαν επίπεδα υποστήριξης:

α. Διαλειμματικό (όποτε χρειάζεται),

β. Περιορισμένο (διαρκείας, αλλά χαμηλής έντασης με περιορισμένο αριθμό προσωπικού),

γ. Εκτεταμένο,

δ. Διάχυτο (για όλη του ζωή, όμως εμπλέκεται περισσότερο προσωπικό και υψηλής έντασης από το εκτεταμένο ή το περιορισμένο).

Θεωρείται, λοιπόν, η νοητική καθυστέρηση όχι σαν χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά σαν το προϊόν ανάμεσα στο άτομο και στη φύση, τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του ατόμου. Η νοητική καθυστέρηση θεωρείται ότι είναι μία προσωρινή κατάσταση κι όχι κάτι το μόνιμο. Δηλαδή, μπορεί να είναι η νοητική καθυστέρηση μία μεταβατική κατάσταση (Polloway, 1997).

Αίτια της νοητικής υστέρησης έχουν χαρακτηριστεί τα εξής:

Προγεννητικά αίτια:

1. Κληρονομικοί παράγοντες,
2. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες (σύνδρομο Down, σύνδρομο Klinefelter, σύνδρομο Turner),
3. Ασθένειες της εγκύου (λοιμώξεις, ερυθρά, ιλαρά, κοκ.),
4. Ανωμαλίες μεταβολισμού (PKU),
5. Ασυμβατότητα του Rh του αίματος της μητέρας με αυτό του εμβρύου,
6. Ανοξία,
7. Τραυματισμοί της εγκύου,
8. Κακή διατροφή,
9. Δηλητηριάσεις από μόλυβδο.

Περιγεννητικά αίτια:

1. Ανοξία,
2. Τραυματισμοί και αιμορραγία του εγκεφάλου,
3. Πρόωρη γέννηση.

Μεταγεννητικά αίτια:

1. Μολυσματικές ασθένειες
2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ιδρυματοποίηση, στερημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον, συναισθηματική αποστέρηση)
3. Υψηλός πυρετός
4. Μεταβολικές ανωμαλίες
5. Ατυχήματα

Τα άτομα με αναπηρίες που προέρχονται από τραυματισμό συχνά παρουσιάζουν αλλαγή της προσωπικότητάς τους, απώλεια μνήμης και προσαρμογής στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Ο ρόλος του κέντρου αποκατάστασης είναι η ενίσχυση της επικοινωνίας και της ευκολότερης μετάβασης του ασθενούς στο κοινωνικό, οικογενειακό αλλά και επαγγελματικό περιβάλλον. Η ενίσχυση της προσωπικότητας του ασθενούς αποτελεί μια από τις πρώτες προτεραιότητες του κέντρου αποκατάστασης (Weddell et al, 1980).

1.3.5. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα και ο χειρισμός τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

Τα άτομα που νοσηλεύονται σε Κ. Α. Α., μπορούν να παρουσιάσουν ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές, οι οποίες λόγω της έντασης με την οποία τις βιώνουν, μπορούν να πλήξουν την πορεία της αποκατάστασης της υγείας τους, αλλά και να μεταβάλλουν την κοινωνική τους κατάσταση όπως την ήξεραν μέχρι τότε.

Σύμφωνα με τον Doka (1993), κάθε φάση, χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» ή «έργα» που εμφανίζονται στο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν διευθέτηση ώστε ο άρρωστος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία της». (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:110)

Σε ψυχολογικό επίπεδο, τα άτομα βιώνουν διάφορα στάδια κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς «συχνά η νοσηλεία διακόπτει τον συνήθη τρόπο ζωής του ατόμου και των οικείων του, αυξάνει το βαθμό εξάρτησης από τους άλλους και συχνά μεταφράζεται σε μια σειρά επώδυνων διαδικασιών (εξετάσεις και ιατρικές επεμβάσεις) (Καραδήμας, Ε, 2005:129)

Όταν ένα άτομο, εισέρχεται σε ένα νοσοκομειακό χώρο, αντιμετωπίζει μία ουσιαστικά άγνωστη κατάσταση και βιώνει το άγχος που επιφέρει η άγνοια που έχει όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του.

«Η ασάφεια των ιατρικών διαδικασιών, της διάγνωσης ή και της θεραπείας, η αίσθηση εξάρτησης από το προσωπικό υγείας και από τις πληροφορίες που αυτό παρέχει, η παρουσία άλλων ασθενών με ποικίλα προβλήματα, αλλά και η ίδια η «νοσοκομειακή ατμόσφαιρα» αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες, τους οποίους το άτομο θα πρέπει να διαχειριστεί. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την ανησυχία για την κατάσταση της υγείας και τη θεραπεία δημιουργούν τόσο στο νοσηλευόμενο όσο και στους οικείους του ποσότητες δυσφορίας, οι οποίες ορισμένες φορές είναι πραγματικά μεγάλες». (Καραδήμας, Ε, 2005:129)

Τα ψυχολογικά στάδια από τα οποία μπορεί να περάσει το άτομο που νοσηλεύεται είναι:

- Το στάδιο του θυμού, όπου το άτομο διακατέχεται από θυμό, πικρία, νιώθει αδύναμο και ανίκανο να ελέγξει αυτό που του συμβαίνει εκείνη τη χρονικά δεδομένη στιγμή.
- Το στάδιο της διαπραγμάτευσης. Το στάδιο αυτό «παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας» ή της αναπηρίας. (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:140)
- Το στάδιο της κατάθλιψης, κατά την διάρκεια του οποίου το άτομο αρχίζει να πενθεί. «η κατάθλιψη του μπορεί να είναι «αντιδραστική», όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πως ήταν στο παρελθόν και πως έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κ. λ. π.» (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:140)
- Το στάδιο της αποδοχής, κατά την διάρκεια του οποίου, το άτομο συμβιβάζεται με την κατάσταση που αντιμετωπίζει και μαζί με την βοήθεια όλου του προσωπικού υγείας (ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό), οργανώνουν την θεραπεία και το καθημερινό πρόγραμμα που θα πρέπει να ακολουθήσει, ενώ ταυτόχρονα θέτονται μαζί με τον

θεραπευτή υγείας οι στρατηγικές που θα ακολουθήσει, προκειμένου να απεμπλακεί από την ψυχοσυναισθηματική κρίση που βιώνει και έτσι να μπορέσει να εστιάσει στις καθορισμένες θεραπείες που σταδιακά θα οδηγήσουν στην αποθεραπεία του.

Εκτός από τα παραπάνω προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει το άτομο σε ψυχολογικό επίπεδο, είναι πιθανό να αντιμετωπίσει προβλήματα και σε κοινωνικό επίπεδο.

«Η καλή κοινωνική κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Στην κοινωνική διάσταση υπάγεται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η

κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση, αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη νόσο» ή την αναπηρία του.

(Γιαβασόπουλος Ε., Γούρνη Π, 2008:26)

«Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις κοινωνικές σχέσεις που το άτομο διαμορφώνει με το περιβάλλον του. Όταν πάσχει από ασθένεια που συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και προκαταλήψεις, οι φόβοι του αρρώστου μήπως εγκαταλειφθεί ή περιθωριοποιηθεί επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους .»(Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:122)

Η μείωση της επαφής του ασθενούς με άτομα που συνήθιζε να συναναστρέφεται προτού νοσήσει ή τραυματιστεί μπορούν να οδηγήσουν στον κοινωνικό του αποκλεισμό, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ένας άλλος χώρος της ζωής του ασθενούς που πλήττεται από την ξαφνική εμφάνιση της ασθένειας ή της αναπηρίας του, είναι αυτός της εργασίας του. Μέσα από την εργασία το άτομο επιτυγχάνει την διασφάλιση της οικονομικής του ανεξαρτησίας, ενώ νιώθει ικανό και καταξιωμένο. Ταυτόχρονα μπορεί να συνεισφέρει στα έξοδα της οικογένειας και του σπιτιού νιώθοντας έτσι χρήσιμος και απαραίτητος. Η στέρση επομένως της εργασίας του ή η πρόωγη συνταξιοδότηση του τον κάνει να νιώθει ανίκανος, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να του δημιουργήσει άγχος όσον αφορά την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Σημαντικό ρόλο όμως παίζουν και οι ερωτικές σχέσεις, καθώς πολλοί είναι οι ασθενείς εκείνοι οι οποίοι φοβούνται ότι θα εγκαταλειφτούν από τους συντρόφους ή συζύγους τους λόγω της κατάστασης της υγείας τους.

Όσον αφορά την οργανική κατάσταση του ασθενούς, η οποία εξαρτάται από την ασθένεια από την οποία πάσχει αλλά και από τις θεραπείες που ακολουθεί, μπορεί να επιφέρει τις δικές της συνέπειες.

«όταν μάλιστα ο ασθενής πονά και υποφέρει, επηρεάζεται η ικανότητα του να λειτουργήσει στους υπόλοιπους τομείς, με αποτέλεσμα να αυξάνονται το άγχος και η κατάθλιψη του και να περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις. Επιπλέον, αυξάνονται η δυσφορία και η αδυναμία του, ιδιαίτερα όταν η οικογένεια επικεντρώνεται στα συμπτώματα και ασχολείται αποκλειστικά με τα παράπονα του αρρώστου. Γι' αυτό και η αντιμετώπιση των

συμπτωμάτων της συγκεκριμένης αρρώστιας και των παρενεργειών της θεραπείας απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό.» (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:123).

Το ευαισθητοποιημένο ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό μπορεί να παίξει πολύ σημαντικό ρόλο για την εξάλειψη των παραπάνω παραγόντων και την ομαλή προσαρμογή του ατόμου στο καινούργιο του περιβάλλον.

Για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων είναι απαραίτητη η υποστήριξη των ατόμων με κατάλληλα εκπαιδευμένο δυναμικό, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των κοινωνικών επιπτώσεων. Αυτό επιτυγχάνεται με συντονισμένες ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης εξαρτώνται από τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς, την ηλικία, το κοινωνικό του περιβάλλον.

Η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους λειτουργούς του χώρου εξαιτίας νομικών και ηθικών ιδιαιτεροτήτων. Κάθε ασχολούμενος με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών γίνεται διαχειριστής της πορείας τους στη ζωή, αφού η κατάστασή τους απαγορεύει ή περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τη λήψη ορθών αποφάσεων. Το γεγονός αυτό προσδιορίζει τα ιδιαίτερα ουσιαστικά και τυπικά προσόντα με τα οποία θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι όσοι αποφασίζουν να ασχοληθούν με τον τομέα της αποκατάστασης (Παρασκευόπουλος, 1994).

Η κοινωνική ζωή επηρεάζει την πορεία και την εξέλιξη των ψυχικά ασθενών ατόμων ενώ διάφορες μορφές κοινωνικής υποστήριξης, βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών (Lewin, 1997).

Στην αποκατάσταση των ασθενών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα λαμβάνονται υπό όψη :

- οι περιορισμοί των οικογενειακών συνθηκών
- οι περιορισμοί των οικονομικών συνθηκών
- τα σχέδια που έχει θέσει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του

(Branden, 2001).

Ένα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός προγράμματος αποκατάστασης παίζει η δυνατότητα χειρισμού των συναισθημάτων των ασθενών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι ασθενείς μέσα από συγκεκριμένες παρεμβάσεις αποκτούν διαφορετική στάση απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά και τους δημιουργούν αντίστοιχα ψυχολογική πίεση. Αυτό τους βοηθά να ενσωματωθούν ευκολότερα στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Wilson, 1997).

Τα παραπάνω καθώς επίσης και ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού- θεραπευτικού προσωπικού, παρουσιάζονται πιο αναλυτικά στο 2^ο κεφάλαιο της εργασίας.

1.4 Αρμοδιότητες και διάρθρωση των υπηρεσιών ενός Κέντρου Αποθεραπείας-Αποκατάστασης

Στις αρμοδιότητες των υπηρεσιών ενός Κέντρου Αποθεραπείας – Αποκατάστασης περιλαμβάνονται : η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, η νοσηλεία των ασθενών, η παροχή ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών, η εκπαίδευση του πληθυσμού της περιοχής σε θέματα πρόληψης, η παροχή κοινωνικής και συμβουλευτικής υποστήριξης των ατόμων με αναπηρίες. Ειδικότερα στην παροχή υπηρεσιών των κέντρων αποκατάστασης περιλαμβάνονται : η φυσικοθεραπεία, η θεραπευτική άσκηση, η εργοθεραπεία, η λογοθεραπεία, η διαιτολογία καθώς και η ψυχολογική στήριξη. Τα Κέντρα αποθεραπείας και Αποκατάστασης απαρτίζονται από τις εξής υπηρεσίες :

- Ιατρική Υπηρεσία
- Νοσηλευτική Υπηρεσία
- Αυτοτελές Γραφείο Πολιτικής Ποιότητας Συντονισμού και Αποτελεσμάτων (Π.Δ., 1993).

1.4.1. Αρμοδιότητες της ιατρικής υπηρεσίας, νοσηλευτικής υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς στους οποίους λειτουργούν τμήματα κατά Τομείς και Ειδικότητα και θεραπευτικά τμήματα Αποκατάστασης ως εξής:

A. Παθολογικός τομέας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΦΙΑΠ), ο οποίος περιλαμβάνει τα τμήματα :

1. Κλινική ΦΙΑΠ
2. Κλινική ΦΙΑΠ Παιδών

B. Θεραπευτικά τμήματα αποκατάστασης, τα οποία περιλαμβάνουν :

1. Ψυχολογίας
2. Διαιτολογίας
3. Φυσικοθεραπείας Εργοθεραπείας
4. Λογοθεραπείας
5. Κοινωνικής Εργασίας

Οι αρμοδιότητες της ιατρικής υπηρεσίας αντίστοιχα περιλαμβάνουν :

- ✓ Την προώθηση και η προαγωγή της υγείας
- ✓ Την εκπαίδευση του προσωπικού που απαρτίζει την υπηρεσία
- ✓ Την παροχή υπηρεσιών υγείας
- ✓ Τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- ✓ Την κατάρτιση πρωτοκόλλων για την παροχή και ανάπτυξη των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών από τη Διεύθυνση, τους Τομείς και τα Τμήματα
- ✓ Την οργάνωση και την προώθηση της έρευνας
- ✓ Τη συμμετοχή στην κατάρτιση και εφαρμογή των επιχειρησιακών και οικονομικών προγραμμάτων του Νοσοκομείου

- ✓ Τη συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του Κέντρου και του Νοσοκομείου για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Ειδικότερα ο Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, προκειμένου να υπηρετήσει τις ανάγκες ενός Κέντρου Αποκατάστασης, καθορίζει την αγωγή Αποκατάστασης, συντονίζει και κατευθύνει την Ομάδα Αποκατάστασης και είναι αρμόδιος για:

- ✓ Τη διάγνωση της νόσου και του δυναμικού Αποκατάστασης με κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα σε συνεργασία με τα εργαστήρια του Νοσοκομείου.
- ✓ Την αξιολόγηση του βαθμού της λειτουργικότητας ή και αναπηρίας και επιλογή βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων Αποκατάστασης
- ✓ Τη διατήρηση της επιστημονικής ευθύνης και την εξασφάλιση των όρων γενικής εποπτείας και θεραπευτικής παρέμβασης σε κάθε στάδιο εξέλιξης της πάθησης
- ✓ Την επιστημονική ευθύνη της Ομάδας Αποκατάστασης, την οποία συντονίζει με στόχο την ομαλή συνεργασία των μελών της προς όφελος του ασθενούς.
- ✓ Τη συνταγογράφηση του προγράμματος Αποκατάστασης και εποπτείας για την ομαλή διεξαγωγή του και το οποίο τροποποιεί ανάλογα με την εξέλιξη της πάθησης στους τομείς φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, κοινωνικής μέριμνας και ψυχολογικής υποστήριξης.
- ✓ Τη συνταγογράφηση γενικών και ειδικών φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- ✓ Τη συνταγογράφηση και έλεγχο Ορθώσεων, Προσθέσεων και αναπηρικών αμαξιδίων καθώς και κάθε είδους μηχανήματος υποστηρικτικής τεχνολογίας που συμβάλλει στην ευόδωση των λειτουργιών του ασθενούς και οδηγεί στην αυτονομία του.
- ✓ Τη συνταγογράφηση ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων όπως: Νευροφυσιολογικές εξετάσεις, ουροδυναμικό έλεγχο, ανάλυση κίνησης και βάδισης, έλεγχος διαταραχής σεξουαλικών διαταραχών κ.α.
- ✓ Την ανάπτυξη νέων μονάδων που να ανταποκρίνονται στην εξέλιξη της διάγνωσης και της θεραπείας Αποκατάστασης.
- ✓ Την ευαισθητοποίησης της κοινωνίας για την άρση του κοινωνικού στίγματος της αναπηρίας.
- ✓ Τη συμμετοχή στις δράσεις φορέων με στόχο την πλήρη κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία.

Οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

- ✓ Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς, σύμφωνα με τους κανόνες και τα διδάγματα της Νοσηλευτικής Επιστήμης και του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.
- ✓ Η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης, της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, της επιμόρφωσης και της έρευνας στον τομέα αυτό.
- ✓ Η τήρηση των αρχών λειτουργίας του Νοσοκομείου όπως καθορίζονται από διατάξεις νόμων, Π.Δ., τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου και τις αποφάσεις του Συμβουλίου Διοίκησης και του Διοικητού αυτού.

- ✓ Η συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του Κέντρου.

Ειδικότερα, το Νοσηλευτικό προσωπικό στα τμήματα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- ✓ Σε συνεργασία με τον ιατρό φροντίζει για την νοσηλεία του ασθενούς με ολοκληρωμένες παροχές νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας διαβίωσης.
- ✓ Φροντίζει για την υγιεινή των νοσηλευτικών χώρων και την αποφυγή ανάπτυξης ή μετάδοσης ανθεκτικών μικροβίων.
- ✓ Φροντίζει για την πρόληψη κατακλίσεων, θρομβοφλεβίτιδας και άλλων επιπλοκών.
- ✓ Φροντίζει για την θεραπεία των κατακλίσεων και ασχολείται, σε συνεργασία με τον ιατρό, με την θεραπεία διατροφικών διαταραχών και νευρογενών διαταραχών ούρησης και αφόδευσης.
- ✓ Σε συνεργασία με τον ιατρό, συμμετέχει σε ειδικές θεραπευτικές μεθόδους διαχείρισης της σπαστικότητας.
- ✓ Συμμετέχει στα γενικά και ειδικά εξωτερικά Ιατρεία όλων των ειδικοτήτων.
- ✓ Προετοιμάζει τον ασθενή για την λειτουργική Αποκατάσταση.
- ✓ Ενισχύει ψυχολογικά και εκπαιδεύει τον ασθενή και την οικογένειά του.
- ✓ Συμμετέχει και οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια του τομέα της Νοσηλευτικής.
- ✓ Συμμετέχει στην ομάδα Αποκατάστασης.
- ✓ Συμμετέχει στην εκπόνηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

1.4.2 Τμήμα Ψυχολογίας, Τμήμα Διαιτολογίας- Διατροφής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Τμήμα Εργοθεραπείας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Ø Τμήμα Ψυχολογίας

Οι αρμοδιότητες του Ψυχολόγου είναι:

- ✓ Η παροχή ψυχολογικών (ψυχοδιαγνωστικών και ψυχοθεραπευτικών) υπηρεσιών προς τους ασθενείς όλων των τμημάτων του Κέντρου.
- ✓ Η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του είτε ατομικά είτε ομαδικά.
- ✓ Η εκτέλεση ψυχολογικών τεστ.
- ✓ Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

Το τμήμα ψυχολογικής υποστήριξης με τις υπηρεσίες που προσφέρει αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο ρόλος του είναι σημαντικός, αφού συμβάλλει στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος παράλληλα με την σωματική αποκατάσταση. Τόσο ο ίδιος ο άνθρωπος με σωματική ασθένεια ή αναπηρία, όσο και το οικογενειακό περιβάλλον έρχονται αντιμέτωποι και καλούνται να ανταπεξέλθουν σε μια πληθώρα αλλαγών σε κάθε επίπεδο στη ζωή τους όπως στο οικογενειακό, διαπροσωπικό, επαγγελματικό, κοινωνικό, κ.α.

Οι δυναμικές και οι ρόλοι στην οικογένεια αλλάζουν και όλοι καλούνται να διαχειριστούν τη νέα, πολλές φορές, επώδυνη και δύσκολη, πραγματικότητα. Από την αρχή της παραμονής των ασθενών (και των συνοδών αυτών) στον χώρο έχουν την δυνατότητα να αξιοποιήσουν τις ψυχολογικές υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, τόσο σε ατομικό, όσο και σε ομαδικό επίπεδο.

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς, αλλά και τα πρόσωπα που το συνοδεύουν έρχονται σε μια πρώτη ψυχολογική εκτίμηση με ψυχολόγο του Κέντρου και μετά από μια πρώτη γνωριμία και λήψη ψυχοκοινωνικού ιστορικού κρίνεται -κατά περίπτωση- η διαδικασία που θα πρέπει να ακολουθηθεί.

Μερικές από τις υπηρεσίες που προσφέρονται είναι:

- ✓ Αντιμετώπιση κρίσεων, συμβουλευτική και θεραπεία
- ✓ Αντιμετώπιση φόβων, άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που προκύπτουν από την σωματική κατάσταση του ασθενούς
- ✓ Δημιουργία κινήτρων για την καλύτερη συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες του Κέντρου
- ✓ Ενημέρωση σε θέματα τα οποία έχουν υποστεί αλλαγές, όπως σεξουαλική συμπεριφορά, κάπνισμα, διατροφή, εξαρτήσεις, σχολείο - σε συνεργασία και με τους άλλες ειδικότητες που φιλοξενεί το κέντρο
- ✓ Συμβουλευτική γονέων, συνοδών προσώπων, οικογένειας. Ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση στο προσωπικό του Κέντρου, προκειμένου αυτό να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο δύσκολο καθημερινό του έργο.

Στόχος του ψυχολογικού τμήματος είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του ανθρώπου με σωματική ασθένεια ή αναπηρία αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, για την καλύτερη διαχείριση και αποδοχή της νέας κατάστασης με τις δυσκολίες αλλά και τις νέες δυνατότητες που ανοίγονται.

∅ Τμήμα Διαιτολογίας – Διατροφής

Οι αρμοδιότητες του Τμήματος Διαιτολογίας – Διατροφής είναι:

- Η φροντίδα για τη σύνταξη και τον έλεγχο των καθημερινών διατροφικών αναγκών των εσωτερικών ασθενών
- Η φροντίδα για την πληροφόρηση των εξωτερικών ασθενών.
- Η παροχή πληροφόρησης και εκπαίδευσης των ασθενών και του περιβάλλοντός τους γύρω από ειδικά θέματα διατροφής που σχετίζονται με την νόσο.

Η διατροφή στην αποκατάσταση σχετίζεται με ασθενείς που μπορεί να καλύπτουν όλη την κλίμακα της διαιτολογίας, με εξουθενωμένους υποσιτιζόμενους ασθενείς από την μια μεριά της κλίμακας και ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με ασθένειες που οφείλονται στην παχυσαρκία όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσο, από την άλλη μεριά της κλίμακας. Στην μέση της κλίμακας βρίσκονται ασθενείς στους οποίους η πρόσφατη κλινική κατάσταση, απαιτεί την βέλτιστη διατροφική υποστήριξη για ανάρρωση και αποτελεσματικότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα της αποκατάστασης.

Η σωστή διατροφή μπορεί να βελτιώσει την προσπάθειες αποκατάστασης τόσο στην οξεία φάση όσο και στην μακροχρόνια πορεία της πάθησης. Στην διάρκεια της αποκατάστασης παρουσιάζονται πλήθος διατροφικών προβλημάτων λόγω του ότι η παρούσα κατάσταση του ασθενούς, η οποία χρήζει αναγκαιότητας θεραπευτικής αποκατάστασης, (αγγειακό εγκεφαλικό, κраниοεγκεφαλική κατάσταση, κάκωση νωτιαίου μυελού, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α.), συνυπάρχει, τις περισσότερες φορές, και με άλλες ασθένειες (παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση, χοληστεριναιμία κ.α.). Η σωστή διατροφή είναι ένα από τα βασικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης αποκατάστασης. Οπότε, ο κύριος ρόλος του διαιτολόγου στο κέντρο αποκατάστασης είναι να παρέχει μια σωστή, ισορροπημένη και εξατομικευμένη διατροφή για κάθε ασθενή ξεχωριστά, ανάλογα με τις ανάγκες του, τις ιδιαιτερότητες και τις προτιμήσεις του. Συγκεκριμένα ο κάθε διαιτολόγος του κέντρου αποκατάστασης είναι υπεύθυνος για :

- ✓ Την λήψη διατροφικού ιστορικού. Ο διαιτολόγος, σε περιθώριο μιας εβδομάδας, λαμβάνει το ιστορικό της κάθε νέας εισαγωγής. Η λήψη των διατροφικών δεδομένων περιλαμβάνει, εκτός από την προφορική συνέντευξη για τις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς και τις διατροφικές του ιδιαιτερότητες, και διάφορες μετρήσεις, όπως :
 1. Μέτρηση σωματικού βάρους.
 2. Μέτρηση ύψους.
 3. Μέτρηση μεγέθους σκελετού.
 4. Μέτρηση σύστασης σώματος.
 5. Μέτρηση λίπους.
 6. Υπολογισμός βασικού μεταβολισμού.
 7. Υπολογισμός απαραίτητων θερμίδων.
- ✓ Το σχεδιασμό του μενού διατροφής της κλινικής. Η διαιτολόγος ετοιμάζει κάθε εβδομάδα το καθημερινό διαιτολόγιο του κέντρου για να ετοιμαστεί από τους μάγειρες. Η εκτέλεση του εβδομαδιαίου προγράμματος γίνεται από επαγγελματίες μάγειρες στην άρτια και σύγχρονη κουζίνα της κλινικής, καθόλη την διάρκεια της ημέρας (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό). Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα διατροφής των ασθενών του κέντρου δίνει την δυνατότητα στους ίδιους να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο επιλογές (εφόσον η ιατρική κατάσταση τους το επιτρέπει).
- ✓ Πραγματοποιεί επίσκεψη στους ασθενείς μαζί με τους γιατρούς 1-2 φορές την εβδομάδα. Στην διάρκεια της επίσκεψης μαζί με όλη την ομάδα εκτιμάται η πορεία του ασθενούς, συστήνονται τυχόν αλλαγές που πρέπει να γίνουν στην διατροφή ώστε να βοηθήσουν την παρούσα κατάσταση του ή συζητούνται τα αποτελέσματα εξετάσεων και πως μπορούν αυτά να διορθωθούν με την ανάλογη διατροφή.
- ✓ Παίρνει διατροφικό ιστορικό από ασθενείς που χρειάζονται ειδική διατροφή και ειδική προσοχή. Τα στοιχεία που συλλέγονται κατά την διαδικασία της διατροφικής αξιολόγησης συνεκτιμώνται και βάση των αποτελεσμάτων αυτών καθορίζεται η κατάσταση του ασθενούς και η ένταξη του σε ομάδα υψηλού κινδύνου ή όχι. Η

κατηγοριοποίηση αυτή υποδεικνύει μειωμένη ή αυξημένη πιθανότητα ο ασθενής να παρουσιάζει υποθρεψία (κακή θρέψη) , ενώ επίσης υποδεικνύει και την χρονική στιγμή που απαιτείται ο διαιτολόγος να πραγματοποιήσει την πρώτη διατροφική αξιολόγηση του ασθενούς ,μετά την εισαγωγή του στο κέντρο. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και το σχέδιο διατροφικής παρέμβασης καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς και ενημερώνονται οι θεράποντες ιατροί προκειμένου να ορισθεί από κοινού η διατροφική παρέμβαση.

- ✓ Δίνει γραπτές γενικές οδηγίες σε ασθενείς που χρειάζονται ειδική διατροφή ανάλογα με την πάθηση τους. Κάθε ασθενής παραλαμβάνει διαιτητικές οδηγίες ανάλογα με την πάθηση του ή με το στόχο που έχει ορίσει με την διαιτολόγο για το βάρος του.(χάσιμο κιλών ή αύξηση βάρους)
- ✓ Συστήνει συμπληρώματα σε ασθενείς με πρόσθετες ανάγκες. Προτείνονται συμπληρώματα σε ασθενείς με διαβήτη, με δυσκοιλιότητα ,σε ασθενείς που νιώθουν αδύναμοι ή που έχουν κάποια έλλειψη σε κάποια θρεπτικά συστατικά.
- ✓ Συστήνει φυτικά σκευάσματα για ασθενείς με ιδιαίτερα προβλήματα (όπως δυσκοιλιότητα ή διάρροια) και παρακολουθεί την πορεία τους.
- ✓ Αποφασίζει για τα εντερικά διαλύματα των ασθενών που σιτίζονται εντερικά. Εάν απαιτείται η διατροφική υποστήριξη με εντερική ή παρεντερική σίτιση ,ο διαιτολόγος επικοινωνεί με τον θεράποντα ιατρό και καθορίζεται το βέλτιστο σχήμα διατροφικής παρέμβασης.
- ✓ Ελέγχει την ποσότητα των υγρών κάθε ασθενή που υποστηρίζεται εντερικά ή παρεντερικά.
- ✓ Συστήνει οδηγίες σε ασθενείς που έχουν οστεοπόρωση-οστεοπενία (μετά από μέτρηση που γίνεται στο κέντρο κάθε μήνα).

Ø Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Οι Φυσικοθεραπευτές συμβάλλουν με τις φυσικοθεραπευτικές τεχνικές στην πρόληψη, τη βελτίωση και την αποθεραπεία ασθενών που νοσηλεύονται στα τμήματα Αποκατάστασης του Κέντρου.

Οι αρμοδιότητες των Φυσικοθεραπευτών είναι:

- ✓ Εφαρμογή ειδικών τεχνικών κινησιοθεραπείας για την βελτίωση της μυϊκής δύναμης, της αντοχής και του συντονισμού των κινήσεων.
- ✓ Εφαρμογή των κατάλληλων φυσικών μέσων ώστε να ανακουφίσουν από τον πόνο, να αυξήσουν το εύρος κίνησης και να προετοιμάσουν τον ασθενή για την κινησιοθεραπεία.
- ✓ Εφαρμογή σε νευρολογικές παθήσεις του Κ.Ν.Σ. και Π.Ν.Σ. νεώτερων νευροαναπτυξιακών τεχνικών νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης.
- ✓ Επανεκπαίδευση της βάδισης σε ομαλό και ανώμαλο έδαφος και άνοδος-κάθοδος κλίμακος.
- ✓ Εφαρμογή τεχνικών με χρήση ειδικών μηχανημάτων σύγχρονης τεχνολογίας για την εκτέλεση νεώτερων θεραπευτικών τεχνικών.

- ✓ Συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

Τα προγράμματα φυσικοθεραπείας στοχεύουν στη βελτίωση της κινητικής κατάστασης του ασθενή με ενδυνάμωση, στη μέγιστη ανάπτυξη της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του ατόμου, στη διατήρηση του εύρους των αρθρώσεων και τέλος στη βελτίωση της αντοχής και της συνολικής φυσικής κατάστασης. Τα προγράμματα φυσικοθεραπείας βασίζονται στην αξιολόγηση του ασθενή, του βαθμού αναπηρίας του, των γενικότερων ιατρικών προβλημάτων του, αλλά και των δυνατοτήτων του.

Οι θεραπείες καλύπτουν περιστατικά αναπνευστικών, καρδιαγγειακών, ορθοπαιδικών και νευρολογικών παθήσεων και δυσλειτουργιών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αποκατάσταση κάθε είδους κινητικής αναπηρίας. Η αρχή της εξατομικευμένης θεραπείας εφαρμόζεται απόλυτα από τους φυσικοθεραπευτές. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε θεραπευτική συνεδρία ο φυσικοθεραπευτής ασχολείται με έναν και μόνο ασθενή.

Μια μέθοδος που συμμετέχει στα προγράμματα τις φυσικοθεραπείας είναι και η υδροθεραπεία. Η υδροθεραπεία, σαν μια φυσική μέθοδος αποκατάστασης, έχει ξεπεράσει με επιτυχία την άτεγκτη δοκιμασία του χρόνου και στο διάβα των αιώνων τα θεραπευτικά της αποτελέσματα έχουν τεκμηριωθεί. Η εφαρμογή της επιτυγχάνει ευεργετικά αποτελέσματα όσον αφορά την αποκατάσταση ορθοπεδικών, νευρολογικών και ρευματολογικών παθήσεων.

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή των υδροθεραπευτικών μεθόδων είναι :

1. η θερμοκρασία
2. η υδροστατική πίεση
3. η άνωση
4. η αντίσταση
5. η χημική δράση του νερού

Η ομάδα αποκατάστασης προσαρμόζει το πρόγραμμα της υδροθεραπείας σύμφωνα με τις ανάγκες και τους στόχους κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

ΘΤμήμα Εργοθεραπείας

Οι εργοθεραπευτές συμβάλλουν με τις εργοθεραπευτικές τεχνικές στην πρόληψη, την βελτίωση και αποθεραπεία ασθενών που νοσηλεύονται στα τμήματα Αποκατάστασης του Κέντρου.

Οι αρμοδιότητες των Εργοθεραπευτών είναι:

- ✓ Βελτίωση λειτουργικότητας των άνω άκρων.
- ✓ Βελτίωση των γνωστικών και αντιληπτικών δεξιοτήτων.
- ✓ Αυτοεξυπηρέτηση.
- ✓ Κατασκευή ναρθήκων και βοηθημάτων.
- ✓ Εργονομική διεύθετηση χώρων.
- ✓ Συμβουλευτική και εκπαίδευση των συνοδών.

- ✓ Εκπαίδευση στη χρήση κατάλληλου εξοπλισμού υποστηρικτικής τεχνολογίας για έλεγχο περιβάλλοντος και για εναλλακτική επικοινωνία.
- ✓ Αξιολόγηση επαγγελματικών δεξιοτήτων.
- ✓ Επανάταξη στη κοινότητα.
- ✓ Η βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω άκρων, του συντονισμού της κινητικότητας και της αισθητικότητας.
- ✓ Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

Το τμήμα εργοθεραπείας που βρίσκεται μέσα στο κέντρο αποκατάστασης αναλαμβάνει να παρέχει τις υπηρεσίες του από την πρώτη στιγμή της εισαγωγής του ατόμου στον χώρο.

Σκοπός είναι να βοηθηθούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες - αλλά και ειδικές ικανότητες - να επιτύχουν το μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας σε κοινωνικό, σωματικό αλλά και ψυχολογικό επίπεδο. Μετά από παραπομπή του φυσίατρου και σε συνεχή συνεργασία μαζί του, ο εργοθεραπευτής αξιολογεί το άτομο, σχεδιάζει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης και μια σχέση θεραπευόμενου – θεραπευτή ξεκινάει. Μαζί βάζουν στόχους για εκπαίδευση στη σίτιση, στην ένδυση - απόδυση αλλά και σε δημιουργικές δραστηριότητες. Σε ένα προσαρμοσμένο περιβάλλον μικρά παιδιά και ενήλικες βρίσκουν καινούρια ενδιαφέροντα χρησιμοποιώντας προσαρμοσμένα βοηθήματα και πρωτότυπο εξοπλισμό.

ΘΤμήμα Λογοθεραπείας

Οι Λογοθεραπευτές συμβάλλουν με τις λογοπεδικές τεχνικές στη βελτίωση και την αποθεραπεία ασθενών που νοσηλεύονται στα τμήματα Αποκατάστασης του Κέντρου.

Οι αρμοδιότητες των Λογοθεραπευτών είναι:

- ✓ Η λογοπεδική παρέμβαση σε ασθενείς όλων των δομών Αποκατάστασης.
- ✓ Η παρέμβαση με πράξεις θεραπείας, αποκατάστασης, συμβουλευτικής και ένταξης στην κοινωνική και εργασιακή ζωή.
- ✓ Η αξιολόγηση και εκμάθηση όλων των ειδών της επικοινωνίας, περιλαμβανομένου του συνειρμού, της μνήμης, της προσοχής και του «εκφραστικού» λόγου και ομιλίας.
- ✓ Η αξιολόγηση και εκπαίδευση κατάποσης.
- ✓ Η επανεκπαίδευση των νοητικών λειτουργιών.
- ✓ Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο.

Το τμήμα λογοθεραπείας αξιολογεί και παρέχει θεραπευτικό έργο σε παιδιά με εκ γενετή ή επίκτητα προβλήματα, εφήβους και ενήλικους με νευρολογικές ή εκφυλιστικές παθήσεις και υπερήλικους που έχουν υποστεί εγκεφαλικά επεισόδια ή εκφυλιστικές παθήσεις όπως άνοια ή Alzheimer .

Το φάσμα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει είναι ευρύ και αποτελείται από τα προβλήματα κατάποσης, τα προβλήματα λόγου και ομιλίας, τα προβλήματα κατανόησης και επικοινωνίας και τα προβλήματα του γραπτού λόγου.

Ο λογοθεραπευτής αρχικά παίρνει ιστορικό και στη συνέχεια αξιολογεί με εξειδικευμένες τεχνικές τις τυχόν δυσκολίες, θέτει τη διάγνωση και προτείνει την καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση. Βοηθά στην αναγνώριση των επιπτώσεων που επιφέρουν οι διαταραχές του λόγου και της επικοινωνίας στις καθημερινές δραστηριότητες των πασχόντων, αλλά και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις των άλλων θεραπευτών.

Ανοίγοντας τις διαύλους επικοινωνίας με τον ασθενή υποκαθιστά την αδυναμία επικοινωνίας με άλλες τεχνικές υψηλής τεχνολογίας, του μαθαίνει όλα τα είδη επικοινωνίας με μεγαλύτερο βάρος στην λεκτική επικοινωνία και επανεκπαιδεύει τις νοητικές λειτουργίες συνειρμού, μνήμης, προσοχής και εκφραστικού λόγου διευκολύνοντας τις θεραπευτικές παρεμβάσεις των άλλων θεραπευτών της ομάδας αποκατάστασης.

ØΤμήμα Κοινωνικής Εργασίας

- ✓ Οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών είναι:
- ✓ Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς και στις οικογένειές τους κατά την παραμονή τους στο Κέντρο, έτσι ώστε να αποδεχθούν και να αντιμετωπίσουν την υπάρχουσα κατάσταση, αξιοποιώντας τις δυνατότητες και τις ικανότητές τους με σκοπό την ομαλή επανένταξή τους στο οικογενειακό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.
- ✓ Η διερεύνηση των κοινωνικών συνθηκών και του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή.
- ✓ Η ενημέρωση των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων των ασθενών.
- ✓ Η ενημέρωση για τις προνοιακές, επιδοματικές και άλλες υποστηρικτικές πολιτικές.
- ✓ Η καταγραφή του υπεύθυνου συγγενικού προσώπου του ασθενή ώστε να διατηρείται το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς και να αναλαμβάνεται η ευθύνη του όταν ο ασθενής χρήζει προσωρινής επίβλεψης.
- ✓ Η διασύνδεση ασθενούς και οικογένειας με υπηρεσίες εκτός ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.
- ✓ Η συμμετοχή στην ομάδα Αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό και ερευνητικό στόχο (N., 2011).

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθώντας τα άτομα στα Κέντρα αποκατάστασης δίνει τους μηχανισμούς και τις δεξιότητες που μπορούν να βελτιώσουν τη ζωή τους

Ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και βοηθά τον ασθενή και την οικογένειά του για την προσαρμογή στις νέες ανάγκες. Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμεύει ως σύνδεσμος μεταξύ του κέντρου αποκατάστασης και της κοινωνίας καθώς αναλαμβάνει το συντονισμό της φροντίδας του ασθενή και την ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής αυτών στα νέα κοινωνικά δεδομένα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού στην κατανόηση του ασθενούς και της οικογένειάς του και της αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων (Jonson, 1983).

Οι κοινωνικές ανάγκες των ασθενών των κέντρων αποκατάστασης παρουσιάζουν διαβαθμισμένη πολυπλοκότητα : α) απλή, β) πιο περίπλοκη γ) ειδική δυσκολία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες αυτές θα πρέπει να έχουν άριστη κατάρτιση και εμπειρία έτσι ώστε να μπορούν να συνεργάζονται τόσο με τους ασθενείς όσο και με τις οικογένειές τους.

Ο κοινωνικός λειτουργός πραγματοποιεί μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών που περιλαμβάνουν τη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών, τη συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, την ανάπτυξη των κοινωνικών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Younghusband, 1959).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν συμβουλές βοηθώντας τα άτομα με τις διάφορες μορφές αναπηριών να προσαρμοστούν στις ειδικές ανάγκες τους. Στο πλαίσιο αυτό η παροχή συμβουλών περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα όπως την προσωπική, την διαπροσωπική, την οικογενειακή, την επαγγελματική προσαρμογή. Ειδικότερα σε σχέση με την οικογένεια του ατόμου με αναπηρία, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες των κοινωνικών λειτουργών αφορούν την κατανόηση της φύσης της αναπηρίας και την προσαρμογή στη νέα κατάσταση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν ένα σύνδεσμο μεταξύ του ατόμου με αναπηρία, της οικογένειας και της κοινωνίας (Zastrow, 1992).

1.5.Θεραπευτικά Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης που λειτουργούν στην Ελλάδα σήμερα

Τα θεραπευτικά Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι :

- ✓ Ειδικές κλινικές σε μεγάλα νοσοκομεία (Ασκληπιείο Βούλας, ΚΑΤ, ΣΩΤΗΡΙΑ, ΚΡΑΤΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ)
- ✓ Τμήματα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης σε Ιδιωτικές Κλινικές
- ✓ Τμήματα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης σε ασφαλιστικούς φορείς (ΕΟΠΥΥ)
- ✓ Κέντρα ιδιωτικού δικαίου επιχορηγούμενα από το κράτος (ΕΛΕΠΑΠ ή Ελληνική Εταιρία Προστασίας – Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων)
- ✓ Ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια
- ✓ Ειδικής μορφής κέντρα αποκατάστασης ηλικιωμένων ατόμων (ΚΑΠΗ)
- ✓ Κέντρα Αποκατάστασης – Αποθεραπείας και Κοινωνικής Υποστήριξης ΑΜΕΑ (Ν., 2011).

Υποκεφάλαιο 2: Ψυχολογία & Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών

2.1 Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν η δομή και η λειτουργία ενός Κ. Α. Α.

Το δεύτερο κεφάλαιο, θα επεκταθεί στην ψυχολογία της υγείας και στο πως η επιστήμη αυτή μπορεί να επηρεάσει την ζωή των ασθενών, στα μοντέλα υγείας που υπερισχύουν καθώς επίσης και στο ρόλο της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της υγείας.

« Ο Joseph Matarazzo (1980) έχει δώσει έναν ορισμό της ψυχολογίας που εξειδικεύεται σε θέματα υγείας. Τη θεωρεί ως το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της Ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και θεραπεία της αρρώστιας και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία». Λίγο αργότερα στον παραπάνω ορισμό προστίθεται από τους επιστήμονες της Αμερικανικής Ψυχολογικής Ένωσης η «ανάλυση και βελτίωση του συστήματος φροντίδας της υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας» (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:24-25)

Ο συγκεκριμένος κλάδος, εμπλουτίζεται με γνώσεις τόσο από άλλους κλάδους της Ψυχολογίας (π. χ: Κλινική, Κοινωνική, Γνωστική) όσο και από άλλες επιστήμες, όπως: η Ιατρική, η Νοσηλευτική, η Φαρμακολογία, η Βιολογία, η Κοινωνική Εργασία, η Επιδημιολογία, η Κοινωνιολογία, η Ανθρωπολογία κ.α. (Καραδήμας, Ε.,2005:25).

Η ψυχολογία της υγείας, ασπάζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας στα πλαίσια του οποίου προσπαθεί, μέσα από διάφορες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις να προσφέρει την ψυχολογική υποστήριξη και ανακούφιση που χρειάζεται ο ασθενής, καθώς βρίσκεται αντιμέτωπος με μία ξαφνική «κρίση» στη ζωή του, στηριζόμενη όμως απαραίτητα στη συνεργασία της , με άλλες ειδικότητες που εδρεύουν στους χώρους υγείας όπως είναι η φυσιοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η λογοθεραπεία, η ιατρική και η κοινωνική εργασία.

Προκειμένου να βοηθηθεί το άτομο και να αντιμετωπιστεί ως «όλον», οι παραπάνω επιστήμες συνδυάζονται ακριβώς γι αυτό το λόγο, και η μεταξύ τους συνεργασία και συνύπαρξη κρίνονται απαραίτητες προκειμένου να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα όσον αφορά την πορεία της υγείας του ασθενούς.

Τα παραπάνω, καθώς επίσης και την σχέση ασθενούς με το ιατρικό- νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό, την πορεία της αποκατάστασης τους και τους τρόπους που χρησιμοποιούνται προκειμένου να φτάσουν στην ολοκληρωτική αποθεραπεία και αποκατάσταση, τόσο σωματική όσο και ψυχολογική θα παρουσιαστούν στα επόμενα υποκεφάλαια.

2.1.1. Ορισμός της έννοιας της υγείας

Παρ' όλο που η υγεία είναι μία λέξη η οποία αναφέρεται αρκετά συχνά , « ο ακριβής προσδιορισμός της έννοιας «υγεία» είναι δυσχερής. Συνήθως αντιλαμβανόμαστε την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων, δυσφορίας ή πόνου, όταν αυτά μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή άλλου προβλήματος υγείας. Συχνά, επίσης, η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με συστατικά όπως: η οργανική και ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές σχέσεις με τους άλλους κ. λ .π (Herzlich, 1973)»(Καραδήμας, Ε.,2005:15).

Όμως, ο «ευρύτερα αποδεκτός ορισμός της «υγείας» είναι αυτός, που έδωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W H O) το 1948.

Όρισε την υγεία ως την «κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Καραδήμας, Ε.,2005:15).

Πέρα όμως από τον ορισμό της έννοιας της υγείας η Π. Ο. Υ. προχώρησε και στην αποσαφήνιση της έννοιας ποιότητα ζωής την οποία και όρισε ως « την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών που ζει, και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια που έχει θέσει, και τα ενδιαφέροντα του», δίνοντας έτσι έμφαση «στο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του ατόμου και στις γενικότερες συνθήκες ζωής». (Καραδήμας, Ε.,2005:16)

Με την αποσαφήνιση των δύο παραπάνω ορισμών φτάνουμε στη σύγχρονη εποχή στην οποία επικρατούν «δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας:

α) το βιοιατρικό μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας, και

β) το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας που αποτελεί μία νέα προσέγγιση».

(Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:11).

Τα δύο αυτά μοντέλα, μας ενδιαφέρουν, καθώς γίνεται αντιληπτό με ποιόν τρόπο αντιμετωπίζουν τον ασθενή και το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον οι υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης πως επιλύουν ή όχι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής κατά την διάρκεια της νοσηλείας του αλλά και μετά το πέρας αυτής.

Όλα τα παραπάνω, περιγράφονται στο αμέσως επόμενο υποκεφάλαιο.

2.1.2. Το βιοιατρικό-βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας

« Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η υγεία, η ασθένεια, καθώς και οι παράγοντες που σχετίζονται με τις καταστάσεις αυτές, ποικίλλουν στο χρόνο και ανά πολιτισμό». (Καραδήμας, Ε.,2005:17)

Κατά την προϊστορική περίοδο οι άνθρωποι πιθανότατα πίστευαν ότι τα αίτια της ασθένειας ήταν διάφορα «κακά πνεύματα» (Marx & Hillix, 1963), τα οποία εισέβαλαν στο άτομο και προκαλούσαν την ασθένεια». (Καραδήμας, Ε.,2005:17)

Οι πρώτες αντιλήψεις και θεωρίες όμως όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια, διατυπώνονται ήδη από τους αρχαίους Έλληνες και συγκεκριμένα από τον Ιπποκράτη, ο οποίος αναγνωρίζει την έννοια της πρόληψης.

Συγκεκριμένα, «ισχυριζόταν ότι η διατήρηση της υγείας απαιτεί μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον, και αναγνώριζε ότι κάθε άνθρωπος διαθέτει αυτοθεραπευτικές ικανότητες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του όταν αυτή διαταράσσεται». (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:12)

Πέρα από τα παραπάνω, οδηγείται και στην θεωρία του «περί χυμών του σώματος», η αναλογία των οποίων προσδιόριζε τον χαρακτήρα του ατόμου. Έτσι διακρίνει 4 τύπους «χυμών»: α) το αίμα, που ανταποκρινόταν στον «αιματώδη» και αισιόδοξο τύπο ανθρώπου, β) το φλέγμα, που ανταποκρινόταν στο «φλεγματικό» τύπο ανθρώπου ο οποίος χαρακτηριζόταν από ηρεμία και πραότητα, γ) την κίτρινη χολή, που διέκρινε το «χολερικό», δηλαδή τον ευέξαπτο, ανήσυχο ή θυμώδη χαρακτήρα, και δ) τη μαύρη χολή, που ανταποκρινόταν στο «μελαγχολικό» ή καταθλιπτικό τύπο ανθρώπου». (Αναγνωστόπουλος,

Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:12). Επομένως, φαίνεται ότι αντιμετωπίζει το άτομο με μια ολιστική προσέγγιση, στην οποία ψυχή και σώμα θεωρούνται αλληλένδετα και το ένα επηρεάζεται από το άλλο καθώς επίσης μέσω της ολιστικής του προσέγγισης, θέτει πρώτη φορά τις βάσεις για την ανάπτυξη του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Το παραπάνω μοντέλο αν και υποστηρίζεται και από άλλους πολιτισμούς, όπως αυτός της Κίνας, χρησιμοποιώντας θεραπευτικές τεχνικές όπως ο βελονισμός ή το μασάζ θα εγκαταλειφθεί κατά το 17^ο αιώνα καθώς θεωρείται πλέον μη επιστημονικό. Θα αντικατασταθεί από το βιοιατρικό μοντέλο, το οποίο θα μπορούσαμε να πούμε ότι ακόμα και σήμερα υπερτερεί.

«Σύμφωνα με το Γάλλο φιλόσοφο Καρτέσιο, η ψυχή αποτελούσε μία ξεχωριστή οντότητα, παράλληλη με το σώμα, αλλά ανίκανη να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες. Το σύγχρονο βιοιατρικό μοντέλο υγείας στηρίζεται, ως ένα βαθμό, σε αυτό τον κλασικό δυισμό του Καρτέσιου, ο οποίος θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα ως «μηχανή» που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Όταν αυτή η «οργανική μηχανή» δεν λειτουργεί φυσιολογικά, τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση της δυσλειτουργίας ενός τμήματός της.»(Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:13)

Σύμφωνα λοιπόν με το βιοιατρικό μοντέλο υγείας, κάθε σύμπτωμα ή κάθε ασθένεια έχει μία αιτία, αρκεί να βρεθεί η αιτία και θα εξαλειφθεί η ασθένεια ή το σύμπτωμα.

Με την επικράτηση του βιοιατρικού μοντέλου, οφείλεται να σημειωθεί ότι επήλθαν πολλά θετικά στοιχεία στον τομέα της ιατρικής επιστήμης, επομένως και στις ζωές των ασθενών.

Κατά το 18^ο και 19^ο αιώνα η ιατρική επιστήμη ενισχύεται με την προώθηση της ανατομίας, την ανακάλυψη του μικροσκοπίου και των μικρό-οργανισμών, την ανακάλυψη της αντισηψίας και την πρόοδο της χειρουργικής.(Καραδήμας, Ε,2005:19)

Στο συγκεκριμένο κλάδο επομένως τα οφέλη είναι πολλά, παραγκωνίζοντας και παραβλέποντας όμως τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην ζωή ενός ατόμου και στην πορεία της αποκατάστασης τους, οδηγηθήκαμε στην δημιουργία νέων ασθενειών των οποίων τα χαρακτηριστικά είναι εντελώς διαφορετικά από ασθένειες προηγούμενων αιώνων.

Έτσι, ενώ παλαιότερα οι ασθένειες ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας και οδηγούσαν είτε στην αποθεραπεία είτε στο θάνατο, τώρα πλέον αποτελούν μακρόχρονες καταστάσεις που απαιτούν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά του ατόμου, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος της επιδείνωσης τους. (Καραδήμας, Ε,2005:21)

Με την είσοδο και την εδραίωση των νέων αυτών ασθενειών οι οποίες ορίζονται ως «ψυχοσωματικές», το βιοιατρικό μοντέλο αδυνατεί να δώσει μία εξήγηση, σε αντίθεση με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο θεωρεί όλες τις ασθένειες «ψυχοσωματικές», καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος.

Σύμφωνα με τον Dubos(1979), *«κάθε αρρώστια, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νου και το σώμα. Οι σχέσεις ανάμεσα στις δύο αυτές πλευρές είναι τόσο αλληλένδετες, ώστε είναι αδύνατο να γίνει διάκριση ανάμεσα τους.»* (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:18)

Συμπερασματικά, το γεγονός ότι η επιστημονική σκέψη απελευθερώνεται έτσι από τις μηχανιστικές αντιλήψεις για το ανθρώπινο σώμα και από το δυισμό σώματος-ψυχής, επιτρέπει να αναβιώσει η ολιστική αντίληψη για την υγεία. Η ολιστική αντίληψη αποκαθιστά την ενότητα σώματος-ψυχής, φωτίζοντας τη μελέτη των ψυχοσωματικών διαταραχών που

παρουσιάζουν ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια, και θέτει στο επίκεντρο του ορισμού της υγείας την έννοια της δυναμικής ισορροπίας.

Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφορολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας.

Η παρουσίαση και η σύγκριση των δύο μοντέλων υγείας, κρίνεται απαραίτητη καθώς η κοινωνική εργασία είναι μία επιστήμη, η οποία αναγνωρίζει το άτομο ως «όλον» και δέχεται όλους τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το άτομο, είτε είναι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί.

Με λίγα λόγια τάσσεται υπέρ του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας αναγνωρίζοντας βέβαια και τα οφέλη του ιατροκοινωνικού μοντέλου υγείας, είναι μία επιστήμη, η οποία προσπαθεί να συνδυάσει και τις δύο μορφές μοντέλων υγείας προς όφελος του ασθενούς και της οικογένειάς του.

2.2. Η αναπηρία ως συνέπεια ατυχημάτων ή ασθενειών στα Κ. Α. Α. και τα χαρακτηριστικά της

Σύμφωνα με τον ορισμό του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του Ο. Η. Ε. (1975), ο όρος «ανάπηρος» αναφέρεται σε «οποιοδήποτε άτομο δε μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής ατομικής ή και κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος». (Σταθόπουλος, Π. , 1999)

Άσχετα από τη μορφή ή το χρονικό διάστημα που θα παρουσιαστεί η αναπηρία, το αποτέλεσμα που θα επιφέρει στο άτομο είναι η απώλεια της ικανότητας του να καλύπτει τις ανάγκες του, κάτι που έπραττε έως εκείνη τη στιγμή.

Η αναπηρία, όπως αναφέρεται στο πρώτο κεφάλαιο, εάν δεν υπάρχει εκ γενετής, μπορεί να προκύψει έπειτα από τροχαία ατυχήματα, κακώσεις νοτιαίου μυελού, ακρωτηριασμούς, αθλητικές κακώσεις ή έπειτα από διάφορες παθήσεις και ασθένειες όπως είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια, έπειτα από μετεγχειρητικές επιπλοκές κ. λ. π.

Η αναπηρία, ανάλογα με το είδος της μπορεί να συνεπάγεται:

- 1) μερική ή ολική ανικανότητα
- 2) να επιβάλλεται μεγάλο διάστημα επίβλεψης, παρακολούθησης και φροντίδας,
- 3) να απαιτεί ειδική αποκατάσταση για τον ασθενή. (Κιουρτίδης, Δ., 2013)

Η ξαφνική εμφάνιση της αναπηρίας στη ζωή ενός ατόμου, εφ' όσον μιλάμε για επίκτητη αναπηρία, επιδρά στον ψυχισμό αλλά και στην ποιότητα ζωής του, καθώς καλείται πλέον να αντιμετωπίσει μία εντελώς καινούργια κατάσταση, η οποία ανατρέπει όλα τα μέχρι τότε δεδομένα της ζωής του.

Οι αλλαγές που επρόκειτο να επέλθουν στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους είναι πολλές και σε διαφορετικά επίπεδα, κυρίως σε λειτουργικό, εργασιακό, ψυχολογικό αλλά και κοινωνικό επίπεδο.

Πιο αναλυτικά, όταν αναφερόμαστε σε λειτουργικό επίπεδο αναφερόμαστε κυρίως στις σωματικές εκδηλώσεις της αναπηρίας και κατά επέκταση «στην ικανότητα του ατόμου να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες όπως η αυτοφροντίδα, τα ψώνια κτλ. Όσον αφορά την επαγγελματική διάσταση, πολλοί ασθενείς με αναπηρία, συνταξιοδοτούνται αναγκαστικά ή έχουν έκπτωση των επαγγελματικών τους ικανοτήτων που σημαίνει ότι η επαγγελματική τους

ταυτότητα χάνεται με αποτέλεσμα να βιώνουν έλλειψη αυτοεκτίμησης ή ενοχές που δε μπορούν να συνεισφέρουν στα έξοδα του σπιτιού».(Δανιηλίδου, Ν., 2013)

Περνώντας στο ψυχολογικό επίπεδο των ασθενών, οι αλλαγές που επρόκειτο να υποστούν είναι πολλές και έως ένα σημείο αυτόνομες καθώς «σύμφωνα με τον Franklin Shontz (1975) μετά το άκουσμα της διάγνωσης το άτομο περνάει από τα ακόλουθα στάδια:

- ✓ Αρχικό Σοκ, όπου το άτομο αποστασιοποιείται από την κατάσταση ως ένα τρόπο άμυνας και συμπεριφέρεται αυτοματοποιημένα.
- ✓ Αντιπαράθεση, το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας, απελπισία και πένθος.
- ✓ Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο αρχικά αποσύρεται στον εαυτό του και αρνείται το πρόβλημα και τις επιπτώσεις του. Σταδιακά όμως, αρχίζει να αποδέχεται την κατάσταση και να τη διαχειρίζεται. (Δανιηλίδου, Ν., 2013)

Όσον αφορά τις αλλαγές που το άτομο θα υποστεί σε κοινωνικό επίπεδο, είναι οι εξής, αφού η εμφάνιση μιας αναπηρίας μπορεί να οδηγήσει το άτομο αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον στην περιθωριοποίηση ή ακόμα και στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Ο περιορισμός της κινητικότητας
- ✓ Η δυσκολία στην επικοινωνία
- ✓ Η μείωση της ικανότητας για εργασία
- ✓ Η μείωση των οικονομικών πόρων
- ✓ Η εξάρτηση από τους άλλους ή από μηχανήματα
- ✓ Η ανάγκη φροντίδας, συχνά νοσηλευτικής, η οποία όμως δεν είναι δυνατό να προσφερθεί από νοσοκομειακές μονάδες- διότι έτσι περιορίζονται τα κρεβάτια για ίασιμες παθήσεις- αλλά από συχνά ανύπαρκτες ειδικές κινητές μονάδες και ειδικά νοσηλευτικά ιδρύματα
- ✓ Η ανάγκη συνεχών προσπαθειών αποκατάστασης ή απλής διατήρησης λειτουργιών με ειδικές θεραπευτικές ασκήσεις
- ✓ Η αντικατάσταση λειτουργιών με μηχανικά η ηλεκτρονικά μέσα
- ✓ Η ανάγκη αρχιτεκτονικής η άλλης υποδομής που επιτρέπει την ανεμπόδιστη προσβασιμότητα
- ✓ Η ανάγκη μιας θετικής στάσης απέναντι στην αναπηρία, γενικά, τόσο από την πλευρά του ασθενούς όσο και από την πλευρά του κοινωνικού συνόλου
- ✓ Η απώλεια η μη ανάπτυξη των νοητικών λειτουργιών
- ✓ Ο φόβος των γύρω ατόμων και ομάδων, ότι η κατάσταση του ασθενούς θα επηρεάσει τους ίδιους άμεσα ή έμμεσα

- ✓ Η προκατάληψη
- ✓ Το δυσβάστακτο κόστος φροντίδας-ψυχολογικό, κοινωνικό, οικονομικό, που επηρεάζει τόσο τη δική του ζωή, όσο και των γύρω του
- ✓ Η έλλειψη υποστηρικτικών δομών που στηρίζουν τόσο τον ίδιο τον ασθενή, όσο και όλους όσους έχουν αναλάβει τη φροντίδα του». (Αμηρα.,Α.,1996:57)

Οι παραπάνω αλλαγές βέβαια, δεν επηρεάζουν όλα τα άτομα με τον ίδιο τρόπο ή ακόμα και στους ίδιους τομείς.

Το κατά πόσο θα επηρεαστούν τα άτομα από την αναπηρία τους, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η οικογένεια και η υποστήριξη που αυτή παρέχει ή όχι στο άτομο, την προσωπική γνώμη που φέρει το ίδιο το άτομο για την αναπηρία του και τα συμπτώματα που επιφέρει το κάθε είδος.

Παρά το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να επηρεαστούν περισσότερο και κάποιος άλλοι λιγότερο, το σίγουρο είναι ότι όλοι οι ασθενείς περνάνε μία «κρίση» καθώς οτιδήποτε γνώριζαν ή σχεδίαζαν για τη ζωή τους τείνει να αλλάξει με αποτέλεσμα να κλονίζονται ψυχολογικά.

Το άγχος, η κατάθλιψη, ή οποιοδήποτε άλλο ψυχοσωματικό πρόβλημα προκύψει πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να μην αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην πορεία της θεραπείας και αποκατάστασης τους κι αυτό γιατί *«η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η δυσλειτουργία στον ένα τομέα οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλο, ώστε να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αναπηρίας και απόγνωσης. Τα αποτελέσματα από πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την πορεία της σωματικής ασθένειας και αντιστρόφως»* (Κιουρτιδής, Δ.2013)

Η σχέση που θα αναπτύξει το άτομο με το προσωπικό υγείας (ιατρικό- νοσηλευτικό-θεραπευτικό), καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας του και η προσπάθεια που θα καταβάλει το προσωπικό για την πρόληψη ή την εξάλειψη των παραπάνω συμπτωμάτων, παίζει καθοριστικό ρόλο όσον αφορά την πορεία και την βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Τα οφέλη που προκύπτουν από την ανάπτυξη της παραπάνω σχέσης, περιγράφονται στο αμέσως επόμενο υποκεφάλαιο.

2.3 Η σχέση του ασθενούς με το ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό υγείας

Η επικοινωνία, είναι η αρχή και το τέλος κάθε επαφής του προσωπικού υγείας (ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό) με τον ασθενή, και αποτελεί πολύ σημαντικό και ουσιαστικό μέρος όσον αφορά την πορεία της αποθεραπείας του ασθενούς και την αποκατάσταση της υγείας του, καθώς μελέτες *«έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα της επικοινωνίας επηρεάζει έντονα την προθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί με τις διαδικασίες της θεραπείας και να δοκιμάσει νέες θεραπευτικές μεθόδους»*. (Χαραλάμπους, Π., Κλεισιάρης, Χ., Αγά, Γ.(2008)

Μέσω της επικοινωνίας ασθενούς και προσωπικού υγείας, ο ίδιος ο ασθενής περιγράφει την γενικότερη και την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του, την εμπειρία και τα συμπτώματα του, διαδραματίζοντας κατά αυτό τον τρόπο καίριο ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία. «Επίσης, μέσω αυτής της επικοινωνίας το προσωπικό υγείας μεταφέρει

πληροφορίες και οδηγίες που αφορούν τη θεραπευτική διαδικασία και τις αλλαγές που το άτομο θα πρέπει να επιφέρει στη ζωή του. Η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενών είναι μοναδική ως προς το ότι αφορά θέματα ζωτικής σημασίας και επομένως, διακινεί συχνά πολύ έντονα συναισθήματα».(Καραδήμας, Ε,2005:204)

Η σχέση και η επαφή που θα αναπτύξει ολόκληρο το προσωπικό υγείας με τον ασθενή εξαρτάται από το μοντέλο προσέγγισης που επιλέγει να ακολουθήσει το ιατρονοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει τα μοντέλα προσέγγισης είναι δύο, το βιοιατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Η σχέση που θα αναπτυχθεί στα πλαίσια του βιοιατρικού μοντέλου φέρει αρκετά κενά καθώς το προσωπικό *«αντιλαμβάνεται τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό (π. χ. «μία περίπτωση πνευμονίας, «ένα άσθμα» κ. λ. π).»*, με αποτέλεσμα ο ασθενής να παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση.

Έτσι λοιπόν, οι ασθενείς, εναποθέτουν την ευθύνη στους «ειδικούς» τους οποίους και καθιστούν αποκλειστικά υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους.

Σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό – θεραπευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας.

Και ενώ κάποιες φορές, η παραπάνω προσέγγιση αποφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα, πάντα όσον αφορά την πορεία υγείας του ασθενούς, «στο βάθος δεν είναι τόσο «θεραπευτική», καθώς αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής, ενώ συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του».(Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:20-21)

Αντίθετα, στα πλαίσια της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό και στον ασθενή είναι εντελώς διαφορετική και σε πολλά επίπεδα καθώς «διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας» και από τις δύο πλευρές, για το καλύτερο δυνατόν αποτέλεσμα.

Το ιατρονοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία του. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο ασθενής μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες(κάπνισμα, υπερβολική χρήση καφεΐνης ή οινοπνεύματος κ. λ. π.) και παράλληλα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές(σωστή διατροφή, επαρκής ύπνος, άσκηση, χαλάρωση κ. λ. π.) που προωθούν και διατηρούν την υγεία του (Hanson, 1985). (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:20-21)

Η θεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο *«γίνεται σε πολλά επίπεδα, από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, που απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο άμεσο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται η ασθένεια. Η σχέση που το προσωπικό υγείας διαμορφώνει με τον άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα είναι αμφίδρομη»*.(Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:21-22)

Η σχέση που θα αναπτυχθεί ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή καθορίζεται αποκλειστικά από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς ο ασθενής εισχωρεί στη σχέση κάτω από τη συναισθηματική φόρτιση που του έχει δημιουργήσει το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει.

Πολλοί είναι οι παράγοντες και οι προϋποθέσεις που απαιτούνται για την ανάπτυξη μίας εποικοδομητικής σχέσης με τον ασθενή ή όχι.

Αρχική προϋπόθεση για την επικοινωνία είναι η γνήσια διάθεση από την πλευρά του γιατρού να καταλάβει και να βοηθήσει τον άρρωστο. Η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς είναι μία διαδικασία που αρχίζει από την πρώτη επαφή των δύο και διαρκεί όσο και η θεραπευτική τους σχέση, γι αυτό ακριβώς το λόγο η πρώτη εντύπωση που θα σχηματίσει ο ασθενής είναι πολύ σημαντική.

Ο γιατρός, όπως και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας ανεξαιρέτως, απλά αναφερόμαστε στον γιατρό, καθώς είναι το πρώτο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που θα έρθει σε επαφή με τον ασθενή, θα πρέπει να είναι ευθύς και ειλικρινής, να του μιλάει κατανοητά ώστε να είναι σε θέση να καταλάβει τη φύση της ασθένειάς του, αλλά και τη διαδικασία της θεραπείας του, να του αφιερώνει χρόνο καθώς είναι πολύ σημαντικό για την ψυχολογία του να νιώθει ότι είναι μοναδικός, ενώ επίσης πολύ σημαντικό ρόλο παίζει, η *«ανάγκη για ένα ήσυχο περιβάλλον, με απουσία εξωτερικών περισπασμών, το οποίο θα εξασφαλίζει την απαραίτητη εμπιστευτικότητα του διαλόγου»*.

Ο χρόνος και ο χώρος που θα προσφέρει ο κάθε ένας επαγγελματίας υγείας (γιατρός, νοσηλεύτης, φυσικοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, γυμναστής, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος) ξεχωριστά στον ασθενή, συνδυαστικά με την ανάλογη προσοχή που του αρμόζει, είναι τα στοιχεία εκείνα που θα τον βοηθήσουν να φθάσει στην αποκάλυψη του προβλήματός του πιο γρήγορα. (Παπαγιάννης, Α. (2010))

Παρόμοια, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί και η οικογένεια του ασθενούς, καθώς σπάνια κάποιος ασθενής δεν συνοδεύεται από κάποιο αγαπημένο πρόσωπο, ενώ ταυτόχρονα η οικογένεια τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζει τα ίδια άγχη και αγωνίες με αυτά που κουβαλάει ο ασθενής.

Παρ' όλα αυτά όμως, πολλοί είναι οι ασθενείς εκείνοι, οι οποίοι δεν είναι ικανοποιημένοι από την σχέση και την επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό, καθώς μέσα από αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2008 και δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, διαπιστώνεται μία σημαντική ανεπάρκεια πληροφόρησης από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού-θεραπευτικού προσωπικού, που μπορεί να οφείλεται είτε στην έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης είτε σε άλλους παράγοντες .

Πιο συγκεκριμένα, μέσω ερωτηματολογίων που διαμοιράστηκαν σε 181 ασθενείς, από τους οποίους οι 91 ήταν νοσηλεύσιμοι και οι 90 ασθενείς εξωτερικών ιατρείων, με σκοπό, να γίνουν γνωστές οι εντυπώσεις των ασθενών, όσον αφορά «την ποιότητα ενημέρωσης που είχαν για τα προβλήματα υγείας τους από το ιατρονοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό και από άλλες πηγές, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής τους από την ενημέρωσή αυτή», τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν τα εξής:

Το 78% των ασθενών δήλωσε ότι είχε λάβει πληροφορίες για τη θεραπεία της νόσου, ενώ τα ποσοστά για την αιτία, τις αναγκαίες εξετάσεις και τη μελλοντική πορεία της νόσου ήταν περίπου 50%. Μόνο 8,8% δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί για όλα αυτά τα στοιχεία. Το 40% των ασθενών θεώρησε ότι ο χρόνος της ενημέρωσης ήταν ανεπαρκής ή οριακός. Κύρια πηγή ενημέρωσης ήταν ο γιατρός, νοσοκομειακός (71%) ή οικογενειακός (37,5%). Το 49,7% των ασθενών ανέφερε ότι συχνά ή αρκετά συχνά σκέφθηκε να αλλάξει θεράποντα ιατρό λόγω κακής συνεργασίας ή ελλιπούς ενημέρωσης. Το 64% πιστεύει ότι σε περίπτωση σοβαρής νόσου ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώσει πρώτα τον ασθενή (με ή χωρίς την

οικογένεια) και μόνο 2,2% πιστεύουν ότι πρέπει να ενημερωθεί μόνο η οικογένεια, χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς. Επίσης, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους επιθυμούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας που τους αφορούν.(Χαραλάμπους, Π., Κλεισιάρης, Χ., Αγά, Γ.(2008).

Συμπληρωματικά, έπειτα από μία δεύτερη έρευνα, η οποία δημοσιεύθηκε στο Medical Economics προκύπτει ότι «44% των ασθενών εγκαταλείπει το γιατρό του για λόγους που αφορούν σε πράξεις ή λόγια που είναι απόρροια των ενεργειών του γιατρού».(Κουτσοσίμου, Μ.,2007).

Τα συμπεράσματα λοιπόν που προκύπτουν από τις παραπάνω έρευνες είναι ότι, ο πληθυσμός της μελέτης, φαίνεται να έχει λάβει μία μετρίου επιπέδου πληροφόρηση από το ιατρονοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό, με βάση πάντα τις προσδοκίες που είχε.

Παράλληλα, δεν παρουσιάζονται ικανοποιημένοι όσον αφορά το χρόνο που τους διέθεσε ο θεράπων ιατρός αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζονται να μην συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία και την πορεία της υγείας τους, παρά το γεγονός ότι είναι κάτι που οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν.

Επομένως γίνεται αντιληπτό , ότι από τη στιγμή που η σχέση ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού- θεραπευτικού προσωπικού κρίνεται απαραίτητη και έχει τεράστια σημασία όσον αφορά την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, είναι υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας, τα παραπάνω να αλλάξουν.

Να βρεθεί ο ασθενής στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και με ομαδική συνεργασία όλοι οι επαγγελματίες που απαρτίζουν ένα χώρο υγείας, να οδηγηθούν στην καλύτερη λήψη αποφάσεων που με τη σειρά της θα οδηγήσει στα καλύτερα αποτελέσματα για την σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση του ασθενούς, ενώ παράλληλα θα επιφέρει προσωπική ικανοποίηση στην ιατρονοσηλευτική- θεραπευτική ομάδα.

2.4. Η κοινωνική εργασία σε υπηρεσίες υγείας

« Η κοινωνική εργασία ως ξεχωριστή ειδικότητα έγινε επίσημα αποδεκτή στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά ιατρεία.»(Σταθόπουλος, Π.,2003:263)

«Αρχικά, ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών, υπήρξε περιορισμένος, καθώς βοηθούσαν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες και εντολές των γιατρών σχετικά με τη συστηματική λήψη φαρμάκων ,που αφορούσε την πορεία της αποκατάστασης της υγείας τους».(Σταθόπουλος, Π.,2003:263).

Στην πορεία όμως, ο ρόλος του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού αλλάζει και γίνεται περισσότερο πολύπλοκος, καθώς εντοπίζονται όλοι οι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να είναι είτε ψυχολογικοί, είτε κοινωνικοί, είτε οικονομικοί και να είναι εκείνοι που ουσιαστικά εμποδίζουν την ανάρρωση του ασθενούς. Σκοπός πλέον του κοινωνικού λειτουργού, είναι να καταφέρει να τους επιλύσει ή να τους παραγκωνίσει, προκειμένου να αποκατασταθεί με ομαλό τρόπο η υγεία του.

Τα παραπάνω, αναγνωρίζονται και οδηγούν στη σύσταση Κοινωνικής Υπηρεσίας στους χώρους υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, η σύσταση Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία έγινε το 1956, με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ενώ αργότερα, «με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας και ορίζονται ως εξής:

«Ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα της υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, δημιουργουμένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων, ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντός των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικόν έργον ή την εφαρμογήν μέτρων θεραπείας». (Σταθόπουλος, Π.,2003:263)

Όσον αφορά τώρα τους τομείς πρόληψης στο χώρο της υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός, μπορεί να εργαστεί και στους τρεις, δηλαδή στον πρωτογενή, στο δευτερογενή και στον τριτογενή τομέα πρόληψης.

Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, ο κοινωνικός λειτουργός, εργάζεται για ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και αξιοποίηση προγραμμάτων για την έγκαιρη αποτροπή εκδήλωσης μιας νόσου, με μέτρα για την καλύτερη δυνατή ποιότητα ή και τη βελτίωση της υγείας και της ψυχικής υγείας.

Στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης, εργάζεται για τον έγκαιρο εντοπισμό των περιπτώσεων προσβολής από κάποιες νόσους και την άμεση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση τους ώστε να ανακοπεί η πορεία και η εξέλιξη τους, ενώ κλείνοντας με τον τριτογενή τομέα πρόληψης, ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την πρόληψη επιπλοκών ή και αναπηρίας εξαιτίας της νόσου, με την αποκατάσταση κάθε βλάβης που δημιούργησε η νόσος καθαυτή και η κατάσταση της νόσησης. (Καλλιδικάκη, Θ.,1998:197-198)

Η παρουσία και η σύσταση των κοινωνικών υπηρεσιών, σε χώρους υγείας κρίνεται απαραίτητη για την πορεία της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Ο κοινωνικός λειτουργός, είναι ο συνδετικός κρίκος, ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια του, καθώς είναι αυτός ο οποίος θα τους ενημερώσει για τη φύση της νόσου, τη σοβαρότητα της κατάστασης, τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, τις επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν μετά το τέλος της νοσηλείας, προκειμένου οικογένεια και ασθενής να αναπτύξουν θετική στάση όσον αφορά την αντιμετώπιση της ασθένειας καθώς, « όσο πιο ρεαλιστική εικόνα έχουν ο ασθενής και το περιβάλλον του για την ασθένεια, τόσο μειώνεται το άγχος και αυξάνει η ικανότητα τους για σωστές αποφάσεις σχετικά με την αρρώστια.» (Σταθόπουλος, Π.,2003:264)

Όσον αφορά τη σχέση του με το ιατρονοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό, είναι εκείνος, που συγκεντρώνει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς και το παρουσιάζει στις υπόλοιπες ειδικότητες που απαρτίζουν ένα χώρο υγείας, είτε είναι νοσοκομείο, είτε κέντρο αποκατάστασης, είτε κέντρο υγείας, προκειμένου να αποκτήσουν μια συνολική εικόνα για τον ασθενή και να τον αντιμετωπίσουν συνολικά, λαμβάνοντας υπ όψιν τους, όλους τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της αποθεραπείας τους, γι αυτό άλλωστε το λόγο αναφερόμαστε στον όρο συνολικά, γιατί περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν ή να ανακόψουν την πορεία της αποθεραπείας του ασθενούς.

Γι αυτό άλλωστε, κρίνεται απαραίτητη η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων, για να τοποθετείται ο ασθενής στο κέντρο του ενδιαφέροντος της διεπιστημονικής ομάδας και συνολικά με τις γνώσεις που παρέχει η κάθε ειδικότητα, να βρεθεί η πιο κατάλληλη και ωφέλιμη λύση για την αποκατάσταση της υγείας του.

Πέρα από την ατομική κοινωνική εργασία, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει και άλλες μεθόδους κοινωνικής εργασίας, όπως η κοινωνική εργασία με ομάδες. Είναι σε θέση να δημιουργήσει μία ομάδα ασθενών που πάσχουν από την ίδια ασθένεια, προκειμένου μέσα από τη δυναμική και τις ψυχολογικές διεργασίες που αναπτύσσονται μέσα στην ομάδα, να αποφορτιστούν από τυχόν αρνητικά συναισθήματα που φέρουν και να αντιμετωπίσουν θετικότερα την κατάσταση.

Τα παραπάνω, μπορούν να εφαρμοστούν και με τις οικογένειες των ασθενών, δηλαδή να συναναστραφούν με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, καθώς όπως έχουμε ήδη αναφέρει και η οικογένεια μπορεί πολλές φορές να «κουβαλάει» τα ίδια αρνητικά συναισθήματα με τον ασθενή.

Τελειώνοντας, δεν γίνεται να μη σημειωθεί και ο πρακτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, καθώς μπορεί να λειτουργήσει ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενή και των διαφόρων διοικητικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, ιδιαίτερα για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών, ανάλογα με το είδος της ασθένειας. (Σταθόπουλος, Π.,2003:265)

Ειδικά όταν κάποιο άτομο πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια, η οποία ενδεχομένως του έχει αφήσει κάποια κατάλοιπα, όσον αφορά την υγεία του, είναι η ειδικότητα εκείνη η οποία θα παραπέμψει τον ασθενή σε κάποιο άλλο κέντρο, προκειμένου να αντιμετωπιστεί πιο εξειδικευμένα και έτσι να μπορέσει να αποκατασταθεί η να βελτιωθεί η υγεία του, ενώ παράλληλα, «φροντίζει για άλλες κοινωνικές υπηρεσίες (όπως επαγγελματικό προσανατολισμό, εξεύρεση εργασίας, κτλ)» (Σταθόπουλος, Π.,2003:265)

Από τα παραπάνω, συμπεραίνεται ότι ο ρόλος του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού, είναι πολύπλευρος, ορισμένες φορές ίσως και πολύπλοκος και απαιτεί ένα συνδυασμό γνώσεων, καλή και σωστή συνεργασία με το υπόλοιπο ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό καθώς επίσης και δυνατότητα διαχείρισης αλλά και μετάδοσης συναισθημάτων, αφού οι ψυχολογικές διεργασίες που πραγματοποιούνται είναι πολλές και πρέπει να είναι σε θέση να τις διαχειριστεί, να τις αφομοιώσει και τέλος να τις μεταδώσει, χωρίς ποτέ να χάνει την ενσυναίσθηση του και να αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν απλώς ένα ακόμα περιστατικό.

2.5 Κλινική κοινωνική εργασία και διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια ενός κέντρου αποθεραπείας-αποκατάστασης

Στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, έγινε αναφορά στη σημαντικότητα του ρόλου του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, θα ακολουθήσει η σημαντικότητα ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας που απαρτίζει ένα χώρο υγείας καθώς επίσης και ο ρόλος που κατέχει η κλινική κοινωνική εργασία.

Η διεπιστημονική ομάδα είναι μία «*σχετικά μικρή ομάδα επαγγελματιών κυρίως από τον χώρο της υγείας, της ψυχολογίας, των κοινωνικών επιστημών και ειδικής εκπαίδευσης η οποία έχει καλά καθορισμένα όρια και που τα μέλη της μοιράζονται ένα κοινό σκοπό, παρόμοιες αξίες και κατέχουν ξεχωριστή γνώση και δεξιότητες ο καθένας*». (Δανιλόπουλος Δ.(2003).

Στόχος της ομάδας είναι, η παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή και η συνεχόμενη επικοινωνία και ενημέρωση με τον ίδιο αλλά και με την οικογένεια του.

Στα κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, η ομάδα διευθύνεται από φυσίατρο και αποτελείται από τους προϊσταμένους των τμημάτων φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, υδροθεραπείας, ψυχολογίας, νοσηλευτικής αποκατάστασης, λογοθεραπείας, κοινωνικούς

λειτουργούς και τον γυμναστή. Πέρα από τους παραπάνω επαγγελματίες που απαρτίζουν την ομάδα μπορούν όταν κρίνεται απαραίτητο να προσκληθούν σε ρόλο συνεργάτη ή συμβούλου και άλλες διαφορετικές ειδικότητες ιατρών.

Στις υπηρεσίες υγείας, μια επιτυχώς δομημένη σχέση ασθενών-επαγγελματιών υγείας είναι πάντα βασισμένη στην αλληλεπίδραση και την συνεργασία, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας και την επίτευξη των στόχων που έχει θέσει είναι η αρμονική της λειτουργία και η αποσαφήνιση του στόχου της, αναλόγως πάντα την υπηρεσία στην οποία ανήκει καθώς κάθε υπηρεσία θέτει διαφορετικούς στόχους και προγράμματα.

«Η επιτυχημένη ομαδική δουλειά απαιτεί ξεκάθαρη και αποδεκτή ηγεσία, συχνές συναντήσεις, ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των μελών και συχνή επανεξέταση/αναθεώρηση των διαδικασιών που ακολουθούνται και του τρόπου λειτουργίας και συνεργασίας. Η δύναμη της ομάδας καλλιεργείται με την κατανομή δεξιοτήτων και της γνώσης μεταξύ των μελών, πράγμα που οδηγεί σε μία ευρύτερη κατανόηση των προβλημάτων και διευκολύνει την επίλυση τους». (Δανιλόπουλος Δ.(2003).

Προκειμένου η ομάδα να μπορεί να επικοινωνεί μεταξύ της και να παραθέτει όλα όσα εμποδίζουν την επίτευξη του στόχου της, απαραίτητο κρίνεται να υπάρχει ένας ηγέτης, τον οποίο η ίδια η ομάδα έχει ορίσει οπότε και αποδέχεται, καθώς το «κάθε άτομο φέρει διαφορετικές στάσεις, πεπειθήσεις και γενικά η προσωπικότητα κάθε μέλους είναι ένα εξαιρετικά δυναμικό στοιχείο που μπορεί να επαυξήσει ή να μειώσει μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αντιμετώπισης». (Κουρμπέτης, Α., Λυράκος, Δ.(2008).

Ρόλος και σκοπός λοιπόν του ηγέτη της ομάδας από όποιο επαγγελματικό χώρο και αν προέρχεται είναι να καταφέρει να συντονίσει την ομάδα έτσι ώστε να οδηγηθεί στην «σφαιρική και ολιστική κατανόηση των αναγκών και των προβλημάτων του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειας μέσα από μία συνολική αξιολόγηση στην οποία συμβάλλει ο κάθε επαγγελματίας αναλαμβάνοντας ρόλους και στόχους που καθορίζονται στις τακτικές συναντήσεις της ομάδας». (Τζόβολου, Κ:8)

Για να γίνει όμως αυτό, το άτομο που θα αναλάβει την ηγεσία της ομάδας, επομένως και την καθοδήγηση της πρέπει να γνωρίζει σε βάθος τις αρχές που διέπουν την ηγεσία, τα βήματα εφαρμογής τους και να υιοθετήσει το είδος της ηγεσίας που του ταιριάζει. Οι σημαντικότερες αρχές που πρέπει να γνωρίζει και να ακολουθεί είναι οι εξής:

- ✓ Αυτογνωσία και επιδίωξη αυτοβελτίωσης
- ✓ Γνώση του έργου και των στόχων του νοσοκομείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας
- ✓ Ανάλυση πρωτοβουλιών για την ανάπτυξη του αισθήματος ευθύνης στους υφισταμένους
- ✓ Αξιοποίηση των ιδιαίτερων ικανοτήτων και δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού
- ✓ Ανάλυση της ευθύνης των πράξεων του
- ✓ Γνώση του προσωπικού και φροντίδα για την ευημερία του και ικανοποίηση των αναγκών του στα πλαίσια των δυνατοτήτων του
- ✓ Συνεχής ενημέρωση του προσωπικού για τα θέματα του οργανισμού και της υπηρεσίας
- ✓ Ο ηγέτης πρέπει να είναι παράδειγμα προς μίμηση

- ✓ Ανάπτυξη του πνεύματος της ομάδας
- ✓ Έγκαιρη λήψη σωστών αποφάσεων
- ✓ Εξακρίβωση ότι το έργο που έχει ανατεθεί στο προσωπικό έγινε κατανοητό, παρακολουθείται και εκτελείται.

Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από διάφορες ειδικότητες επιστημόνων και μία εξ αυτών είναι και η ειδικότητα του κλινικού κοινωνικού λειτουργού.

Προκειμένου να καταλάβουμε τον ορισμό που έχει δοθεί για την κλινική κοινωνική εργασία, θα πρέπει πρώτα να παραθέσουμε τον ορισμό της κοινωνικής εργασίας, αν και κάτι τέτοιο κρίνεται δύσκολο, καθώς η κοινωνική εργασία σε σχέση με άλλα επαγγέλματα είναι δύσκολο να οριστεί και να τεθούν τα όρια της καθώς «διαφορετικά άτομα, ομάδες και οργανώσεις την ορίζουν ανάλογα με την οπτική τους. Η κοινωνική εργασία με τους πολλαπλούς ρόλους, τις μεθόδους και το πλαίσιο εφαρμογής της δεν έχει ένα κοινά αποδεκτό ορισμό»(Strean, 1996:5) (Καρπέτης, Γ:2008:20)

Η International Federation of Social Workers (IFSW) αναγνωρίζει ότι «η κοινωνική εργασία του 21^{ου} αιώνα είναι δυναμική και εξελισσόμενη, με αποτέλεσμα κανένας ορισμός να μη μπορεί να θεωρηθεί πλήρης».

Παρ' όλα αυτά όμως, ο ορισμός που η ίδια προτείνει περιλαμβάνει αρκετούς ορισμούς που έχουν διατυπωθεί στο παρελθόν και ορίζεται ως εξής: «...το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας προάγει την κοινωνική αλλαγή, τη λύση προβλημάτων που εμφανίζονται στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και απεμπλοκή (liberation) των εξυπηρετούμενων με στόχο την αύξηση της ευημερίας τους (well-being). Η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει εκεί όπου τα άτομα αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους, χρησιμοποιώντας θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων. Οι αρχές των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις στην κοινωνική εργασία. (IFSW, Ιούλιος 2000)».(Καρπέτης, Γ:2008:20)

Έχοντας θέσει τον ορισμό της κοινωνικής εργασίας, περνάμε στον ορισμό της κλινικής κοινωνικής εργασίας, ο οποίος διέπεται από τις ίδιες αξίες και αρχές με αυτές της κοινωνικής εργασίας.

Το 1995, το American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW) διατύπωσε έναν ορισμό για την κλινική κοινωνική εργασία, ο οποίος παραμένει ίδιος έως σήμερα και έχει ως εξής: «η κλινική κοινωνική εργασία είναι μία ειδικότητα στην πρακτική του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας. Βασίζεται στις γενικές αξίες, δεοντολογία, αρχές, μεθόδους πρακτικής και την προοπτική άτομο στην κατάσταση του επαγγέλματος. Οι σκοποί της είναι:

- ✓ Διάγνωση και θεραπεία της βιοψυχοκοινωνικής αναπηρίας (disability) και διαταραχής, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών αλλά και των αναπτυξιακών αναπηριών
- ✓ Η επίτευξη της καλύτερης δυνατής πρόληψης της βιοψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας
- ✓ Η υποστήριξη και αύξηση των βιοψυχοκοινωνικών δυνατοτήτων (strengths) και λειτουργικότητας

Η πρακτική της κλινικής κοινωνικής εργασίας εφαρμόζει συγκεκριμένη γνώση, θεωρία και μεθόδους για την διαγνωστική εκτίμηση, τη διάγνωση, το θεραπευτικό σχεδιασμό, την

παρέμβαση και την αξιολόγηση της έκβασης...οι παρεμβάσεις της εφαρμόζονται στο πλαίσιο της επαγγελματικής σχέσης με άτομα, οικογένειες και ομάδες. Η πρακτική της κλινικής κοινωνικής εργασίας περιλαμβάνει κλινική εποπτεία επικεντρωμένη στον εξυπηρετούμενο και εποπτεία-συμβουλευτική (consultation) σε επαγγελματίες συναδέλφους»

Ο κλινικός κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό, ερευνητικό επίπεδο και οι ρόλοι όπως και οι αρμοδιότητες που αναλαμβάνει διαφοροποιούνται ανάλογα με τον άξονα δράσης του και το σκοπό και το πρόγραμμα που θέτει η ομάδα του αλλά και η υπηρεσία στην οποία απασχολείται.

Η άσκηση της κλινικής κοινωνικής εργασίας μαζί με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα είναι αυτή η εργασία και συνεργασία που θα βοηθήσει τον ασθενή να αναρρώσει ψυχικά και σωματικά.

Παρά το σημαντικό ρόλο όμως που κατέχει στην υγεία η σύσταση και η αρμονική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας προς όφελος του ασθενούς, δεν συναντάμε πολύ συχνά, ιδιαίτερα στην Ελλάδα ομάδες να εργάζονται με τον τρόπο που αναφέραμε παραπάνω.

Η δυσλειτουργία, αν μπορεί να επικαλεστεί έτσι, της διεπιστημονικής ομάδας οφείλεται στην:

- ✓ έλλειψη δομών που να λειτουργούν με μία ολιστική φιλοσοφία όσον αφορά την ασθένεια
- ✓ στην έλλειψη πόρων και προσωπικού για να στελεχωθούν οι ομάδες
- ✓ στην ανεπαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών όσον αφορά τη λειτουργία μέσα σε τέτοιες ομάδες και τέλος στην
- ✓ έλλειψη ενημέρωσης του κοινού για τη χρησιμότητα των διεπιστημονικών ομάδων, ώστε και εκείνοι- σε συνεργασία με τους επαγγελματίες να κινητοποιηθούν και να διεκδικήσουν την δημιουργία νέων δομών και ομάδων και την βελτίωση αυτών που ήδη υπάρχουν (Δανιλόπουλος Δ.(2003)

Καταλήγοντας , θα μπορούσαμε να πούμε, πως όσο πιο γρήγορα γίνει αντιληπτή η ανάγκη για σύσταση και σωστή λειτουργία των διεπιστημονικών ομάδων τόσο από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας όσο και από την πλευρά των οικογενειών των ασθενών «τόσο πιο γρήγορα θα δινόταν η ευκαιρία να ειπωθεί η ανάγκη για πιο άμεση και ορθή αποκατάσταση των ασθενών».(Κουρμπέτης, Α., Λυράκος, Δ,(2008).

2.6 Η διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών στα Κ. Α. Α. και ο ρόλος των ειδικών σε περίοδο κρίσης.

Από τη στιγμή που ο ασθενής εισαχθεί στο Κ. Α.Α. και ενημερωθεί για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, από το θεράποντα ιατρό του, είτε αυτή είναι μία αναπηρία, είτε ο ίδιος είναι πολυτραυματίας, είτε έχει υποστεί κάποια εγκεφαλική βλάβη ή δυσλειτουργία, ξεκινάει η διαδικασία της αποκατάστασης του, προκειμένου να επιστρέψει όσο το δυνατόν περισσότερο στην κατάσταση υγείας που βρισκόταν προτού νοσήσει ή τραυματιστεί.

Η αποκατάσταση του ασθενούς και η επιστροφή στην προηγούμενη κατάσταση υγείας που βρισκόταν πριν τη νόσο ή τον τραυματισμό του, είναι μία διαδικασία, η οποία απαιτεί χρόνο, σε άλλες περιπτώσεις περισσότερο σε άλλες λιγότερο, (αναλόγως πάντα το περιστατικό), υπομονή, θέληση από την πλευρά του ασθενούς και σωστή επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό.

« Ο ορισμός της αποκατάστασης είναι η πολυδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση του πάσχοντος από ομάδα ειδικευμένων θεραπειών με στόχο την εξασφάλιση της αυτόνομης διαβίωσης του. Ο συντονισμός της είναι αποστολή του Φυσιάτρου και μέλη της εκτός του ίδιου, οφείλουν να είναι Φυσικοθεραπευτές, Γυμναστές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νευροψυχολόγος, Λογοθεραπευτής, Διαιτολόγος, Εργοθεραπευτής» προκειμένου να επιτευχθεί η ολική αποκατάσταση του. (Τσάμης, Σ. (2003).

Τονίζεται ότι, «η αποκατάσταση ξεκινά από την στιγμή της εισόδου του ασθενούς στο Κ. Α. Α. και ολοκληρώνεται με την επανένταξη τους στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Βασικός παράγων είναι η καλή νοσηλεία τους καθώς και η φυσιοθεραπεία και οι προσπάθειες οι οποίες γίνονται από ειδικούς για τη βελτίωση του επιπέδου συνειδησεως». Μετά την ολοκλήρωση των παραπάνω, αναλαμβάνουν ο λογοθεραπευτής (εάν υπάρχουν προβλήματα ομιλίας ή λόγου) και στην πορεία ο ψυχολόγος ή ο κοινωνικός λειτουργός του κέντρου με στόχο και σκοπό τη μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς. Η συνέχεια της αποθεραπείας ενδεχομένως να είναι μακροχρόνια και η συμμετοχή των φυσιάτρων κρίνεται πολύ σημαντική, ενώ ο θεράπων ιατρός πρέπει να είναι πάντα παρών για να αξιολογεί και να κατευθύνει το σύνολο των ενεργειών σε συνεργασία πάντα με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα του κέντρου. (Χατζηχρήστος Γ., Μιχαήλ Ξ. (2007).

Πέρα όμως από την αποκατάσταση των σωματικών λειτουργιών του ασθενούς, εξίσου σημαντική είναι και η ψυχολογική του αποκατάσταση από τους θεραπευτές του κέντρου (φυσικοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, γυμναστής), καθώς το άτομο μπορεί εύκολα να περιέλθει σε κατάσταση «κρίσης» και να κλονιστεί ψυχολογικά στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει..

Η κρίση ορίζεται ως «μία μεταβατική περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει». (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:96-97)

Το πώς θα επιλέξει το κάθε άτομο ξεχωριστά να διαχειριστεί την κρίση στην οποία έχει περιέλθει εξαρτάται καθαρά από το χαρακτήρα του με αποτέλεσμα μερικά άτομα να «βγαίνουν από την κρίση πιο ώριμα και ισχυρά. Άλλα «επιβιώνουν» και απωθούν όλα τα οδυνηρά συναισθήματα που τους προκάλεσε η τραυματική εμπειρία της κρίσης, με αποτέλεσμα τα συναισθήματα αυτά να αναβιώνουν κάθε φορά που εμφανίζονται νέες κρίσεις» ενώ «τέλος ορισμένα άτομα αποδιοργανώνονται και αδυνατούν να λειτουργήσουν χωρίς την άμεση παρέμβαση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου.» (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:97-98)

Επομένως, σκοπός των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των θεραπειών, εφ' όσον αναφερόμαστε στο ψυχολογικό κομμάτι της αποθεραπείας του ασθενούς, είναι να βρίσκονται σε θέση να διακρίνουν πότε ένα άτομο περιέρχεται σε κρίση και να μπορούν να την αντιμετωπίσουν άμεσα, έγκαιρα και δυναμικά.

Η παρέμβαση στην κρίση πρέπει να «είναι δυναμική, άμεση, χρονικά περιορισμένη και να εστιάζει στο παρόν. Σύμφωνα με τον Carlan (1962), οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν:

A) τη μείωση του άγχους και την προστασία του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες

B) την ενεργοποίηση του, με τη βοήθεια του υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας και

Γ) την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας. (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:99-100)

Για τους θεραπευτές όμως, η παρέμβαση στην κρίση μπορεί να περιέχει δύο κινδύνους: ο πρώτος είναι ότι στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τον ασθενή, μπορεί να ταυτιστούν μαζί του με αποτέλεσμα να μην μπορέσουν να αντέξουν το βάρος της κατάστασης που θεωρείται επίπονη, ενώ ο δεύτερος κίνδυνος βρίσκεται στο αντίθετο άκρο, καθώς υπάρχει περίπτωση, οι θεραπευτές να αποστασιοποιηθούν από τον ασθενή που φέρει το πρόβλημα στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τις συναισθηματικές διεργασίες που ενυπάρχουν σε οποιαδήποτε θεραπευτική σχέση.

Γι' αυτούς τους λόγους, κρίνεται απαραίτητο και αναγκαίο, τόσο για τον ασθενή, όσο και για τον θεραπευτή, οι δεύτεροι να διακατέχονται από αυτογνωσία, ενσυναίσθηση, να είναι υποστηρικτικοί και καθοδηγητικοί χωρίς όμως να επιβάλλονται στο άτομο, να παρατηρούν, να ερμηνεύουν και να κατανοούν τη μη λεκτική συμπεριφορά του ασθενή, ενώ θεωρείται απαραίτητο ο θεραπευτής, να είναι σε θέση «να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις στα πλαίσια της κρίσης και να διευκολύνει την έκφραση τους (Perry, 1993)». (Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1995:105).

2.7. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Περνώντας πλέον στο τελευταίο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής αναφοράς, θα εξεταστούν πιο αναλυτικά ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, πως αυτά μπορούν να ανακόψουν την εξέλιξη της αποκατάστασής τους και να παρεμποδίσουν την πρόοδο που έχουν κάνει καθώς επίσης και ποιες είναι οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές της υγείας προκειμένου να υπερπηδήσουν τα προβλήματα αυτά ώστε μετά το τέλος της νοσηλείας των ασθενών τους, οι τελευταίοι, να είναι πλέον σε θέση να ενταχθούν και να "επιστρέψουν" στο περιβάλλον που βρίσκονταν προτού νοσήσουν ή τραυματιστούν.

Έχουμε αναφέρει πολλές φορές, ότι το άτομο που νοσεί, βιώνει συνήθως αρνητικά συναισθήματα τα οποία είναι σε θέση να ανακόψουν την αποκατάσταση της υγείας του εάν αυτά δεν αντιμετωπιστούν από τους θεραπευτές. Το άτομο που βρίσκεται σε κρίση, δεν είναι σε θέση, ούτε να αντιμετωπίσει αυτά που του συμβαίνουν, αλλά ούτε και να πάρει αποφάσεις οι οποίες θα χουν σχέση με την πορεία της υγείας του και την θεραπεία που θα ακολουθήσει, αντιθέτως νιώθει μόνο του, εγκλωβισμένο σε μία κατάσταση που ξεφεύγει από τον έλεγχο του και ανήμπορο.

Μπορεί το μέγεθος της κρίσης που βιώνει μάλιστα να είναι τόσο μεγάλο με αποτέλεσμα το άτομο να απομονώνεται και έτσι να κλονίζονται οι προσωπικές του σχέσεις ενώ μπορεί ακόμα να «*παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα που είναι άμεσα συνδεδεμένα με το stress που βιώνει (απώλεια όρεξης, ύπνου, αυτοσυγκέντρωσης κ.λ.π)* ενώ συχνά επανεμφανίζονται ορισμένες οργανικές διαταραχές από τις οποίες υπέφερε στο παρελθόν (π.χ. άσθμα, έλκος στομάχου κ.λ.π.)» (Μπρούμου, Μ., 2010.)

Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια(π. χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που

ενδεχομένως τη συνοδεύουν β) τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες(π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό, εκπαιδευτικό επίπεδο, υποστηρικτικό δίκτυο κ.λ.π.). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επηρεάζοντας το υποκειμενικό βίωμα της αρρώστιας, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σε αυτήν .(Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ.,1999:109-110)

Μία από τις πρώτες περιγραφές του τρόπου αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μίας σοβαρής ασθένειας έγινε από τον Shontz το 1975. Σύμφωνα λοιπόν με τον Shontz, το άτομο βιώνει τρία στάδια τα οποία περιλαμβάνουν σαν πρώτη αντίδραση το σοκ. Το άτομο *«νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής»*. Ιδιαίτερα όταν η ασθένεια ή ο τραυματισμός συμβούν ξαφνικά το σοκ μπορεί να διαρκέσει περισσότερο καιρό και το ίδιο το άτομο να το βιώνει πιο έντονα. Στο δεύτερο στάδιο της αντίδρασης του ατόμου βρίσκεται η αντιπαράθεση, είναι το στάδιο που χαρακτηρίζεται από *«αποδιοργάνωση της σκέψης και μία αίσθηση απώλειας, πένθος και απελπισία»*, ενώ στο τρίτο στάδιο βρίσκεται η υποχώρηση, όπου το άτομο αρχίζει πλέον να αντιλαμβάνεται και να αποδέχεται σταδιακά την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει.

Αν και δεν είναι απαραίτητο να αντιδρούν όλα τα άτομα κατά τον τρόπο που περιέγραψε ο Shontz, αυτό φαίνεται να ισχύει για τους περισσότερους. (Καραδήμας. Ε., 2005:142)

Προκειμένου να ξεπεραστούν τα παραπάνω συναισθήματα και να καταφέρει το άτομο να φτάσει στο στάδιο της αποδοχής και εκ των υστέρων στην αντιμετώπιση του προβλήματος, θα πρέπει οι θεραπευτές της υγείας να παρεμβαίνουν άμεσα και δυναμικά με σκοπό να εκτονωθεί το άγχος που βιώνει ο ασθενής.

Η παρέμβαση των θεραπειών υγείας προς εκτόνωση της κρίσης, περιλαμβάνει κι αυτή τα δικά της στάδια τα οποία είναι τα εξής:

Στο πρώτο στάδιο έχουμε την εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης. Αυτό σημαίνει ότι εξετάζεται:

- 1) Το ατύχημα που προκάλεσε την κρίση
- 2) η ψυχική κατάσταση του πολυτραυματία που περιλαμβάνει τη λειτουργία του σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.
- 3) Τα διαθέσιμα αποθέματα – ψυχικά και κοινωνικά – του πολυτραυματία

Στο δεύτερο στάδιο, έχουμε την παροντική παρέμβαση όπου ο θεραπευτής παρέχει πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με την κατάσταση του, τον ενημερώνει για την ύπαρξη αντίστοιχων υπηρεσιών, και προσπαθεί να βρει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της κρίσης θέτοντας παράλληλα στον ασθενή βραχυπρόθεσμους στόχους.

Στο τρίτο στάδιο, ο ασθενής έχει πλέον αποδεχτεί την κατάσταση του και μαζί με τον θεραπευτή του αξιολογούν τις επιπτώσεις της κρίσης, εξετάζουν τις στρατηγικές που ενεργοποίησε ο ασθενής προκειμένου να απεμπλακεί από την κατάσταση της κρίσης και σχεδιάζουν το μέλλον.

Το παρεμβατικό έργο ενός θεραπευτή όσον αφορά το ψυχολογικό κομμάτι της αποθεραπείας του ασθενούς είναι ποικίλο και σημαντικό. Έχει στη διάθεση του μεγάλο εύρος τεχνικών και παρεμβάσεων που μπορεί να χρησιμοποιήσει προς όφελος του ασθενούς. Κάποιες από αυτές είναι:

- ✓ συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη μέσω ατομικών, οικογενειακών και ομαδικών συναντήσεων.

Μέσω της ατομικής υποστήριξης, ο θεραπευτής επιδιώκει να κάνει τον ασθενή που βιώνει μία στρεσογόνα κατάσταση να μιλήσει για την ασθένεια ή τον τραυματισμό του, να εκφράσει τις σκέψεις του, να αποφορτιστεί από τα αρνητικά συναισθήματα που τον κυριεύουν ή ακόμα και να ενημερωθεί γι' αυτό ακριβώς που του συμβαίνει. Ταυτόχρονα έχει τη δυνατότητα να μιλήσει ακόμα και για θέματα που μπορεί να τον απασχολούν, τα οποία να μην έχουν να κάνουν με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Μέσα από την ατομική θεραπεία μπορεί να οδηγηθεί στην υιοθέτηση νέων συμπεριφορών και στάσεων που θα τον οδηγήσουν στην πορεία στην ομαλότερη αποκατάσταση της υγείας του.

Μέσα από τις ομαδικές συναντήσεις που θα πραγματοποιήσει, μπορεί να απαλλαγεί από το αίσθημα μοναξιάς που ίσως βιώνει καθώς αντιλαμβάνεται την ύπαρξη κι άλλων ατόμων γύρω του με παρόμοιο πρόβλημα, ανταλλάσσει πληροφορίες και ενημερώνεται γι' αυτό που του συμβαίνει ενώ μπορεί να παρουσιάσει αύξηση της μαχητικότητας του όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Μέσα από τις οικογενειακές θεραπείες, οι συγγενείς ενημερώνονται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο δικός τους άνθρωπος, απαλλάσσονται από το άγχος που τυχόν κουβαλάνε για την κατάσταση της υγείας του αγαπημένου τους ανθρώπου, προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες στον θεραπευτή για την στάση και τη συμπεριφορά του ασθενούς ενώ σταδιακά μαθαίνουν και οι ίδιοι πως και με ποιους τρόπους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα την ίδια στιγμή που το βιώνουν αλλά και στο μέλλον.

- ✓ βραχείες ατομικές ή οικογενειακές παρεμβάσεις με στόχο την ενίσχυση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης του προβλήματος.

Είναι πολύ σημαντικό για το άτομο που βιώνει την κρίση και νιώθει ανήμπορος να διαχειριστεί αυτό που του συμβαίνει, να θέτονται σε άμεσοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι. Με τον τρόπο αυτό δίνεται στο άτομο η αίσθηση ότι έχει επιλογές και ότι μπορεί να έχει τον μερικό έλεγχο όσον αφορά ένα μέρος του προβλήματος. Οι στόχοι θέτονται πάντα σε συνεργασία με τον θεραπευτή και πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενούς.

- ✓ παραπομπή σε υποστηρικτικές ομάδες όπου συμμετέχουν άτομα με παρόμοια προβλήματα υγείας.

Όταν λήξει η περίοδος της κρίσης, υπάρχει περίπτωση τόσο το ίδιο το άτομο που πάσχει (ασθενής) όσο και οι φροντιστές του να κλιθούν να προσδιορίσουν «ποια άτομα είναι σε θέση να τους «παράσχουν» και «τι είδους» υποστήριξη που να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες τους», καθώς έχει παρατηρηθεί στη συγκεκριμένη φάση ότι συγγενείς και φίλοι αποστασιοποιούνται και επιστρέφουν στην προσωπική τους ζωή, ενώ οι περιορισμοί που επιφέρει η ασθένεια ή μια αναπηρία μπορούν να οδηγήσουν το άτομο και την οικογένεια του σε κοινωνική απομόνωση.

Επομένως ο θεραπευτής, πρέπει να είναι σε θέση να προτείνει οργανισμούς ή άλλες ομάδες ομοιοπαθών προκειμένου να αποφευχθεί η κοινωνική απομόνωση και ο κοινωνικός αποκλεισμός που μπορεί να επιφέρει το πρόβλημα υγείας.

Μέσα από τη συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και το άτομο αλλά και η οικογένεια μπορούν να δημιουργήσουν ποιοτικές σχέσεις που θα μειώσουν το αίσθημα της απομόνωσης, του αποκλεισμού και της μοναξιάς. Η παραπομπή σε τέτοιου είδους ομάδες πρέπει να γίνεται πάντα με βάση την επεξεργασία των αναγκών και των συναισθημάτων του ασθενούς. (Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ.,1999:127)

- ✓ ενημέρωση και εκπαίδευση σε συγκεκριμένες δεξιότητες
- ✓ ψυχοθεραπεία

- ✓ παρέμβαση στην κρίση, όταν οι καταστάσεις κατακλύζουν το άτομο και παρεμποδίζουν τις ικανότητες του να διαχειριστεί το πρόβλημα
- ✓ εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης και μείωσης της διέγερσης»(Καραδήμας. Ε.), 2005:139)

Το ποια τεχνική από τις παραπάνω ή ποιόν συνδυασμό θα επιλέξει ο θεραπευτής, εξαρτάται καθαρά από την κατάσταση του ασθενούς που έχει απέναντι του καθώς ο καθένας είναι μοναδικός όπως επίσης και από τον στόχο που θέλει να επιτύχει.

Στο υποκεφάλαιο που ακολουθεί θα αναφερθούν κάποια παραδείγματα προγραμμάτων παρέμβασης αλλά και στον σκοπό που υπηρετούν.

2.7.1. Προγράμματα παρέμβασης για την ομαλή επανένταξη ασθενών και των οικογενειών τους

Οι στόχοι των προγραμμάτων παρέμβασης, είναι κυρίως η ανακούφιση του ασθενούς από τα αρνητικά συναισθήματα και το στρες που βιώνει εκείνη τη δεδομένη στιγμή, η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και η χρήση διαφόρων στρατηγικών που καλείται να ενεργοποιήσει προκειμένου να αντιμετωπίσει την κρίση.

Σύμφωνα με τους Stewart et al. (2004) οι μη- φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, καθώς όχι μόνο ενισχύουν την ποιότητα ζωής, αλλά βελτιώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας των ιατρικών θεραπειών. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι οι στρατηγικές που έχουν επιδείξει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι η εκπαίδευση του ασθενή, οι τεχνικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος και στις δεξιότητες επικοινωνίας καθώς και η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων. (Καραδήμας. Ε., 2005:148)

Επίσης, σημαντικά αποτελέσματα προκύπτουν από τις παρεμβάσεις σε οικογενειακό, κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο ενημερώνοντας και ευαισθητοποιώντας τα άτομα που απαρτίζουν την κοινότητα ή ακόμα και την οικογένεια για μία συγκεκριμένη κατάσταση ή ασθένεια.

Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις (Gatchel & Oordt, 2003):

(α) κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία,

(β) προώθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες

(γ) παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο.

Ένα πρόγραμμα ψυχολογικής παρέμβασης σε χρόνιους ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο ή ακόμα και από AIDS έχει αναπτυχθεί από τον Fawzy και τους συνεργάτες του και τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά καθώς τα συμπτώματα του άγχους, της κατάθλιψης και του θυμού που βίωναν τα άτομα μειώθηκαν ενώ ταυτόχρονα «φαίνεται ότι είχε επιπτώσεις και στο χρόνο επιβίωσης, πιθανώς μέσω των αλλαγών που επιφέρει στις συμπεριφορές και συνήθειες υγείας, μέσω της κινητοποίησης για λήψη μεγαλύτερης κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και μέσω της μείωσης του στρες και της λειτουργικότερης αντιμετώπισης του.»(Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey&Morton,1993).» (Καραδήμας. Ε., 2005:148)

Ένα άλλο εξίσου γνωστό πρόγραμμα είναι το Miami GET SMART Program (Group Experienced Therapy- Stress Management and Relaxation Training), το οποίο εφαρμόστηκε σε άτομα που έπασχαν από AIDS και επίσης τα αποτελέσματα ήταν ανάλογα των παραπάνω ενώ ακόμα ένα πρόγραμμα για άτομα με αναπηρίες λόγω τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης έχει περιγραφεί από τον Καραδήμα.

Τα παραπάνω προγράμματα είναι κυρίως ομαδικά και περιλαμβάνουν δέκα έως δώδεκα συναντήσεις διάρκειας δύο ωρών.

Ο στόχος και ο σκοπός και των τριών προγραμμάτων που συνοπτικά αναφέρθηκαν περιλαμβάνουν με κάποιες διαφορές ανάμεσα στη χρήση τους κυρίως την ενημέρωση των ασθενών για θέματα υγείας και ιδιαιτέρως για την ασθένεια ή τον τραυματισμό από τον οποίο πάσχουν, τη διαχείριση του στρες που βιώνουν και τεχνικές αντιμετώπισης του, την προσαρμογή των ίδιων αλλά και των οικογενειών τους στη νέα αυτή κατάσταση, ψυχολογική στήριξη και παροχή ενός ευρύτερου υποστηρικτικού πλαισίου σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με την Καλατζή-Αζίζι (1985) το άρρωστο ή τραυματισμένο άτομο πρέπει να κατανοήσει πως η ασθένεια του δεν είναι ένας εξωτερικός εχθρός αλλά κάτι που πλέον συσχετίζεται με τη ζωή του. Από τη στιγμή που θα δεχτεί αυτό που του συμβαίνει θα οδηγηθεί στην ανάπτυξη μιας νέας συμπεριφοράς και όσον αφορά τον εαυτό του αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Στο δεύτερο μέρος, της πτυχιακής μας εργασίας, θα παρουσιαστεί η εμπειρική έρευνα, η οποία διενεργήθηκε σε δύο ιδιωτικά θεραπευτήρια, στο Ολύμπιον Θεραπευτήριο Πάτρας και στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Λάρισας Animus.

Ο γενικός σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας, είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς Κ. Α. Α. κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και η επίδραση αυτών στην πορεία της αποκατάστασης της υγείας τους.

2.1 Είδος έρευνας

Το είδος της έρευνας που θα χρησιμοποιηθεί είναι η ποιοτική γιατί στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση και η ανάλυση για ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς ενός Κέντρου Αποθεραπείας-Αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς και η επίδρασή τους στην πορεία της αποκατάστασης των ασθενών.

Η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιείται σε έρευνες που έχουν ως στόχο την ανάπτυξη της θεωρίας, οι οποίες συνήθως έχουν ευέλικτη δομή που επιτρέπει αλλαγές στα ερωτήματα που τίθενται, στο δείγμα που χρησιμοποιείται και στον τρόπο με τον οποίο συλλέγονται τα δεδομένα (Κυριαζή, 1999).

Η ποιοτική έρευνα βασίζεται σε μικρό αριθμό περιπτώσεων με στόχο τη διαμόρφωση ολικής εικόνας για κάθε περίπτωση και την ανεύρεση των κοινών τους στοιχείων. Πρόκειται για μια μελέτη βάθους, η οποία οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των υπό έρευνα περιπτώσεων, διευκολύνοντας έτσι τη διαδικασία ανάπτυξης και αποσαφήνισης εννοιολογικών κατηγοριών (Κυριαζή, 1999).

Κάποια γενικά χαρακτηριστικά της ποιοτικής έρευνας όπως αναφέρονται από τον Robson, (2002:228) είναι τα εξής:

- ✓ Χρησιμοποιούνται αυστηρές διαδικασίες συλλογής δεδομένων. Τυπικά, χρησιμοποιούνται πολλαπλές τεχνικές συλλογής δεδομένων. Τα δεδομένα συνοψίζονται επαρκώς. Δίνονται λεπτομέρειες για το πώς συλλέχθηκαν τα δεδομένα.
- ✓ Η μελέτη διατυπώνεται στο πλαίσιο των παραδοχών και των χαρακτηριστικών της ποιοτικής προσέγγισης στην έρευνα. Αυτό περιλαμβάνει βασικά χαρακτηριστικά, όπως είναι ένα εξελισσόμενο σχέδιο, η παρουσίαση των πολλαπλών πραγματικών, ο ερευνητής ως εργαλείο συλλογής δεδομένων και ένα επίκεντρο στις απόψεις των συμμετεχόντων.
- ✓ Η μελέτη ενημερώνεται με μια κατανόηση των υπαρχόντων παραδόσεων διερεύνησης. Δηλαδή ο ερευνητής προσδιορίζει, μελετά και χρησιμοποιεί μια ή περισσότερες παραδόσεις διερεύνησης. Αυτή η παράδοση δε χρειάζεται να είναι «καθαρή», και μπορούν να συνδυαστούν οι διαδικασίες από αρκετές παραδόσεις.

- ✓ Το πρόγραμμα ξεκινά με μια μοναδική ιδέα ή πρόβλημα που ο ερευνητής προσπαθεί να κατανοήσει, όχι μια αιτιατή σχέση των μεταβλητών ή μια σύγκριση ομάδων. Οι σχέσεις μπορεί να εξελίσσονται ή μπορεί να γίνουν συγκρίσεις, αλλά αυτές προκύπτουν μεταγενέστερα στη μελέτη.
- ✓ Η μελέτη περιλαμβάνει λεπτομερείς μεθόδους, μια αυστηρή προσέγγιση στη συλλογή δεδομένων, την ανάλυση δεδομένων και τη συγγραφή της ερευνητικής έκθεσης. Ο ερευνητής έχει την ευθύνη να αποδείξει την ακρίβεια της αναφοράς του (Robson,2002). Η παρούσα μελέτη ξεκίνησε για να εντοπιστούν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής κατά τη νοσηλεία του σε Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης αλλά και η επίδραση που έχουν στην ψυχολογία του κατά συνέπεια στη μετέπειτα αποκατάστασή του. Για την πιο έγκυρη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο η συνέντευξη, που έγινε αυστηρά σε άτομα που νοσηλεύονται σε Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης.
- ✓ Τα δεδομένα αναλύονται σε τρεις αλληλεξαρτώμενες διαδικασίες και αυτές είναι: ο περιορισμός των δεδομένων (data reduction), η παρουσίαση των δεδομένων (data display) και ο έλεγχος και η απόδοση του νοήματος στα δεδομένα. Συχνά, οι συγγραφείς παρουσιάζουν τις μελέτες τους σε στάδια ή διαστρωματώνουν τις αναλύσεις τους από το ειδικό στο γενικό (Robson,2002).
- ✓ Το γράψιμο είναι σαφές, γοητευτικό και βοηθά τον αναγνώστη να βιώσει το «να είναι εκεί» (σ.232) Η ιστορία και τα ευρήματα γίνονται πιστευτά και ρεαλιστικά, αντικατοπτρίζοντας με ακρίβεια την πολυπλοκότητα της πραγματικής ζωής (Robson,2002).

Επομένως, στη συγκεκριμένη μελέτη, η εν λόγω μεθοδολογία θα προσφέρει πλούτο πληροφοριών καθώς και σε βάθος αξιολόγηση ιδεών και προτάσεων που αναφέρονται στη βελτιστοποίηση της υφιστάμενης πραγματικότητας.(Ιωσηφίδης, 2008, Ιωσηφίδης-Σπυριδάκης, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, δόθηκε η δυνατότητα στους νοσηλευόμενους, να μιλήσουν για την καθημερινότητα τους και τη θεραπευτική αγωγή που ακολουθούν μέσα στο Κ.Α.Α. , για τη σχέση που έχουν αναπτύξει με το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για όλη τη διαδικασία που βιώνουν καθώς επίσης να προτείνουν αλλαγές ή βελτιώσεις για θέματα που δεν τους ικανοποιούν στην καθημερινότητα που βιώνουν στο κέντρο.

2.2 Αξιοπιστία της ποιοτικής έρευνας

Η αξιοπιστία στη ποιοτική έρευνα αφορά κατά πόσο το εργαλείο που χρησιμοποιείται στη παρούσα έρευνα δίνει συνεπή αποτελέσματα μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση. Η αξιοπιστία είναι υποχρεωτική για να υπάρχει εγκυρότητα στην έρευνα και τα αποτελέσματα της (Κυριαζή, 2005). Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο γιατί δίνει την δυνατότητα στον συνεντευκτή να αντλεί πληροφορίες σε βάθος και μέσω διευκρινιστικών ερωτήσεων να μπορεί να λαμβάνει αληθείς απαντήσεις.

2.3 Εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει κατά τη διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας είναι εκείνο της μη εγκυρότητας. Κάποιοι μελετητές για το θέμα της εγκυρότητας πιστεύουν ότι τα συμπεράσματα σχετικά με την εγκυρότητα προκύπτουν από την

επιφανειακή εγκυρότητα., δηλαδή από το πόσο οι ερωτήσεις μετρούν για αυτό για το οποίο δημιουργήθηκαν. (Lansing et al, 1961 στο Cohen και Manion,1994). Η εγκυρότητα έχει σχέση με το πόσο σωστή είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων που προκύπτει από τη παρούσα έρευνα (Κυριαζή, 2005). Σύμφωνα με τον Ιωσιφίδη (2003) στη ποιοτική έρευνα η έννοια της εγκυρότητας αναφέρεται στο κατά πόσο τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί, καθώς και η ανάλυση και η ερμηνεία τους ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της έρευνας, αντιστοιχούν στη κοινωνική πραγματικότητα ή απαντούν με επαρκή τρόπο στα ερευνητικά ερωτήματα. Η εγκυρότητα στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται καθώς τα δεδομένα που συλλέχθηκαν απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα των ερευνητών και αντιστοιχούν με την κοινωνική πραγματικότητα.

Κάποιοι μελετητές για το θέμα της εγκυρότητας πιστεύουν ότι τα συμπεράσματα σχετικά με την εγκυρότητα προκύπτουν από την επιφανειακή εγκυρότητα., δηλαδή από το πόσο οι ερωτήσεις μετρούν για αυτό για το οποίο δημιουργήθηκαν. (Lansing et al, 1961 στο Cohen και Manion,1994).

Σύμφωνα με τον Ιωσιφίδη (2003) στη ποιοτική έρευνα, η έννοια της εγκυρότητας αναφέρεται στο κατά πόσο τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί, καθώς και η ανάλυση και η ερμηνεία τους ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της έρευνας, αντιστοιχούν στη κοινωνική πραγματικότητα ή απαντούν με επαρκή τρόπο στα ερευνητικά ερωτήματα.

Σύμφωνα με τον Maxwell (1992) οι απειλές που μπορεί να προκύψουν στην εγκυρότητα είναι:

- ✓ Η μη έγκυρη περιγραφή από μέρους του ερευνητή αυτών που είδε. Το οποίο οδηγεί στη μη ορθότητα και την ατέλεια των δεδομένων.
- ✓ Απειλή σε μια έγκυρη ερμηνεία. Δηλαδή μπορεί να δοθεί ένα πλαίσιο ή ένα νόημα σε αυτό που συμβαίνει αντί να το αφήσουν να προκύψει από αυτά που έμαθαν από την εμπλοκή τους από το περιβάλλον.
- ✓ Απειλή στην θεωρία. Η κύρια απειλή εδώ είναι στο να μην θεωρούνται εναλλακτικές εξηγήσεις ή κατανοήσεις για το φαινόμενο που μελετάται.

Οι Lincoln και Guba (1985) αναφέρουν τις εξής απειλές:

- ✓ Αντιδραστικότητα. Αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο υπάρχει περίπτωση η παρουσία του ερευνητή να παρεμβαίνει με κάποιο τρόπο στο επίκεντρο της
 - μελέτης και συγκεκριμένα στη συμπεριφορά των ανθρώπων που συμμετέχουν στη μελέτη.
- ✓ Τις μεροληψίες του αποκρινόμενου. Μπορεί να συμβεί με την απόκρυψη πληροφοριών από μέρος του ερωτώμενου. Επίσης, μπορεί ο αποκρινόμενος να προσπαθεί να δώσει τις απαντήσεις ή τις εντυπώσεις που κρίνει ότι θέλει ο ερευνητής.
- ✓ Η μεροληψία του ερευνητή. Όσον αφορά τις παραδοχές και τις προκαταλήψεις του, οι οποίες μπορεί με κάποιο τρόπο να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται στο ερευνητικό περιβάλλον

Τρόποι αντιμετώπισης των απειλών στην εγκυρότητα

- ✓ Παρατεταμένη εμπλοκή. Στη περίπτωση αυτή η παρατεταμένη εμπλοκή βοηθάει να μειωθούν η αντιδραστικότητα και η μεροληψία του ερωτώμενου λόγω του ότι ο ερευνητής περνά πολύ καιρό στο περιβάλλον του ερωτώμενου δημιουργώντας έτσι μια σχέση εμπιστοσύνης (Robson,2007).
- ✓ Τριγωνισμός. Είναι η χρήση πολλαπλών πηγών και μεθόδων συλλογής στοιχείων για να αυξηθεί η αυστηρότητα στην έρευνα. Ο Denzin (1988) έχει διακρίνει τέσσερις τύπους τριγωνισμού:
 - α) τριγωνισμός δεδομένων: η χρήση μιας ή περισσότερων μεθόδων συλλογής δεδομένων,
 - β)τριγωνισμός παρατηρητή: η χρήση περισσότερων παρατηρητών στη μελέτη,
 - γ)μεθοδολογικός τριγωνισμός: η χρήση περισσότερων θεωριών ή αντιλήψεων (Robson,2007).
- ✓ Ενημέρωση και υποστήριξη συναδέλφων. Οι ομάδες των συναδέλφων σε μια ποιοτική έρευνα βοηθούν να αποφευχθεί η μεροληψία του ερευνητή μέσω συνεδριάσεων στο ερευνητικό περιβάλλον (Robson,2007).
- ✓ Ανάλυση της αρνητικής περίπτωσης. Ο ερευνητής θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο και στην αναζήτηση περιπτώσεων που να διαψεύδουν τη θεωρία του (Robson,2007).
- ✓ Πλήρης καταγραφή δραστηριοτήτων. Ο ερευνητής καταγράφει όλες τις δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της μελέτης (Robson,2007).

Επομένως, για την εξασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της έρευνας ο ερευνητής φρόντισε:

- ✓ Οι ερωτήσεις που υπέβαλε στους συνεντευξιαζόμενους να είναι προσεκτικά διατυπωμένες, σαφείς, χωρίς να επιδιώκουν προσχεδιασμένες απαντήσεις ή παρανοήσεις από τους ερωτώμενους
- ✓ Ο συνεντευκτής είχε φροντίσει να δημιουργήσει ένα κατάλληλο κλίμα φιλικό και οικείο, με την ανάλογη παρότρυνση και παρακίνηση, ώστε να είναι κοινή η επιθυμία για την επιτυχία του εγχειρήματος (Cohen & Manion, 1977)
- ✓ Οι απομαγνητοφωνήσεις να είναι ακριβείς
- ✓ Στην ανάλυση των δεδομένων να τεκμηριώνει όσα υποστηρίζονται με διαρκείς αναφορές στα ίδια τα λόγια των νοσηλευομένων

Στη παρούσα μελέτη, δεν παρουσιάστηκαν κάποιες από τις προαναφερθείσες απειλές στην εγκυρότητα διότι δε περιγράφηκαν πράγματα που ο ίδιος ο ερευνητής είδε, αλλά έγινε πιστή καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων με πλήρη ορθότητα και εγκυρότητα.

Δόθηκε το νόημα που οι ερωτώμενοι έθεσαν και όχι το νόημα που ο ερευνητής θέλησε να αφήσει από την εμπλοκή του στο περιβάλλον των ερωτώμενων.

Έγινε προσπάθεια ώστε οι εξηγήσεις που προέκυψαν από την έρευνα να είναι σαφής και ακριβής ώστε να μη θεωρηθούν εναλλακτικές ή άκυρες.

Η συνεργασία του ερευνητή με τους ερωτώμενους ήταν οριοθετημένη, ώστε να μην υπάρξει εμπλοκή και να αποφευχθούν οι μεροληψίες από τις δύο πλευρές.

2.4 Περιορισμοί έρευνας και αξιοπιστία των δεδομένων

Ξεκινώντας την ερευνητική διαδικασία, τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκε κυρίως ήταν στην ρύθμιση του χρονικού διαστήματος και των ωραρίων που εξυπηρετούσαν τους νοσηλευόμενους που θα λάμβαναν μέρος στις συνεντεύξεις, καθώς ο κάθε ένας από αυτούς είχε ένα διαφορετικό καθημερινό πρόγραμμα θεραπειών, το οποίο δε μπορούσε να τροποποιηθεί αλλά ούτε και να ακυρωθεί.

Το αποτέλεσμα της χρονικής αυτής καθυστέρησης, ήταν να παραμείνουν οι ερευνητές πολλές ώρες της ημέρας στα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης καθώς έπρεπε να προσαρμοστούν πλήρως στα ωράρια των νοσηλευομένων αλλά και να χρειαστούν περισσότερες μέρες από όσες είχαν αρχικά καθορίσει προκειμένου να συλλέξουν τον επιθυμητό αριθμό συνεντεύξεων.

Ένα άλλο πρόβλημα που παρουσιάστηκε στην πορεία της ερευνητικής διαδικασίας, ήταν ο χώρος στον οποίο διεξήχθησαν οι συνεντεύξεις.

Το γεγονός ότι οι συνεντεύξεις ελήφθησαν στα δωμάτια των ασθενών ήταν θετικό από τη μία πλευρά καθώς οι ίδιοι οι νοσηλευόμενοι δεν ταλαιπωρήθηκαν, αφού παρέμειναν σ' ένα χώρο που ήταν πλέον οικείος γι' αυτούς, από την άλλη όμως, προκάλεσε δυσκολίες στον ερευνητή καθώς σε αρκετές περιπτώσεις η συνέντευξη διέκοπταν συνεχώς από το νοσηλευτικό προσωπικό που έπρεπε να φροντίσει τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους του θαλάμου, αλλά και από τα συγγενικά πρόσωπα των νοσηλευομένων που βρίσκονταν στο χώρο.

Αποτέλεσμα της παραπάνω κατάστασης ήταν να μην υπάρχει ησυχία στο δωμάτιο έτσι ώστε να διασφαλίζεται η σωστή ροή της συζήτησης, κάνοντας τον συνεντευξιζόμενο να αποσπάται συνεχώς, να χάνει τον ειρμό της κουβέντας και ο ερευνητής να προσπαθεί να επαναφέρει την κουβέντα στο σημείο που είχε σταματήσει.

Επίσης, λόγω της φασαρίας που επικρατούσε στο θάλαμο και της προσπάθειας επαναφοράς του συνεντευξιζόμενου στο θέμα συζήτησης, οδήγησε στην αύξηση του χρονικού ορίου λήψης της συνέντευξης με αποτέλεσμα να χάνεται μέρος του προσυμφωνημένου χρόνου.

2.5 Πληθυσμός- Δείγμα

Ως πληθυσμός ορίζεται το ευρύτερο σύνολο των ομοειδών περιπτώσεων στο οποίο ενδιαφέρει να γενικευθούν τα εμπειρικά ευρήματα (Παρασκευόπουλος, 1993).

Στη διαδικασία της συνέντευξης, συμμετείχαν 15 άτομα από δύο διαφορετικά Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, το Ολύμπιον θεραπευτήριο Πάτρας και το Animus που βρίσκεται στη Λάρισα.

Τα άτομα που πήραν μέρος στις συνεντεύξεις είχαν ενημερωθεί προηγουμένως από την κοινωνική λειτουργό του κάθε κέντρου και θέλησαν να συμμετάσχουν.

Είναι άτομα και από τα δύο φύλα, ενώ οι ηλικίες τους είναι κυρίως τρίτης ηλικίας κι αυτό λόγω της πλειοψηφίας ηλικιακά των περιστατικών που νοσηλεύονται στα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης.

Αφού προσδιορίστηκαν οι ερωτήσεις και το δείγμα, ορίστηκε ο χώρος και ο χρόνος συνάντησης σε συνεννόηση με τους κοινωνικούς λειτουργούς των κέντρων.

Οι συναντήσεις με τους συνεντευξιζόμενους έγιναν στο χώρο νοσηλείας τους. Οι συνεντεύξεις διήρκησαν τριάντα με σαράντα πέντε λεπτά. Επιλέχθηκαν άτομα, τα οποία βρισκόντουσαν ήδη κάποιο χρονικό διάστημα στο κέντρο, ενάμιση μήνα έως και τέσσερις μήνες κι έτσι είχαν αντιληφθεί τον τρόπο λειτουργίας του καθώς επίσης είχαν ήδη αναπτύξει σχέσεις με το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό.

Ως πληθυσμός ορίζονται άτομα που νοσηλεύονται στο Κ. Α. Α. Ως δείγμα ορίζεται το κλασματικό μέρος το οποίο μελετάτε στη πράξη και με βάση το οποίο θα διατυπωθούν συμπεράσματα για τον πληθυσμό (Παρασκευόπουλος, 1993).

Από το υποσύνολο αυτό ή την μικρότερη ομάδα του πληθυσμού συλλέγουμε πληροφορίες κατά τρόπο ώστε η γνώση που αποκομίζεται να είναι αντιπροσωπευτική του συνολικού μελετώμενου πληθυσμού (Cohen, Manion, 2000). Το δείγμα της παρούσας έρευνας το αποτελούν 15 άτομα που νοσηλεύονται σε Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης.

2.6 Δειγματοληψία

Οι μέθοδοι δειγματοληψίας κατηγοριοποιούνται σε δειγματοληψία πιθανότητας και δειγματοληψία μη πιθανότητας.

Στην παρούσα έρευνα έγινε δειγματοληψία μη πιθανότητας, δηλαδή δεν παρέχεται κανένας τρόπος υπολογισμού της πιθανότητας ότι κάθε μέλος του πληθυσμού θα έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Συγκεκριμένα η δειγματοληψία έγινε με τη μέθοδο της ευκολίας, στην οποία δημιουργείται ένα είδος εθελοντικού δείγματος, καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσοι είναι άμεσα προσβάσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν, το οποίο συνεπάγεται και μηδενικό κόστος (Σαχίνη-Καρδάση 1997). Έτσι, λοιπόν στην παρούσα πτυχιακή εργασία τα άτομα που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα είναι από τις πόλεις κατοικίας των σπουδαστριών.

2.7 Προετοιμασία συνεντεύξεων

Στη συγκεκριμένη έρευνα, η προετοιμασία των συνεντεύξεων έγινε με δύο τρόπους. Όσον αφορά το Ολύμπιον θεραπευτήριο Πατρών, υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με την κοινωνική λειτουργό του κέντρου προκειμένου να οριστούν οι ημερομηνίες διεξαγωγής των συνεντεύξεων, να ενημερωθούν οι νοσηλευόμενοι από την κοινωνική λειτουργό του κέντρου για το σκοπό της έρευνας, οι οποίοι έπειτα από την ενημέρωση που έλαβαν, θα αποφάσιζαν αν θέλουν ή όχι να συμμετέχουν στην διαδικασία των συνεντεύξεων, καθώς όπως έχει ήδη αναφερθεί απαραίτητη προϋπόθεση ήταν η εθελοντική συμμετοχή τους.

Στη δεύτερη περίπτωση του κέντρου Animus, που βρίσκεται στη Λάρισα, η επαφή έγινε με μία επιστολή (αναφέρεται στο παράρτημα), η οποία στάλθηκε στη διεύθυνση του κέντρου

και ανέφερε το σκοπό της έρευνας, τόνιζε το απόρρητο των συνεντεύξεων και ζητούσε από τους ιθύνοντες του κέντρου να ενημερώσουν με τον ίδιο τρόπο που αναγράφεται παραπάνω τους νοσηλεύόμενους προκειμένου να καθοριστεί ποιοι θα λάμβαναν μέρος στην ερευνητική διαδικασία.

Αφού λοιπόν ενημερώθηκαν οι ασθενείς για τον σκοπό της έρευνας, το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται (εκπόνηση διπλωματικής εργασίας για τη λήψη πτυχίου), τονίστηκε το απόρρητο της συνέντευξης και επισημάνθηκε η ανωνυμία και ο ανεπίσημος χαρακτήρας των συνομιλιών καθορίστηκε το δείγμα και ορίστηκαν οι ημερομηνίες.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τους μήνες Μάιο-Αύγουστο 2013 και ο χώρος στον οποίο διεξήχθησαν ήταν στον χώρο νοσηλείας των ασθενών στα δύο Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης αντίστοιχα .

2.8 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Η συνέντευξη αποτελεί την πιο διαδεδομένη μέθοδο άντλησης ποιοτικού υλικού και πληροφοριών στις κοινωνικές επιστήμες. Η συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο παίρνει πολλές μορφές: Μπορεί να είναι αυστηρά δομημένη, δηλαδή βασισμένη σε ένα δομημένο σχέδιο συνέντευξης ή ερωτηματολόγιο, μπορεί να είναι συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο, τηλεφωνική συνέντευξη κ.λ.π. (Ιωσιφίδης, 2003).

Σύμφωνα με τον Robson (2007:321) η συνέντευξη διακρίνεται σε τρεις τύπους:

- ✓ Πλήρως δομημένη συνέντευξη. Έχει προκαθορισμένες ερωτήσεις με προκαθορισμένοι διατύπωση, συνήθως σε προκαθορισμένη διάταξη.
- ✓ Ημιδομημένη συνέντευξη. Έχει προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά η διάταξη τους μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την αντίληψη του συνεντευκτή σχετικά με το τι φαίνεται καταλληλότερο.
- ✓ Μη δομημένη συνέντευξη. Ο συνεντευκτής έχει μια γενική περιοχή που τον ενδιαφέρει και τον απασχολεί αλλά επιτρέπει στη συζήτηση να αναπτυχθεί στο πλαίσιο αυτής της περιοχής.

Για την καταγραφή των απόψεων των υποκειμένων, που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι οι νοσηλεύόμενοι των Κ. Α. Α. επιλέχθηκε η μέθοδος της ημιδομημένης συνέντευξης.

Η ημιδομημένη συνέντευξη ενώ επιτρέπει τη συλλογή στοιχείων πάνω στα προκαθορισμένα ερωτήματα, λειτουργεί ταυτόχρονα σε ένα εύκαμπτο πλαίσιο, το οποίο δίνει τη δυνατότητα στην αυθόρμητη έκφραση σκέψεων και απόψεων ενώ ταυτόχρονα μπορεί να διευκολύνει τη συνομιλία ανάμεσα στον συνεντευκτή και τον συνεντευξιαζόμενο.

Σύμφωνα με τον Ιωσιφίδη (2003:40), η μέθοδος της συνέντευξης παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Η γνώση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της μεθόδου οδηγεί στη σωστή χρήση και την αποφυγή των περιπτώσεων στις οποίες η εφαρμογή της μεθόδου δεν ενδείκνυται. Συνοπτικά τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της συνέντευξης ως μεθοδολογία άντλησης πληροφοριών και δεδομένων είναι:

- ✓ Η συνέντευξη επιτρέπει στον ερευνητή να αντλήσει πληροφορία σε βάθος ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη διερεύνηση πολύπλοκων κοινωνικών διαδικασιών, συμπεριφορών, στάσεων, αξιών και αντιλήψεων.

- ✓ Η συνέντευξη προϋποθέτει την αμεσότητα της σχέσης μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου και μπορεί να οδηγήσει στη διερεύνηση θεμάτων που δεν είχαν προκαθοριστεί από πριν, μεταβάλλοντας ή τροποποιώντας πολλές φορές ακόμα και τα ίδιο το αρχικό ερευνητικό πλαίσιο.
- ✓ Η συνέντευξη επιτρέπει στον ερευνητή να κατανοήσει κοινωνικές συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις των ερωτώμενων, δηλαδή να δει τον κοινωνικό κόσμο και τα κοινωνικά φαινόμενα ανάμεσα από τις εμπειρίες και τα «μάτια» των κοινωνικών υποκειμένων.

Οι ερωτήσεις που περικλείονται στη συνέντευξη δεν έχουν επιτακτικό/δεσμευτικό ρόλο και σκοπός δεν είναι να οδηγήσουν τον συνεντευξιαζόμενο στις επιθυμητές απαντήσεις. Αυτός ο τύπος συνέντευξης βοηθά τον ερευνητή να εξετάσει θέματα που τον ενδιαφέρουν, ενώ παράλληλα επιτρέπει την αποκάλυψη των πεποιθήσεων και των πιστεύω των ερωτώμενων (Κυριαζή, 2002, Ιωσηφίδης, 2008).

Ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης, στην παρούσα εργασία, αποδείχθηκε πολύ βοηθητικός καθώς στόχος ήταν η διερεύνηση των απόψεων, των καθημερινών βιωμάτων και σκέψεων των νοσηλευομένων σε βάθος. Όλα όσα τους επηρέαζαν θετικά ή αρνητικά κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο κέντρο.

Επομένως, αν και η πορεία της συνέντευξης κρατήθηκε επάνω σε συγκεκριμένους άξονες και προκαθορισμένους στόχους, η δυνατότητα των ανοιχτών ερωτήσεων στους συνεντευξιαζόμενους, έδωσε τη δυνατότητα να αναπτυχθούν όλα τα παραπάνω.

Ο λόγος που επιλέχθηκαν ερωτήσεις ανοιχτού τύπου είναι γιατί:

- ✓ Είναι ευέλικτες.
- ✓ Επιτρέπουν στον συνεντευκτή να κάνει ερωτήσεις ώστε να μπορεί να εισχωρήσει σε μεγαλύτερο βάθος.
- ✓ Δίνουν τη δυνατότητα στο συνεντευκτή να ελέγξει τα όρια γνώσης του ερωτώμενου.
- ✓ Επιτρέπουν στον συνεντευκτή να κάνει πιο σωστή εκτίμηση αυτού που πράγματι πιστεύει ο ερωτώμενος. Οι ανοιχτές ερωτήσεις μπορεί επίσης να έχουν ως αποτέλεσμα μη αναμενόμενες ή απρόβλεπτες απαντήσεις (Robson, 2007:327)

Οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν στον άρρωστο την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας εμπειρίες. οι κλειστές ερωτήσεις, αντίθετα , οδηγούν το άτομο να απαντήσει με μία ή δύο προκαθορισμένες λέξεις (ναι ή όχι) και μ ' αυτό τον τρόπο περιορίζουν την συζήτηση. σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, όπως για παράδειγμα, για τον προσδιορισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών. όταν όμως ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μοιραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, είναι σημαντικό οι ανοιχτές ερωτήσεις να διατυπώνονται με εκφράσεις που αρχίζουν με το "πώς" ή "τι" και σπανιότερα με το "γιατί" που δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι ανακρίνεται, ιδιαίτερα όταν η έκφραση επαναλαμβάνεται". (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.,1999:179)

Με τη βοήθεια του τύπου των ανοιχτών ερωτήσεων, οι νοσηλευόμενοι είχαν τη δυνατότητα να απαντήσουν ελεύθερα και χωρίς περιορισμούς στην σκέψη, ενώ παράλληλα εξέφρασαν εκτενώς τις απόψεις τους για το κέντρο και μίλησαν αναλυτικά για τους λόγους που οδηγήθηκαν αρχικά στο κέντρο, δηλαδή για το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζαν αλλά και για το πώς νιώθουν όσο συνεχίζεται η νοσηλεία τους.

Ο ερευνητής, καθ' όλη την διάρκεια λήψης της συνέντευξης δεν εξέφραζε απόψεις, κρίσεις, σκέψεις και σχόλια στις απαντήσεις των νοσηλευομένων.

Στο τέλος της συνέντευξης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να προσθέσουν οτιδήποτε άλλο επιθυμούσαν, για το οποίο ίσως δεν είχαν ερωτηθεί.

Η χρονική διάρκεια των συνεντεύξεων δεν ξεπερνούσε τα 30 με 35 λεπτά για να μην κουράσει τους νοσηλευόμενους. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, ο αναφερόμενος χρόνος δε μπορούσε να ξεπεραστεί καθώς υπήρχαν προγραμματισμένες θεραπείες τις οποίες έπρεπε να ακολουθήσουν οι νοσηλευόμενοι.

Ο χώρος λήψης των συνεντεύξεων, ήταν ο χώρος νοσηλείας των νοσηλευομένων. Σε γενικές γραμμές, το κλίμα στα δωμάτια ήταν σχετικά ήσυχο και φιλικό και από τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους που βρίσκονταν στον ίδιο χώρο.

Οι συγγενείς των νοσηλευομένων, ήταν ιδιαίτερα διακριτικοί καθώς σε όλες τις περιπτώσεις, μας παραχώρησαν τις θέσεις τους και περίμεναν στον προθάλαμο έως την λήξη της συνέντευξης.

Η μόνη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε είναι ότι σε κάποιες περιπτώσεις, έμπαινε το νοσηλευτικό προσωπικό στο δωμάτιο, με αποτέλεσμα να αποσπάται η προσοχή του συνεντευξιαζόμενου και να χάνεται ο ειρμός της συζήτησης.

Για τη λήψη των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε μαγνητόφωνο, με τη σύμφωνη γνώμη του συνεντευξιαζόμενου, όμως σε κάποιες περιπτώσεις που η συζήτηση συνεχίστηκε και μετά το κλείσιμο του μαγνητόφωνα κρατήθηκαν σημειώσεις.

Τέλος, επειδή ο χρόνος παραμονής μας στο κέντρο προκειμένου να λάβουμε τις συνεντεύξεις από όλους τους νοσηλευόμενους που είχαν οριστεί ήταν αρκετά μεγάλος, καθώς έπρεπε να προσαρμοστούμε στα δικά τους χρονικά περιθώρια και ωράρια που τους εξυπηρετούσαν, λόγω των καθημερινών προγραμματισμένων θεραπειών τους, μας έδωσε τη δυνατότητα παρατήρησης του χώρου και των λειτουργιών του, γεγονός που μας βοήθησε να αποκτήσουμε μια ίσως πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης.

2.9 Η διαδικασία της επεξεργασίας δεδομένων

Η ανάλυση ποιοτικών δεδομένων που έχουν συλλεχτεί από το ερευνητικό πεδίο αποτελεί το κρίσιμο και αποφασιστικό στάδιο από το οποίο θα προκύψει η θεωρητικοποίηση, ο έλεγχος τυχόν υποθέσεων και τα γενικά και ειδικά συμπεράσματα του ερευνητικού εγχειρήματος.

Τα ποιοτικά δεδομένα είναι δυνατόν να λαμβάνουν διαφορετικές και πολλαπλές μορφές, μπορεί να παρουσιάζονται σε οπτικο-ακουστική μορφή, σε μορφή βίντεο, φωτογραφιών ή κειμένου (Ιωσηφίδης, 2003: 65).

Η ανάλυση ποιοτικών δεδομένων είναι μια δραστηριότητα που περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες νοηματοδότησης, κατηγοριοποίησης και θεωρητικοποίησης του ποιοτικού υλικού με στόχο την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα, τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων

ή την ερμηνεία και κατανόηση φαινομένων, διαδικασιών και συμπεριφορών (Ιωσηφίδης, 2003: 67).

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας ουσιαστικά πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις.

Η πρώτη φάση λαμβάνει χώρα την ώρα της λήψης της συνέντευξης, όχι με αναλυτικό τρόπο όπως είναι η απομαγνητοφώνηση, αλλά με την προσοχή του ερευνητή στραμμένη στα λεγόμενα του συνεντευξιαζόμενου, ώστε να καταλάβει αν μέσα από την πορεία της συνέντευξης καλύπτονται τα ερευνητικά ερωτήματα και ο σκοπός της έρευνας.

Όπου κρίνεται απαραίτητο, ο ερευνητής παρεμβαίνει και γενικά καθ' όλη την ώρα λήψης της συνέντευξης είναι αυτός που ελέγχει τη συζήτηση.

Στιγμές κατά τις οποίες κρίνεται απαραίτητο να παρέμβει ο ερευνητής είναι σε σημεία που οι απαντήσεις δεν είναι ξεκάθαρες, σε σημεία που ο συνεντευξιαζόμενος «φεύγει» από την πορεία της συζήτησης ή θέλει να συζητήσει για άλλα δευτερεύοντα πράγματα.

Σε τέτοιες στιγμές, η προσωπική παρέμβαση του ερευνητή έχει διευκρινιστικό χαρακτήρα προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο σκοπός της έρευνας.

Η δεύτερη φάση της επεξεργασίας των δεδομένων, είναι πιο συγκεκριμένη καθώς περιλαμβάνει την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων.

Η ανάλυση ξεκίνησε με την ακρόαση των συνεντεύξεων αρκετές φορές, την λεπτομερή καταγραφή όσων έχουν ειπωθεί και εν συνεχεία την ανάγνωση των κυριότερων σημείων που έχουν καταγραφεί.

Με τον τρόπο αυτό δίνεται η ευκαιρία στον ερευνητή να σχηματίσει μία εικόνα για κάθε έναν από τους συνεντευξιαζόμενους του, η οποία εικόνα με τη σειρά της τον βοηθάει να σχηματίσει τα προφίλ τους.

Τα προφίλ των ερευνητικών υποκειμένων που στην παρούσα εργασία είναι οι νοσηλεύόμενοι προκύπτουν ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, την οικογενειακή τους κατάσταση, το χρόνο παραμονής τους στο κέντρο, αλλά και από το πρόβλημα υγείας που ουσιαστικά τους οδήγησε στο να εισαχθούν στο κέντρο.

Για να επεξεργαστεί ο ερευνητής τον όγκο των δεδομένων, χρειάστηκε να τα οργανώσει σε κατηγορίες (Bird & συν., 1999).

Η κατηγοριοποίηση των ποιοτικών δεδομένων επιτρέπει στον ερευνητή να αναγνωρίσει και να επαναπροσδιορίσει δεδομένα. Οι κατηγορίες που προέκυψαν από τη θεματική ανάλυση ήταν συνάρτηση τόσο των υποθέσεων όσο και των δεδομένων των συνεντεύξεων.

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, όπως αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας συλλέχτηκαν με ημιδομημένη συνέντευξη με τη χρήση μαγνητοφώνου.

Η κωδικοποίηση των ποιοτικών δεδομένων έγινε σε τρεις άξονες, όσα είναι δηλαδή και τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Στη συνέχεια έγινε καταγραφή των απαντήσεων ανά άξονα και ερώτηση προκειμένου να οδηγηθούμε στα συμπεράσματα.

2.10 Η δομή του ερωτηματολογίου της συνέντευξης

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας, συντάχθηκε έπειτα από τον καθορισμό των ερευνητικών ερωτημάτων κι αποτελείται από 16 ερωτήσεις και 2 υποερωτήματα, τα οποία απευθύνονται στους νοσηλευόμενους του κέντρου.

Οι ερωτήσεις στοχεύουν κυρίως στην θεραπευτική αγωγή που ακολουθούν οι νοσηλευόμενοι, στη διερεύνηση των σχέσεων που έχουν αναπτύξει οι νοσηλευόμενοι με το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο κέντρο καθώς επίσης και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που ίσως έχουν αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της παραμονής τους, τον τρόπο που τα αντιμετώπισαν αλλά και τη γνώμη που οι ίδιοι έχουν για το πώς όλα τα παραπάνω μπορούν να συμβάλουν θετικά ή αρνητικά στην πορεία αποκατάστασης της υγείας τους.

Για αρχή επιλέχθηκαν ερωτήσεις ατομικών στοιχείων όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή τους κατάσταση, αν είναι εργαζόμενοι, άνεργοι ή συνταξιούχοι, ερωτήσεις χρήσιμες στον ερευνητή για την εγκυρότητα της έρευνας.

Οι ερωτήσεις E.E1.1, E.E1.2, E.E1.3, E.E1.4, E.E1.5 και E.E16 (βλ. παράρτημα) αναφέρονται στο πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα και μας δίνουν τη δυνατότητα να δούμε πώς βιώνει την καθημερινότητα του ο νοσηλευόμενος στο κέντρο. Μέσα από τις συγκεκριμένες ερωτήσεις δίνεται η δυνατότητα να έχουμε μία πλήρη και ολοκληρωμένη ματιά όσον αφορά την καθημερινότητα του ασθενούς, ενώ με την ερώτηση E.E1.3, E.E1.4 και E.E1.5, σκιαγραφείται η σχέση που έχει αναπτύξει ο νοσηλευόμενος με το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα του δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει τις ιδέες και τις απόψεις του για τυχόν αλλαγές που θα ήθελε ο ίδιος να πραγματοποιηθούν μέσα στο κέντρο προς όφελος του.

Οι ερωτήσεις E.E2.1, E.E2.2, E.E2.3, E.E2.4 και E.E2.5, αναφέρονται στο δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα και πλέον περνάμε στο πιο «συναισθηματικό» κομμάτι της συνέντευξης, στο οποίο ο νοσηλευόμενος, μιλάει πλέον ξεκάθαρα για τη σχέση του με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μας εξηγεί τους λόγους (αν υπάρχουν) οι οποίοι τον έχουν οδηγήσει πλέον να απευθυνθεί στο θεραπευτικό προσωπικό (κοινωνικός λειτουργός/ ψυχολόγος), ενώ με τις ερωτήσεις E.E2.2 και E.E2.3, διαφαίνεται ξεκάθαρα η γνώμη του όσον αφορά τη σημασία της ύπαρξης της κοινωνικής εργασίας στους χώρους υγείας. Παράλληλα φαίνεται ξεκάθαρα, μέσω του υποερωτήματος β. στη ερώτηση E.E2.1., αν πιστεύει ότι η ψυχική και η σωματική υγεία συνδέονται μεταξύ τους ή όχι.

Οι ερωτήσεις E.E3.1, E.E3.2, E.E3.3, E.E3.4 και E.E3.5, αναφέρονται στο τρίτο ερευνητικό μας ερώτημα. Στο σημείο αυτό γίνεται λόγος για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετώπισαν οι ασθενείς από τη στιγμή της εισαγωγής τους, έως την ώρα λήψης της συνέντευξης. Γίνεται ξεκάθαρη αναφορά στην ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση μέσα από την ερώτηση E.E3.1, ενώ μέσα από την ερώτηση E.E3.5, γίνεται ουσιαστική αναφορά στη σχέση του νοσηλευόμενου με το θεραπευτικό προσωπικό και ταυτόχρονα αναφέρονται τα οφέλη που μπορεί να έχουν προκύψει όσον αφορά την υγεία του ασθενούς μέσα από την ανάπτυξη της συγκεκριμένης σχέσης. Επίσης στο σημείο αυτό μέσα από την ερώτηση E.E3.3, δίνεται η ευκαιρία στο νοσηλευόμενο να κάνει τις δικές του προτάσεις για τυχόν αλλαγές που ο ίδιος θα ήθελε να συντελεστούν, ενώ μέσα από την ερώτηση E.E3.4, του δίνεται η ευκαιρία να μιλήσει, να εκφράσει τις σκέψεις του ή τυχόν φόβους που μπορεί να έχει για το πώς θα είναι η ζωή του μετά την έξοδο του από το κέντρο.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα, καθώς είναι αυτό που μας βοηθάει περισσότερο να διερευνήσουμε την ύπαρξη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την επίδραση που άσκησαν στην πορεία της αποκατάστασης της υγείας του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

3.1 Προφίλ νοσηλευόμενων

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζεται το προφίλ των νοσηλευόμενων, οι οποίοι συμμετείχαν στις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στα Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης Πάτρας και Λάρισας.

Συμμετοχή στην έρευνα είχαν 15 νοσηλευόμενοι. Από αυτούς οι 10 ήταν γυναίκες και οι 5 άνδρες. Η κατανομή τους όσον αφορά το Κέντρο νοσηλείας τους είναι η εξής: η κ. Σοφία (83 ετών), κ. Ελένη (76 ετών), κ. Ελπίδα (85 ετών), κ. Ζωή (56 ετών), κ. Παναγιώτης (62 ετών), κ. Χρήστος (72 ετών), κ. Μαρία (70 ετών), κ. Αγγελική (80 ετών) συμμετείχαν από το Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης «ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΠΑΤΡΑΣ». η κ. Άννα (74 ετών), κ. Νίκος (78 ετών), κ. Αθηνά (62 ετών), κ. Κώστας (73 ετών), κ. Σταυρούλα (73 ετών), κ. Θανάσης (80 ετών), κ. Γεωργία (69 ετών), είχαν συμμετοχή από το Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης «ANIMUS» στη Λάρισα.

Και οι δεκαπέντε νοσηλευόμενοι είναι συνταξιούχοι, η κ. Σοφία (συνταξιούχος καθαρίστρια), κ. Ελένη (λαμβάνει σύνταξη συζύγου), κ. Ελπίδα (λαμβάνει σύνταξη συζύγου), κ. Παναγιώτης (συνταξιούχος Δημοσίου), κ. Χρήστος (συνταξιούχος αρτοποιός), κ. Μαρία (συνταξιούχος ΟΓΑ), κ. Αγγελική (λαμβάνει σύνταξη συζύγου) από το Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης «ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΠΑΤΡΑΣ», η κ. Άννα (συνταξιούχος ελεύθερη επαγγελματίας), κ. Νίκος (συνταξιούχος ΟΓΑ), κ. Αθηνά (συνταξιούχος Δημοσίου), κ. Σταυρούλα (συνταξιούχος ΟΓΑ), κ. Θανάσης (συνταξιούχος ΟΓΑ), κ. Γεωργία (συνταξιούχος ΟΓΑ) από το Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης «ANIMUS» στη Λάρισα. Χαρακτηριστικά είπαν:

«... αγρότης ήμουν όλα μου τα χρόνια, σύνταξη ΟΓΑ έχω εδώ και 3 χρόνια. Είναι καλή σύνταξη, στο νοσοκομείο δεν πλήρωσα τίποτα λόγω ταμείου και εδώ θα έχω καλή κάλυψη...» (κ. Θανάσης)

«...εγώ στο σπίτι ήμουν όλα τα χρόνια, δούλευα την πιο σκληρή δουλειά που λέτε και εσείς τα νέα τα κορίτσια. Μεγάλωσα τα παιδιά μου, φρόντιζα το σπίτι, τον άνδρα μου, βοηθούσα άμα χρειαζότανε καμιά φορά στη δουλειά του... αυτά... με τη δική του σύνταξη ζω αυτή τη στιγμή... και ότι με βοηθάνε και τα παιδιά μου, παράπονο δεν έχω...» (κ. Ελένη)

«...εγώ έκανα μια δουλειά που πολύ την αγαπούσα! Φούρναρης ήμουνα από μικρό παιδί. Έμαθα την τέχνη και την αγάπησα πολύ. Σκληρή δουλειά, βαρύ το πρόγραμμα αλλά πολύ μου άρεσε πάντα. Κι έτσι πολύ την αγάπησε και ο γιος μου και πήγε και έμαθε και δυο πράγματα παραπάνω κι τώρα έχει κάνει ένα μαγαζί πανέμορφο και πεντανόστημο!!! Άμα μπορώ καμιά φορά πηγαίνω και εγώ εκεί, κοιτάω, βοηθάω... μου λείπει η δουλειά, λογικό δεν είναι;» (κ. Χρήστος)

Εξαίρεση αποτελούν η κ. Ζωή η οποία λαμβάνει σύνταξη δασκάλας αλλά συνεχίζει να εργάζεται ιδιωτικά πλέον ως εκπαιδευτικός –διαβάζει και προσέχει 2 παιδιά δημοτικού- και ο κ. Κώστας που λαμβάνει σύνταξη και δουλεύει ακόμη ως οικοδόμος. Και οι δύο αναφέρουν πως συνεχίζουν την εργασία για την ενίσχυση των οικονομικών τους με τη διαφοροποίηση πως κυρία Ζωή που αναφέρει επίσης ότι ακόμη είναι αρκετά νέα για να μείνει σπίτι και αδρανής. Χαρακτηριστικά ειπώθηκαν αντίστοιχα τα εξής:

«...είμαι 56 χρονών, νεότερη για να κάτσω από τώρα και να γεράσω πριν την ώρα μου (γελάει)! Η κόρη μιας φίλης έχει 2 παιδάκια και εργάζεται... Μου πρότειναν να βοηθήσω με το να τα κρατάω μετά το σχολείο και να τα διαβάσω. Αγαπώ πολύ τα παιδιά και νομίζω πως ήμουν εξαιρετική εκπαιδευτικός. Άσε που χρειαζόμαστε και τα λεφτά... όλα για καλό

λοιπόν! Τώρα με το πόδι μου δημιούργησε μεγάλο πρόβλημα... αλλά σίγουρα θα το ξεπεράσουμε!... » (κ. Ζωή)

«...έχω πάρει σύνταξη εδώ και λίγα χρόνια. Εργαζόμουν σε οικοδομές όλα τα χρόνια, είμαι μάστορας, απ' όλα ξέρω να κάνω, υδραυλικά, ηλεκτρολογικά, να χιτίζω, να βάφω, όλα τα ξέρω. Τόσα χρόνια τίποτα δεν είχα πάθει. Τώρα κοίτα με... έπεσα και χτύπησα στη δουλειά. Δε μπορώ να κάνω και τίποτα, δε γίνεται να πούμε εργατικό ατύχημα, ήταν και γνωστός αυτός που με πήρε... να με βοηθήσει ήθελε ο άνθρωπος... κάτι θα μου καλύψει η σύνταξη, κάπως τα μπαλώσαμε... τι να κάνουμε, λεφτά χρειαζόμαστε... έτυχε και αυτό...» (κ. Κώστας)

Και οι δεκα πέντε(15) νοσηλεύόμενοι παραμένουν αρκετό χρονικό διάστημα στο Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης από ενάμισι (1,5) μήνα έως και τέσσερις (4) μήνες.. Η επιλογή αυτή δεν έγινε τυχαία και σκοπός της ήταν να αναδείξει τα συναισθήματα και την πορεία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Και οι 15 συνεντευξιαζόμενοι έχουν παντρευτεί. Εφτά (7) από αυτούς έχουν χηρέψει και οι υπόλοιποι οκτώ (8) είναι παντρεμένοι. Δεκατέσσερις (14) έχουν παιδιά και ενώ τέσσερις (4) από τους δεκαπέντε (15) αναφέρουν πως έχουν βοήθεια και στήριξη από αδέρφια και φίλους. Δόθηκαν οι χαρακτηριστικές απαντήσεις:

«... είμαι τυχερή στο γάμο μου!!! Ποτέ δεν είχα πρόβλημα, αγαπάμε πολύ ο ένας τον άλλον, αγαπάμε τα παιδιά μας πολύ! Και πάντα ήταν έτσι δόξα τω θεώ. Έχουμε φίλους, συγγενείς που είναι πάντοτε μαζί μας και κοντά μας. Έτσι και τώρα... Όλοι μαζί μας είναι...» (κ. Ζωή)

«... τα παιδιά μου είναι μακριά, μ' αγαπάνε και το ξέρω. Όποτε μπορούν έρχονται να με δούνε, δε με έχουν παρατήσει. Είναι και τα πράγματα τώρα έτσι θες πολλά λεφτά για να μετακινηθείς στις μέρες μας... είναι η αδερφή μου εδώ και με βοηθάει πολύ. Είναι και αυτή μόνη της και μπορεί να με στηρίξει. Λογικά όταν βγω από εδώ θα μείνουμε και μαζί, σπίτι μου ή της το δικό της, θα δούμε...» (κ. Ελένη)

«...έχω παιδιά, αλλά επαφές δεν έχω με κανέναν τους..! και αδέρφια πολλά έχω, ούτε με αυτούς θέλω να έχω σχέσεις...! με τη μία την αδερφή μου μόνο έχω σχέση, μόνο αυτή με καταλαβαίνει και με αισθάνεται...» (κ. Παναγιώτης)

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι συνεντευξιαζόμενοι είναι κυρίως ορθοπεδικά και κυρίως στο πόδι. Πιο συγκεκριμένα έντεκα (11) από αυτούς αντιμετωπίζουν πρόβλημα στα άκρα (χέρι- πόδι), οι πέντε (5) από αυτούς μετά από ατύχημα, οι υπόλοιποι έξι (6) αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα, με πολλαπλά χειρουργεία, νοσηλείες κλπ. Ένας (1) ασθενής νοσηλεύεται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο που είχε αντίκτυπο και στις λειτουργίες του σώματος, κυρίως στα άκρα. Δύο (2) ασθενείς νοσηλεύονται με προβλήματα καρδιάς. Μια (1) ασθενής βρίσκεται στην αποκατάσταση μετά από χειρουργείο για όγκο στον εγκέφαλο όπου και αντιμετώπισε και επιπλοκές. Τέλος μια (1) ασθενής πάσχει από Parkinson.

«...είχα ένα ατύχημα, μεγάλοι άνθρωποι που λέει και ο γιατρός, άμα δεν προσέξουμε και λίγο, πάρτον κάτω τον παππού..! και να το σπάσιμο και να που δεν κολλάει και να τι παθαίνουμε και που μας βρίσκετε...» (κ. Θανάσης)

«...χρόνια με ταλαιπωρεί το πόδι μου, έχω κάνει πολλά χειρουργεία... μεγάλη ταλαιπωρία! Έχω νοσηλευτεί κατά καιρούς... τώρα πάλι καλά είμαι...!...» (κ. Άννα)

«...έχω θέμα με την καρδιά... κάναμε ένα χειρουργείο, ε είχαμε και κάτι ψιλοεπιπλοκές και είπε και ο γιατρός πως καλό θα ήταν να μπω κάπου να με προσέχουν και να με παρακολουθούν...» (κ. Νίκος)

«...τον όγκο τον βρήκαμε τυχαία σχεδόν, το κάναμε το χειρουργείο με τα ρίσκα του όπως είπαν και οι γιατροί... τώρα είμαι σχετικά καλά, έκανα μέρες να συνέλθω, να μιλήσω... όσο πάει γίνομαι και καλύτερα...» (κ. Γεωργία)

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Για τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν ασθενείς που νοσηλεύονται σε Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, παρατίθενται τα αποτελέσματα ανά ερευνητικό ερώτημα. Έτσι το πρώτο ερευνητικό ερώτημα:

Ερευνητικό ερώτημα 1

Κατά πόσο το πρόγραμμα αποκατάστασης είναι ικανοποιητικό για τους νοσηλευόμενους στα ΚΑΑ. Οι θεραπείες που ακολουθούν και η παραμονή τους στο ΚΑΑ επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση

Ε.ε.1.1. Έχετε έρθει σε επαφή με όλο το ιατρικό, νοσηλευτικό και θεραπευτικό προσωπικό; (γιατρό, φυσιοθεραπευτή, νοσηλευτές, εργοθεραπευτή, γυμναστή, κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (13 άτομα) απάντησε πως έχει έρθει σε επαφή με όλο το ιατρικό, νοσηλευτικό και θεραπευτικό προσωπικό. Οι άλλοι δύο(2) νοσηλευόμενοι απάντησαν πως έχουν έρθει σε επαφή με όλο το προσωπικό, εκτός από τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό. Η διευκρίνισή τους ήταν πως ενώ έγινε η προσέγγιση από το προσωπικό, εκείνοι επέλεξαν να μην συνεχίσουν τις επαφές τους. Χαρακτηριστικές απαντήσεις ήταν οι εξής:

«...όλους τους γνώρισα, αυτούς που χρειάζομαι δηλαδή. Με επισκέφτηκαν στο δωμάτιο όταν έγινε η εισαγωγή... γνώρισα τον γιατρό, τον λογοθεραπευτή μου, τις ψυχολόγες, τις νοσοκόμες τις γνώρισα όλες όσο περνούσαν οι μέρες... όσοι είναι να ασχοληθούν μαζί μου ασχολούνται...»(κ. Γεωργία)

«...με το που μπήκα στο Κέντρο, ήρθαν όλοι όλοι με τη σειρά! Ο γιατρός, οι κοπέλες που είναι εδώ συνέχεια (νοσηλεύτριες), και αμέσως μετά κ όλοι οι άλλοι, η ψυχολόγος και η κοινωνική λειτουργός. Μετά ήρθε και ο γυμναστής για να δούμε τι πρόγραμμα θα κάνουμε, ο φυσιοθεραπευτής, όλοι νομίζω, όσους γνώρισα στο Κέντρο την πρώτη μέρα, ε αυτούς βλέπω στα ραντεβού και κάθε μέρα που κάνουμε πράγματα μαζί...» (κ. Χρήστος)

«...γνώρισα τον γιατρό από την αρχή. Τη διαδικασία την ξέρω, δεν είναι και η πρώτη μου φορά, ξέρω την ταλαιπωρία. Με επισκέφτηκαν όλοι με τη σειρά τους, αλλά πρώτα πάντα ο γιατρός. Μάλιστα ήρθε και ο φυσικοθεραπευτής και μου είπε ότι μπορεί να δοκιμάσω και μια θεραπεία που δεν την είχα ξανακάνει, με το νερό είναι, σε πισίνα, σαν τα λουτρά τα φυσικά ένα πράγμα. Ακόμη κ κατάστασή μου δε το έχει επιτρέψει και περιμένουμε...» (κ. Άννα)

«...όχι ότι μου έχουν κάνει τίποτα οι κοπέλες (κοινωνική λειτουργός & ψυχολόγος), αλλά δεν ήθελα να βρισκόμαστε..! Ήρθαν ευγενέστατα από την αρχή, απλά εγώ δεν ενδιαφέρομαι... δεν έχω να πω κάτι κατά τα άλλα, όλοι ήρθαν και γνωριστήκαμε, ε πως αλλιώς θα γινότανε. Ο γιατρός πάντα μπροστάρης και μετά όλοι από πίσω με σειρά για ενημέρωση και για να με δούνε...» (κ. Θανάσης)

«...τα κορίτσια δε τα χρειάζομαι (ψυχολόγο & κοινωνική λειτουργό). Τον γιατρό να τον χρειάζομαι. Τις νοσοκόμες επίσης. Παρόλο που τους είπα ότι δεν θέλω, εκείνες περνούν κάποιες μέρες να με δουν... μάλλον θέλουν να δουν άμα άλλαξα γνώμη... με προσέχουν... ίσως κάποια στιγμή θελήσω να μιλήσω. Κατά τα άλλα ήρθαν όλοι και συνεχίζουν να έρχονται συνέχεια...» (κ. Παναγιώτης)

Οι απαντήσεις των νοσηλευόμενων, αποδεικνύουν τη σταθερή σειρά και διαδικασία που ακολουθούν όλα τα Κέντρα. Γίνεται η προσέγγιση όλων προς τον ασθενή και από εκεί και μετά, σε συνεργασία με τον ίδιο αλλά και με διεπιστημονική συνεργασία όλων, περνούν στη δημιουργία του προγράμματος που αρμόζει στην κάθε περίπτωση. Ακόμη εντοπίζεται και η επιθυμία των ασθενών για τη μη συνεργασία με θεραπευτές (κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο), από την πρώτη μέρα παρά την επίσκεψη γνωριμίας που έγινε από την εισαγωγή.

Ε.ε.1.2. Πως βιώνετε την παραμονή σας στο ΚΑΑ;

Όλοι ανεξαιρέτως οι νοσηλευόμενοι ακολουθούν καθημερινό πρόγραμμα, το οποίο και έχουν σχεδιάσει μαζί με τον φυσίατρο του Κέντρου. Το πρόγραμμα διαμορφώνεται πάνω στις ανάγκες του κάθε ασθενή και προσαρμόζεται όσο περνάει ο χρόνος της νοσηλείας. Χαρακτηριστικά απαντήθηκαν:

«...μόνο πρόγραμμα έχει εδώ πέρα. Και εδώ και παντού δηλαδή, όπου και να είσαι με αυτά τα προβλήματα, άμα δε σου βάλουν πρόγραμμα, προκοπή δεν κάνεις, τζάμπα κάθεσαι! Κουράζεσαι όμως, ξέρεις ότι κάνουν καλό και οι ασκήσεις, και οι συναντήσεις με όλους, αλλά είναι κουραστικό πολύ. Καμιά φορά σκέφτομαι να πω να μην κάνω, μια φορά το είπα κιόλας. Με ρώτησαν γιατί δεν ήθελα, άμα είχα κάποιο πρόβλημα με τον γιατρό, άμα είχε γίνει τίποτα... τους είπα την αλήθεια, δεν είχα όρεξη, δεν είχα δυνάμεις, δεν ήμουν καλά τέλος πάντων... κανονίσαμε για άλλη μέρα τις ασκήσεις μου... και μίλησα και με την κοινωνική λειτουργό εκείνη την ημέρα... αλλά το πρόγραμμα είναι πρόγραμμα...» (κ. Παναγιώτης)

«...από την ώρα που θα ξυπνήσω μέχρι την ώρα που θα κοιμηθώ υπάρχει απόλυτο πρόγραμμα και έτσι πρέπει. Από την ώρα που θα πάρω τα χάπια μου, την ώρα της εξέτασης, το φαγητό, οι ασκήσεις μου, οι επισκέψεις, όλα όλα όλα έχουν το χρόνο τους μέσα στη μέρα. Μαζί με τον γιατρό τα είδαμε, τι χρειάζομαι κ το κάναμε έτσι. Η ζωή εδώ μέσα δεν είναι κι πολύ ζωή εδώ που τα λέμε... και αυτό είναι που σε σκοτώνει ώρες ώρες άμα μπορώ να το πω και έτσι...» (κ. Μαρία)

«...στην αρχή είχαμε κάνει ένα πρόγραμμα. Μετά από λίγες μέρες το αλλάξαμε, έπρεπε να βάλουμε κ κάτι άλλα πράγματα, τα βάλουμε και τώρα πηγαίνω καλύτερα. Όλα τα κάνουμε με συνεννόηση και με πρόγραμμα, με ραντεβού. Τώρα άμα ρωτάς γι εμένα, εγώ το βλέπω όλο αυτό από τη μία σωτήριο αφού είναι για το καλό του κορμιού μου από την άλλη όμως εντάξει, όλο αυτό το πράγμα είναι μια μεγάλη δόση κούρασης και άγχους...» (κ. Χρήστος)

«...δύσκολο πράγμα βρε παιδάκι μου το πρόγραμμα αυτό, ούτε στο στρατό έτσι τα πράγματα, δε λέω, με ρώτησαν πρώτα αλλά τι να κάνω; Κάπως πρέπει να γίνω καλά και αυτός είπαν είναι ο πιο γρήγορος τρόπος. Κουράζομαι πολύ όμως και στο κορμί μου αλλά και στην ψυχή μου αισθάνομαι κουρασμένος, αισθάνομαι ένα μούδιασμα...» (κ. Νίκος)

«...σ' αρέσει, δε σ' αρέσει, από τη στιγμή που επιλέγεις ή απλά συμφωνείς να μπεις σε τέτοιο χορό, ε χορεύεις. Εγώ έχω πολύ κούραση από γιατρούς και εξετάσεις. Πολύς ο καιρός, πολλά τα χρόνια. Πρόγραμμα έχουμε βγάλει, μου είπαν τι πρέπει να κάνω, τι πρέπει να ακολουθώ, μου εξήγησαν. Είναι μέρες που δε θέλω να κάνω τίποτα. Έχω ζητήσει να μην κάνω κάποιες φορές μέρος από τα προγραμματισμένα. Και το δέχονται άμα δεν είναι κάτι κατεπείγον. Πάντα ρωτάνε γιατί δε θέλω όμως...» (κ. Ελένη)

«...ναι έχω ένα πρόγραμμα και το ακολουθώ κατά γράμμα..! είναι για μένα καλό, το ξέρω. Μια μέρα, είχαμε μια συνάντηση και δεν πήγα. Δεν ήμουνα καλά, είχαν γίνει διάφορα στο σπίτι, δεν είχα όρεξη καθόλου, δεν ήθελα να δω κανέναν και τους το είπα. Το σεβάστηκαν, με ρώτησαν φυσικά αν είχε γίνει κάτι μέσα στη συνάντηση την προηγούμενη φορά νόμιζαν ότι μπορεί να είχα παρεξηγηθεί με κάποιον... εξήγησα στην κοπέλα που ήρθε να δει πως είμαι..ε δε χρειαζότανε να ξέρει και όλο το Κέντρο τι έχω. Μια μέρα έκοψα το πρόγραμμά μου...» (κ. Αγγελική)

Οι νοσηλευόμενοι ακολουθούν λοιπόν καθημερινό πρόγραμμα, προσαρμοσμένο πάντοτε στις ανάγκες που έχει η θεραπεία του καθένα. Στις απαντήσεις τους παρατηρείται μια δόση κούρασης από την όλη διαδικασία. Όλοι όμως αναγνωρίζουν πως ότι γίνεται είναι για το καλό της υγείας τους και για την ταχύτερη ανάρρωση ή την βελτίωση της κατάστασης όταν αυτή είναι μη αναστρέψιμη.

Άγχος, κούραση και όχι ουσιαστική ζωή είναι αυτά που εντοπίζονται κυρίως σε αυτά που εκφράζουν οι νοσηλευόμενοι. Άγχος για την κατάσταση, για το ότι πρέπει να ανταπεξέλθουν στο καθημερινό τους πρόγραμμα, κούραση από τις εξετάσεις, από την επαφή με τον γιατρό. Δηλώνουν αρκετοί πως η ζωή τους κατά τη νοσηλεία τους, δεν είναι ζωή, δε μπορούν και δε ζούνε ουσιαστικά. Απλά επιβιώνουν ακολουθώντας ο καθένας το πρόγραμμά του και περιμένοντας τη στιγμή που θα καταφέρουν να ζήσουν εκτός ΚΑΑ και εκτός προγράμματος.

Ε.ε.1.3. Η ενημέρωση για την κατάσταση και την πορεία της υγείας σας γίνεται άμεσα από τον γιατρό σε εσάς;

Ομόφωνη είναι η απάντηση και εδώ. Οι νοσηλευόμενοι απαντούν πως οι επαφή που έχουν με τον γιατρό τους είναι άμεση και πως η ενημέρωση για την υγεία τους γίνεται απευθείας από το γιατρό προς τον ασθενή. Μια μικρή διαφοροποίηση γίνεται με την απάντηση ενός νοσηλευομένου, ο οποίος υποστηρίζει πως ενώ ο γιατρός τον ενημερώνει για την πορεία της υγείας του, υποψιάζεται πως τις λεπτομέρειες τις μεταφέρει ο γιατρός μόνο στα παιδιά του.

«...όποτε και να ρωτάω τον γιατρό, αυτός μου λέει τι έχω, πως πάω κλπ... έχω όμως την εντύπωση ότι κάτι μου κρύβει και αυτός και τα παιδιά μου... ίσως κάτι παραπάνω έχω και για να μη με ανησυχήσουν δε μου το λένε... δεν ξέρω... μπορεί και να είναι ιδέα μου...» (κ. Σοφία)

«...μιλάω με τον γιατρό... βλέπω τις εξετάσεις μου και εγώ... μιλάω με τις νοσοκόμες, με τα παιδιά μου, με όλους. Ο γιατρός μου τα εξηγεί όλα. Και άμα τον ρωτήσω και παραπάνω πράγματα μου λέει να μην αγχώνομαι και πως οι εξετάσεις μου γίνονται συνέχεια και καλύτερες...» (κ. Κώστας)

«...κάθε μέρα που περνάει ο γιατρός μου λέει τι γίνεται, τι βλέπει και πως πάω... είναι καλός και άμα καμιά φορά δεν είναι και πολύ καλός οι εξετάσεις, μου το λέει αλλά με όμορφο τρόπο... ήσυχχα και ωραία για να μην ταραχτώ...» (κ. Γεωργία)

«...η στάση του γιατρού είναι καθησυχαστική, εννοώ ότι από τη στιγμή που κάθε μέρα περνάει και μιλάει μαζί μου, έχω την ασφάλεια πως ότι και να αλλάξει προς το χειρότερο θα μου το πει...» (κ. Σταυρούλα)

«... όταν περνάει ο γιατρός, με βλέπει, βλέπει τις εξετάσεις, έχει μιλήσει και με τους υπόλοιπους φαντάζομαι που με παρακολουθούν και μου αναλύει το πώς πάω, πως είναι η υγεία μου, άμα θα αλλάξουμε κάτι από τη θεραπεία, από τα χάπια που παίρνω. Μιλάει και με τον άντρα μου, να ξέρει και αυτός...» (κ. Άννα)

«ο γιατρός τα λέει σε εμένα. Τον ρωτάω και μου λέει, αλλά μου κάνει και την ενημέρωσή του από μόνος του. Δεν είναι ότι δε μιλάει και με τη γυναίκα και με τα παιδιά, ανάλογα ποιος είναι εδώ... απλά εγώ τα μαθαίνω πρώτα. Μια φορά έτυχε κάτι με κάτι εξετάσεις, δεν ήταν και πολύ καλές, του ζήτησα να μην πει τίποτα στη γυναίκα μου και το σεβάστηκε...» (κ. Χρήστος)

Ο γιατρός ενημερώνει απευθείας τους νοσηλευόμενους στα Κέντρα για την πορεία τους, για τη βελτίωση της υγείας τους ή για τυχόν κακές ενδείξεις στις τακτικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται. Ενημέρωση γίνεται και στους οικείους του ασθενούς. Σε περιπτώσεις όμως που ο θεραπευόμενος ζητάει τη μη ενημέρωση του συνοδού από τον γιατρό για την πορεία του, ο γιατρός ακολουθεί την επιθυμία του καθώς προέχει το απόρρητο και η επιθυμία του ασθενούς.

Ε.ε.1.4.Υπάρχει κάτι που σας λείπει από το ΚΑΑ;β

Ένα μέρος των νοσηλευομένων (7 άτομα) εκφράζει την ικανοποίησή του στο σύστημα, στο πρόγραμμα που ακολουθεί και στις εγκαταστάσεις του Κέντρου Αποθεραπείας & Αποκατάστασης που φιλοξενείται. Ένα άλλο μέρος (5 άτομα) μιλούν με συμπάθεια για το Κέντρο και το πρόγραμμα, αλλά μοιράζονται και την επιθυμία τους να μπορούσαν όλο αυτό να το κάνουν μέσα από το σπίτι τους. Τέλος τρία (3) άτομα, δεν αισθάνονται την ικανοποίηση από το ΚΑΑ που νοσηλεύονται και ο καθένας το αιτιολογεί.

Απαντήσεις που δόθηκαν σε όλα τα παραπάνω, είναι οι εξής πιο χαρακτηριστικές:

«...αν θα ήθελα κάτι διαφορετικό; Ναι ναι πως, να με κρατήσουν εδώ για πάντα και να έρθουν και οι δικοί μου να μας προσέχουν όλους μαζί!!!(γέλια) Όλα καλά είναι εδώ, οι γιατροί, οι νοσοκόμες, το φαγητό, το κρεβάτι...» (κ. Αγγελική)

«...νομίζω ότι ένα πράγμα θα ήθελα να αλλάξω. Το φαγητό μου...!! αλλά για να μην πάθω και άλλο έμφραγμα, ε μάλλον δεν κάνει. Όλα καλά είναι εδώ. Όλοι μας προσέχουν και όλα είναι καινούρια εδώ...» (κ. Αθηνά)

«...έχω καιρό εδώ μέσα και μπορώ να πω με σιγουριά ότι βοηθήθηκα πολύ. Είναι κάτι ώρες βέβαια που δεν αντέχω, θα ήθελα όλο αυτό να το κάνω από το σπίτι μου. Δεν είναι ότι μου κάνουν κάτι εδώ, απλά αλλιώς είναι να είσαι στο σπίτι σου, στο χώρο σου, στο κρεβάτι σου. Άλλο περιβάλλον. Εδώ ότι και να κάνουν, όσο όμορφο και να το κάνουν, δεν παύει να είναι ένα νοσοκομείο ας πούμε... μπορούν να κάνουν το δωμάτιο σαν το σπίτι σου? Δε μπορούν. Άλλη ζεστασιά, άλλη χαλάρωση...» (κ. Σοφία)

«...κακά τα ψέματα, όσο και να σε φροντίζουν, εδώ είναι όλοι για δουλειά... όση ευγένεια και να σου δώσουν, όσο χαμόγελο, όσο και να σε εξυπηρετούν και να σε βοηθάνε, είναι η δουλειά τους αυτή. Τη ζεστασιά της οικογένειας και του σπιτιού σου κανείς δε μπορεί να στη δώσει αλλού. Δε λέω ότι δεν προσπαθούν, είναι στιγμές που αισθάνομαι άνετα, απλά είναι περίεργα τις περισσότερες μέρες...» (κ. Θανάσης)

«...το φαγητό. Ξέρω, άρρωστος είμαι, τι θέλω να φάω παιδάκια; Αλλά ναι δε μου αρέσει. Είναι τυπικά όλα, κινούνται με ρολόι όλα, δεν έχω μάθει έτσι εγώ. Πάντα αυτόνομος ήμουν. Τώρα έτσι δε μου αρέσει. Και ο χώρος δε μπορώ να πω, πολύ προσεγγμένος είναι, καινούργια όλα, αλλά σπίτι δεν είναι... άλλη θαλπωρή το χαμόγελο της νοσοκόμας και του γιατρού και άλλη του φίλου ή της οικογένειας... εδώ μιλάμε για λεφτά και για δουλειά... σπίτι είναι αγάπη και νοιάξιμο...» (κ. Νίκος)

«όλα αλλιώς να ήτανε. Το δωμάτιο, να ήμουν μόνος μου θέλω. Το πρόγραμμα να ήταν αλλιώς, να τα κάνω αυτά που είναι να κάνω μόνο άμα θέλω και όχι επειδή πρέπει. Να είχα εδώ δικούς μου ανθρώπους όποτε μπορούν να έρχονται και όποτε θέλουν και να μένουν όσο θέλουν. Εδώ είναι κανονικό νοσοκομείο. Επισκεπτήριο λίγες ώρες, φαγητό για αρρώστους μόνο, συμπεριφορά τυπική, ευγενική αλλά τυπική, έτσι για να μη μπορείς να τους πεις τίποτα...» (κ. Παναγιώτης)

Οι νοσηλεύμενοι που εκφράζονται θετικά προς τις υπηρεσίες του ΚΑΑ του φιλοξενούνται είναι και αυτοί που έχουν ένα οικογενειακό και οικονομικό υπόβαθρο καλό. Έχουν τη στήριξη που χρειάζεται και ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, τη φροντίδα και την ξεγνοιασιά αν θα μπορούσε να ειπωθεί έτσι, ότι οικονομικά υπάρχει μια σιγουριά.

Νοσηλεύμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι ή απλά εκφράζουν μια δυσαρέσκεια για την παραμονή τους στο ΚΑΑ, τις συνθήκες και την περιποίηση, παρατηρείται ότι είναι κυρίως άτομα που δεν έχουν στήριξη οικογενειακή και οικονομική. Είναι άνθρωποι που είτε έχουν χρέψει, είτε δεν έχουν παντρευτεί και οικονομικά δεν έχουν την ευχέρεια να χαλαρώσουν και να σκεφτούν μόνο την ανάρρωσή τους. Αυτοί οι άνθρωποι έχουν την αίσθηση της φροντίδας και της θαλπωρής όταν είναι μόνο σπίτι τους, αφού εκ των πραγμάτων είναι και ο μοναδικός χώρος που αισθάνονται ασφαλείς. Έτσι λοιπόν δε μπορούν να αισθανθούν άνετα ούτε στο δωμάτιο που τους παρέχεται, ούτε και με το προσωπικό και με το πρόγραμμα που έχει δημιουργηθεί για αυτούς. Ο κ. Παναγιώτης, είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι ένας άνθρωπος που δεν έχει δημιουργήσει δική του οικογένεια. Μένει μόνος του και έχει επαφή μόνον με ένα από τα αδέρφια του. Ουσιαστική στήριξη δε του παρέχεται, δεν έχει φίλους πολλούς και αισθάνεται οικονομικά ανασφαλής καθώς έχει περικοπεί μεγάλο μέρος της σύνταξής του.

E.ε.1.5.Πόσο καιρό βρίσκεσθε εδώ και πώς περιγράφετε την καθημερινότητά σας;

Εδώ υπάρχει ποικιλία απαντήσεων. Εννέα (9) από τους νοσηλεύμενους βρίσκονται στο Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης αρκετό διάστημα, από ένα μήνα ως και δύο μήνες. Οι νοσηλεύμενοι χαρακτηρίζουν το πρόγραμμα ως απαιτητικό, αλλά τονίζουν πως έτσι χρειάζεται, έτσι είναι καλό για τους ίδιους. Ακόμη αναφέρθηκε πως έχουν περάσει από διάφορες κλίμακες σχετικά με το πρόγραμμά τους. Όσο περνά ο καιρός γίνεται ακόμη πιο απαιτητικό γιατί πλέον μπορούν να ανταπεξέλθουν καλύτερα, από θέμα σωματικής υγείας και αντοχής.

Οι υπόλοιποι έξι(6) νοσηλεύονται ακόμη μεγαλύτερο διάστημα στο Κέντρο, από δυόμισι (2,5) ως και επτά (7) μήνες. Και αυτοί απάντησαν πως το πρόγραμμά τους είναι καθορισμένο.

Η καθημερινότητα όλων αποτελείται από τις επισκέψεις των γιατρών, έρχονται καθημερινά και καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας σε επαφή με τις νοσηλεύτριες, μέσα στο πρόγραμμά τους υπάρχουν οι ώρες του φαγητού, των επισκέψεων, της επαφής με κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή κλπ.

«...έχω καιρό εδώ... πολύ καιρό... σαν δεύτερο σπίτι μου είναι πια! Από την αρχή είχα πρόγραμμα, σιγά σιγά το αλλάζουμε με τους γιατρούς... το προσαρμόζουμε λένε στις ανάγκες του ποδιού μου...» (κ. Ζωή)

«...για λίγο νόμιζα πως ήρθα, ένα μήνα είμαι εδώ και θα μείνω και άλλο. Μόλις είχα έρθει, την επόμενη μέρα που τους είχα γνωρίσει όλους, ήρθαν και μου είπαν πως θα χρειαστώ κάποια πράγματα να κάνω μέσα στη μέρα. Άλλα τα έκανα μόνη μου και άλλα με τη βοήθειά τους. Ξυπνάμε το πρωί, τρώμε, έρχεται και ο γιατρός μας βλέπει, κάνουμε ασκήσεις, έρχεται και η κόρη μου με βλέπει, τρώμε πάλι, πάλι ασκήσεις, κάποιες μέρες έχουμε και τα ραντεβού με την κοινωνική λειτουργό, άλλη μέρα μπορεί με την ψυχολόγο. Το απόγευμα πάλι έρχονται μας βλέπουν η αδερφή μου, η κόρη μου, κάποια φίλη...» (κ. Αγγελική)

«...έχω λίγο καιρό εδώ, ξέρω πως θα μείνω αρκετά ακόμη. Με είχε προετοιμάσει ο γιατρός μου από πριν. Καλά είναι, το πρόγραμμα είναι κάθε μέρα σίγουρο. Φαγητά, επισκέψεις, ασκήσεις, εξετάσεις, συνάντηση με τον γιατρό, με όλους...» (κ. Παναγιώτης)

«...είμαι αρκετό διάστημα εδώ, δεν υπολογίζαμε με τον γιατρό ότι θα πάει τόσο. Η ασθένειά μου είναι σοβαρή και μόνιμη... ξέρω ότι πρέπει να μάθω να ζω με αυτή. Και αυτό κάνω εδώ μέσα. Έχω επαφή με νευρολόγο. Με τον φυσιοθεραπευτή και τον εργοθεραπευτή είμαστε σε καθημερινή επαφή. Κάνουμε ασκήσεις, προσπαθούμε να δούμε πως θα πάει όλο αυτό. Δύσκολο είναι... Μου μαθαίνουν πράγματα...» (κ. Σταυρούλα)

«...από την ημέρα της εισαγωγής έχουν περάσει 93 ημέρες... Τρεις γεμάτους μήνες έχω εδώ. Ποιος να το έλεγε ότι θα πήγαινε τόσο και ακόμη παραπάνω. Το εγκεφαλικό είναι άσχημο πράγμα. Μπήκα εδώ γιατί μετά το εγκεφαλικό, είχα πρόβλημα με τα χέρια μου, με τα πόδια μου και με την ομιλία... Με τα πόδια ήταν λιγότερη η ζημιά αλλά έπρεπε να μπω σε πρόγραμμα. Ασκήσεις με τον φυσιοθεραπευτή συνέχεια, επισκέψεις του γιατρού κάθε μέρα και με τον λογοθεραπευτή που με βοήθησε περισσότερο από όλους. Τουλάχιστον τώρα μπορώ να μιλήσω καλύτερα, με καταλαβαίνουν οι γύρω μου. Αυτό έχει το πρόγραμμα κάθε μέρα... γιατρούς και πάλι γιατρούς... Και όποτε μπορούν έρχονται και τα παιδιά να με δούνε... » (κ. Μαρία)

Παρατηρείται εδώ, με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς ότι το χρονικό διάστημα που νοσηλεύονται είναι αρκετά μεγάλο. Οι νοσηλευόμενοι από την έναρξη της νοσηλείας τους συνήθως δε γνωρίζουν ποιο θα είναι το απαραίτητο χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί να παραμείνουν στο Κέντρο. Ούτε οι ασθενείς αλλά ούτε και οι γιατροί είναι σε θέση να ορίσουν κάτι συγκεκριμένο όσον αφορά το χρόνο νοσηλείας τους. Οι ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας στα Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, είναι πολύπλοκες και η πορεία τους άγνωστη, εξαρτάται συνήθως από τον κάθε οργανισμό. Ακόμη και τα κατάγματα από τα οποία ταλαιπωρούνται αρκετοί από τους ερωτώμενους, όταν γίνονται σε μεγάλη ηλικία, συνήθως συνοδεύονται διάφορα άλλα και η ανάρρωσή τους είναι χρονοβόρα.

Οι ασθενείς ακολουθούν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα για τον καθένα από αυτούς. Το αρχικό πρόγραμμα που δημιουργείται, δε σημαίνει πως είναι και το τελικό. Το πρόγραμμα καθορίζεται αναλόγως με την πορεία της υγείας του νοσηλευόμενου. Το πρόγραμμα γίνεται μετά από συνεννόηση των αρμόδιων γιατρών και μετά από συνεννόηση με τον ασθενή. Αυτό είναι το ιατρικό πρόγραμμά τους.

Όσοι έχουν οικογένεια, φίλους και γενικά υποστηρικτικό περιβάλλον, δέχονται και επισκέψεις κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου. Περνούν χρόνο μαζί τους κάτι το οποίο είναι αρκετά θετικό για την ψυχολογία τους.

Ερευνητικό ερώτημα 2

Την διερεύνηση της διαπροσωπικής σχέσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και θεραπευτικού προσωπικού με τον νοσηλευόμενο. Κατά πόσο, οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στο νοσηλευόμενο και το ιατρικό νοσηλευτικό θεραπευτικό προσωπικό μπορούν να επηρεάσουν την ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση και συνεπώς την πορεία της αποκατάστασης της υγείας του.

Ε.ε.2.1 Τι συναισθήματα σας δημιουργούνται από την επαφή σας με το ιατρικό προσωπικό; Με το νοσηλευτικό προσωπικό; Με το θεραπευτικό προσωπικό;

Ποικίλες είναι οι απαντήσεις εδώ. Σαν βάση, φαινομενικά δεν παρουσιάζεται δυσαρέσκεια από τους νοσηλευόμενους, σε γενικές γραμμές είναι θετικοί. Παρουσιάζεται όμως έντονα ο θέμα της ψυχολογικής κούρασης που αισθάνονται οι ασθενείς. Όπως λένε και οι ίδιοι, όσο καλοί και να είναι οι γιατροί και το περιβάλλον αρμονικό, δεν παύει να είναι ένα περιβάλλον νοσοκομειακό, που τους αγχώνει και τους προβληματίζει συνεχώς και τους υπενθυμίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης που αντιμετωπίζουν .

Κάποιες από τις αντιπροσωπευτικές απαντήσεις που δόθηκαν είναι οι εξής:

«...είναι πολύ ευγενικοί... δε το βλέπεις και πολύ συχνά αυτό από γιατρούς και νοσοκόμες. Ο λόγος μας μετράει, μας ρωτούν τι μας αρέσει, τι δε μας αρέσει. Άμα το κλίμα είναι καλό και εσύ αισθάνεσαι καλά και το κορμί σου το "βλέπει" και σιγά σιγά σηκώνεσαι... όλα είναι και θέμα ψυχολογίας... παρόλα αυτά φυσικά και δεν είναι σαν το σπίτι... όπως και να το κάνεις, εδώ μιλάς κυρίως για το τι αντιμετωπίζεις. Εγώ έχω το χέρι μου και το πόδι μου. Είμαι 85 χρονών γυναίκα, πως θα φτιαχτεί; Κουράζομαι, αισθάνομαι ότι μπορεί και να μην τα καταφέρω βγαίνοντας από εδώ. Καλώς κακώς, όταν βλέπω τον γιατρό το πρώτο πράγμα που σκέφτομαι είναι άμα θα γιάνω ή άμα θα μείνω την υπόλοιπη ζωή μου έτσι. Όποιο και να δεις, ότι θεραπεία και να κάνεις, εδώ μέσα θα βλέπεις το πρόβλημά σου παντού. Και έτσι είναι. Εγώ άγχος πολύ έχω άμα βλέπω τον γιατρό παιδί μου. Και πολύ φοβάμαι ειδικά άμα τον βλέπω και δεν είναι στο πρόγραμμα να τον δω...» (κ. Ελπίδα)

«...εδώ με φροντίζουν καλύτερα και από το σπίτι. Όχι ότι δε με αγαπάνε στο σπίτι, αλλά εδώ και ξέρουν πώς να με φροντίσουν και φαίνεται να το κάνουν με ευχαρίστηση... δεν έχουν μούτρα και μου χαμογελάνε όλοι. Έχει βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας μου. Είμαι και στο σώμα καλύτερα γιατί με βοηθούν σωστά αλλά και στην ψυχολογία μου είμαι καλύτερα απ' όταν πρωτομπήκα. Νομίζω ότι όλα παίζουν το ρόλο τους... απλά να... ότι και να κάνουν, ότι συμπεριφορά και να έχουν, όσος καιρός και να περάσει εσύ είσαι ακόμη εδώ και προσπαθείς να σηκωθείς. Και φοβάμαι. Φοβάμαι κάθε μέρα, κάθε λέξη που θα ακούσω από τον γιατρό, από τις νοσοκόμες τι θα πούνε μεταξύ τους άμα βγαίνουν από το δωμάτιο μαζί. Φοβάμαι μη και δε μου λένε κάτι. Μήπως και μου κρατάνε πράγματα κρυφά για να μην αγχωθώ και άλλο...» (κ. Σταυρούλα)

«...με νοιάζονται εδώ. Κάθε μέρα αισθάνομαι το σώμα μου καλύτερα, ότι μπορώ σιγά σιγά να αρχίσω να το ελέγχω πάλι. Ο γιατρός είναι εξαιρετικός, οι νοσοκόμες όποτε και να τις ζητήσεις είναι εδώ να βοηθήσουν. Ο φυσιοθεραπευτής μου είναι επίσης πολύ καλός, ίσως ο καλύτερος που είχα ποτέ... ξέρω από αυτά με τους γιατρούς, έχω πολλά χρόνια το πόδι μου έτσι και ξέρω... είναι όλοι τους πολύ καλοί, μέχρι κι οι κυρίες που καθαρίζουν είναι ευγενέστατες, πολύ καλές στη δουλειά τους. Και οι μαγείρισσες... Είναι ευχάριστο αυτό, αφού

συνήθως βλέπεις προσωπικό νοσοκομείου και τρομάζεις. Τρομάζεις να πεις δυο κουβέντες, άμα θα τις πάρουν καλά ή άμα θα σε αποπάρουν. Όχι, εδώ τα πράγματα είναι καλά. Εντάξει, μπορεί να μην είναι ρόδινα, φυσικά και θα ανησυχείς κάθε φορά που είναι να ακούσεις αποτελέσματα από τις εξετάσεις ή από τις θεραπείες. Αλλά τουλάχιστον έχουν και έναν τρόπο διαφορετικό, πιο ευγενικό και ανθρώπινο...» (κ. Αθηνά)

«...η κοπέλα(κοινωνική λειτουργός) με ανέβασε πολύ από την πρώτη μέρα... άσε οι γιατροί, είναι υπέροχοι. Ο φυσίατρος είναι καλός, ο φυσιοθεραπευτής είναι επίσης πολύ καλός... είμαι ικανοποιημένη πολύ, με αγκάλιασαν από την αρχή, από την πρώτη στιγμή κοίταξαν όχι μόνο τις εξετάσεις μου αλλά και εμένα... Μου λένε να μην έχω άγχος. Γίνεται όμως; Δεν γίνεται... Αυτοί όλοι μαζί μας χειρίζονται όπως ξέρουν, όπως έχουν μάθει. Έχουμε καλή σχέση με όλους, εγώ αντιμετωπίζομαι και ως βαρύ περιστατικό... είναι κουραστικό όπως καταλαβαίνεις. Αμφιβάλλω για το αν τελικά θα καταφέρω να βγω και να ζήσω ανθρώπινα. Και άμα θα βγω κάποτε από εδώ, τότε θα είναι αυτό το κάποτε; Αγωνία μεγάλη έχω και δεν είμαι και αισιόδοξη πολύ...» (κ. Μαρία)

«...να βρισκότανε ένα τρόπος να τους αισθάνεσαι πιο δικούς σου... να νοιώθεις ότι σε νοιάζονται και ότι είναι εκεί χωρίς να το ζητήσεις. Άμα το ζητήσεις, δε λέω εκεί είναι και έρχονται και σε εξυπηρετούν, αλλά τι να το κάνεις μόνο αυτό, είναι περίεργα τα πράγματα όταν δε μπορείς να εξυπηρετήσεις τον εαυτό σου. Πόσο ωραίο νομίζεις ότι είναι να σε πλένουν άλλοι; Καθόλου... αυτοί το κάνουν επειδή πρέπει. Είναι μακριά μας για να μην αρρωστήσουν και αυτοί ας το πούμε έτσι... είναι δίπλα αλλά μακριά. Εγώ ντρέπομαι να τους έχω τόσο ανάγκη. Και τους έχω. Ντρέπομαι τις κοπέλες, ντρέπομαι να με βλέπουν να κλαίω καμιά φορά, ντρέπομαι να τις φωνάζω για να με βοηθήσουν να σηκωθώ. Ντρέπομαι και φοβάμαι ότι θα μείνω πάντα έτσι...» (κ. Κώστας)

Η αίσθηση της τυπικότητας από το ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό προς τους ασθενείς, είναι το βασικό "παράπονο" που εκφράζεται από τους ερωτώμενους. Αυτό εκφράζουν οι περισσότεροι από αυτούς. Ομολογούν πως το περιβάλλον που ζουν είναι όμορφο και πως η προσέγγιση που έχουν από το προσωπικό είναι μεν σωστή, δε σημαίνει όμως κατ'αυτούς ότι είναι και ζεστή. Αυτό που ζητούν είναι μια αίσθηση θαλπωρής και ζεστασιάς. Όλο αυτό είναι απόρροια του κενού που έχουν οι ασθενείς, αφού απουσιάζουν από το οικείο τους περιβάλλον. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε «μπορούν να το κάνουν να είναι σαν δικό μου άνθρωποι;».

Το συναίσθημα που εκφράζουν όλοι σχεδόν οι νοσηλευόμενοι είναι ο φόβος. Όλοι έχουν συνδυάσει την εμφάνιση του προσωπικού, με την αρρώστια, με την πάθηση που ο καθένας αντιμετωπίζει. Φοβούνται ότι θα μείνουν έτσι σε αυτή την κατάσταση για καιρό ακόμη, ή και για πάντα. Φοβούνται τι θα τους πει ο γιατρός, αφού δεν είναι σε θέση να ξέρουν αν θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν και επιπλέον προβλήματα που πιθανόν θα εμφανιστούν. Αγχώνονται και ντρέπονται που εξαρτώνται από το προσωπικό, από τους ξένους. Επιθυμία τους είναι κυρίως να σηκωθούν και να καταφέρουν να στηριχθούν μόνοι τους, ανεξάρτητα από το άμα θα αναρρώσουν μια για πάντα από το πρόβλημά τους.

Ε.ε.2.2. Συνδυαστικά και με τις υπόλοιπες θεραπείες, η επαφή με τους θεραπευτές βοηθά στην επίλυση προβλημάτων που βιώνετε όσο νοσηλεύεστε στο ΚΑΑ; Τι «γεύση» σας αφήνει όλο αυτό;

Σαν συνέχεια της παραπάνω ερώτησης, υπάρχει μια σύγκλιση στις απαντήσεις. Οι δέκα(10) εκ των ερωτηθέντων θεωρούν πως το αποτέλεσμα την βελτιωμένης τους

ψυχολογίας είναι αποτέλεσμα των συναντήσεών τους με τους θεραπευτές. Ο καθένας στο είδος τους βοήθησε τους ασθενείς σε ζητήματα που προέκυπταν στην πορεία της νοσηλείας τους.

Οι τρεις(3) από τους νοσηλευόμενους, μιλούν για τη σχέση τους και αφήνουν ένα ουδέτερο συναίσθημα για το πόσο έχουν βοηθηθεί από την επαφή τους με τους θεραπευτές. Συναισθηματικά θεωρούν πως θα ήταν σε μια αντίστοιχη κατάσταση είτε ερχότανε σε επαφή με τους θεραπευτές είτε όχι.

Οι άλλοι δύο(2) δεν πιστεύουν ότι έχουν βοηθηθεί συναισθηματικά από την κοινωνική λειτουργό ή την ψυχολόγο του Κέντρου, αφού δεν έχουν επαφές μετά από δική τους πρωτοβουλία.

Οι απαντήσεις όλων όμως συγκλίνουν θετικά όταν μιλούν για τη γραφειοκρατική βοήθεια που τους έχει παραχθεί. Και οι δεκαπέντε(15) είπαν πως όποτε ζητείται κάποια κατεύθυνση από την κοινωνική λειτουργό για κάποιο ζήτημα, έχουν βοηθηθεί πολύ οι ίδιοι αλλά και οι οικείοι τους που ασχολούνται με τα δικά τους θέματα όσο εκείνοι νοσηλεύονται. Άλλοι ζητούν βοήθεια συχνά και άλλοι έχουν ζητήσει συμβουλές και κατευθύνσεις λιγότερες φορές.

Απαντήσεις που ξεχώρισαν ήταν οι εξής:

«...σκέφτεσαι και επεξεργάζεσαι πράγματα και σκέψεις μέχρι να έρθει η στιγμή που θα συναντηθείς με τις κοπέλες(κοινωνική λειτουργός & ψυχολόγος). Τα μεταφέρεις και όλα είναι ένας κύκλος. Μαθαίνω να διαχειρίζομαι ουσιαστικά τα πράγματα που αντιμετωπίζω. Επίσης με τις κοπέλες είχαμε και επαφές με τα γραφειοκρατικά, κάτι επιδόματα, κάτι δικαιολογητικά κάτι τέτοια και με εμένα και με τον άντρα μου. Η στάση των γιατρών και όλων ναι βοήθησαν στο πως είμαι τώρα μετά από τόσο καιρό. Δε σου λέω είμαι καλύτερα ή χειρότερα, σου λέω ότι αυτό που είμαι εδώ μέσα το οφείλω σε αυτούς...» (κ. Ζωή)

«...μπα... πόσο να βοηθάει μια κουβέντα με μια ξένη; Όχι δε νομίζω ότι τουλάχιστον στην ψυχή μου και στη διάθεσή μου όχι δε με βοηθά κάπως ιδιαίτερα. Μιλάμε κάποιες φορές, δεν έχω αρνηθεί, αλλά δε βλέπω κάποια διαφορά και χωρίς αυτές τις κουβέντες στα ίδια θα ήμουν. Με τα επιδόματα όμως, παράπονο δεν έχω, βοηθάνε τα κορίτσια όσο μπορούν. Και μετά είναι και οι άλλοι, ο γυμναστής, ο φυσικοθεραπευτής, όλοι ενισχύουν με τη δουλειά τους. Τι να πω; Λογικά και μπορεί και να με έχουν βοηθήσει...» (κ. Άννα)

«...ψυχολογικά, με ανεβάζουν οι περισσότεροι. Εκείνη τη στιγμή τουλάχιστον που είμαστε μαζί, κατά τη θεραπεία. Όπως και να το κάνουμε είμαι σε νοσοκομείο. Σε ένα όμορφο νοσοκομείο μεν, αλλά είναι νοσοκομείο. Με τους.. θεραπευτές πως τους είπες, είναι πιο ομαλά τα πράγματα απ' ότι με τους γιατρούς. Ουσιαστικά σε στηρίζουν για να αναρρώσεις, σου μιλάνε όμορφα γιατί είστε και συνέχεια μαζί. Με τους γιατρούς είναι αλλιώς, τον βλέπεις το άλλον έρχεται με ένα φάκελο να και είναι εκεί μέσα το κορμί σου, η υγεία σου. Ότι ασκήσεις και να κάνεις εσύ, όσο όμορφα και να νοιώσεις τη στιγμή που θα μιλήσεις με κάποιον, όσο καλύτερα και να νομίζεις ότι ξυπνάς κάποιες μέρες, άμε δεις τον γιατρό, αυτό ήταν. Όλα κάτω. Εγώ είμαι πολύ καλά με τους θεραπευτές που λέτε. Βοηθάνε να είσαι πιο ανεβασμένος και μου αρέσει αυτό. Ξέρω ότι μπορεί να είναι και εφήμερο το αίσθημα αυτό της ανεμελιάς αν μπορούμε να το πούμε και έτσι, αλλά έτσι αισθάνομαι μαζί τους.. Ναι τα παιδιά με βοηθάνε και εμένα και τους δικούς μου... ναι...» (κ. Ελπίδα)

«...η μοναδική ουσιαστική βοήθεια που έχω, από την κοινωνική λειτουργό νομίζω, είναι για το τι επιδόματα δικαιούμαι, για τη σύνταξή μου κάτι άλλα θέματα. Και αυτά μη νομίζεις, τα ρωτώ όταν περνάει από μόνη της η κοπέλα, δεν έχω ζητήσει ποτέ να έρθει, είχα πει από την αρχή πως δε θέλω συναντήσεις προγραμματισμένες κλπ. Με τους άλλους ναι νομίζω καλά είναι εγώ τα απαραίτητα θέλω, δε θέλω φτιασιδώματα...» (κ. Παναγιώτης)

Με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, οι περισσότεροι ασθενείς αυτό που αναγνωρίζουν και συγκλίνουν με τις απαντήσεις που δίνουν είναι πως στο σύνολό τους έχουν βοηθηθεί από την παρουσία των θεραπειών στο Κέντρο. Μικρή αποτελεί η εξαίρεση ότι δύο άτομα μιλούν με λιγότερο ενθαρρυντικά λόγια για τη συλλογικότητα του αποτελέσματος.

Και εκτός από τη σωματική βοήθεια, η οποία είναι και η πιο σημαντική για όλους και την αναφέρουν όλοι ανεξαιρέτως, μιλάνε και για συναίσθημα. Μιλάνε για την ανακούφιση που αισθάνονται οι περισσότεροι βλέποντάς τους. Λένε πως έχουν μάθει από αυτούς πράγματα, το πώς να διαχειρίζονται όλο αυτό με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά. Βασικό τους συναίσθημα με την παρουσία των θεραπειών είναι ότι τώρα θα βρεθούν με κάποιον που θα ασχοληθεί με το κορμί αλλά και την ψυχή τους. Ότι πέρα από τις ασκήσεις που μπορεί να κάνει κάποιος με τον φυσικοθεραπευτή, θα μιλήσει κιόλας μαζί του. Με τις ψυχολόγο και κοινωνική λειτουργό, δεν ασχολούνται με το κορμί αλλά μόνο με την ψυχή, με το τι τους απασχολεί όχι απλά οργανικά. Γιατί μπαίνοντας μέσα στο ΚΑΑ, ο νοσηλευόμενος να μην ακολουθεί ένα πρόγραμμα που είναι συνήθως πολύ εκτός της δικής του καθημερινότητας, οι γύρω του όμως δεν σταματούν και εκείνοι. Η ζωή και τα γεγονότα εκτός ΚΑΑ τρέχουν και επηρεάζουν έμμεσα ή και άμεσα τον ασθενή. Οπότε μιλώντας με τους θεραπευτές, καθώς με αυτούς έρχονται πιο κοντά, εκφράζονται και αναλύονται συναισθήματα και καταστάσεις πριν αυτές μεγαλώσουν και μετατραπούν πιθανότατα ακόμη και σε ψυχοσωματικές αντιδράσεις του οργανισμού.

Ε.ε.2.3. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στους θεραπευτές(φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγος, εργοθεραπευτής, γυμναστής, λογοθεραπευτής), ερωτηθήκατε για τις ανάγκες και τις επιθυμίες σας από αυτή τη θεραπευτική διαδικασία;

Και οι δεκαπέντε(15) συνεντευξιαζόμενοι, απαντούν ότι τους έχει γίνει τέτοια ερώτηση από τους θεραπευτές που συναναστρέφονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους στο Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης. Έχουν ερωτηθεί για το αν είναι ικανοποιημένοι με το πρόγραμμα, με την διαδικασία των εξετάσεων, των συναντήσεων που πραγματοποιούνται, αν επιθυμούν αλλαγή σε κάτι από όλα αυτά. Επίσης ερωτήθηκαν για το πώς είναι οι θεραπευτές μαζί τους, πως αισθάνονται με την παρουσία τους, αν είναι αποτελεσματικοί κ.α.. Μερικές από τις απαντήσεις που ξεχώρισαν ήταν οι παρακάτω.

«...φυσικά και με έχουν ρωτήσει. Και μάλιστα με έχουν ρωτήσει παραπάνω από μία φορές. Είμαι πολύ καιρό εδώ μέσα, φαντάζομαι πως είναι και αυτό στα πλαίσια της διαδικασίας όλης. Και για είναι αυτοί καλυμμένοι και για να παίρνουν ένα είδος αξιολόγησης από εμάς...» (κ. Άννα)

«...ναι με έχουν ρωτήσει πως αισθάνομαι με όλη τη διαδικασία, που μιλάμε, που βρισκόμαστε... έχω το θάρρος να τους άμα κάτι δε μου αρέσει, δε θα προσβάλω τη δουλειά τους, απλά θα τους το πω. Θα τους πω ότι ξέρεις κάτι, δεν αισθάνομαι ωραία όταν με πιέζουν να κάνω κάτι. Θέλω τον χρόνο μου και το ξέρεις. Και αυτοί πρέπει να τελειώνουν μαζί μας, σίγουρα δε μπορούμε να μείνουμε εδώ για πάντα και να μας κάνουν ασκήσεις συνέχεια, αλλά και εγώ δε μπορώ να τα κάνω όλα. Με τον φυσιοθεραπευτή που έχω τη μεγαλύτερη επαφή, του έχω πει πολλές φορές ότι ζορίζομαι. Ανάγκη μου που λες και εσύ είναι να μου δώσουν χρόνο. Του το έχω πει και χωρίς να με ρωτήσει...» (κ. Παναγιώτης)

«...δεν γίνεται διαφορετικά. Είναι και αυτό μέσα στο πρόγραμμα. Ρωτάνε, απαντάμε και πάει λέγοντας. Άμα δεν είμαι με κάτι άνετα, το λέω. Στην αρχή δεν το έλεγα, ντρεπόμουνα, έλεγα αυτοί είναι ειδικοί ξέρουν τι κάνουν. Αλλά πρέπει να ξέρουν άμα εγώ πονάω στην άσκηση. Όλοι ρωτάνε κάποια στιγμή να δούνε τι θέλουμε, πως αισθανόμαστε εδώ μέσα με

αυτά που κάνουμε, με το πρόγραμμα, με το προσωπικό όλο, άμα χρειαζόμαστε κάτι παραπάνω, ή κάτι διαφορετικό για να το αλλάξουμε...» (κ. Ελπίδα)

Ταυτίζονται λοιπόν οι απαντήσεις και συγκλίνουν σε ένα πράγμα, ότι δηλαδή έχουν ερωτηθεί όλοι από το προσωπικό, από ολόκληρο το προσωπικό για το πώς νοιώθουν, πως βλέπουν την όλη θεραπευτική διαδικασία κλπ. Γίνεται αντιληπτό πως η μέθοδος αυτή είναι αναπόσπαστο κομμάτι στα πλαίσια της επαφής προσωπικού- ασθενή.

Ε.ε.2.4 Υπήρχε κάποια στιγμή που νιώσατε, ότι θέλετε ν αποχωρήσετε από το Κ. Α.Α; Αν ναι, πως το βιώσατε όλο αυτό το συναίσθημα της φυγής και πώς αντιμετωπίστηκε αυτή σας η ανάγκη από το προσωπικό;

Ποικιλία απαντήσεων υπάρχει και σε αυτή την ερώτηση. Δέκα(10) από τους νοσηλευόμενους, απάντησαν πως έχουν αισθανθεί την ανάγκη να αποχωρίσουν από το Κέντρο. Επτά(7) από αυτούς μάλιστα τόνισαν πως η επιθυμία τους αυτή ήταν αρκετά έντονη για μέρες μάλιστα (από 7-10 μέρες περίπου) και ήταν όλοι τους ασθενείς που δεν είχαν νοσηλευθεί ξανά παλαιότερα. Οι υπόλοιποι τρεις(3) από τους δέκα που απάντησαν καταφατικά, απάντησαν ότι πέρασαν αυτή την τάση φυγής για πολύ λίγο, ή ακόμη πως την περνάνε κατά μέρες, άλλες στιγμές αισθάνονται την ανάγκη να φύγουν και άλλες δε το έχουν καθόλου σαν σκέψη.

Συνολικά και οι δέκα(10) απάντησαν πως το προσωπικό το αντιμετώπισε διακριτικά το αίτημά τους να αποχωρίσουν. Δεν ήταν πιεστικοί, ούτε και τους εξανάγκασαν για την παραμονή τους, ούτε και έγινε κάποιου είδους ψυχολογικός εκβιασμός (τι θα γίνει αν θα φύγουν από το κέντρο στην κατάστασή τους κλπ). Αντίθετα, άκουσαν με προσοχή την επιθυμία του κάθε ασθενή. Ο χειρισμός τους ήταν λεπτός και άμεσος. Έγινε συζήτηση πάνω στους λόγους που έκαναν τον ασθενή να θέλει να αποχωρήσει. Στη συνέχεια και αφού είχε ερωτηθεί ο ασθενής για το αν συμφωνεί, έγινε συζήτηση και με μέλη της οικογένειας.

Οι λόγοι που οδήγησαν τους ασθενείς στο να εκφράσουν αυτή τους την επιθυμία φυγής, ήταν διάφοροι. Κυρίως ήταν πίεση που ασκούσαν οι ίδιοι στον εαυτό τους, συσσωρευμένο άγχος για διαφορετικά πράγματα, από οικογενειακά θέματα μέχρι και θέματα της σωματικής τους υγείας. Το αίσθημα ότι δε θα τα καταφέρουν να συνεχίσουν τη ζωή τους, μετά τη νοσηλεία, όπως ήταν. Το αίσθημα του ανικανοποίητου και το ότι και να κάνουν δε θα καταφέρουν καμιά βελτίωση στην υγεία τους.

Οι επτά(7) νοσηλευόμενοι που επιθυμούσαν την αποχώρησή τους για αρκετό χρονικό διάστημα, παρουσίασαν όλη αυτή την ψυχολογία κατά την αρχή της νοσηλείας τους, λίγες μέρες μετά την έναρξή της. Οι άλλοι τρεις(3) παρουσίασαν σε διάφορες φάσεις ή και ακόμη παρουσιάζουν ανά μέρες την επιθυμία αυτή η οποία δεν είναι όμως και ιδιαίτερα ισχυρή, έχει περισσότερο τη μορφή παράπικου και προσωρινής εγκατάλειψης ου εαυτού τους .

Οι υπόλοιποι πέντε(5) ερωτώμενοι, απάντησαν πως δεν έχουν αισθανθεί την ανάγκη να αποχωρίσουν από το Κέντρο που νοσηλεύονται. Είναι όλοι τους άτομα που έχουν νοσηλευθεί ξανά στο παρελθόν και πάσχουν από χρόνια προβλήματα.

Απαντήσεις που ξεχώρισαν ήταν οι παρακάτω:

«...να φύγω; Εννοείται πως θέλησα να φύγω. Εννοείται πως ήθελα να πάω σπίτι μου και να μείνω εκεί μόνος, χωρίς κανέναν από όλους αυτούς εδώ. Ήταν στην αρχή, πονούσα, ήθελα να δω να αλλάζει κάτι στην κατάστασή μου και με τα μυαλά που είχα, ήθελα να το δω αμέσως. Μίλησα και με την ψυχολόγο, μίλησα και με το γιατρό, μου εξήγησαν δυο πράγματα. Και να είμαι εδώ ακόμη, καλύτερα αλλά με λίγο δρόμο ακόμη μπροστά μου. Δε φαντάζεσαι

όμως πόσο κουραστικό ήταν αυτό όλο. Να ξυπνάς κάθε μέρα να σου λένε ότι είσαι καλύτερα και ότι βελτιώνεσαι και εσύ να μην καταλαβαίνεις κάτι... ψυχοφθόρο πολύ...» (κ. Ελένη)

«...άμα μπορούσα να σηκωθώ τότε που το σκέφτηκα, θα είχα φύγει με τις πιζάμες!!!(γέλια) Ευτυχώς όμως την φιλιάστηκαν όλοι, μου μίλησαν, με κανάκεψαν και έμεινα για το καλό μου... με βοήθησε πολύ η κοινωνική λειτουργός εκείνες τις μέρες. Πάρα πολύ και να είναι καλά το κορίτσι. Διαφορετικά θα είχα χειροτερέψει σίγουρα. Ήταν γλυκιά και ήρεμη μαζί μου. Όταν μιλήσαμε, με ρώτησε και άμα μπορεί να μιλήσει και με τα παιδιά μου, άμα της το επιτρέπω. Νομίζω πως όλους μας βοήθησε οικογενειακώς. Ταλαιπωρία σκέτη μιλάμε. Εγώ για τες άλλους και οι άλλοι για εμένα. Από τη στιγμή που δε μπορείς να κάνεις απλά πράγματα για τον εαυτό σου, να σηκωθείς από το κρεβάτι, να περπατήσεις, να κάνεις μπάνιο... έπρεπε να δω αποτελέσματα...» (κ. Αγγελική)

«...μια θέλω να είμαι εδώ, μια δε θέλω... μια μέρα ξέρω ότι πρέπει να είμαι εδώ για το καλό μου και την άλλη ξυπνάω και λέω θέλω το σπίτι μου. Με τις μέρες μου είμαι. Όταν δεν αισθάνομαι άνετα, μιλάω στις κοπέλες, συζητάμε τι θέλω να κάνω, πως αισθάνομαι. Ε δεν είναι και πολύ εύκολο να εξαρτάσαι από τους άλλους. Κακά τα ψέματα. Εμένα σίγουρα δε μου αρέσει. Και είναι αυτές οι μέρες που δε μου αρέσει ακόμη πιο πολύ. Σε γενικές γραμμές όμως καλά αισθάνομαι. Θέλω και λίγο σημασία παραπάνω μωρέ, θέλω να μου πατήσουν το κουμπί και να γίνουν όλα όπως πριν, να μην έχω έννοιες για το πώς τα πάω, για το πρόγραμμα, για όλα...» (κ. Θανάσης)

«...εδώ που είμαι, όχι δε μου έτυχε να θέλω να φύγω... δεν είναι και η πρώτη μου φορά που μένω μέρες κάπου. Ίσως το συνήθισα... ίσως να είναι που έχω μιλήσει πολλές φορές με τις κοπέλες και πλέον ξέρω να κουμαντάρω τον εαυτό μου. Ξέρω ότι πρέπει να μείνω και μένω. Θα έρθει έτσι και η ώρα για το σπίτι... ελπίζω δηλαδή...» (κ. Άννα)

«... ξέρεις τι καλά που περνάμε εδώ μέσα; Γιατί να θέλω να φύγω; Όλα καλά είναι, οι γιατροί μας είναι καλοί, οι νοσοκόμες ευγενικές και δε το συναντάς συχνά αυτό. Άσε που δεν είμαι και πρωτάρης... έμαθα τώρα. Για να γίνω καλά ξέρω ότι πρέπει να μείνω και να δουλέψω με το σώμα μου. Κάθε φορά είναι όλο και πιο δύσκολο, αλλά προσπαθώ πάντα. Κάθε μέρα που ξυπνάω είναι μια ξεχωριστή μάχη για εμένα. Δεν είναι ούτε για τους γιατρούς, ούτε για τα παιδιά μου, είναι μόνο για εμένα. Άμα φύγω την έχασα τη μάχη μου...» (κ. Χρήστος)

Συμπερασματικά παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων έχει περάσει από τη φάση να επιθυμεί την αποχώρησή του από το Κέντρο όπου και φιλοξενείται. Όσοι θέλησαν κάποια στιγμή να φύγουν και να λήξουν τη νοσηλεία τους, ήταν άτομα που δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ ξανά. Οι υπόλοιποι που είπαν ότι δεν έχουν επιθυμήσει κάποια στιγμή να φύγουν, ήταν άνθρωποι που είχαν νοσηλευτεί και άλλες στιγμές στη ζωή τους και ήταν γνώστες της πορείας ανάρρωσης. Συνειδητά λοιπόν δεν θέλησαν να διακόψουν τη νοσηλεία τους.

Ο χειρισμός που είχε το ιατρικό- νοσηλευτικό- θεραπευτικό προσωπικό πάνω στο ζήτημα της αποχώρησης από τη θεραπεία των δέκα(10) ήταν λεπτός και ουσιαστικός και αυτό φαίνεται από το αποτέλεσμα, αφού η νοσηλεία συνεχίζεται κανονικά και οι νοσηλευόμενοι παρακολουθούνται ακόμη και ακολουθούν τη θεραπεία τους ως είχε ή έγινε κάποιου είδους μετατροπή αυτής, ιδίως μετά από τη θέλησή τους να φύγουν.

Η φυγή όλων όσων επιθυμούσαν ή επιθυμούν να αποχωρήσουν από τη θεραπευτική διαδικασία, είναι ουσιαστικά η έκφραση του φόβου και της αγανάκτησης που αισθάνεται ο νοσηλευόμενος. Φόβος για το άγνωστο, καθώς κανείς δε γνωρίζει από την αρχή πόσο διάστημα θα χρειαστεί να νοσηλευτεί, αλλά και κανείς δε γνωρίζει ακριβώς την κατάσταση την οποία αντιμετωπίζει, τη σοβαρότητα του προβλήματος αλλά και του αν θα καταφέρει να

αναρρώσει εν τέλει. Αγανάκτηση, γιατί καθημερινά καταβάλλει ο καθένας μια προσπάθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από γιατρούς και λοιπό προσωπικό, δεν τα καταφέρνει όμως. Δεν ανέχονται την ιδέα ότι εξαρτώνται από τρίτους, ούτε ανέχονται καν τη σκέψη ότι μπορεί και να συνεχιστεί αυτή η εξάρτηση και εκτός ΚΑΑ. Γι' αυτό και οι περισσότεροι δεν θέλουν να πέσουν στην ανάγκη ο' λυτε καν της οικογένειάς τους.

Ερευνητικό ερώτημα 3

Την επίδραση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην πορεία και την εξέλιξη της αποκατάστασης του ασθενούς από την στιγμή της εισαγωγής του στο Κ. Α. Α. έως το τέλος αυτής

Ε.ε.3.1. Πως αισθανόσασταν όταν μπήκατε στο κέντρο και πως αισθάνεστε τώρα; Πως θα χαρακτηρίζατε την πορεία της ψυχολογικής σας κατάστασης όλο αυτόν τον καιρό;

Δεκατρείς (13) εκ των ερωτηθέντων απάντησαν εδώ, πως κατά την εισαγωγή τους και στην αρχή της νοσηλείας τους, αισθανότανε συναισθηματικά πιεσμένοι, ζορισμένοι λόγω της απουσίας τους από την οικία τους και γενικότερα είχαν μια έντονη δυσφορία. Περνώντας όμως ο καιρός, υπήρξε έντονη συναισθηματική αλλαγή. Η διάθεσή τους βελτιώθηκε αισθητά.

Δύο(2) νοσηλεύόμενοι έχουν άλλη αντίδραση στην καθημερινότητά τους. Δε φαίνεται να έχουν κάποια αλλαγή στην πορεία της διάθεσής τους ούτε προς το καλύτερο, ούτε όμως προς το χειρότερο. Παρατηρείται μια σταθερότητα. Η αίσθηση που είχαν χαρακτηρίζεται από κακή ως μέτρια.

«...όταν ήταν να έρθω, όταν μου είπαν ότι θα έρθω τελικά, ήταν σα να με σκότωναν... τόσο άσχημα ήμουν όταν μπήκα. Μέρα με τη μέρα όμως όλα γινότανε καλύτερα. Στην αρχή πονούσα κιάλας πολύ. Τώρα μετά από τόσες μέρες (πάνω από ενάμισι μήνα) είμαι σίγουρα καλύτερα...» (κ. Ελένη)

«...μιζέρια..! μόνο μιζέρια είχα όταν ήρθα. Καλά είναι τώρα, όχι ότι δεν έχω σκαμπανεβάσματα κάποιες μέρες. Άμα πονάς κιάλας... αλλά γενικά τώρα είναι όλα πιο καλά. Η αβεβαιότητα είναι σκληρή. Να μην ξέρεις πόσο θα μείνεις, τι ακριβώς έχεις, κάθε μέρα να σου βγαίνει και άλλο κουσούρι και να αλλάζουν συνέχεια όλα. Τα χάπια, οι ώρες που θα τα πάρεις... Αλλά είπαμε, τώρα είναι καλύτερα... λίγο καλύτερα αλλά καλύτερα...» (κ. Σοφία)

«...άμα είσαι δραστήριος άνθρωπος, γεμάτος ζωντάνια και αναγκάζεσαι να μείνεις μέσα και σε ένα κρεβάτι ξάπλα ε πόσο καλά θα είσαι; Εγώ πάντως καλά δεν ήμουνα. Ήθελα και να με νταντεύουν λίγο, τα παιδιά, οι νοσοκόμες, όλοι. Με τις μέρες ησύχασα και εγώ, άφησα και τους άλλους σε ησυχία...!!! Πλέον είναι καλύτερα τα πράγματα...» (κ. Χρήστος)

«...εγώ άνθρωπος των αλλαγών δεν είμαι... από ανάγκη μπήκα εδώ, δεν κάνω διακοπές. Άπαξ και μου άλλαξες τη βολή μου αυτό ήταν, καήκαμε... όπως ήμουνα όταν ήρθα, έτσι είμαι και τώρα... δε θα σηκωθώ να χορέψω από τη χαρά μου, δε θα κάτσω να περιμένω και να πεθάνω πάντως... Συνέχεια όλο και κάτι μου βγαίνει στις εξετάσεις. Υπομένω όλα αυτά κα περιμένω να τελειώσουν... πώς να ησυχάσεις άμα είσαι συνεχώς έτσι; » (κ. Παναγιώτης)

Η αβεβαιότητα που πλημμυρίζει τους ανθρώπους αυτούς, τους κρατά συνεχώς σε μια ένταση. Μπαίνοντας στο Κέντρο, είναι φυσικό επακόλουθο η ψυχολογία τους να μην είναι και η καλύτερη, θα χαρακτηριζόταν και άσχημη μάλιστα σε κάποιους. Ακριβώς γι' αυτό και οι περισσότεροι από αυτούς που θέλησαν να αποχωρήσουν κάποια στιγμή, το θέλησαν κατά το πρώτο διάστημα της νοσηλείας τους. Περνώντας όμως ο καιρός, οι περισσότεροι περνούν σε μια πιο χαλαρή φάση, χωρίς όμως να αποκλείονται οι στιγμές αδυναμίας.

Έντονος ήταν ο προβληματισμός όλων μπαίνοντας στο ΚΑΑ. Μη γνωρίζοντας πόσο θα παραμείνουν για τη νοσηλεία τους, μη γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, μη γνωρίζοντας το περιβάλλον και το έμψυχο(προσωπικό) και το άψυχο(εγκαταστάσεις, δωμάτιο νοσηλείας), μην έχοντας στο πλευρό τους δικούς τους ανθρώπους, όλοι φοβήθηκαν. Το άγνωστο είναι ένα αίσθημα που δεν επιτρέπει στον άνθρωπο να χαλαρώσει και να αισθανθεί οικεία. Ο φόβος λοιπόν είναι κάτι που αντιμετώπισαν οι νοσηλευόμενοι από την πρώτη κιόλας στιγμή καθώς και η αγωνία για το αν θα καταφέρουν να ανταπεξέλθουν σε όλο αυτό του βλέπουν μπροστά τους.

Ε.ε.3.2. Πιστεύετε ότι η επαφή που αναπτύξατε με το προσωπικό σας βοηθάει στο να ανταπεξέλθετε στο καθημερινό πρόγραμμα θεραπειών;

Εδώ υπάρχει ομοφωνία στο αποτέλεσμα των απαντήσεων. Και οι δεκαπέντε(15) νοσηλευόμενοι υποστηρίζουν ότι όλο το προσωπικό τους βοηθά για να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στο καθημερινό πρόγραμμα που έχουν ορίσει και στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Μάλιστα παρατηρείται στους περισσότερους από αυτούς (9) να λένε χαρακτηριστικά ότι χωρίς την ύπαρξη, τη βοήθεια και τη στήριξη του προσωπικού δε θα μπορούσαν να τα καταφέρουν. Τους εξισώνουν μάλιστα στο επίπεδο της οικογενειακής στήριξης και της ουσιαστικής βοήθειας.

«... όλη η επαφή αυτή που υπάρχει, το καλό κλίμα, είναι το κάτι άλλο! Δεν είναι απλά γιατροί και επιστήμονες εδώ μέσα. Είναι άνθρωποι. Είναι πολύ σημαντικό αυτό που σου λέω. Άνθρωποι. Χωρίς αυτούς, τίποτα δε θα έκανα. Όποιον και να ρωτήσεις νομίζω ότι το ίδιο θα σου πει... οι άνθρωποι αυτοί δουλεύουν και δουλεύουν για εμάς... υπάρχει στήριξη, σχέση και εμπιστοσύνη...» (κ. Σταυρούλα)

«...είμαστε οικογένεια, εγώ έτσι το βλέπω. Κάποια θα πάρω νύφη για το γιο φεύγοντας από εδώ πέρα(γέλια). Έτσι είναι. Το πώς είμαι τώρα, δεν έχει καμιά σχέση με το πώς ήμουν όταν ήρθα. Και φυσικά το χρωστάω σε όλους εδώ πέρα. Δε μειώνω την οικογένεια και τους δικούς μου, αλλά όπως και να το κάνεις, με το προσωπικό είμαστε όλη την ημέρα. Ναι με βοήθησε και με βοηθάει όλη η επαφή αυτή...» (κ. Χρήστος)

«...φυσικά και οι σχέσεις βοηθάνε. Εννοείται. Κάθε μέρα και όλη μέρα μέσα στα πόδια τους είμαστε και είναι και αυτοί. Ο ένας βοηθάει τον άλλο. Εμένα με βοηθάνε να περπατήσω και αυτούς τους βοηθάω να κάνουν μπράτσα που με σηκώνουν και με κρατάνε!!!(γέλια) Άμα δεν είχαμε τη σχέση αυτή, σίγουρα δε θα ήμουν σε αυτή την κατάσταση. Χωρίς αυτούς εγώ δε μπορώ να κάνω τίποτα νομίζω...» (κ. Ελπίδα)

«...οι σχέσεις καλό κάνουν. Τώρα τι να σου πω; Ότι χωρίς αυτούς δε θα μπορούσα; Θα μπορούσα. Και άμα δεν ήταν αυτοί, θα ήταν κάποιοι άλλοι. Και μόνος μου θα τα κατάφερα. Να μη σου δώσει ο θεός, όσα μπορείς να αντέξεις λένε στο χωριό μου...» (κ. Νίκος)

Σε γενικές γραμμές ομόφωνα απαντούν πως οι σχέσεις, η διαπροσωπική επαφή με το προσωπικό βοηθούν στην εξέλιξη της υγείας τους. Η εμπιστοσύνη είναι σημαντικό

χαρακτηριστικό ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό. Εξελίσσοντας την επαφή, βελτιώνεται η ψυχολογία, αναπτρώνεται το ηθικό και προσπαθούν οι ασθενείς με αυτόν τον τρόπο για το καλύτερο για αυτούς. Η επαφή έχει να κάνει όχι μόνο με τη σωματική ενδυνάμωση του νοσηλευόμενου αλλά και με την ενίσχυση της ψυχολογίας του. Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι χωρίς την ύπαρξη, τη βοήθεια και τη στήριξη του προσωπικού δε θα μπορούσαν να τα καταφέρουν. Αισθάνονται ευγνωμοσύνη για αυτούς τους ανθρώπους, που ακόμη να μην είναι οικογένεια και απλά κάνουν τη δουλειά τους, είναι εκεί για αυτούς, προσφέροντάς τους μια ασφάλεια ότι δεν είναι μόνοι.

Ε.ε.3.3.Υπάρχει κάτι που θα προτείνατε όσον αφορά τη βελτίωση της επαφής θεραπευτών μαζί σας;

Η βασική βελτίωση που θα επιθυμούσαν οι ερωτώμενοι σχετικά με την επαφή και την με το προσωπικό του Κέντρου, σχετίζεται με την τυπικότητα της επικοινωνίας. Αυτό που προτείνουν κυρίως είναι να χαλαρώσει το προσωπικό μαζί τους και να τους αισθανθούν πιο κοντά τους, πιο δικούς τους ανθρώπους.

Απαντήσεις που δόθηκαν ήταν οι παρακάτω:

«...τι να πω εγώ; Είπαμε, καλά είναι. Απλώς έχουμε αυτό το κενό. Είναι εδώ, απλά καλό είναι να τους αισθανόμαστε λίγο περισσότερο. Να μας αισθάνονται λίγο περισσότερο. Είμαστε και πολλά άτομα εδώ στο Κέντρο, πόσες αντοχές να έχουν και αυτοί και με πόσους να μπορέσουν να είναι πιο αποδοτικοί και πιο ανθρώπινοι. Όχι ευγενικοί. Ανθρώπινοι...» (κ. Αγγελική)

«...πρόταση; Μπα δεν έχω να πω τίποτα. Να είναι μόνο καλά και να συνεχίσουν αυτό που κάνουν σε εμένα και στους γύρω και στους επόμενους. Τους έχει ανάγκη τέτοιους επιστήμονες ο κόσμος! Λίγη ζεστασιά παραπάνω να μπορούσαν να προσφέρουν πέρα από τις γνώσεις τους και τις υπηρεσίες τους... καλά θα ήταν...» (κ. Νίκος)

«...νομίζω λίγο που το σκέφτηκα ότι δεν θέλω κάτι διαφορετικό. Είναι όσο σωστοί πρέπει να είναι. Έτσι νομίζω, εγώ δεν έχω κάτι κενό από το πώς μου συμπεριφέρονται. Τίποτα να μην αλλάξουν. Η τυπικότητα που έχουν έχει ένα στόχο. Δε μπορούν και αυτοί να γίνουν ένα με εμάς και με τους δικούς μας. Έχουν και αυτοί δικές τους σκοτούρες στα σπίτια τους. Είναι τυπικοί και σωστοί. Κάποιες φορές ίσως είναι λίγο περισσότερο, αλλά εντάξει δε θα το ζητήσω να το αλλάξουν κιόλας. Ανθρωποι είναι και αυτοί...» (κ. Γεωργία)

Η αμεσότητα είναι αυτό που προτείνουν οι ασθενείς προς το προσωπικό. Κι το προτείνουν είτε άμεσα, είτε έμμεσα. Θεωρούν ότι ως επιστήμονες είναι καταρτισμένοι και σωστοί επαγγελματίες, τους λείπει όμως ένα μέρος πιο ανθρώπινο, χωρίς όμως να προσβάλλουν τους ασθενείς.

Ε.ε.3.4. Πώς φαντάζεστε το «μετά», τη ζωή εκτός ΚΑΑ, χωρίς να έχετε την ασφάλεια του ειδικού δίπλω σας;

Στο σημείο αυτό οι απαντήσεις συγκλίνουν ως προς το χρονικό διάστημα και τη διάθεση που έχει αναπτύξει ο ασθενής. Οι ασθενείς λοιπόν που διαμένουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (οκτώ-8- άτομα) και έχουν μια σχετικά καλή ή και αρκετά καλή διάθεση, σκέφτονται πιο θετικά την πορεία τους στην καθημερινότητα εκτός Κέντρου. Κάποιοι από αυτούς μάλιστα λένε πως θα είναι ακόμη πιο δραστήριοι με την έξοδό τους, συγκριτικά με το πώς ήταν παλαιότερα.

Οι υπόλοιποι έξι(6) είναι λιγότερο συγκρατημένοι, χωρίς όμως να δυσανασχετούν στη σκέψη εκτός Κέντρου και χωρίς να θεωρούν ότι δε θα τα καταφέρουν και έξω από αυτό. Η διάθεσή τους είναι εξίσου καλή με τους παραπάνω ή και λίγο σε πιο μέτρια επίπεδα.

Υπάρχει ένας(1) ασθενής που θεωρεί πως εκτός Κέντρου η καθημερινότητα θα του είναι ανυπόφορη όπως χαρακτηριστικά είπε. Αν και έχει αρκετό διάστημα νοσηλευόμενος, πιστεύει πως δε θα τα καταφέρει. Ο συγκεκριμένος δεν έχει ιδιαίτερα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Ανεξαρτήτως πάντως από το χρονικό διάστημα που έχουν παραμείνει οι ασθενείς, όλοι ανεξαιρέτως λένε πως κατά διαστήματα, αισθάνονται αδύναμοι και πως οι ικανότητές τους να ζήσουν πάλι μόνοι τους είναι μηδαμινές.

«...θα κάνω ότι έκανα και πριν πέσει το κορμί μου. Δουλειές στο σπίτι, καμιά βόλτα που και που, καμιά φορά καμιά εκδρομή άμα είμαι καλά δηλαδή, πλέξιμο, εγγόνια, ζωντανά πράγματα. Όσο με φροντίσουν εδώ μέσα, δε χρειάζεται άλλο, μετά θα καλομάθω και δε θέλω. Πρέπει να ξαναμάθω να ζω μόνος, εννοώ χωρίς να έχω άλλον από πίσω να με σηκώνει και να με πλένει. Και αυτά πρέπει να τα ξαναμάθω, σα μωρό και εγώ... πριν ζούσα χωρίς κουσούρι... τώρα όμως...» (κ. Αγγελική)

«...ότι έκανα θα το κάνω δέκα φορές πιο πολύ νομίζω μετά το κλείσιμο και την ξάπλα εδώ πέρα! Ότι μπορώ να το κάνω νομίζω θα το κάνω. Θα προσπαθήσω να ζήσω όπως ζούσα και πριν μπω εδώ, αν και δε θα είναι εύκολο εξαιτίας του κορμιού δηλαδή.. θα προσπαθήσω όμως! Πείσμα στο πείσμα. έτσι έχω μάθει εγώ... να πεισμώνω και να τα βάζω όλα σε μια σειρά. Πάντως μεταξύ μας, δε νομίζω ότι θα τα καταφέρω... σίγουρα όχι δέκα φορές παραπάνω που είπα(γέλια)!! Έχω κουραστεί, είναι πολύς ο καιρός που προσπαθώ, που κάνω εξετάσεις και έχω τους γιατρούς από πάνω μου ούτε μπάνιο δεν κάνω μόνος μου πια άντρας πράγμα έχω ανάγκη από χέρι βοήθειας και πολύ φοβάμαι ότι θα το χρειαστώ έτσι στην αρχή και έξω από εδώ...» (κ. Χρήστος)

«...δε φαντάζομαι τίποτα. Πως θα είμαι; Άρρωστος όπως είμαι και εδώ. Άρρωστος και μόνος... να δω πως θα τα καταφέρω δηλαδή. Και άλλα έξοδα λογικά για να βρω νοσοκόμα για το σπίτι, οικογένεια δεν έχω, μια καλημέρα έχω όλη και όλη με την αδερφή μου, τι ν της φορτωθώ;» (κ. Παναγιώτης)

«... νομίζω ότι καλά θα τα καταφέρω. Ότι θα στηριχτώ πάλι στα πόδια μου και ότι δε θα έχω ανάγκη κανέναν. Κάποτε όμως... ίσως... σίγουρα θα χρειαστώ χέρια να με βοηθήσουν αμέσως βγαίνοντας από εδώ. Δεν ξέρω... θα δείξει η ιστορία και η πορεία μου...» (κ. Σοφία)

«...ξέρω την κατάστασή μου, την κατανοώ. Είναι μόνιμη η κατάσταση μου. Ξέρω πως ότι και να κάνω απλά θα καθυστερώ την εξέλιξη όπως λέει και ο γιατρός. Δύσκολα θα είναι έξω σίγουρα. Αισιόδοξη δεν είμαι πολύ, θέλω να πιστεύω ότι κάτι όμως θα γίνει. Ο θεός είναι μεγάλος...» (κ. Σταυρούλα)

Γενικά οι νοσηλευόμενοι διακατέχονται από ανάμικτα συναισθήματα. Όσοι έχουν μια δόση αισιόδοξιας δεν παύουν να φοβούνται και να αισθάνονται άβολα για την έξοδό τους. Η κούραση είναι έκδηλη σε όλους και είναι λογικό επόμενο. Είναι άνθρωποι που έχουν αφεθεί στα χέρια άλλων για την περίθαλψή τους και παίρνονται το εξιτήριό τους αισθάνονται μετέωροι. Η αυτοεκτίμησή τους είναι πεσμένη και αυτό είναι απόρροια της χρονοβόρας και δύσκολης νοσηλείας που είχαν να αντιμετωπίζουν και που συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν.

Κούραση λοιπόν και φόβος για τη συνέχεια είναι τα βασικά συναισθήματα που εκφράζονται από τους ασθενείς. Και αυτά τα δύο είναι αλληλένδετα αφού μετά από τόσο μεγάλο διάστημα νοσηλείας τους (όλοι είναι στο ΚΑΑ από ενάμισι έως και τέσσερις μήνες)

έχουν αφεθεί εξ ολοκλήρου στα χέρια τρίτων. Κουράστηκαν να μη μπορούν να κινηθούν μια μέρα αυτοβούλως, χωρίς πρόγραμμα, χωρίς να ανησυχούν για την υγεία τους. Και αυτή η κούραση, στην εκτός ΚΑΑ ζωή, μεταφράζεται σε φόβο. Παρόλο που θα μπουν σε ένα γνώριμο πάλι περιβάλλον, το σπίτι τους δηλαδή, δεν παύει να είναι μια άγνωστη κατάσταση αυτή που θα αντιμετωπίσουν, αφού θα μείνουν χωρίς στήριξη να αντιμετωπίσουν μια άγνωστη κατάσταση, τον εαυτό τους δηλαδή με το σοβαρό πρόβλημα που έχει ο καθένας. Επίσης η αβεβαιότητα είναι ένα ακόμη σημείο σημαντικό για να σταθεί κανείς. Οι νοσηλευόμενοι δεν ξέρουν αν θα μπορούν να αντεπεξέλθουν γενικά σε όλο αυτό που έχει συμβεί. Οικονομικά θα υπάρξει επιβάρυνση, σε κάποιους ήδη υπάρχει και ζουν με το φόβο μήπως και δεν τα καταφέρουν. Ακόμη, όσο καλή σχέση και να έχουν με την οικογένειά τους ή με το υποστηρικτικό τους περιβάλλον, δεν είναι σε θέση να ξέρουν αν τελικά θα καταφέρουν να είναι στο πλάι τους όταν θα τους χρειάζονται και εκτός ΚΑΑ.

Ε.ε.3.5. Ευελπιστείτε ότι η επαφή σας με τους θεραπευτές (φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγος, εργοθεραπευτής, γυμναστής, λογοθεραπευτής), θα σας βοηθήσει στο να αυτοεξυπηρετείστε πλέον μόνος-η;

Ποικίλες είναι οι απόψεις και οι απαντήσεις των νοσηλευόμενων. Όλοι τους είναι άτομα που διαμένουν στο Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι περισσότεροι από αυτούς λοιπόν (11 άτομα), απαντούν πως δεν έχουν φθάσει σε ένα ικανοποιητικό για αυτούς σημείο που να αναγνωρίζουν την ικανότητά τους να σηκώνονται μόνοι, να πλένονται, να αυτοεξυπηρετούνται γενικότερα, παρά το χρονικό διάστημα που παραμένουν στο Κέντρο. Τα άλλα τέσσερα (4) άτομα βλέπουν πως υπάρχει η δυνατότητα από αυτούς να εξυπηρετούνται χωρίς να εξαρτώνται από τρίτους. Οι τρεις (3) όμως από αυτούς, αισθάνονται αδύναμοι να σταθούν από τώρα εκτός Κέντρου και χωρίς βοήθεια. Απαντήθηκαν χαρακτηριστικά μερικά από τα παρακάτω:

«...νομίζω ότι το ανέφερα και πιο πριν, αλλά ναι νομίζω ότι έμαθα αρκετά πράγματα που θα με βοηθήσουν, έμαθα πράγματα που με κάνουν να βλέπω αλλιώς τις δυσκολίες, προσέχω πια τα θετικά και αφήνω στην άκρη όσο μπορώ τα αρνητικά. Δε λέει κανείς ότι είναι εύκολο άλλα έτσι προσπαθώ να οδηγώ τον εαυτό μου. Στην πράξη, έχω μάθει επίσης αρκετά πράγματα, πώς να κουμαντάρω το κορμί μου, τι μπορεί πια να κάνει και τι όχι. Φεύγοντας κάποια στιγμή από εδώ, ίσως και να μπορέσω να σταθώ χωρίς κάποιον από πίσω μου συνέχεια. Όχι όμως από την αρχή. Ο φυσικοθεραπευτής μου λέει πως έχω βελτιωθεί πάρα πολύ από την ημέρα που μπήκα... μου έκανε φροντιστήριο και αυτός και οι υπόλοιποι που ασχολήθηκαν μαζί μου, γιατί έπρεπε να μάθω νέα πράγματα, είναι καινούργιες αυτές οι καταστάσεις που περνάω και που θα περάσω και στο σπίτι μόνος... » (κ. Κώστας)

«...θα δείξει τι μπορεί να γίνει ή να ξαναγίνει όπως πριν. Κουβεντιάζω συχνά με τις κοπέλες (κοινωνική λειτουργός και ψυχολόγος) αλλά άμα ο άνθρωπος είναι και μεγάλος, ε τι, αλλάζει; Δεν αλλάζει. Τώρα πια δε θα δημιουργώ παραξενιές, θα τις έχω κιόλας. Δεν έχω καταφέρει να σηκωθώ μόνη μου. Καμία μέρα. Ούτε να προσπαθήσω δε μπορώ. Όταν μπήκα ήμουνα πολύ χειρότερα, δε μπορώ να πω, με βοήθησαν πάρα πολύ. Αφού καλά καλά δε μπορούσα να μιλήσω τον πρώτο καιρό και είχα τρομάξει πολύ. Τουλάχιστον μιλάω όμως, μπορώ να πω αν χρειαστώ κάτι, άμα πονέσω. Αλλά να σηκωθώ μόνη μου, είναι αδύνατον πια. Ούτε εδώ μέσα, ούτε και στο σπίτι μετά. Δεν φταίνε οι άνθρωποι εδώ ότι περνούσε από το χέρι τους έκαναν, αλλά δεν είναι και ο θεός. Κατάκοιτη θα μείνω σχεδόν, το ξέρω πια και το βλέπω...» (κ. Μαρία)

«... εμένα η αρρώστια μου θα μείνει για πάντα μαζί μου. Ποτέ δε χρειάστηκα ουσιαστικά βοήθεια για συνέχεια, για όλη την ημέρα, για να σηκωθώ. Έμαθα να χειρίζομαι το σώμα μου. Μου δείχνουν και το τι θα χρειαστεί να κάνω και αργότερα όταν προχωρήσει

περισσότερο, πώς να κάνω τα χέρια μου, ασκήσεις και όλα... σπίτι μετά από εδώ δεν ξέρω άμα θα τα καταφέρω. Εδώ είμαι η άρρωστη, με κοιτάνε λες και θα σπάσω. Σπίτι μου πρέπει να είμαι η νοικοκυρά. Ούτε στα παιδιά μπορώ να φορτωθώ, ούτε και θέλω να φύγω από το σπίτι μου. Έξω από εδώ θα θελήσω βοήθεια και όσο θα χειροτερεύω τόσο περισσότερη θα χρειάζομαι. Δεν ξέρω τι θα κάνω... δε θέλω να αισθανθώ αβοήθητη. Το κορμί μου με αφήνει. Δε θέλω να το αφήσω όμως...» (κ. Σταυρούλα)

«... σπίτι θα χρειαστώ άνθρωπο μαζί μου. Μπορεί να πάρω τη νοσοκόμα που θέλω για νύφη μου από εδώ μέσα (γέλια). Μου δείχνουν πως πρέπει να τα κάνω και μόνος μου κάποια πράγματα, δε θέλουν λένε να ριζώσω στο κρεβάτι. Εντάξει ένα ατύχημα είχα, θα γίνει κάποτε καλά μάλλον το πόδι. Εδώ με βοηθάνε να σηκωθώ ακόμη μόνος δε μπορώ. Και πονάω και φοβάμαι. Γέρικο το κορμί και πως θα δέσει πάλι; Και μπάνιο θα με κάνουν άμα χρειαστεί. Να περπατήσω δύσκολα ακόμη. Ο γιατρός λέει άμα μείνω ξάπλα, δε θα μπορέσω να σηκωθώ καμιά φορά. Και να πονέσω θέλει και να προσπαθήσω. Δίκιο έχει και αυτός, αλλά καλά είναι να τα λες, πως τα κάνεις όμως;...» (κ. Χρήστος)

«...το παιδί και το σκυλί όπως το μάθεις. Και τον άρρωστο τον γέρο επίσης. Κάθε φορά που είμαι με κάποιον από εδώ μέσα, φροντιστήριο κάνω. Να έτσι το χέρι, να αλλιώς το κεφάλι, να το βάρος θα το πας εκεί και τέτοια. Χωρίς τις οδηγίες από κοντά, μπα. Τίποτα δε θα κάνω. Δε θα τα καταφέρω. Δεν αισθάνομαι ασφάλεια να τα κάνω μόνη. Το μόσχευμα είναι περίεργο πράγμα, θέλει προσοχή μεγάλη. Ότι και να με δείξουν εδώ, σπίτι πάλι κάποιον θέλω να μου δείχνει...» (κ. Σοφία)

Οι νοσηλευόμενοι, είναι ψυχολογικά πεσμένοι. Θεωρούν οι περισσότεροι ότι εκτός Κέντρου και βοήθειας δε θα καταφέρουν τίποτα μόνοι τους. Οι περισσότεροι δεν αυτοεξυπηρετούνται εκατό τις εκατό και είναι ανασφαλείς στην ιδέα ότι θα μείνουν μόνοι χωρίς στήριξη και βοήθεια. Αισθάνονται να μην ελέγχουν το σώμα τους, πως θα εξαρτώνται από άλλους για καιρό ακόμη και αυτό είναι ψυχοφθόρο για τους ίδιους. Και αυτή η αίσθηση ότι είναι ανήμποροι χωρίς κάποιον στο πλάι τους είναι ανυπόφορη για αρκετούς. Η απουσία του να έχουν τον έλεγχο είναι κάτι που φαίνεται να τους απασχολεί ιδιαίτερα με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ψυχολογία τους πολύ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα ευρήματα της έρευνας, έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Όσον αφορά τον πρώτο άξονα και το ερευνητικό ερώτημα 1 «Κατά πόσο το πρόγραμμα αποκατάστασης είναι ικανοποιητικό για τους νοσηλευόμενους στα ΚΑΑ. Οι θεραπείες που ακολουθούν και η παραμονή τους στο ΚΑΑ επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση», προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

Όλοι σχεδόν οι νοσηλευόμενοι εκτός δύο περιπτώσεων, έχουν έρθει σε επαφή με όλο το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό στην προσπάθεια τους να οικοδομήσουν μία σχέση εμπιστοσύνης, όλοι ανεξαιρέτως έχουν ορίσει τα προγράμματα αποθεραπείας τους σε συνεργασία με το προσωπικό αλλά και με τον φυσίατρο που τους έχει αναλάβει, ενώ ταυτόχρονα φαίνονται όλοι οι νοσηλευόμενοι να έχουν προσωπική, άμεση επαφή και ενημέρωση από τον γιατρό τους όσον αφορά την εξέλιξη της υγείας τους.

Η διαπίστωση της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στο γιατρό και τους νοσηλευόμενους δίνει πολύ σημαντικά στοιχεία για την απάντηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, το οποίο επιχειρεί να σκιαγραφήσει τη σχέση αυτή. Η οικοδόμηση μίας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή του προσφέρει ασφάλεια στον τελευταίο και του δημιουργεί θετικά συναισθήματα προκειμένου να συνεχίσει την πορεία αποκατάστασης της υγείας του.

Από τις απαντήσεις των ασθενών προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι ίδιοι δεν χρειάστηκε να απευθυνθούν μόνοι τους στο ιατρικό-θεραπευτικό-νοσηλευτικό προσωπικό, αφού το ίδιο το προσωπικό φρόντισε να έρθει σε επαφή μαζί τους αμέσως μετά την εισαγωγή τους.

Διαπιστώνουμε έτσι τη σωστή οργάνωση που υπάρχει μέσα στο Κ. Α. Α, αλλά και την συνεργασία ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες που απαρτίζουν το κέντρο, αφού έπειτα από μεταξύ τους συνεργασία και συνεννόηση ενημέρωνε ο καθένας ξεχωριστά τον νοσηλευόμενο για οτιδήποτε μπορεί να προκύψει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, παρέχοντας του με αυτό τον τρόπο ένα αίσθημα ασφάλειας και ανακούφισης, αφού ο ίδιος δεν ήταν αναγκασμένος να ασχοληθεί με άλλα θέματα παρά μόνο με αυτό της υγείας του.

Οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται στα Κ. Α. Α. αρκετό χρονικό διάστημα και οι περισσότεροι από αυτούς δεν γνωρίζουν πόσο ακόμα θα συνεχίσουν να νοσηλεύονται.

Η άγνοια λοιπόν παραμονής τους στο κέντρο μπορεί να αποβεί αρκετά αγχωτική και στρεσογόνα, καθώς όπως είναι φυσικό οι περισσότεροι, αν όχι όλοι θέλουν να επιστρέψουν στα σπίτια τους όσον το δυνατόν συντομότερα.

Από την έρευνα όμως προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς παρά το γεγονός ότι θεωρούν το καθημερινό πρόγραμμα θεραπειών που ακολουθούν απαιτητικό, ίσως και κουραστικό κάποιες φορές, έχουν αποδεχτεί την αναγκαιότητα του αλλά και τη σημασία της παραμονής τους στο κέντρο και όλοι αναγνωρίζουν πως η καθημερινότητα που βιώνουν μέσα στο κέντρο είναι αποκλειστικά για το δικό τους καλό, ώστε να μπορέσουν να επιστρέψουν στα σπίτια τους όσο γίνεται πιο γρήγορα.

Η αποδοχή της πραγματικότητας από την πλευρά των ασθενών και η αναγνώριση της αναγκαιότητας παραμονής τους στο κέντρο μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι και από τις δύο πλευρές, αυτή των νοσηλευομένων και αυτή του προσωπικού έχει αναπτυχθεί μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης κατά την διάρκεια της οποίας και οι δύο πλευρές «εργάζονται» για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Αυτό όμως δε σημαίνει όμως πως δεν υπάρχουν και

στιγμές αδυναμίας που είναι και η συνέπεια της κούρασης και του άγχους που τους καταβάλλει.

Όσον αφορά το δεύτερο άξονα και το ερευνητικό ερώτημα 2 «Την διερεύνηση της διαπροσωπικής σχέσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και θεραπευτικού προσωπικού με τον νοσηλευόμενο. Κατά πόσο, οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στο νοσηλευόμενο και το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό μπορούν να επηρεάσουν την ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση και συνεπώς την πορεία της αποκατάστασης της υγείας του», τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

Οι νοσηλευόμενοι παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την σχέση που έχουν αναπτύξει κατά την διάρκεια παραμονής τους στο κέντρο με το ιατρικό- νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό.

Κάποιοι από αυτούς, εξαιτίας της μακρόχρονης παραμονής τους χαρακτηρίζουν το προσωπικό «δεύτερη οικογένεια», θεωρούν την αντιμετώπιση που τους προσφέρεται και τις παροχές που λαμβάνουν αληθινές, και αναγνωρίζουν στο προσωπικό γνήσιο ενδιαφέρον όσον αφορά την εξέλιξη της σωματικής αλλά και την ψυχικής τους υγείας ταυτόχρονα. Από την άλλη όμως, υπάρχουν και αυτοί οι οποίοι μιλούν για μια πελατειακή σχέση ασθενούς με το προσωπικό, αφού όπως λένε, το προσωπικό, δεν είναι οικογένεια, αλλά αυτή είναι η δουλειά τους. Κανείς από τους νοσηλευόμενους, δεν αμφισβητεί την ποιότητα της δουλειάς τους.

Από τις παραπάνω απαντήσεις προκύπτει το συμπέρασμα ότι η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στις δύο πλευρές είναι ουσιαστική και αποτελεσματική, κάτι το οποίο ξάφνιασε αρχικά και τους ίδιους τους νοσηλευόμενους, αφού σύμφωνα με τα λεγόμενα τους, είναι κάτι που δεν τον συναντάς συχνά, ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία.

Η πλειοψηφία των νοσηλευομένων, απάντησε ότι θεωρεί απαραίτητη την ύπαρξη όλων των ειδικοτήτων κι των υπηρεσιών που τους παρέχει το Κέντρο όπου και νοσηλεύονται. Υπήρξαν όμως και αυτοί που υποστηρίζουν ότι παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιούν όλες τις παροχές, δε σημαίνει γι' αυτούς ότι είναι και απαραίτητα όλα αυτά. Ακόμη υπήρξαν και αυτοί που μίλησαν και απαξίωσαν μέρος του θεραπευτικού κυρίως προσωπικού του Κέντρου, επικεντρώνοντας την προσοχή τους στο ιατρικό καθαρά μόνο μέρος.

Επίσης, οι ερωτώμενοι, εκφράστηκαν θετικά στο κατά πόσο η επαφή με τους θεραπευτές έπαιξε ρόλο στη συναισθηματική τους πορεία. Η παρουσία των θεραπευτών με τους νοσηλευόμενους, για τους δέκα(10) είναι σημαντική, ενώ οι υπόλοιποι πέντε(5) χωρίζονται στην ουδετερότητα που αισθάνονται κάποιοι και στην άρνηση ότι βοηθήθηκαν με κάποιο τρόπο. Παρόλα αυτά, όλοι θεωρούν ότι στο γραφειοκρατικό μέρος που αναλογεί στις υποχρεώσεις του κοινωνικού λειτουργού, είτε έκαναν συναντήσεις υποστηρικτικού περιεχομένου είτε δεν έκαναν, βοηθήθηκαν και οι ίδιοι αλλά και οι οικείοι τους.

Συμπερασματικά μέσα από τις ερωτήσεις, φαίνεται η τυπικότητα του προσωπικού, από τις συχνές, όπως τονίζεται, ερωτήσεις, που κάνουν στους νοσηλευόμενους, ενδιαφερόμενοι να μάθουν κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες, από το ίδιο το προσωπικό και από τη θεραπεία που ακολουθεί έκαστος.

Το συσσωρευμένο άγχος που βίωναν λόγω της διαταραχής της υγείας τους και της προσπάθειας τους να προσαρμοστούν σε ένα εντελώς νέο και ξένο σε αυτούς περιβάλλον αποτελούσαν παράγοντες που θα μπορούσαν να ανακόψουν την πορεία της βελτίωσης της υγείας τους και να σταθούν εμπόδιο. Αυτό φαίνεται και από τις τάσεις φυγής και διακοπής της θεραπείας που υποστήριξαν πως είχαν δέκα(10) από τους συνεντευξιζόμενους. Οι ασθενείς αυτοί, εξαιτίας του άγχους, της ανασφάλειας, της κούρασης που αισθανόταν εκείνη τη συγκεκριμένη στιγμή ή την περίοδο, θέλησαν να σταματήσουν και να επιστρέψουν στη

βάση τους. Η απογοήτευσή τους κυρίως εντοπίζεται κυρίως ως προς το δικό τους πρόσωπο, την ανικανότητά τους να σταθούν και να αυτοσυντηρηθούν.

Περνώντας στον τρίτο άξονα και στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα «Την επίδραση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην πορεία και την εξέλιξη της αποκατάστασης του ασθενούς από την στιγμή της εισαγωγής του στο Κ. Α. Α. έως το τέλος αυτής», τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων, πιο συγκεκριμένα 13 από τους 15, παραδέχονται ότι κατά την διάρκεια της εισαγωγής τους και για κάποιο χρονικό διάστημα αργότερα δεν ένιωθαν πολύ καλά ψυχολογικά. Μάλιστα οι 2 από τους 15 ενώ φαίνεται να βρίσκονται σε μια σταθερή κατάσταση υποστηρίζουν, ότι ένιωθαν μέτρια έως κακά.

Η παραπάνω αντίδραση που περιέγραψαν οι νοσηλευόμενοι, θεωρείται απολύτως φυσιολογική και κατανοητή έως το σημείο που δεν γίνεται δυσλειτουργική για τους ίδιους και για την πορεία της αποκατάστασης της υγείας τους.

Όπως έχουμε αναφέρει και στο βιβλιογραφικό κομμάτι της εργασίας, ο ασθενής βιώνει μία κατάσταση κρίσης, καθώς όσα ήξερε για τη ζωή του, ή σχέδια που τυχόν είχε αναβάλλονται και καλείται να εισέλθει με ξαφνικό τρόπο σε μία αλλαγή κατάστασης και πραγματικότητας από αυτή που είχε συνηθίσει και όχι μόνο εισέρχεται αλλά πρέπει να καταφέρει να προσαρμοστεί όσο καλύτερα γίνεται στη νέα αυτή πραγματικότητα.

Όπως προκύπτει από την έρευνα, οι νοσηλευόμενοι οδηγήθηκαν στη μείωση των παραπάνω αρνητικών συναισθημάτων λόγω της επαφής που ανέπτυξαν με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Μάλιστα μερικοί από τους συνεντευξιαζόμενους συγκεκριμένα οι εννέα(9) στο σύνολο θεωρούν ότι δεν θα τα είχαν καταφέρει αν δεν υπήρχε το προσωπικό.

Αναγνωρίζουν ότι η σωστή, λειτουργική και θεραπευτική σχέση με όλους τους ειδικούς του κέντρου τους βοήθησε κατά πολύ στο να ξεπεράσουν εμπόδια είχαν.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν την ορθότητα των ερευνητικών ερωτημάτων.

Αποδεικνύεται ότι η καθημερινότητα των νοσηλευόμενων στο κέντρο εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη σχέση που θα αναπτύξουν με ολόκληρο το ιατρικό-νοσηλευτικό-θεραπευτικό προσωπικό.

Η ομάδα του κέντρου, είναι αυτή που θα δώσει κουράγιο, θέληση και δύναμη στον ασθενή να συνεχίσει την δύσκολη πορεία της αποκατάστασης της υγείας του, είναι αυτή που με τη μεταξύ τους διεπιστημονική συνεργασία θα θέσουν τον ασθενή στο επίκεντρο της φροντίδας τους και καθένας ξεχωριστά, θα του προσφέρει με ότι μέσα διαθέτει ότι καλύτερο μπορεί προκειμένου να οδηγηθεί γρηγορότερα στη βελτίωση της υγείας του, σωματικής και ψυχικής.

Ένα βασικό μέρος αλλαγής της επικοινωνίας που επιθυμούν οι νοσηλευόμενοι μεταξύ των θεραπειών και του ασθενή, είναι η τυπικότητα που φαίνεται από το μέρος του προσωπικού. Ακριβώς επειδή μένουν μεγάλο χρονικό διάστημα στο Κέντρο και λείπουν από τη βάση τους, το σπίτι τους. Αισθάνονται ότι τους λείπει ένα πιο οικείο πρόσωπο, μια πιο ανθρώπινα ζεστή συμπεριφορά.

Φαίνεται όλοι και οι νοσηλευόμενοι αλλά και το προσωπικό να δέχονται την σύνδεση ανάμεσα στο κομμάτι της ψυχικής και της σωματικής υγείας. Για το λόγο αυτό και οι δύο

πλευρές προσπαθούν βοηθώντας ο ένας τον άλλον γιατί είναι σε θέση να αναγνωρίσουν ότι δεν υπάρχει υγεία όταν ένα από τα δύο κομμάτια δυσλειτουργεί, έστω κι αν δεν φαίνεται.

Τέλος οι νοσηλευόμενοι δεν είναι σε θέση κατά τα λεγόμενά τους να πάρουν εξιτήριο και να επιστρέψουν στην καθημερινότητά τους εκτός Κέντρου. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών, χρειάζεται στήριξη από κάποιον. Το σώμα τους δεν είναι ακόμη σε θέση να σταθεί. Επίσης ψυχολογικά οι ασθενείς δεν είναι έτοιμοι να μείνουν μόνοι τους χωρίς να αισθάνονται έστω την ασφάλεια ότι κάποιος θα είναι εκεί δίπλα τους για να τους βοηθήσει σε περίπτωση που χρειαστεί. Το γεγονός ότι δεν είναι ακόμη σε θέση να μείνουν εκτός Κέντρου, δεν έχει να κάνει με την αποτελεσματικότητα του προσωπικού, αλλά με τη σοβαρότητα των περιστατικών που αντιμετωπίζει ο καθένας από αυτούς. Ακόμη σημαντικό είναι και το γεγονός ότι όλοι τους έχουν μεγάλο διάστημα που μένουν στο Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης και η ψυχοσύνθεσή τους είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη σχέση ανάγκης και εν μέρει εξάρτησης που έχει δημιουργηθεί ανάμεσα σε αυτούς και στους θεραπευτές.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έπειτα από την ολοκλήρωση της έρευνας, θεωρούμε απαραίτητο να αναφέρουμε ότι όλα τα παραπάνω που περιγράφηκαν και λαμβάνουν χώρα στα ιδιωτικά Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας κρίνεται αναγκαίο να συμβαίνουν σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας και μη.

Τα παραπάνω κέντρα, αποτελούν πρότυπα λειτουργίας και όσον αφορά την κτιριακή τους εγκατάσταση και την δυνατότητα που έχουν να παρέχουν στον νοσηλευόμενο όλα όσα έχει ανάγκη προκειμένου να αποκατασταθεί η υγεία του αλλά και όσον αφορά τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους.

Ταυτόχρονα, θεωρείται αναγκαίο να υπάρχει σωστή και εμπειριστατωμένη ενημέρωση από ειδικούς προς τους νοσηλευόμενους και το οικογενειακό τους περιβάλλον σχετικά με το θέμα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την αντιμετώπιση αυτών μετά την παρουσίαση τους.

Θεωρείται απαραίτητη η σύσταση ομάδων υποδοχής όπου γιατροί,, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί θα κάνουν μια διεπαγγελματική συνάντηση κ ταυτόχρονα θα ενημερώνουν το συγγενικό και υποστηρικτικό περιβάλλον του κάθε ασθενή για τον πιο αποτελεσματικό χειρισμό του με αποτέλεσμα την πιο ομαλή παραμονή στο χώρο νοσηλείας του αλλά κ την ακόμη πιο ομαλή από θέμα ψυχολογικών διαταραχών και διάθεσης μετάβαση στην καθημερινότητα εκτός μετά το πέρας αυτής.

Σε περίπτωση μη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, να υπάρξει μια ομάδα εκπαιδευμένων εθελοντών που θα βοηθά στο έργο του φορέα είτε είναι δημόσιος είτε όχι για την όσο το δυνατόν πιο ομαλή νοσηλεία του ασθενή, τη συναισθηματική και ψυχολογική του υποστήριξη.

Στα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να υπάρξει η αντίστοιχη μεταχείριση, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, αφού πριν την είσοδό του στο Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, συνήθως προηγείται η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η αρχή της σωστής περίθαλψης του ασθενή θα πρέπει να ξεκινά από εκεί και να γίνονται αντίστοιχες συναντήσεις του ιατρικού –νοσηλευτικού- θεραπευτικού προσωπικού με μέλη της οικογένειας καθώς και η επαφή του ασθενούς με τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό.

Όλα τα παραπάνω, είναι υπαρκτά, ως ένα σημείο, αλλά χρήζουν ολοκλήρωσής τους για καλύτερο αποτέλεσμα προς όφελος των ασθενών.

Η ολοκληρωμένη, από όλες τις απόψεις, εκπαίδευση του προσωπικού και κατά συνέπεια η ενημέρωση του κοινού μπορεί να γίνει με την πρόσθεση μαθημάτων στις σχολές υγείας.

Ακόμη σεμινάρια που θα πραγματοποιούνται συχνά από τους κατάλληλους φορείς και θα παρακολουθούνται από τους εργαζομένους του τομέα υγείας, οι οποίοι πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς και να είναι σε θέση να συνεργάζονται με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα λειτουργικά, αρμονικά και σωστά. Η σωστή και ολοκληρωμένη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας κατέχει τεράστιο ρόλο στην πορεία βελτίωσης της υγείας του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αποστολόπουλος, Τ. (1979). Το ημιπληγικό παιδί. Εκδόσεις Grammar.
2. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., (1995). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
3. Βελονάκη, Σ.Β., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη Υγειονομικού Συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Ανασκόπηση. Νοσηλευτική, 45 (4).
4. Δημητρώπουλος Α., (2000). Πρακτική εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης παιδιών με κινητικές αναπηρίες. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
5. ΕΚΚΕ: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Αθήνα 1996
6. Επίσημη Εφημερίδα ΕΟΚ. (1988). L.362.
7. Ερωτοκρίτου Α., (1995). Η Ψυχολογία και η Σεξουαλικότητα της Τρίτης Ηλικίας. Λευκωσία.: Intercollege Press
8. Ιορδάνου, Π., Μπαμπάτσικου, Φ., Κουτής, Χ., Κωνσάντου, Ε., & Βρούζου, Ε. (1998). Ανεξαρτησία και Αυτονομία Σημαντικοί Παράγοντες στη Ζωή των Ηλικιωμένων. Πρακτικά 250ου Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου.
9. Ιωσηφίδης Θ.(2003), *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*, εκδ, Κριτική Α.Ε., Αθήνα
10. Ιωσηφίδης Θ.- Σπυριδάκης Μ., (2006), *Ποιοτική κοινωνική έρευνα: μεθοδολογικές προσεγγίσεις και αναλύσεις δεδομένων*, εκδ, Κριτική Α.Ε., Αθήνα
11. Καλαντζή-Αζίζι Α., (1999). Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
12. Καλαντζή-Αζίζι Α., Καραδήμας Ε., Χ.,(2009). Η σχέση της Κλινικής Ψυχολογίας με τους Εφαρμοσμένους Κλάδους της Ψυχολογίας και την Ψυχοθεραπεία, Αθήνα: εκδόσεις τόπος
13. Καλλινικάκη Θ., (1998). Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
14. Καραδήμας Ε.,(2005). Ψυχολογία της υγείας θεωρία και κλινική πράξη, Αθήνα: τυπωθήτω
15. Καρπέτης Γ.,(2008). Κλινική κοινωνική εργασία ψυχοδυναμικής έμπνευσης με γονείς παιδιών που εμφανίζουν κυρίως συμπτώματα της διαταραχής άγχους

αποχωρισμού, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

16. Κατσικάρη Φ.,(2011). Περίθαλψη και αποκατάσταση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Βιογραφική αφήγηση μιας πολυτραυματία. Μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
17. Κουτσοσίμου Μ., (2007). Η πρόκληση του «θεραπευτικού δεσμού», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ιατρική σχολή
18. Κυριαζή Ν., (2005), *Η Κοινωνιολογική έρευνα κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Πρώτη έκδοση 1999, εκδ, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
19. Μακρή-Μπότσαρη Ε., (2000). Έννοια του εαυτού. Παιδαγωγική Επιθεώρηση (30).
20. Μάνος, Ν.,(1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις University Studio Press
21. Νόμος 1397/1983. ΦΕΚ 143/Α/1983.
22. Νόμος 2071/1992. ΦΕΚ 123/Α/1992.
23. Νόμος 2716/1999. ΦΕΚ 96/Α/1999.
24. Νόμος 2889/2001. ΦΕΚ 37/Α/2001.
25. Νόμος 4025/2011. ΦΕΚ 228 /Α/2011
26. Παπαϊωάννου Κ.,(1998). Κλινική κοινωνική εργασία κοινωνική εργασία με άτομα, Αθήνα: 'ΕΛΛΗΝ'
27. Παναγιωτόπουλος Ι., (1994). Ψυχολογία Ατομικών Διαφορών. Ιδιωτική Έκδοση.
28. Παντελιάδης Χ. & Συρίγου – Παπαβασιλείου Α., (2002). Εγκεφαλική παράλυσης. Σύγχρονη προσέγγισης. Εκδόσεις Γιαχούδη – Γιαπούλη.
29. Παπαλάμπρος Θ. & Καρμανιώλας Κ., (2000). Μετεγχειρητική Φλεβική Θρόμβωση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 17 (3).
30. Παπάνης Ε., (2011). Η αυτοεκτίμηση: θεωρία και αξιολόγηση, εκδ. Σιδέρης, Αθήνα
31. Παρασκευόπουλου Ι., (1993), *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*, εκδ, Γρηγόρη, Αθήνα
32. Προεδρικό διάταγμα 380/1990. ΦΕΚ 150/Α/1990
33. Προεδρικό Διάταγμα 216. ΦΕΚ 167/Α/2001
34. Προεδρικό Διάταγμα 395. ΦΕΚ 166/Α/1993
35. Σαχίνη- Καρδάση Α., (1997), *Μεθοδολογία της Έρευνας, Εφαρμογές στον χώρο της υγείας*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα

36. Σταθόπουλος Π.,(2003). Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση, Αθήνα: 'ΕΛΛΗΝ'
37. Σταύρου, Β., Ζήκα Γ. & Πλουμής Α., (2012). Η νοσηλευτική αποκατάσταση στους ασθενείς με κακώσεις σπονδυλικής στήλης και νωτιαίου μυελού. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 4 (2).
38. Τάγαρης Γ., (2007). Νόσος Πάρκινσον. Παθοφυσιολογία,- Παθογένεια. Κοινωνία & Υγεία (VI). Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
39. Τζαβέλας Π., (1992). Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου. ΑΗCPR.
40. Τζοβόλου Κ., (2008) Ο διακριτός ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας σε κέντρο αποθεραπείας και αποκατάστασης, Αθήνα
41. Χατζηχρήστος Γ. & Μιχαήλ Ξ., (2007). Αρχές και Μέθοδοι Οργάνωσης Κέντρου Αποκατάστασης στην Ελλάδα. Ιατρικό Βήμα, 86-95.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

42. Baguley I., (2009). Επιλογές από το Αυτόνομο μετά από βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Seminars in Neurobiology, 28 (5).
43. Barrett, K., Meschia J.,(2011). Αντιμετώπιση του οξέος εγκεφαλικού επεισοδίου : Φαρμακευτική Αντιμετώπιση. Seminars in Neurobiology, 30 (5).
44. Branden N.,(2001). The psychology of self esteem.
45. Cox A.D., Lambrenos, K., (1992). Childhood physical disability and attachment. Dev. Med. Child. Neurol., 34 (12).
46. Cohen L., Manion L., (2000), *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, εκδ, Μεταίχμιο, Αθήνα
47. Dyment D.A, Ebers ,G.C, Sadovnick A.D.,(2004). Genetics of multiple sclerosis. Lancet Neurol (3).
48. Feinstein A., (2004). The neuropsychiatry of multiple sclerosis. Can J Psychiatry (49).
49. Gatchel Robert J., (2003) Clinical health psychology in the primary care setting: an overview.
50. Gottesman, R., Mckhann, G., Hogue, C. (2009). Νευρολογικές επιπλοκές καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων. Seminars in Neurobiology, 28 (5).
51. Graeghead, N.A., Newman, P.W. and Second, W.A. (1985). Assessment and Remediation of Articulatory Disorders. Ohio. Merrill Publishing.
52. Grahame R., (2002). The decline of rehabilitation services and its impact on disability benefits. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 95(3) : 114-117.

53. Grigoryan, M., Qureshi A. (2011). Αντιμετώπιση του οξέος εγκεφαλικού επεισοδίου : Ενδοαγγειακές Θεραπευτικές Επιλογές. *Seminars in Neurobiology*, 30 (5).
54. Holmen, K., Ericsson, K., & Winblad, B., (1999). Quality of Life Among Elderly. *Scand J.Caring Sci.* 91-95.
55. Johnson P., (1983). Case Management in Mental Health : A social work domain ; *Social Work.* 28(1), 49-55.
56. Lewin K., (1997). *Psycho-Sociological Problems.* American Psychological Association. (422).
57. Maxwell J.a., (1992), Understanding and validity in qualitative research, *Harvard educational review* 62, s 279-300
58. Mullins, L.C., & Dugan, E. (1990). The Influence of Depression and Family And Friendship Relations on Residents' Loneliness in Congregate Housing. *The Gerontologist.* 30. 377-384.
59. Oliver M., (1992). *Disabled people and disabling environments.* Jessica Kingsley Publishers.
60. Ramey, C. T., & Haskins, R. (1981). *The causes and treatment of school failure.* University Park Press.
61. Robson C., (2007), *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές,* εκδ, Gutenberg
62. Robson C., (2002), *Real world research: a resousce for social scientists and practitioner-researchers,* Publishing Blackwell, Oxford
63. Wade D. & Langton-Hewer., (1987). Functional Abilities after stroke. *J. Neurol Neurosyrg. Psychiatry.* (50).
64. Weddel R., Oddy, M. and Jenkins D., (1980). Social adjustment after rehabilitation. *Psychological Medicine.* 10(2), 257-263.
65. Waters J., Antoneli D. & Hislop H., (1976). Energy cost of walking of amputees: the influence of level of amputation. *J Bone Joint Surg Am.* (58).
66. Wilson B.,(1997). Cognitive Rehabilitation. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 3(05), 487-496.
67. Zastrow C.,(1992). *The practice of social work.* Belmont. Wadsworth Publishing
68. Younghusband E.L., (1959). *Report of the working party on social workers in the local authority health and welfare services.* Great Britain. H.M. Stationery Office.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ

69. http://www.el.wikipedia.org/wiki/Ψυχολογία_της_υγείας.
70. www.panacea.med.uoa.gr.
71. Δανιηλίδου Ν. (2013) Η χρόνια ασθένεια και οι διαδικασίες προσαρμογής.
[Http://www.daniilidou.gr](http://www.daniilidou.gr).
72. Δανιλόπουλος Δ.(2003), Διεπιστημονική παρέμβαση στην αναπηρία:
http://www.politropo.org/pdf/diepistimoniki_paremvasi_stin_anapiria.pdf.
73. Κιουρτίδης Δ. (2013),Ο ψυχικός πόνος του ασθενούς στο Γενικό Νοσοκομείο.
[Http://www.medreha.com](http://www.medreha.com).
74. Κουρμπέτης Α., Λυράκος Δ.,(2008).Η σημασία της διεπιστημονικής ομάδας στον κλινικό χώρο: <http://www.lyrakos.gr/news/82-h-shmasia-tis-diepistimonikis-omadas-sto-kliniko-xwro>.
75. Μπρούμου Μ.,(2010),Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσεων.
http://www.ioanninamed.gr/index.php?option=com_content&task=view&view=article&id=239&lang=el&showall=1:
76. Παπαγιάννης Α.,(2010), Μιλώντας με τον άρρωστο: βασικές αρχές της κλινικής επικοινωνίας και αναγγελία της δυσάρεστης είδησης. [Http://www.ixek.gr](http://www.ixek.gr).
77. Τσάμης Σ.,(2003), Αποκατάσταση. [Http://www.physio.gr/article_read.asp?id=42](http://www.physio.gr/article_read.asp?id=42).
78. Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., Αγ. Γ.(2008). Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. [Http://www.e-jst.teiath.gr](http://www.e-jst.teiath.gr).
79. Χατζηχρήστος Γ., Μιχαήλ Ξ.,(2007),Αρχές και μέθοδοι οργάνωσης Κέντρου Αποκατάστασης στην Ελλάδα. [Http://www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr).
80. Περγαντά Γ.,(2004), Η Φυσική Ιατρική κερδίζει σταδιακά τις εντυπώσεις.
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=675

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Επιστολή

ΠΡΟΣ

Τη Διεύθυνση Κέντρου Αποθεραπείας &
Αποκατάστασης «.....»

Σας γνωρίζουμε ότι, στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς ενός Κέντρου Αποθεραπείας-Αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και η επίδραση τους στην πορεία της αποκατάστασης των ασθενών», θα πραγματοποιηθεί έρευνα που περιλαμβάνει συνεντεύξεις από νοσηλευόμενους σε Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης.

Παρακαλούμε να διευκολύνετε την πραγματοποίηση της έρευνάς μας, παρέχοντας τη σχετική ενημέρωση στους νοσηλευόμενους καθώς και στους συνοδούς τους, ώστε να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις.

Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για εκπαιδευτικούς σκοπούς, στα πλαίσια της δεοντολογίας και της τήρησης του απορρήτου.

Η πτυχιακή εργασία τελείται υπό την εποπτεία της καθηγήτριας του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Πάτρας κας Γιαλούρη Μαρία.

Ευχαριστούμε και αναμένουμε για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση
Κολυβά Παρασκευή
Σάρρου Αθανασία
Σόμπολος Οδυσσέας