

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ  
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ”**



**ΚΟΥΤΡΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**  
**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ,2015**

*Ευχαριστίες προς τον κ. Μαρνέρα για την πολύτιμη βοήθεια του καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής εργασίας.*



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>9</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>10</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>13</b>
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	13
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ;	15
1.4 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
1.5 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<b>ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ</b>	<b>17</b>
2.1 ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ	18
2.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	19
2.3 ΕΙΔΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	20
2.3.1 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ	21
2.3.2 ΨΥΧΩΣΕΙΣ	21
2.3.3 ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ	21
2.3.4 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	22
2.3.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	23
2.3.6 ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	23

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ 25**

3.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	26
3.2	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	27
3.3	ΠΦΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	28
3.4	Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	30
3.5	Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	31
3.6	ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΕΝΝΕΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
3.7	ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	34

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ 38**

4.1	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ "ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ"	39
4.2	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	39
4.3	ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ	41
4.4	Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	45
4.5	ΤΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ	45
4.6	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	46
4.7	ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	48
4.8	ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	49
4.9	ΚΙ ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	50

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

<b>ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ</b>	<b>55</b>
5.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	56
5.2 ΦΡΟΝΤΙΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ	57
5.3 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	57
5.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	58

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

<b>Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ</b>	<b>62</b>
6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ	63
6.2.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	63
6.2.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	63
6.2.3 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	64
6.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	65

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</b>	<b>69</b>
7.1 Η ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	68
7.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	69
7.3 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ – ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	70
7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	72



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Συνήθως όταν ακούμε τη φράση υγιές άτομο, στο μυαλό μας σχηματίζεται η εικόνα ενός ανθρώπου, ο οποίος δεν πάσχει από κάποια οργανική νόσο ή δεν φέρει κάποια σωματική βλάβη. Ωστόσο, η υγεία σχετίζεται και με την καλή ψυχική κατάσταση του ατόμου. Η υγεία, εξάλλου, ορίζεται ως εξής...

...«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ωστόσο, όπως προκύπτει από συνεχείς επιδημιολογικές έρευνες ο επιπολασμός των ψυχικών ασθενειών σήμερα είναι αρκετά σημαντικός. Περίπου 1 στους 10 ενήλικες πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, ενώ το ποσοστό των ατόμων που κάποια στιγμή στη ζωή τους θα εμφανίσουν κάποια ψυχική νόσο είναι περίπου 1 στους 4.

Οι ψυχικά ασθενείς, λοιπόν, απαιτούν ειδική παροχή φροντίδας τόσο από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας όσο και από το ίδιο το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ειδικά η οικογένεια του ψυχικά πάσχοντος καλείται να επωμιστεί το σημαντικό μέρος της φροντίδας. Οπωσδήποτε, κρίνεται απαραίτητο τα μέλη της οικογένειας να αναπτύξουν τέτοιους μηχανισμούς, ώστε να ανταπεξέλθουν στις ευθύνες που προκύπτουν.

Η καθημερινότητα της οικογένειας αλλάζει ριζικά. Τα μέλη της προσαρμόζουν τη ζωή τους ανάλογα με τη κατάσταση του ασθενούς. Απαιτείται από αυτούς να αναγνωρίζουν κάθε σημάδι της καλής ή κακής ψυχικής ισορροπίας του ασθενούς και να το αναφέρουν στους ειδικούς. Η οικογένεια είναι αυτή που θα φροντίσει για και για τα πιο απλά καθημερινά πράγματα, όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει ένα σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα.

Ωστόσο, είναι αναμενόμενο πως οι φροντιστές ψυχιατρικών ασθενών δεν μένουν αλώβητοι από την συγκεκριμένη κατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις, μάλιστα, τα σωματικά αλλά κυρίως τα ψυχικά προβλήματα που δημιουργούνται στους φροντιστές είναι ίσως και σοβαρότερα από αυτά των ίδιων των ασθενών.



## ABSTRACT

Usually when we hear the phrase healthy person, in our mind formed the image of a man who does not suffer from any organic disease or bring some physical harm. However, health is associated with good mental state of the person. Health is also defined as follows ...

... "A state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity."

However, as evidenced by continuous epidemiological surveys of the prevalence of mental illnesses today are quite important. About 1 in 10 adults suffers from a mental disease, while the percentage of people at some point in their life will experience a mental disease is about 1 in 4.

The mentally ill, therefore, require special care from both specialists and health professionals from the family itself. The family of mentally diseased asked to shoulder the major part of caring. Certainly, it is necessary that family members develop such mechanisms to cope with the responsibilities that arise.

The family routine changes radically. Members adjust their lives depending on the patient's condition. It requires them to recognize any sign of good or poor mental balance of the patient and to report to the experts. The family is one that will take care for the simplest everyday things, when the patient faces a serious psychiatric problem.

However, it is expected that psychiatric patients caregivers do not remain untouched by the particular situation. In some cases, even physical but mainly mental problems created caregivers is probably more serious than those of the patients themselves.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα ενός ψυχικά ασθενούς ατόμου αποτελεί μια συνεχή,χρονοβόρα διαδικασία, η διάρκεια της οποίας εξαρτάται από την καλή ή όχι ανταπόκριση του ασθενούς στις εκάστοτε θεραπευτικές προσεγγίσεις,αλλά και από διάφορους άλλους σύνθετους παράγοντες.Το σύνολο της οικογένειας,λοιπόν,καλείται να προσαρμόσει ολοκληρωτικά στις απαιτήσεις φροντίδας του ασθενούς.Η επιπλέον παρουσία των επαγγελματιών υγείας - ψυχιάτρων,ψυχοθεραπευτών,ψυχολόγων,νοσηλευτών - είναι η πλέον σημαντική αφενός για τον ίδιο τον ψυχικά πάσχοντα αφετέρου για τα μέλη της οικογένειάς του.

Στο πρώτο κεφάλαιο αρχικά αναλύονται οι ορισμοί υγεία και ψυχική υγεία.Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στο τι είναι ψυχιατρική και αλλά και στην νοσηλευτική ψυχικής υγείας και στις δραστηριότητες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύουμε τα είδη των ψυχικών ασθενειών,ενώ στην αρχή του συγκεκριμένου κεφαλαίου καταγράφονται οι αντιλήψεις περί φυσιολογικού. Επιπλέον επισημαίνονται κάποια στοιχεία ψυχοπαθολογίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθενται κάποια στοιχεία όσον αφορά το επιπολασμό των ψυχικών ασθενειών αλλά και κάποια επιδημιολογικά δεδομένα για την ψυχική νόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ακόμα γίνεται αναφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως επίσης και στη διαχείριση της ψυχικής νόσου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και στη Διεθνή Κοινότητα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο εστιάζουμε στο ποιοί είναι οι φροντιστές αλλά και στην επιβάρυνση την οποία υφίστανται.

Στο πέμπτο κεφάλαιο ασχολούμαστε με τη διδασκαλία των φροντίστων.

Στο έκτο κεφάλαιο επισημαίνεται η σημασία της πρόληψης.

Στο έβδομο κεφάλαιο τονίζεται ο σημαντικός ρόλος των υγειονομικών δομών σε σχέση με την πρόληψη και την αποκατάσταση των ψυχικών ασθενειών.



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

## **ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ**

## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.

Το πως ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίσημα), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία.

Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του.

Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας.<sup>1</sup>

## 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Ψυχική Υγεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της γενικότερης κατάστασης της υγείας ενός ατόμου και ορίζεται με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο. Η απόδοση ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού για την ψυχική υγεία δεν είναι εύκολη υπόθεση, καθώς φαίνεται να επηρεάζεται τόσο από εσωτερικούς παράγοντες, ατομικούς, όσο και από εξωτερικούς, περιβαλλοντικούς. Αποτέλεσμα αυτού, είναι να μην υπάρχει ένας επίσημος ορισμός της ψυχικής υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1948, προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του».

Υπό το πρίσμα αυτό, η Ψυχική Υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους και από την ανταπόκριση που έχει από το περιβάλλον του. Αφορά το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να προσαρμοστεί στις εκάστοτε κοινωνικές απαιτήσεις και πιέσεις, τον βαθμό της αυτοεπίγνωσης του σχετικά με τις ανάγκες του, τους στόχους του, τους διάφορους κοινωνικούς ρόλους που καλείται κάθε φορά να αναλάβει, τα συναισθήματά του και την ικανότητα αντίληψης της αντικειμενικής πραγματικότητας. Όλα αυτά βέβαια αντικατοπτρίζουν την εσωτερική δομή προσωπικότητας του ατόμου, η οποία όσο πιο ισχυρή και καλά οργανωμένη είναι, τόσο πιο εύκολα και αποτελεσματικά μπορεί το άτομο να ανταποκριθεί σε καθετί που καλείται να κάνει.<sup>2</sup>

### **1.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ;**

Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την αιτιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων και διαταραχών. Οι ψυχικές ασθένειες παραβιάζουν την ομαλή διαβίωση του ανθρώπου, ανατρέπουν την ενδοψυχική του ομοιόσταση, διαταράσσουν τις διανθρώπινες σχέσεις και την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου στο οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον όπου τούτο ζει και δρα.

Επομένως, η Ψυχιατρική μελετά όλες εκείνες τις πλευρές του ανθρώπου οι οποίες απηχούν τα τρία βασικά κριτήρια της ψυχικής υγείας: δηλαδή 1) τη δυνατότητα να διατηρήσει την ψυχική του ομοιόσταση, 2) την ικανότητα να διατηρήσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, και 3) την ικανότητα προσαρμογής προς το περιβάλλον. Αντικείμενο μελέτης της Ψυχιατρικής είναι η ψυχική ασθένεια ή για να ακριβολογούμε ο ψυχικά άρρωστος (γιατί πουθενά αλλού στην Ιατρική δεν ισχύει τόσο πολύ το γνωστό ρητό: “Δεν υπάρχουν ασθένειες, υπάρχουν μόνο ασθενείς”, όσο στην Ψυχιατρική).

Οι τρόποι για να πλησιάσουμε τον ψυχικά άρρωστο εδώ και αιώνες συμπίπτουν με τις διάφορες θρησκευτικές και προεπιστημονικές “δοξασίες” των διάφορων κοινωνιών ή κοινοτήτων. Μόνο μετά

το 1822, που ξεκινά η Επιστημονική περίοδος για την Ψυχιατρική, άρχισαν οι μελέτες για να βρεθούν οι λύσεις του δύσκολου αυτού ιατρικού και κοινωνικού προβλήματος, δηλαδή του ψυχικά άρρωστου και να κωδικοποιούνται πάνω σε μια αντικειμενική, γενικά παραδεκτή βάση.<sup>3</sup>

## **1.4 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ;**

Η νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι η ειδικότητα της Νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στη γρήγορη αποκατάστασή τους και προάγει την ευημερία συνολικά του πληθυσμού.

### **Αποστολή**

Η προσφορά ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες υπηρεσίες:

- U** γρήγορη θεραπεία
- U** μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας
- U** ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
- U** προαγωγή της ευημερίας των ατόμων και
- U** βελτίωση της δημόσιας υγείας

### **Σκοπός**

Η συνεχής βελτίωση του επιπέδου ψυχικής υγείας και ευημερίας των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.

### **Στόχοι**

- U** προαγωγή της ψυχικής υγείας
- U** πρόληψη της ψυχικής ασθένειας
- U** προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.<sup>4</sup>

## 1.5 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- ∅ κατ'οίκον επισκέψεις
- ∅ καθημερινή διαχείριση σχεδίων φροντίδας και άλλων εξειδικευμένων προγραμμάτων στην κοινότητα
- ∅ συμμετοχή σε συνεταιριστικά προγράμματα
- ∅ παρεμβάσεις σε κρίσεις
- ∅ εξειδικευμένες παρεμβάσεις σε εξωτερικά ιατρεία, συμβουλευτικά κέντρα, σε ΑΥΚ και στέγες
- ∅ συνεργασία με ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ∅ συνεργασία με κυβερνητικές υπηρεσίες και μη κυβερνητικές υπηρεσίες
- ∅ συνεργασία με ομάδες ενδονοσοκομειακών δομών
- ∅ επικοινωνία με ιδιώτες ψυχίατρους
- ∅ διασυνδετική/συμβουλευτική εργασία<sup>4</sup>





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

## **ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ**

## 2.1 ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ

Ένα πρόβλημα της Ψυχιατρικής, το οποίο είχε καίρια σημασία για το σύνολό της είναι το τι πρέπει να χαρακτηρίζεται σαν φυσιολογικό και τι σαν παθολογικό. Το ερώτημα αυτό, το οποίο είναι δύσκολο να απαντηθεί ακόμη και για την υπόλοιπη (σωματοκεντρική) ιατρική, γίνεται σχεδόν αναπάντητο στο πεδίο της Ψυχιατρικής.

Για να δείξουμε ανάγλυφα την αντιφατικότητα και το άμορφο των κυριότερων απόψεων που επικρατούν επί του παρόντος, θα αναφέρουμε δύο ακραίες απόψεις, επί του θέματος (παραλείποντας τις απειράριθμες άλλες, τις πιο “εκλεκτικές” και μετριοπαθείς): με τους πρώτους δεν υπάρχει κανένας φυσιολογικός (ψυχολογικά) άνθρωπος και συνεπώς όλοι είναι λίγο ή πολύ ψυχικά άρρωστοι, ενώ κατά τους άλλους, δεν υπάρχει η ψυχική ασθένεια και επομένως ακόμη και οι φανερά ψυχασθενείς δεν αποτελούν παρά “διαβαθμίσεις του φυσιολογικού” από την επήρρεια stress, και άλλων καταστάσεων.

Χωρίς να μπορούμε να επιμείνουμε πάνω σε αυτό το πρόβλημα, το οποίο έχει πολύ ενδιαφέρον και αποφασιστική σημασία για όλο το “εποικοδόμημα” της Ψυχιατρικής, θα αναφέρουμε τα 5 “είδη” ψυχικής φυσιολογικότητας κατά τον Maeder:

- Το ιδανικά φυσιολογικό, το οποίο, κατά το Freud, είναι και ανύπαρκτο και υπάρχει μόνο στο νού μας σαν χρήσιμη αφαίρεση.
- Το ηθικά φυσιολογικό. Είναι εκείνη η όψη της φυσιολογικότητας, η οποία γίνεται αποδεκτή από την οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο και το σύστημα των αξιών που επικρατεί. Συχνά βέβαια, διαφέρει από το επιστημονικά (ψυχιατρικά) φυσιολογικό.
- Το στατιστικά φυσιολογικό.” Βαπτίζεται” σαν φυσιολογικό αυτό που κάνει (ή πρεσβεύει) η πλειονότητα μιας ομάδας, μεγάλης ή μικρής. (Κατά αυτή την άποψη ήταν σωστός ο χαρακτηρισμός των αθώνων υστερικών γυναικών του μεσαίωνα σαν μάγισσες, αφού πίστευε κάτι το σύνολο).
- Το κλινικά (ιατρικά) φυσιολογικό. Αποτελείται από την απουσία φανερών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, αποτελεί δε και το πρακτικά φυσιολογικό, όπως τονίζει μια “λογική” κατάσταση της ψυχικής υγείας κι όχι μια “άριστη”.
- Το κοινωνικά φυσιολογικό, το οποίο είναι αυτό που ακολουθεί τις κοινωνικές απαιτήσεις, που επικρατούν κάθε φορά. Φυσικά, το “είδος” αυτό της φυσιολογικότητας διαφέρει από κοινωνία

σε κοινωνία. Οι αντιλήψεις μας για το φυσιολογικό, οι οποίες πηγάζουν από την πατροκεντρική, "αποκτητική" συναγωνιστική κοινωνία του 1972 δεν ανταποκρίνονται με κανένα τρόπο προς το φυσιολογικό άλλων τύπων κοινωνιών (μητριαρχικών, κοινοβιακών).<sup>3</sup>

## 2.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Κατά την εξέταση ενός ψυχιατρικού ασθενή, ο ψυχίατρος πρέπει να κάνει, την εξέταση των ψυχικών λειτουργιών του, γιατί οι τυχόν διαταραχές τους θα αποτελέσουν την κύρια βάση της διάγνωσης του. Η εξέτασή τους μπορεί να ακολουθήσει την εξής σειρά:

- Νοημοσύνη
- Προσανατολισμός
- Προσοχή
- Αντίληψη
- Συνειρμός
- Σκέψη
- Κρίση
- Μνήμη
- Συναίσθημα
- Φαντασία
- Βούληση

Ο διαχωρισμός του συνόλου των εκδηλώσεων της προσωπικότητας του ασθενή στις παραπάνω κατηγορίες έχει μόνο διδακτική και περιγραφική σκοπιμότητα, ενώ στην πραγματική εξέταση ο ψυχίατρος πρέπει να μην κατακερματίζει τη σημειολογία, εφόσον ενδιαφέρεται να μελετήσει τον ασθενή στο σύνολο των σχέσεών του με τον εαυτό του και με το περιβάλλον του, δεδομένου ότι η συμπεριφορά του ασθενή αποτελεί μια συνθετική εκδήλωση του συνόλου των ψυχικών λειτουργιών του.

Άλλωστε, όπως είναι κατανοητό, οι περισσότερες λειτουργίες από τις παραπάνω δεν είναι ανεξάρτητες, αλλά, αντίθετα, έχουν στενή σχέση μεταξύ τους (για παράδειγμα, η μνήμη είναι συνάρτηση της προσοχής, η προσοχή του προσανατολισμού, η σκέψη του συνειρμού, η βούληση

του συναισθήματος).<sup>3</sup>

## **2.3ΕΙΔΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ**

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές συνθήκες που αναγνωρίζονται ως ψυχικές ασθένειες. Οι πιο κοινοί τύποι περιλαμβάνουν:

### **2.3.1 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ**

Οι νευρώσεις αποτελούν την αρρώστια εκείνη που περισσότερο από κάθε άλλη σωματική ή ψυχική για τις απουσίες του εργατικού προσωπικού από τη δουλειά του σε όλο τον κόσμο.

Τα όριά τους δεν είναι με σαφήνεια διαχωρισμένα και πολλές φορές δημιουργούν εικόνες που είναι δυνατό να συγχυθούν διαφοροδιαγνωστικά τόσο από τις προσωρινές περιστασιακές διαταραχές της προσωπικότητας, όσο και από ψυχωσικές καταστάσεις

Ο όρος νεύρωση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1776 από τον Gallandί για τον άνθρωπο που τον χαρακτηρίζουμε σήμερα σαν άνθρωπο με τεντωμένα νεύρα. Σε ένα μεταγενέστερο στάδιο η νεύρωση συνδέθηκε με τις ψυχικές εκείνες διαταραχές που μπορούν να διορθωθούν ή και να εξαλειφθούν με την υποβολή ή αυθυποβολή.

Στο τέλος, για παράδειγμα, του περασμένου συνήθιζαν να συμβουλεύουν τους “νευρωτικούς” αρρώστους να βλέπονται στον καθρέφτη το πρωί και να λένε στον εαυτό τους ότι δεν έχουν τίποτα. Σήμερα, νεύρωση είναι συνδεδεμένη με το παθολογικό άγχος σε τέτοιο βαθμό ώστε πολλοί να πιστεύουν ότι παθολογικό άγχος και νεύρωση είναι το ίδιο πράγμα.

Η νεύρωση, όμως, εκτός από το άγχος έχει πολλές άλλες εκδηλώσεις, είναι μια αντίδραση της προσωπικότητας που δημιουργεί στο άτομο τεράστιες δυσκολίες προσαρμογής σε διάφορα προβλήματα της ζωής και ιδιαίτερα σε τρεις βασικούς τομείς, δηλαδή τον σεξουαλικό, τον οικονομικό και τον επαγγελματικό τομέα της ζωής και γενικότερα στις σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Στις νευρώσεις υπάγονται:

- Αγχώδης Νεύρωση
- Υστερική Νεύρωση
- Ιδιοψυχαναγκαστική Νεύρωση

- Νευρωτική Κατάθλιψη
- Φοβική Νεύρωση
- Ιδιαίτερες μορφές Νευρώσεων<sup>3</sup>

### 2.3.2 ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από πλήρη σχεδόν (παροδική ή μόνιμη) αποδιοργάνωση του Εγώ, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ολοκληρωτική αποσύνθεσή του.

Ο ψυχωσικός "ζει με τη νόσο του" αισθάνεται και είναι ξένος με τον εαυτό του και το περιβάλλον του, έχει χάσει την ικανότητα εκτίμησης της πραγματικότητας, δεν έχει συναίσθηση της κατάστασης του, δεν πηγαίνει στο γιατρό, αλλά τον οδηγούν σε αυτόν οι συγγενείς του.

Στις ψυχώσεις υπάγονται:

1. Σχιζοφρένεια
2. Μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις: α.μανία, β.μελαγχολία

Υποστροφικές ψυχώσεις (ψυχώσεις ενέλιξης)

3. Παράνοια: Παραφρένεια, Ψυχωσικές αντιδράσεις, Εξωτικές ψυχώσεις, Σπάνια Σύνδρομα<sup>3</sup>

### 2.3.3 ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

Είναι ασθένειες που η κλινική τους εικόνα περιλαμβάνει διαταραχές της συμπεριφοράς που συνδέονται με την ύπαρξη ενός οργανικού υποστρώματος στον εγκέφαλο. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς γενικά που συνδέονται με βλάβη ή λειτουργική διαταραχή του εγκεφάλου υπάγονται στη μεγάλη κατηγορία των ασθενειών που είναι γνωστές σαν οργανικά ψυχοσύνδρομα, τα οποία και έχουν τεράστιο ενδιαφέρον όχι μόνο για τον ειδικό αλλά και για το γενικό γιατρό.

Τα αίτια μπορεί να ταξινομηθούν γενικά σε ενδογενή ή εξωγενή και σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή, και επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Σε ότι αφορά στην πορεία, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα διακρίνονται σε οξέα και χρόνια. Σε ότι αφορά την εξέλιξη σε ανατάξιμα και μη. Τα αίτια είναι πάρα πολλά δεδομένου ότι κάθε αίτιο που θίγει οργανικά ή λειτουργικά το ΚΝΣ είναι πρόξενος Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου.<sup>3</sup>

## 2.3.4 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Με τον όρο ψυχοσωματικές παθήσεις εννοούμε τις παθήσεις της γενικής παθολογίας (που αφορούν όλες τις ιατρικές ειδικότητες) οι οποίες οφείλονται εξ ολοκλήρου ή εν μέρη σε ψυχολογικούς παράγοντες συνειδητούς ή ασυνείδητους.

Οι ψυχοσωματικές ασθένειες ταξινομούνται ως εξής:

I Οργανονευρώσεις ή νευροφυτικές ή σπλαχνοφυτικές διαταραχές. Οφείλονται σε πρόσφατο ψυχοτραυματισμό ή συναισθηματική κούραση, οξεία ή χρόνια.

I Ψυχοσωματικές διαταραχές (ψυχογενής ανορεξία, πολυφαγία)

I Σωματοψυχικές διαταραχές, δηλαδή παθήσεις που έχουν αντίκτυπο στον ψυχισμό, όπως είναι ο ακρωτηριασμός, οι παραμορφώσεις του προσώπου.

Για να αποκτήσουμε μια ενδεικτική εικόνα για το πόσο διαδεδομένες είναι οι ψυχοσωματικές παθήσεις ας δούμε ποιες περιοχές της υγείας μας καλύπτουν σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, η οποία κατατάσσει τα φαινόμενα αυτά στις δέκα παρακάτω κατηγορίες:

•**Δερματικά:** νευροδερματίτιδα, αλλεργική δερματίτιδα, έκζεμα, τριχόπτωση κ.ά.

•**Μυοσκελετικά:** πόνοι στη μέση, κράμπες, νευρόπονοι, πονοκέφαλοι από υπέρταση, ρευματοειδής αρθρίτιδα.

•**Αναπνευστικά:** άσθμα, υποτροπιάζουσα βρογχίτιδα.

•**Κυκλοφορικά:** υπέρταση, ταχυκαρδία, άλλες καρδιακές παθήσεις όπως αρρυθμία ή στένωση στεφανιαίων, ημικρανίες.

•**Αιματολογικά:** διαταραχές στο αίμα όπως αύξηση πηκτικότητας και διαταραχές στο λεμφικό σύστημα.

•**Γαστρεντερικά:** έλκος, γαστρίτιδα, σπαστική κολίτιδα κ.ά.

•**Γεννητουρικά:** διαταραχές στον κύκλο της περιόδου, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ψυχοσεξουαλικές διαταραχές κ.ά.

•**Ενδοκρινικά:** υπερθυρεοειδισμός, ψυχογενής βραχυσωμία, ζαχαρώδης διαβήτης κ.ά.

•**Διαταραχές αισθητηρίων οργάνων:** ψυχογενής πόνος κ.ά.

•**Διαταραχές νευρικού συστήματος:** στις οποίες ο συναισθηματικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο, όπως σκλήρυνση κατά πλάκας.<sup>5</sup>

### **2.3.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Οι διαταραχές της προσωπικότητας μπορούν να προκύψουν από:

α) από ένα λάθος στο βιολογικό υπόβαθρο, που μπορούν να εκδηλώνονται με ανατομικές, βιοχημικές, νευροφυσιολογικές αποκαλύψιμες διαταραχές ή χωρίς διαταραχές που δεν μπορούμε να τις αποκαλύψουμε επί του παρόντος, και β) από δυσκολία μάθησης, αξιοποίησης αυτού που μαθεύτηκε και δυσκολία προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να αφορούν μόνο την ψυχική σφαίρα, μπορεί όμως να εκδηλώνονται και με άλλα οργανικά συμπτώματα. Διαταραχές της προσωπικότητας μπορεί να υπάρχουν σε άτομα φυσιολογικά κάτω από ορισμένα stress. Εκείνο που έχει σημασία για το χαρακτηρισμό μιας διαταραχής σαν παθολογικής, είναι η μονιμότητα και η συχνότητα κάτω από την οποία επαναλαμβάνεται. Οι παθολογικές διαταραχές της προσωπικότητας συμβαίνουν κατά τη συνθεσή της, διαταράσσουν τις ρίζες της και εκφράζονται με ειδικές κλινικές εικόνες.<sup>3</sup>

### **2.3.6 ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

- Διαταραχές του τύπου της προσωπικότητα
- Διαταραχές μεμονομένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητα
- Διαταραχή της προσωπικότητας στην κοινωνική προσαρμογή

- Διαταραχές της σεξουαλικής ζωής
- Προσωρινές περιστασιακές διαταραχές της προσωπικότητας των ενηλίκων.<sup>3</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΨΥΧΙΚΩΝ**

### **ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ**

### **3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι ψυχικές διαταραχές καθώς και οι διαταραχές συμπεριφοράς προσβάλλουν όχι συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά ανθρώπους όλων των περιοχών, χωρών και κοινωνιών, παρουσιάζονται και στα δύο φύλα σε όλες τις φάσεις της ζωής τους και είναι παρούσες σε αστικές και αγροτικές περιοχές . Η αντίληψη ότι εμφανίζονται περισσότερες ψυχικές διαταραχές στις βιομηχανικές περιοχές έναντι των αγροτικών, είναι λανθασμένη.

Διεθνείς μελέτες της τελευταίας δεκαετίας αναφέρουν ότι περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή (7% του συνολικού πληθυσμού). Εντούτοις, μόνο μια μικρή μειοψηφία λαμβάνει έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία . Ο αριθμός των πασχόντων είναι πιθανό να αυξηθεί στο μέλλον, λαμβάνοντας υπόψη τη γήρανση του πληθυσμού, τα επιδεινούμενα κοινωνικά προβλήματα, τη φτώχεια, την ανεργία, την οικονομική μετανάστευση και τη προσφυγιά .

Η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός, οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές κατατάσσονται μεταξύ των δέκα πρώτων αιτίων αναπηρίας . Σε έρευνα του ΠΟΥ (2004) σχετικά με τη διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ, διαπιστώθηκε ότι 1 στους 4 ασθενείς εμφανίζει τουλάχιστον μια ψυχολογική διαταραχή, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10. Οι διαταραχές με το μεγαλύτερο επιπολασμό ήταν οι καταθλιπτικές (12,5%) και ακολουθούσαν αγχώδεις (12%).

Στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα μελέτης (2004) έδειξαν ότι από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περί τα 750.000 άτομα. Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στη ΠΦΥ είναι αυξανόμενη, με τις αγχώδεις διαταραχές να εμφανίζονται ως και στο 25% του πληθυσμού . Σημαντικό στοιχείο των αποτελεσμάτων της πλειοψηφίας

των μελετών είναι ότι η αναγνώριση των συνηθών ψυχικών διαταραχών από τους ιατρούς της ΠΦΥ ήταν καλύτερη στις χώρες με καλά αναπτυγμένο σύστημα ΠΦΥ.<sup>6</sup>

### **3.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Εξετάζοντας την ελληνική πραγματικότητα στο χώρο της υγείας ανακαλύπτει κανείς αντιφατικά χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τις αρνητικές δημογραφικές εξελίξεις, οι δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού διατηρούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα, γεγονός που δεν αποδίδεται στην υψηλή πολιτική προτεραιότητα, τον αποτελεσματικό συντονισμό δράσης ή την εποικοδομητική κοινωνική συμμετοχή, αλλά σχετίζεται κυρίως με παράγοντες όπως οι συνθήκες διαβίωσης και διατροφής του παρελθόντος. Ιστορικές, πολιτισμικές και πολιτικές αιτίες συνέβαλλαν στην Ελλάδα για την καθυστερημένη αναγνώριση του αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και για την αργή διαδικασία ενσωμάτωσης της πολιτικής υγείας στη συλλογική κρατική κοινωνική ευθύνη .

Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, αποτέλεσε το ορόσημο τόσο για την πολιτική υγείας, όσο και για την κοινωνική πολιτική στη χώρα . Οι νομοθετικές ρυθμίσεις περιελάμβαναν την αποκέντρωση και την εισαγωγή ενός ενιαίου λειτουργικού πλαισίου ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, την αναμόρφωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και συνοδεύτηκε από τάσεις διεύρυνσης των δαπανών υγείας, με κάθετη αναδιανομή των πόρων στην κατεύθυνση της κοινωνικής δικαιοσύνης .

Τις δεκαετίες του '80 και '90, υπό το πρίσμα μεγάλων επιδημιολογικών μελετών σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αναδείχθηκε η πραγματική διάσταση του προβλήματος και σταθερά άρχισε να μετατοπίζεται το κέντρο βάρους της αντιμετώπισης από το νοσοκομείο και το άσυλο στην κοινότητα.<sup>6</sup>

### **3.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

#### **ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

Η Ιδρυματική ψυχιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εξέλιξής της αποδείχθηκε ότι επιφέρει αντιθεραπευτικά αποτελέσματα στη κατάσταση των ψυχικά ασθενών. Ειδικότερα, το ψυχιατρείο φάνηκε να σχετίζεται με στίγμα για τους ασθενείς, απόσυρση από τους κοινωνικούς τους ρόλους, περιορισμό των κοινωνικών τους προσδοκιών, ρήξη των οικογενειακών τους δεσμών, ρήξη με το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξής τους, εξάρτηση και αποπροσωπιοποίηση. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κίνημα υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων διευρύνθηκε και εστίασε την προσοχή στις σοβαρές καταπατήσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Η έρευνα έδειξε ότι τα ψυχιατρικά άσυλα είχαν πενιχρά αποτελέσματα από θεραπευτική άποψη και ότι μερικές φορές επιδεινώναν την ψυχική αναπηρία. Προοδευτικά, γινόταν συνείδηση διεθνώς, ότι σε πολλά άσυλα υπήρχαν κακές συνθήκες διαβίωσης, καθώς και ανεπαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα, και ότι οι κυβερνήσεις όφειλαν να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Σαν αντιστάθμισμα στις αποτυχημένες πρακτικές του ψυχιατρείου επιχειρείται η διάσπαση και αποκέντρωση των λειτουργιών του σε υπηρεσίες φροντίδας των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα.

Η ΠΦΥ παίζει καθοριστικό ρόλο στην προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και συνδέεται άμεσα με αυτή. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής .

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Ταυτόχρονα, αναδύεται η Κοινωνική Ψυχιατρική, ως διεπιστημονική προσέγγιση του ανθρώπου, στοχεύοντας τόσο στην έρευνα, όσο και την παροχή κοινοτικών θεραπευτικών υπηρεσιών, που συνιστούν την Κοινοτική Ψυχιατρική. Η Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών σε

ασθενείς εντός της κοινότητας, χωρίς να τους απομακρύνει από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας. Υποστηρίζει τη δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών φροντίδας και προωθεί την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, η οποία προωθεί τα άτομα με έκπτωση της λειτουργικότητάς τους, λόγω μιας ψυχονοητικής διαταραχής, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Περιλαμβάνει τη διαρκή βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων και της λειτουργικότητας των ατόμων αυτών, ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων τους, διασφάλιση της ποιότητας ζωής, της ποιότητας στη φροντίδα και της αυτόνομης διαβίωσής τους στην κοινότητα. Ορισμένες χώρες υιοθέτησαν μια μετάβαση σημαντικής κλίμακας, από συστήματα βασισμένα σε νοσοκομειακές μονάδες σε συστήματα βασισμένα στην κοινότητα, πράγμα που οδήγησε σε σοβαρή μείωση του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρεία, και, σε μερικές περιπτώσεις, το κλείσιμό τους.

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση του 1978 στην Ιταλία είναι γλαφυρό παράδειγμα αυτής της τάσης: έκλεισαν τα ψυχιατρεία και αντικαταστάθηκαν από μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας, οι οποίες προσέφεραν ψυχιατρική φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αντιμετώπιζαν θεραπευτικά τα οξέα επεισόδια.

Άρχισαν προγράμματα προστατευόμενης στέγασης και εργασίας, ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν περισσότερες ευκαιρίες ένταξης στην κοινότητα. Οι ακόλουθες πόλεις, μεταξύ άλλων σε όλο τον κόσμο, έχουν οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας: η Μελβούρνη στην Αυστραλία, το Santos και το Rio Grandedo Sol στη Βραζιλία, η Λίλλη στη Γαλλία, η Siauliai στη Λιθουανία, η Αστούρια και η Μαδρίτη στην Ισπανία, και το Λονδίνο και το Μπίρνμινχαμ στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες, ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύτηκε, δυστυχώς, από την ανάπτυξη κατάλληλων κοινοτικών υπηρεσιών. Υπήρχε η λανθασμένη εντύπωση, ότι οι

εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης στο κοινοτικό επίπεδο θα ήταν περισσότερο αποδοτικές οικονομικά και ότι οι κυβερνήσεις θα είχαν τη δυνατότητα να διαμοιράσουν το κόστος θεραπείας σε άλλους εμπλεκόμενους. Ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύεται από επαρκή χρηματοδότηση και έμπυχο υλικό, ώστε να δημιουργηθούν οι εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες. Πρόσφατες αναφορές από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ δείχνουν,ότι οι υπηρεσίες είναι αποδιοργανωμένες λόγω περιορισμένου προϋπολογισμού και σύγχυσης των κυρίως εμπλεκόμενων, ως προς το ποιος ευθύνεται για την χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο.<sup>6</sup>

### **3.4 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ΠΦΥ είναι ο ιδανικός χώρος για την ταυτόχρονη παροχή γενικών ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται απαραίτητη στις περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία η οποία οδήγησε δευτερογενώς σε σωματική παθολογία, σε ασθενείς με εμφανή σωματικού τύπου συμπτωματολογία, η οποία όμως μπορεί να υποκρύπτει στη βάση της ψυχολογικά αίτια (και σε ασθενείς με αμιγώς σωματική παθολογία, της οποίας όμως η ένταση, η κατάληξη ή τα συμπτώματα, καθιστούν απαραίτητη τη συμβολή του ειδικού ψυχικής υγείας προκειμένου να υποστηριχθεί το πάσχον άτομο . Η κλινική εμπειρία διδάσκει ότι τόσο η αποδοχή των ψυχολογικών διαταραχών όσο και η αναζήτηση θεραπείας στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας μειώνουν το στίγμα της ψυχιατρικής νόσου, σε αντίθεση με το ψυχιατρείο . Η πρώιμη εκτίμηση και αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η αγωγή κοινότητας, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για να είναι ομαλή η μετάβαση του πάσχοντος, έτσι ώστε από την πρωτοβάθμια φροντίδα, να μπορεί στη συνέχεια να γίνει χρήστης των λοιπών υπηρεσιών ψυχικής υγείας .

Σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος πλεονεκτεί λόγω της προσιτότητάς του, της έγκαιρης διάκρισης ασυνήθιστων συμπεριφορών και πρόληψής τους και της δυνατότητας συνεχούς παρακολούθησης και υποκίνησης του οικείου περιβάλλοντος του ασθενή για βοήθεια . Το δίκτυο αυτό των δομών Ψυχικής Υγείας απαιτεί, εκτός της κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής, ένα πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών (ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδαγωγοί και άλλοι), αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή . Η τελευταία αυτή αναγκαιότητα επιβάλλει σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκπαίδευση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας καθώς και τις μεθόδους και τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας. Προϋποθέτει επίσης την στήριξη των τοπικών κοινωνιών και αρχών, την υπέρβαση του φόβου για την ψυχική ασθένεια που έχουν διαμορφώσει οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, προκειμένου σταδιακά να εξαλειφθεί το κοινωνικό στίγμα για τον ψυχικά ασθενή και την οικογένειά του.<sup>6</sup>

### **3.5 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας και, εκτός των άλλων, παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, καθώς και συνεχούς φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα. Στην Ελλάδα οι μελέτες του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως αστικά περιβάλλοντα. Παλαιότερες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 16% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ οι γυναίκες, οι χήροι και τα άτομα χαμηλού κοινωνικο- οικονομικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας.

Σε έρευνα στο γενικό πληθυσμό, στο πλαίσιο πολυκεντρικής μελέτης από συνεργαζόμενο κέντρο του ΠΟΥ, σε δείγμα 50.000 ατόμων, βρέθηκε ότι το 29% έπασχε από τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή . Το 1997, το δεκαετές σχέδιο «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», πραγματοποιείται σε δύο φάσεις και

περιλαμβάνει δύο κατηγορίες δράσης: παρέμβαση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Δημιουργήθηκαν 55 δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αναπτύχθηκαν εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, μερικώς χρηματοδοτούμενο από το Ευρωπαϊκό Κοινό Ταμείο και στη συνέχεια από το Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο. Ο βασικός νόμος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ο 2716/1999 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», που αφορά την ανάπτυξη δομών που θα παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΦΕΚ 96 τ.Α/1999). Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη ΠΦΥ στην Ελλάδα, προβλέπει: 1. Κλείσιμο πέντε (5) Ψυχιατρικών Νοσοκομείων από το σύνολο των εννέα (9) που έχει η χώρα και διασπορά των υπηρεσιών τους σε Γενικά Νοσοκομεία και την κοινότητα. 2. Περιορισμός του αριθμού κλινών στα τέσσερα (4) εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία περίπου στο 50% της αρχικής τους δύναμης.

Η ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, που ουσιαστικά συνδέεται με την ΠΦΥ, προβλέπει λειτουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης), που έχουν ως στόχο την κάλυψη των σχετικών αναγκών σε τοπικό επίπεδο, καθιστώντας τα άτομα που πάσχουν ενεργά μέλη των οικογενειών και των κοινοτήτων στις οποίες ανήκουν. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν βασικές μονάδες στήριξης της εξωνοσοκομειακής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Με κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 661/2000), καθορίζονται οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και διακρίνονται σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα. Σημαντική καινοτομία αποτελεί η ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα Κέντρα Υγείας. Με υπουργική απόφαση το 2007 προβλέπεται η λειτουργία δομών ψυχικής υγείας ή κινητών μονάδων ψυχικής υγείας σε έξι (6) Κέντρα Υγείας και σε δύο (2) Γενικά Νοσοκομεία της Πελοποννήσου. Ακολούθως, υπουργικές αποφάσεις (2008-2010) προβλέπουν την επέκταση της λειτουργίας ανάλογων δομών σε αρκετά Κέντρα Υγείας και Γενικά Νοσοκομεία ανά τη χώρα, αλλά οι ελλείψεις είναι πολλές και υποτυπώδης η κάλυψη των αναγκών των ασθενών στην κοινότητα. Η ευρεία λειτουργία της ΠΦΥ χωλαίνει λόγω της αδυναμίας εφαρμογής της νομοθεσίας, της απουσίας υλικοτεχνικής υποδομής και της υποστελέχωσης των δομών με το κατάλληλο διεπιστημονικό προσωπικό.



### 3.6 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΕΝΝΕΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1 Αυτονομία (autonomy) είναι “το χαρακτηριστικό ενός ασθενούς που συνίσταται στην ικανότητά του να πραγματοποιεί ανεξάρτητες αποφάσεις και επιλογές παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων ή αναπηριών”. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να στοχεύουν στην προαγωγή της αυτονομίας με την παροχή αποτελεσματικής θεραπείας και φροντίδας.

2 Αποτελεσματικότητα (effectiveness) στο επίπεδο του ασθενούς είναι “τα αποδεδειγμένα, σκόπιμα οφέλη των θεραπειών που παρέχονται σε πραγματικές καταστάσεις”. Σε τοπικό επίπεδο, πρόκειται για “ τα αποδεδειγμένα, σκόπιμα οφέλη των υπηρεσιών που παρέχονται σε πραγματικές καταστάσεις”.

3 Προσβασιμότητα (accessibility) είναι “ένα χαρακτηριστικό των υπηρεσιών, το οποίο βιώνουν οι χρήστες και οι φροντιστές τους και το οποίο τους παρέχει τη δυνατότητα να λαμβάνουν φροντίδα όπου και όποτε την χρειάζονται”.

4 Περιεκτικότητα (comprehensiveness) είναι “ένα χαρακτηριστικό των υπηρεσιών με δυο διαστάσεις. Με τον όρο οριζόντια περιεκτικότητα εννοούμε το πόσο μακριά εκτείνεται μια υπηρεσία σε όλο το φάσμα βαρύτητας των ψυχικών νοσημάτων, καθώς και σε ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών των ασθενών. Με τον όρο κάθετη περιεκτικότητα εννοούμε τη διαθεσιμότητα βασικών στοιχείων της περίθαλψης και τη χρησιμοποίησή τους από τις ομάδες των ασθενών που βρίσκονται σε προτεραιότητα.

5 Αμεροληψία (equity) είναι “η δίκαιη κατανομή των πόρων”. Η λογική που εφαρμόζεται στη διάταξη ανταγωνιστικών αναγκών σε σειρά προτεραιότητας, καθώς και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της κατανομής των πόρων θα πρέπει να καθορίζονται με σαφήνεια.

6 Ανταποδοτικότητα (accountability) είναι “μια λειτουργία που αναφέρεται στις σύνθετες, δυναμικές σχέσεις ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και το ευρύτερο κοινό, οι οποίοι και έχουν θεμιτές προσδοκίες για το πως θα πρέπει να λειτουργεί μια υπηρεσία με υπεύθυνο τρόπο”.

**7** Συντονισμός (co – ordination) είναι “ένα χαρακτηριστικό των υπηρεσιών που εκδηλώνεται με το σχεδιασμό και την εφαρμογή ομοιογενών θεραπευτικών πλάνων για τον κάθε ασθενή. Κάθε θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να έχει σαφείς στόχους και να περιλαμβάνει παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες και αποτελεσματικές – τίποτα περισσότερο και τίποτα λιγότερο. Ο συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών (cross – sectional co – ordination) είναι ο συντονισμός πληροφοριών και υπηρεσιών σε μια συγκεκριμένη φάση περίθαλψης (τόσο μέσα στην ίδια υπηρεσία όσο και μεταξύ των υπηρεσιών), σε αντίθεση με το διαμήκη συντονισμό (longitudinal co – ordination), ο οποίος αναφέρεται στις επιμέρους σχέσεις μεταξύ των μελών του ανθρώπου δυναμικού και μεταξύ των μελών του ανθρώπινου δυναμικού και μεταξύ των διαφόρων φορέων στη διάρκεια μιας μεγαλύτερης περιόδου θεραπείας, η οποία συνήθως περιλαμβάνει αρκετές φάσεις”.

**8** Επάρκεια (efficiency) είναι “ένα χαρακτηριστικό των υπηρεσιών, το οποίο ελαχιστοποιεί τους πόρους που απαιτούνται για να επιτευχθεί ένα δεδομένο επίπεδο αποτελεσμάτων ή μεγιστοποιεί τα αποτελέσματα για ένα δεδομένα επίπεδο πόρων”.<sup>7</sup>

### **3.7 ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΣΤΗ ΠΦΥ**

Παρόλο που η ΠΦΥ είναι ο κατάλληλος τομέας για την πρόληψη και διαχείριση της ψυχικής νόσου, η υπάρχουσα κατάσταση δεν είναι ιδανική: απουσιάζουν οι δομές, τα στελέχη, οι στρατηγικοί στόχοι, οι ορίζοντες, η έμπνευση. Ελάχιστα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ολιγάριθμες οι Κινητές Μονάδες, ανύπαρκτο το Δίκτυο Κοινοτικών Υπηρεσιών, υπό σχεδιασμό ακόμη η Τομεοποίηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στην πράξη η ΠΦΥ Ψυχικής Υγείας ασκείται από τους ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων και τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων. Από την άλλη, τα Κέντρα Υγείας έχουν αξιοποιηθεί σε ελάχιστο βαθμό στο συγκεκριμένο τομέα. Οι ελλείψεις σε προσωπικό έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω επιβάρυνση των υπολοίπων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τους οποίους οδηγεί σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out).

Η ανάγκη για ανάπτυξη των κτιριακών υποδομών αλλά και συντήρηση των κτιρίων, όπου στεγάζονται οι φορείς, η απουσία ομαλής χρηματοδότησης από το Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η απουσία εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας των Δομών, η απουσία μηχανισμού αξιολόγησης για τη διασφάλιση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στην παροχή υπηρεσιών, η ανυπαρξία πλαισίου συνεργασίας των φορέων με σκοπό την ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας για θέματα που αφορούν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελούν τα βασικότερα προβλήματα της πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ΠΦΥ γενικότερα αλλά και ειδικότερα στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν είναι επαρκώς αναπτυγμένη. Κατά συνέπεια υπάρχει μεγάλο πεδίο δράσης για ανάπτυξη υπηρεσιών και μοντέλων φροντίδας που θα καλύπτουν τις απαιτήσεις των πολιτών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, για την επιτυχή εφαρμογή της ΠΦΥ στην Ψυχική Υγεία, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στο βιο- ψυχο- κοινωνικό μοντέλο υγείας και στην οργάνωση και προώθηση πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και επαρκούς εκπαίδευσης στον τομέα της ψυχιατρικής φροντίδας. Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών εγχειριδίων και ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων για την πρόωμη ανίχνευση των συμπτωμάτων.

Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν στη στάση της ομάδας ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η ψυχική υγεία και ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές και ότι οι ανάγκες του ασθενή δεν καλύπτονται μόνο με την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, αλλά χρειάζεται επίσης φροντίδα για την κάλυψη αναγκών διαβίωσης, επανεκπαίδευση για την επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή και εκπαίδευση για την επαγγελματική του αποκατάσταση .

Χρήσιμη θα είναι η εφαρμογή της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής (Liaison Psychiatry) στην ΠΦΥ και η ανάπτυξη σχετικών μοντέλων, τα οποία έχουν το πλεονέκτημα να συνεισφέρουν στη φροντίδα των ασθενών που δεν εξετάζονται από ειδικούς αλλά και στην ανάπτυξη της ομάδας ΠΦΥ . Κατάλληλη φαίνεται να είναι η ενσωμάτωση της Ιατρικής που

βασίζεται σε αποδείξεις (Evidence-Based Medicine (EBM)) στην διαχείριση της Ψυχικής νόσου στην ΠΦΥ. Πρέπει επίσης να σχεδιαστούν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) για τη διαχείριση της ψυχικής νόσου.

Η δημιουργία τακτικού ψυχιατρικού ιατρείου στα Κέντρα Υγείας, με επισκέπτες ψυχιάτρους από την πλησιέστερη δομή ψυχικής υγείας, η λειτουργία κινητών μονάδων ψυχικής υγείας για κάλυψη των απομακρυσμένων αγροτικών περιοχών και η δημιουργία οργανικών θέσεων ψυχολόγων και λοιπών επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα Κέντρα Υγείας αποτελούν πρακτικές παρεμβάσεις.

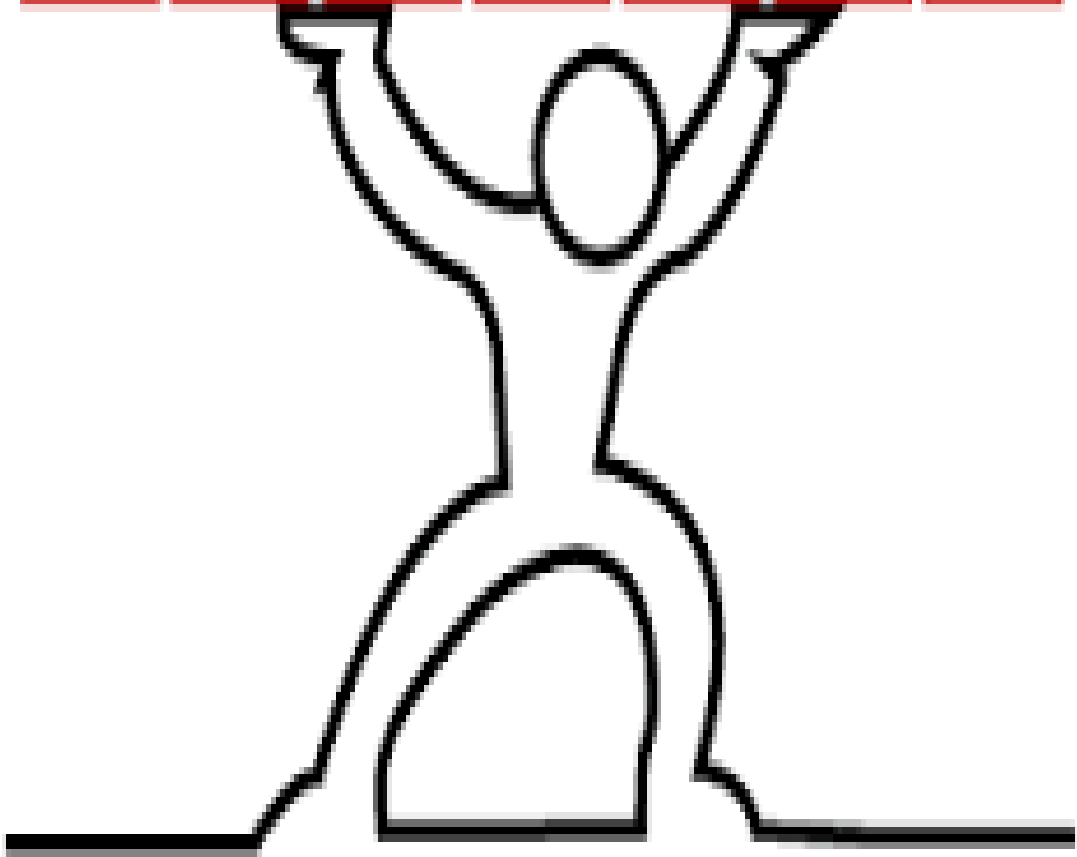
Η ενσωμάτωση της πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών στην ΠΦΥ και την πρόληψη και φροντίδα της ψυχικής νόσου, η διάδοση και επέκταση του ρόλου των τηλεφωνικών γραμμών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ο συντονισμός και η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων στη διαχείριση και προαγωγή της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, η συνεργασία των δομών υγείας με την τοπική αυτοδιοίκηση, τους πολιτιστικούς φορείς και τα τοπικά ΜΜΕ, με ομαλή χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας, με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας είναι παρεμβάσεις ζωτικής σημασίας.

Η οργάνωση, ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός όλων των ενεργειών με συγκεκριμένα βήματα, ώστε οι πολίτες να απολαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μέσα στην κοινότητά τους και η συνεχής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα με το μικρότερο κόστος, θα δώσουν τη λύση στα προβλήματα της ανάπτυξης και εφαρμογής της ΠΦΥ στην ψυχική υγεία.<sup>6</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ**

**BURNOUT**



## 4.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ «ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ»

Ο όρος «επαγγελματίας φροντιστής» ή «οικογενειακός φροντιστής» αναφέρεται στο άτομο το οποίο παρέχει φροντίδα σε κάποιο άλλο, το οποίο είναι εξαρτώμενο από αυτό. Αν και δεν υπάρχει ένας ακριβής ορισμός της έννοιας «οικογενειακή φροντίδα» κατά γενική αποδοχή ο όρος αυτός περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας η οποία ξεπερνά τα όρια του συνηθισμένου, στις οικογενειακές σχέσεις. Τυπικά, η παροχή φροντίδας περιλαμβάνει την επένδυση χρόνου, ενέργειας και χρημάτων για μακρές χρονικές περιόδους. Περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες μπορεί να είναι δυσάρεστες, δύσκολες, κουραστικές και ψυχολογικά στρεσογόνες ή σωματικά εξαντλητικές . Οι Zarit και Edwards (1996) ορίζουν την παροχή φροντίδας ως «αλληλεπίδραση στην οποία ένα μέλος της οικογένειας βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση στις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί κανείς να ζήσει ανεξάρτητα».

Η φροντίδα έχει θεωρηθεί ως θεμελιώδης για την ανθρώπινη επιβίωση και είναι εξαιρετικά σημαντική για την ανθρώπινη ύπαρξη. Στη διαδικασία παροχής φροντίδας, οι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν πολλούς και διάφορους ρόλους απέναντι στο φροντιζόμενο άτομο και γίνονται οι προστάτες του ασθενούς, οι έμπιστοι φίλοι του, οι διαρκείς σύντροφοι, οι διαχειριστές της φροντίδας, οι σύμβουλοι, αναλαμβάνουν την ευθύνη λήψεως αποφάσεων για αυτούς, γίνονται οι παροχείς φροντίδας, αλλά μπορεί να γίνουν και εχθροί .<sup>2</sup>

## 4.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ–ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης, η φροντίδα των ασθενών μετατοπίστηκε στην οικογένεια, η οποία συμβάλλει πλέον στην εξέλιξη του ατόμου με ψυχικές διαταραχές (Τομαράς και συν,1990). Οι συγγενείς των ασθενών με ψυχικές διαταραχές βιώνουν αισθήματα απώλειας, θλίψης, ντροπής, ενοχής και θυμού και

παράλληλα βιώνουν το στιγματισμό και την κοινωνική απομόνωση. Η καθημερινότητά τους διαταράσσεται καθώς καλούνται να παρέχουν, με συνέπεια, την φροντίδα τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο (Sartorius, 1998).

Σύμφωνα με τους Schene et al (1998) και σε μελέτη που έγινε σε μέλη οικογενειών της Ολλανδίας που φροντίζουν ασθενείς με σχιζοφρένεια ή άλλη χρόνια ψυχική βρέθηκε ότι το 48% φροντίζει τους ασθενείς όταν η νόσος διαρκεί περισσότερο από δέκα έτη, ενώ όταν η διάρκεια της είναι τέσσερα έως δέκα έτη το ποσοστό είναι 40,4%. Το 71,3% των φροντιστών είναι γυναίκες, τα τρία τέταρτα είναι γονείς (80%), το 7,3% αδέρφια, το 9,2% σύντροφοι, το 1,3% τα παιδιά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, το 0,8% πρώην σύντροφοι και 0,4% έχουν άλλου είδους σχέση (Schene et al, 1998). Ο Winefield et al (1994) αναφέρει ότι η επιβάρυνση ήταν μεγαλύτερη στους συζύγους και στα ενήλικα παιδιά, με μέσο όρο 14,2 χρόνια από τη διάγνωση της νόσου (Winefield et al, 1994).

Οι Meijer et al (2004) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε πέντε Ευρωπαϊκές χώρες (Ολλανδία, Δανία, Ενωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιταλία), βρήκαν ότι η πλειοψηφία των προσώπων που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ήταν γυναίκες έγγαμες (60%), τα 2/4 γονείς (μητέρα / πατέρα), το 1/4 αδέρφια και το 1/4 σύζυγοι. Το 57% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έμνε μαζί με τους οικείους του (Meijer et al, 2004).<sup>6</sup>

### **4.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ**

Οι συγγενείς ψυχικά ασθενών αποτελούν ένα «αόρατο» υγειονομικό σύστημα λόγω της χρονιότητας των νόσων αυτών και της αναγκαιότητας για μακροχρόνια χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Η επιβάρυνση των φροντιστών ψυχικά ασθενών διακρίθηκε από τους Hoening και Hamilton, σε ένα αισθητό αντικειμενικό φορτίο (οικονομικό κόστος, μείωση αποδοτικότητας στην εργασία, διαταραχή οικογενειακής καθημερινότητας) και σε ένα υποκειμενικό φορτίο (αισθήματα απώλειας, ανησυχία, κατάθλιψη ή αμηχανία για το κοινωνικό γίγνεσθαι) (Roick et al, 2006).



Σε μελέτη του Ostman σε σχέση με την επιβάρυνση οικογενειών, βρέθηκαν διαφορές οι οποίες σχετίζονταν με τη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών. Όταν η παρεχόμενη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας ήταν ποιοτική, ο φροντιστής δεν επιβαρυνόταν ακόμη και αν ο ασθενής είχε επανειλημμένες εισαγωγές σε ψυχιατρείο, η δε υπηρεσία ψυχικής υγείας είχε θετική επιρροή στο περιβάλλον ώστε να μην υποφέρουν από την ψυχολογική πτυχή του στίγματος. Αυτό αντιστρεφόταν όταν οι συγγενείς προσεγγίζοντας τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, δεν ελάμβαναν την απαραίτητη προσοχή από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Ostman, 2004).<sup>6</sup>

#### **4.4 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

Η επιβάρυνση των μελών μιας οικογένειας από τη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος μέλους τους περιλαμβάνει όλα εκείνα τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας στην οικογένεια. Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης πρωτοεισήχθη από τους Grad & Sainsbury (1963) κατά την εξέταση της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όταν η οικογένεια άρχισε να γίνεται «το ίδρυμα επιλογής για τη φροντίδα αυτών των ασθενών» (Parker, 1993). Οι Hoening & Hamilton (1966) διευκρίνισαν την έννοια περισσότερο, εισηγούμενοι ότι οι δραστηριότητες χρειάζεται να διαχωριστούν από τα συναισθήματα και τις ιδιότητες της φροντίδας, δίνοντας έτσι την πρώτη διχοτόμηση της έννοιας, σε υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

Η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία, τα συναισθήματα του φροντιστή όσον αφορά την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούνται στο άτομο. Οι Zarit & συν. (1980) θεωρούν την επιβάρυνση ως προϊόν μιας ειδικής, υποκειμενικής, ερμηνευτικής διαδικασίας, θέση που δηλώνει ότι η επιβάρυνση δεν αποτελεί αναπόφευκτο, αρνητικό επακόλουθο της φροντίδας, αλλά μια υποκειμενική αντίληψη της φροντίδας και των αντιδράσεων στη συμπεριφορά του λήπτη της φροντίδας. Οι Montgomery & συν. (1985) καθόρισαν την υποκειμενική επιβάρυνση ως τη «στάση του

φροντιστή ή τις συναισθηματικές του αντιδράσεις στη φροντίδα, ενώ η αντικειμενική σχετίζεται με τις αλλαγές στις διάφορες πλευρές της ζωής του φροντιστή και της οικογένειας».

Πιο συγκριμένα, η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιοδήποτε παράγοντα διαταράσσει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επιδρούν στην οικογένεια, στους ρόλους, τα οικονομικά, τις σχέσεις, την υγεία των μελών, τις δραστηριότητες και την καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας (Hoening & Hamilton, 1966). Έτσι, η αντικειμενική επιβάρυνση αναφέρεται στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της διαδικασίας της φροντίδας, ενώ η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά στα συναισθήματα τα οποία βιώνει ο φροντιστής στην πραγματοποίηση των λειτουργιών της φροντίδας (Hoening & Hamilton, 1966). Ο Platt (1985) υποστηρίζει επίσης ότι η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει «τη διαταραχή στην οικογενειακή ζωή, η οποία είναι δυνητικά επαληθεύσιμη και παρατηρητέα, που διαφέρει από την υποκειμενική επιβάρυνση, η οποία στηρίζεται εξολοκλήρου στα προσωπικά συναισθήματα του φροντιστή».

Οι Miller και συν. (1991) διακρίνουν δυο άλλες διαστάσεις της επιβάρυνσης. Περιγράφουν την **«προσωπική επιβάρυνση»** ως την αντίληψη του φροντιστή όσον αφορά προβλήματα στις προσωπικές πράξεις και δραστηριότητες που επηρεάζονται από τη φροντίδα και τη **«διαπροσωπική επιβάρυνση»** όσον αφορά τα προβλήματα στη σχέση του με το φροντιζόμενο άτομο. Παρόλο που η διάκριση μεταξύ των διαφόρων μορφών επιβάρυνσης δεν είναι σαφής, σε γενικά πλαίσια, μπορεί να αφορά κατηγορίες όπως είναι οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, τα επαγγελματικά σχέδια και η οικονομική κατάσταση των μελών της οικογένειας, οι καθημερινές δραστηριότητες, οι κοινωνικές σχέσεις και ο ελεύθερος χρόνος (Kuipers, 1993).

Σε μεταγενέστερες μελέτες, οι ερευνητές προσπαθούν να κατανοήσουν τις μεταβλητές που εμπλέκονται, μετακινώντας την εννοιολογική κατανόηση της επιβάρυνσης προς μια

μεγαλύτερη εξειδίκευση. Ο όρος «επιβάρυνση της φροντίδας» χρησιμοποιείται τώρα με ένα ευρύτερο τρόπο και αναφέρεται στα φυσικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία πιθανό να βιώνονται από άτομα τα οποία φροντίζουν χρόνια άρρωστα ή ανήμπορα μέλη της οικογένειας τους. Έτσι, οι νεότεροι ορισμοί καθορίζουν την επιβάρυνση ως την «πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση στο ανισοζύγιο των απαιτήσεων της φροντίδας σε σχέση με τον προσωπικό χρόνο, τους κοινωνικούς ρόλους, τις φυσικές και συναισθηματικές καταστάσεις, τους οικονομικούς και στηρικτικούς πόρους των φροντιστών, δεδομένων των άλλων πολλαπλών ρόλων που έχουν να εκπληρώσουν» (Given & συν. 2001).

Η επιβάρυνση της φροντίδας μπορεί να θεωρηθεί σαν η συναισθηματική αντίδραση σε απαιτήσεις της φροντίδας που υπαγορεύονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη νοητική και τη λειτουργική κατάσταση του λήπτη. Οι φροντιστές οι οποίοι βρίσκονται αντιμέτωποι με πολλαπλές νέες ή ταχέως αυξανόμενο αριθμό απαιτήσεων, έχουν λιγότερο χρόνο να προσαρμοσθούν με τις επαγγελματικές, οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις και πιθανό να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε αντίδραση προς την παροχή φροντίδας. Η νοητική κατάσταση του λήπτη της φροντίδας και η προβληματική του συμπεριφορά συνδέονται σταθερά με την επιβάρυνση καθώς επιβάλλονται περισσότεροι περιορισμοί στο χρόνο του φροντιστή. Επιπρόσθετα, η νοητική κατάσταση μπορεί να αλλάξει απρόβλεπτα κατά τη διάρκεια της μέρας, καθιστώντας τις κοινωνικές σχέσεις επισφαλείς, καθώς ο ασθενής μεταπίπτει από τη διαύγεια στη σύγχυση. Συνεπώς, η απρόβλεπτη και πολυδιάστατη φύση των απαιτήσεων της φροντίδας μαζί με την απώλεια της προσωπικότητας ενός τόσο προσφιούς για το φροντιστή ατόμου, μπορεί να αυξήσει ακόμα περισσότερο την επιβάρυνση (Sherwood & συν. 2005).

Η επιβάρυνση, φαίνεται ακόμα να αποτελεί μία οξεία αντίδραση στην παροχή της φροντίδας η οποία προκύπτει καθώς νέες απαιτήσεις εισάγονται ή οι υπάρχουσες εντατικοποιούνται. Ο πρωτοβάθμιος φροντιστής αντιδρά, επιστρατεύοντας στρατηγικές για

να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις αυτές και να ελαττώσει την ένταση (Given & συν. 1991). Οι φροντιστές, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να προσαρμόσουν ή να τροποποιήσουν στρατηγικές που θα μειώσουν τις απαιτήσεις της φροντίδας, βιώνουν αυτό που ονομάζεται «επιβάρυνση» (Given & συν. 1991). Οι Walker & Avant (1995) παρατηρούν ότι οι κρίσιμες ιδιότητες της επιβάρυνσης περιλαμβάνουν την υποκειμενική αντίληψη, τον πολυδιάστατο χαρακτήρα των φαινομένων, τη δυναμική αλλαγή και την υπερφόρτωση Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητικών μελετών έχει επικεντρωθεί στα αποτελέσματα της φροντίδας πάνω στην υγεία και στην ποιότητα ζωής, διαπιστώνοντας ότι τα μέλη της οικογένειας των ατόμων βιώνουν αυξημένη σωματική και ψυχιατρική νοσηρότητα (Bell, 2001).

Η οικογένεια είναι αναγκασμένη να επωμισθεί το βάρος της φροντίδας και της ψυχολογικής στήριξης του ασθενούς, γεγονός που πλήττει αισθητά την ποιότητα της ζωής των μελών της, σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας της, κυρίως σε ότι αφορά την κοινωνική και επαγγελματική ζωή, την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή συνοχή και τις σχέσεις μεταξύ τους (King, 1999). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αρνητικού συναισθηματικού κλίματος που χαρακτηρίζεται από επικριτική διάθεση, ενοχοποίηση και παρεμβατικότητα. Το αρνητικό συναισθηματικό κλίμα έχει ενοχοποιηθεί για την αύξηση των υποτροπών, την επανεισαγωγή σε ψυχιατρικές κλινικές, την επιδείνωση της συμπτωματολογίας και τη μείωση της λειτουργικότητας των ασθενών. Δημιουργεί έντονο stress και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες πλήττει σημαντικά την κλινική πορεία του ασθενούς (King, 1999).

Για την αύξηση επίσης της συχνότητας των υποτροπών, έχει αποδειχτεί ερευνητικά ότι ευθύνεται και το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα. Το εκφραζόμενο συναίσθημα, το οποίο μελέτησαν οι Vaughn και Leff το 1976, αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική έκφραση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο και γενικότερα, τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα. Σύμφωνα με τους παραπάνω μελετητές, η ημιδομημένη

συνέντευξη Camberwell Family Interview εκτιμά τις πέντε βασικές κλίμακες του εκφραζόμενου συναισθήματος της οικογένειας απέναντι στον ασθενή:

- Κριτική
- Συναισθηματική Εμπλοκή
- Εχθρικότητα
- Εγκαρδιότητα
- Θετικά Σχόλια.

Το εκφραζόμενο συναίσθημα χαρακτηρίζεται ως «υψηλό», όταν παρατηρούνται επικριτικά σχόλια, συναισθηματική υπερεμπλοκή και επιθετικότητα-εχθρικότητα και θεωρείται αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης υποτροπής (King, 1999).<sup>8</sup>

## **4.5 ΤΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ**

Σε μελέτη της Moller για φροντιστές ψυχικά ασθενών, διαπιστώθηκαν μεθοδολογικά προβλήματα όπως:

I οι ορισμοί και η λειτουργικότητα των όρων « επιβάρυνση φροντιστών» είναι ετερογενείς

I οι περισσότερες μελέτες για αξιολόγηση της επιβάρυνσης εστιάζονται στη σχιζοφρένεια περιορίζοντας έτσι τις συγκριτικές μελέτες μεταξύ των ψυχικών διαταραχών

I το δείγμα των ασθενών δεν είναι ομοιογενές λόγω της διαφορετικής διάρκειας της νόσου και εκτός αυτού σπάνια ή ελάχιστα καταγράφονται ασθενείς με πρώτο επεισόδιο

I μελέτες που διερευνούν παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες παράλληλα, δεν καταλήγουν σε ερευνητικό συμπέρασμα

I σπάνια διεξάγονται μακροχρόνιες μελέτες όπου τα συμπεράσματα – με την πάροδο του χρόνου- μπορούν να τροποποιηθούν. (Moller, 2005).<sup>6</sup>

## 4.6 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Μία ψυχοκοινωνική αντίδραση στην παροχή φροντίδας είναι η εκλαμβανόμενη επιβάρυνση των φροντιστών. Οι LK George και LP Gwyther το 1986 όρισαν την επιβάρυνση του φροντιστή ως το «σωματικό, συγκινησιακό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο της παροχής φροντίδας». Η επιβάρυνση βιώνεται ως αποτέλεσμα των σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων τα οποία αναδύονται στις οικογένειες που περιθάλπουν μέλη τους με διαταραχές. Περιλαμβάνει αισθήματα υπερέντασης, δυσφορίας και εγκλωβισμού, αμηχανία, απώλεια ελέγχου, απομόνωση από την κοινωνία, αναποτελεσματική επικοινωνία και πιέσεις στην εργασία.

Δεδομένων αυτών των αντιδράσεων, είναι αναμενόμενη η μεγαλύτερη αυτο-αναφερόμενη εμπειρία υπερέντασης των φροντιστών χρόνιων ασθενών, από τους μη-φροντιστές. Συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, τα άτομα φροντίδας -που προέρχονται από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον- αναφέρουν σε τριπλάσια συχνότητα αισθήματα απόγνωσης. Συχνά αναφέρουν αϋπνία και μειωμένη ενεργητικότητα. Συνήθως, αισθάνονται σωματική καταπόνηση, κοινωνική απομόνωση, μοναξιά, θυμό, ματαίωση, ενώ χάνουν εύκολα την υπομονή τους. Αρχικά η οικογένεια αρνείται τη διάγνωση της ασθένειας και δυσκολεύεται να δεχθεί το γεγονός. Υποεκτιμά τα συμπτώματα της νόσου, οδηγείται στην εναλλαγή ιατρών αλλά και σε εναλλακτικές θεραπείες.

Όσο όμως εξελίσσεται η νόσος, η οικογένεια καταβάλλει σημαντική προσπάθεια να ανταποκριθεί στις ευθύνες φροντίδας του πάσχοντα μέλους της, παρά τη δυσκολία της να αντιμετωπίσει τα δικά της συναισθήματα πόνου αλλά και πένθους για τον αγαπημένο άνθρωπό της. Το μέλος της οικογένειας ως υπεύθυνο πρόσωπο φροντίδας, χρειάζεται με συστηματικό τρόπο να επιλύει σειρά καθημερινών προβλημάτων όπως π.χ. οι δυσκολίες στο ντύσιμο, το φαγητό ή πιο σύνθετα, όπως εκείνα της χρήσης τουαλέτας και μπάνιου, της ασφαλούς μετακίνησης και της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς.

Προκειμένου να μπορέσει να αντιμετωπίσει όλα αυτά τα πρακτικά ζητήματα στη καινούργια του καθημερινότητα, καλείται να αναλάβει ικανοποιητικά νέους ρόλους. Για παράδειγμα, οι γυναίκες πρέπει να μάθουν «αντρικές δουλειές», όπως οδήγηση και διαχείριση των οικονομικών, αλλά και οι άντρες «γυναικείες δουλειές», όπως μαγείρεμα και γενικά τις δουλειές του νοικοκυριού. Καθώς αυξάνεται η εξάρτηση του ασθενούς για βοήθεια, ανεβαίνει το επίπεδο της έντασης στο άτομο φροντίδας του. Μπορεί να αισθάνεται θυμό, λύπη, μοναξιά, δυσανασχέτηση, αλλά και μια αίσθηση απομόνωσης, άγχος ή και κατάθλιψη . Τα συναισθήματα αυτά συντελούν στη λεγόμενη επιβάρυνση του ατόμου φροντίδας.

Σύμφωνα με τους Parks και Novielli (2003), σε μία έρευνα σε 510 οικογενειακούς φροντιστές που αναλύθηκαν οι τέσσερις όψεις της επιβάρυνσης (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική), οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν συμπτώματα άγχους σε υψηλότερο βαθμό και λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες παρά οι μη-φροντιστές. Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, επηρεάζεται και ο ύπνος του φροντιστή, που πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση. Έχει παρατηρηθεί ότι, όσο πιο υπεύθυνοι είναι οι φροντιστές στη φροντίδα των συγγενών τους, τόσο πιο πολύ έχουν την τάση για κατάθλιψη και επιβάρυνση (Nusbaum, 2002). Τα τριάντα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν συμφωνήσει στο ότι, η παροχή φροντίδας σε ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας, είναι επιζήμιο για την υγεία των συγγενών που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του. Σύμφωνα με τους Vitaliano και συν. (2003), οι οποίοι εστίασαν στη σχέση της κατάστασης παροχής φροντίδας και της αυτο-αναφερόμενης σωματικής υγείας και λειτουργικότητας του φροντιστή, διαπιστώνεται ότι υπάρχει υψηλότερη επικινδυνότητα στην εκδήλωση προβλημάτων υγείας, παρά με τους μη-φροντιστές.<sup>2</sup>

## 4.7 ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΝΙΩΘΟΥΝ ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

### · Πένθος

Είναι η ψυχική αντίδραση αυτού που βιώνει μια απώλεια,πραγματική ή συμβολική. Εξαιτίας της νόσου ο φροντιστής αισθάνεται ότι έχει χάσει τον σύντροφο,τον γονέα ή έναν φίλο. Βασανιστικές επανέρχονται οι αναμνήσεις και γίνονται οι συγκρίσεις με το παρελθόν. Και όταν κανείς νομίζει ότι έχει προσαρμοστεί, η νόσος εξελίσσεται και πάλι. Στα πιο προχωρημένα στάδια όταν ο ασθενής δεν αναγνωρίζει ενίοτε ούτε το φροντιστή του,τα συναισθήματα οδύνης γίνονται συντριπτικά.Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η συμμετοχή των φροντιστών σε μια ομάδα υποστήριξης είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης.

### · Ενοχή

Είναι λογικό να αισθάνεστε ενοχές όταν ντρέπεστε για την ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενούς,όταν θυμώνετε μαζί του ή νιώθετε ότι δεν αντέχετε άλλο και εξετάζετε την πιθανότητα να τον βάλετε σε ίδρυμα. Το να μοιραστεί κάποιος αυτά τα δύσκολα συναισθήματα με άλλους φροντιστές ή με οικεία πρόσωπα μπορεί να τον ανακουφίσει σημαντικά.

### · Θυμός

Ο θυμός σας μπορεί να έχει πολλούς αποδέκτες. Μπορεί να απευθύνεται στον ασθενή,στον εαυτό σας,στο γιατρό,στο Θεό ή στην όλη κατάσταση,αναλόγως. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι τον προκαλεί η νόσος και οι δυσκολίες που συνεπάγεται και όχι ο ασθενής σαν πρόσωπο. Ορισμένες φορές, οι φροντιστές νιώθουν τόσο θυμωμένοι που



κινδυνεύουν να κάνουν κακό στο άτομο που φροντίζουν. Αν αισθάνεστε έτσι, θα πρέπει να ζητήσετε άμεσα τη βοήθεια ειδικού.

- **Ντροπή**

Μπορεί να αισθάνεστε ντροπή όταν ο ασθενής συμπεριφέρεται κατά τρόπο που σας εκθέτει δημόσια. Αυτό το συναίσθημα μπορεί να αμβλυωθεί αν μιλήσετε γι' αυτό με άλλους φροντιστές που αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα. Επίσης, βοηθά να ενημερώσετε σχετικά με τη νόσο φίλους και γείτονες, έτσι ώστε να κατανοούν τη συμπεριφορά του ασθενούς.

- **Μοναξιά**

Πολλοί φροντιστές αποσύρονται κοινωνικά και περιορίζονται στο σπίτι τους με τον ασθενή που φροντίζουν. Το να παρεχθεί τέτοιου είδους φροντίδα κανείς καταλήγει να είναι μια πολύ μοναχική δραστηριότητα η πρότερη συντροφική σχέση με τον ασθενή χαλαρώνει ενώ περιορίζονται και οι άλλες κοινωνικές επαφές λόγω των αυξημένων απαιτήσεων στο σπίτι. Η μοναξιά δυσχεραίνει την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Είναι χρήσιμο να δώσετε προτεραιότητα στο να διατηρήσετε τις φιλίες σας και τις κοινωνικές σας επαφές.<sup>9</sup>

## **4.8 ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Σύμφωνα με τον O' Brien (2000), ορισμένοι ερευνητές εκτιμούν ότι 60% με 70% των συγγενών που φροντίζουν ασθενείς κατ' οίκον υποφέρουν από άγχος και άλλη διαταραχή ή ψυχική νόσο. Επίσης, αντιλαμβάνονται την κατάσταση υγείας τους σε χειρότερα επίπεδα σε σχέση με άτομα που δεν έχουν αναλάβει ρόλο παροχής φροντίδας. Επιπλέον επηρεάζεται η ανοσοποιητική λειτουργία των φροντιστών, διότι σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα οι ιογενείς ασθένειες διαρκούν περισσότερο στους φροντιστές παρά σε αντίστοιχη ομάδα ελέγχου.

Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε μεγαλύτερη επιβάρυνση των φροντιστών -και μπορούν με τη σειρά τους να οδηγήσουν σε κατάθλιψη- είναι η μεγαλύτερη συχνότητα διαταραγμένης συμπεριφοράς του ασθενούς, αλλά και η ανεπαρκής ή ανεπίσημη υποστήριξη του ατόμου φροντίδας.

Η μελέτη ορόσημο των Schulz και συν (1999), η οποία αναφερόταν στην υγεία των φροντιστών, αποκάλυψε ότι οι ηλικιωμένες σύζυγοι παρουσίασαν 63% υψηλότερη θνησιμότητα από εκείνη στις γυναίκες ομάδας ελέγχου, εύρημα το οποίο συμφωνεί με αποτελέσματα άλλων ερευνών σχετικά με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε μέλη της οικογένειας ως φροντιστές (Ο' Brien, 2000). Το ζητούμενο για τους φροντιστές είναι να μπορέσουν να συνειδητοποιήσουν ότι για να ανταποκριθούν στο νέο ρόλο τους δεν πρέπει να παραμελήσουν τον εαυτό τους. Χρειάζεται ο επιμερισμός της φροντίδας του ασθενούς, αξιοποιώντας τη συνεισφορά του φιλικού και συγγενικού περιβάλλοντος, αλλά και των επαγγελματιών υγείας.<sup>8</sup>

## **4.9 ΚΙ ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

Οι φροντιστές ατόμων με χρόνια νόσο έχει αποδειχθεί ότι όταν εμφανίσουν ψυχο-συναισθηματικά προβλήματα λόγω του βάρους της φροντίδας, τα συμπτώματα παραμένουν, γεγονός που θα συνεχίσει να επιβαρύνει το σύστημα παροχής υπηρεσιών στη Π.Φ.Υ., και σε μονάδες κόστους υπηρεσιών αλλά και ασφαλιστικών παροχών. Η συστημική προσέγγιση μπορεί να προσφέρει λύσεις στο πρόβλημα αυτό. Χρειάζεται να γίνουν περαιτέρω μελέτες ώστε να προκύψουν μετρήσιμα αποτελέσματα, που θα ενισχύσουν τις παραπάνω θέσεις.

Σχετικά με τις επιπτώσεις της επιβάρυνσης στη σωματική υγεία των φροντιστών, οι συσχετίσεις που έγιναν με το στρες της φροντίδας και άλλα αρνητικά ή πιεστικά γεγονότα στη ζωή των φροντιστών έδειξαν ότι η ένταση που προκαλεί η φροντίδα αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου γενικής θνησιμότητας στους φροντιστές.

Σε κάποιο βαθμό, αυτό μπορεί να σχετίζεται με το προφίλ ψηλού καρδιαγγειακού ρίσκου και αυξημένο αριθμό στεφανιαίων επεισοδίων στη συγκεκριμένη ομάδα φροντιστών και το οποίο πιθανό να λειτουργεί με διάφορους τρόπους. Έχει τεκμηριωθεί η ανύψωση της αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια της φροντίδας σε γυναίκες, η οποία επιταχύνει την εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης. Ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά έχει τεκμηριωθεί και με αλλαγές στη διαδικασία της πήξεως, γεγονός το οποίο παίζει σημαντικότατο ρόλο στην αθηροσκλήρυνση και τη στεφανιαία θρόμβωση. Βρέθηκε επίσης ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν υπερλιπιδαιμία και υπεργλυκαιμία. Τα λιπίδια του πλάσματος αλλοιώνονται επίσης σημαντικά σε φροντιστές οι οποίοι χρησιμοποιούν μηχανισμούς αποφυγής ή που έχουν προβλήματα με τον έλεγχο του θυμού αυξάνοντας έτσι δυνητικά τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο .

Συγκεκριμένα ευρήματα αφορούν στη μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων, στις συχνότερες ιατρικές επισκέψεις και στη μειωμένη ανοσοποιητική προστασία. Τα άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν φτωχή αυτοφροντίδα, επισκέπτονται τους γιατρούς κατά 50% περισσότερο, παίρνουν περισσότερα φάρμακα παρά τα άτομα της ίδιας ηλικίας που δε φροντίζουν ασθενείς, έχουν αισθήματα αδυναμίας, ανημπόριας, ενοχής και κοινωνικής απομόνωσης.

Η ψυχολογική δε επιβάρυνση σχετίζεται τόσο με το γεγονός της ύπαρξης ψυχικής νόσου, όσο και με τη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου μέσα στην οικογένεια, η οποία προκαλεί σύγχυση στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά των μελών της. Αισθάνονται θλίψη και ενοχή και η πιθανή αποδιοργάνωσή τους ενισχύεται από την άγνοια τους σχετικά με τη ψυχική αρρώστια και τη δυσκολία αντιμετώπισης κρίσεων και επίλυσης προβλημάτων. Όταν δε η διαταραχή αποκτά τη «σφραγίδα» της χρονιότητας, συνυπάρχει η θλίψη για τη δυσμενή τροπή της υγείας και την κοινωνική μειονεξία του πάσχοντος με τη δυσφορία για την εκκεντρική ή «αναπηρική» συμπεριφορά του .

Έρευνες που διεξάγονται από το 1950 έως και σήμερα στον τομέα της ψυχολογικής επιβάρυνσης της οικογένειας των ψυχικά πασχόντων, έχουν δείξει ότι το συναισθηματικό φορτίο και η εξουθένωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία των μελών της, όπως και να επιδεινώσουν την κλινική πορεία του ασθενούς. Ο έννοια του «family burden» αναφέρεται στην επίδραση που έχει η ψυχική ασθένεια ενός ατόμου στη συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειάς του, όπως και στην επίδραση της στο χρόνο τους, την οικονομική τους κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης τους γενικότερα .

Η καταθλιπτική συμπεριφορά αποτελεί το πλέον βλαβερό επακόλουθο της φροντίδας, διότι έχει συνδεθεί με μειωμένη ανοσοποιητική λειτουργία κυρίως στους συζύγους φροντιστές . Οι οικογενειακοί φροντιστές, οι οποίοι ζουν με διαταραγμένους ασθενείς, παρουσιάζουν μεγαλύτερη «ανάγκη χρόνου» για να ξεφύγουν από την κατάσταση, όμως υπάρχουν άτομα τα οποία αισθάνονται ενοχές να παραχωρήσουν το ρόλο τους σε άλλους. Γι' αυτό ίσως το λόγο, διαχρονικές μελέτες που ερεύνησαν την κατάθλιψη στους οικογενειακούς φροντιστές έχουν βρει ότι, ακόμη και στην περίπτωση της ιδρυματοποίησης των ασθενών, τα καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών δεν υποχωρούν.

Οι πιο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι 30-50% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν σημαντικά κλινικά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με άτομα που δεν είναι φροντιστές. Η ψυχιατρική νοσηρότητα των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς βρέθηκε σαφώς μεγαλύτερη σε σχέση με το γενικό και το γεροντικό πληθυσμό και αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόκλησης αυξημένης θνησιμότητας. Έχει επίσης φανεί ότι, οι μισοί από τους φροντιστές θα πάθουν σε κάποια φάση της ζωής τους κατάθλιψη και από αυτούς μόνο ένα μικρό ποσοστό θα θεραπευθεί. Σε διαχρονικές συγκριτικές μελέτες με παρακολούθηση δυάδων ασθενών-φροντιστών έχει βρεθεί ότι οι επιδράσεις στην ψυχική υγεία των φροντιστών μπορεί να παραμείνουν και μετά την

τοποθέτηση του ασθενούς σε ίδρυμα ή και ακόμη μετά το θάνατο του, ενώ στα ίδια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και νεότερες έρευνες.

Από άλλες διαχρονικές μελέτες για την κατάθλιψη των φροντιστών οι οποίοι ζουν μαζί με τον ασθενή στην κοινότητα, η γενική εικόνα είναι ότι οι πρωτοβάθμιοι οικογενειακοί φροντιστές σαν ομάδα παρουσιάζουν αρκετή σταθερότητα στην κατάθλιψη παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματικό για αρκετό καιρό(κάτω δηλαδή από το επίπεδο κινδύνου για ανάπτυξη κλινικής κατάθλιψης). Συγκριτικές μελέτες σε φροντιστές ασθενών με σοβαρή ψυχική διαταραχή και άτομα που δεν ήταν φροντιστές έχουν δείξει ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπρόσθετα, τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή αναφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση και καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς χωρίς ψυχική διαταραχή. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το πρόβλημα ενός καταθλιπτικού φροντιστή είναι ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις εντάσεις της φροντίδας, διότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται δεν είναι τόσο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς φροντιστές.

Η κατάθλιψη του φροντιστή έχει συνδεθεί με τα προβλήματα του ασθενούς όπως είναι η νοητική του κατάσταση. Κλασσικές μελέτες όπως αυτή των Haley & συν. (1987) έχουν συσχετίσει την κατάθλιψη με την υποκειμενική εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενούς. Συγκεκριμένα, φροντιστές οι οποίοι είχαν βαθμολογήσει συμπεριφορικά προβλήματα και ανικανότητα στους ασθενείς τους σαν υποκειμενικά στρεσογόνα ήταν σημαντικά περισσότερο καταθλιπτικοί. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε και από νεότερες έρευνες, οι οποίες βρήκαν ότι τα συμπεριφορικά προβλήματα του ασθενούς σχετίζονταν με άρνηση και κατάθλιψη εκ μέρους του φροντιστή. Η σχέση αυτή στηριζόταν στην αντίληψη του πρωτοβάθμιου φροντιστή και στις συμπεριφορές, οι οποίες εκλαμβάνονταν από το φροντιστή σαν χειριστικές ή ηθελημένες. Φροντιστές, οι οποίοι υποκειμενικά αξιολογούν τη φροντίδα σαν λιγότερο στρεσογόνα, αντλούν νόημα και υποκειμενικά οφέλη από τη

φροντίδα που παρέχουν και έχουν περισσότερα αποθέματα, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους. Ένας άλλος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης του φροντιστή είναι η επάρκεια την οποία αισθάνεται στη διαχείριση των συμπεριφορικών προβλημάτων του ασθενούς. Τα χαμηλά αισθήματα αυτοπεποίθησης είναι πιθανό να οδηγήσουν το φροντιστή σε κατάθλιψη (Haley & συν. 1987). Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η κατάθλιψη του φροντιστή είναι μια περίπλοκη διαδικασία η οποία μεσολαβείται από πολιτισμικούς παράγοντες, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τα χαρακτηριστικά του ατόμου που φροντίζει. Αρκετά μεγάλη συζήτηση αφορά και τη σχέση επιβάρυνσης- κατάθλιψης στο κατά πόσον η μία προηγείται της άλλης. Η βιβλιογραφία εισηγείται ότι η επιβάρυνση και η κατάθλιψη είναι αλληλένδετα στα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή και ότι η επιβάρυνση προηγείται των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Όσον αφορά την κοινωνική επιβάρυνση, η οικογένεια επωμίζεται τις κοινωνικές προκαταλήψεις και βιώνει το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τη ψυχική νόσο. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι ημείωση των κοινωνικών επαφών, των επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Η ίδια απομονώνεται, καθώς αισθάνεται ντροπή και ενοχή και προσπαθεί να αποκρύψει το πρόβλημά της. Τέλος, το κόστος της φροντίδας για το μέλος που νοσεί είναι μεγάλο και κατά συνέπεια επηρεάζεται το επίπεδο διαβίωσης όλης της οικογένειας. Το αποτέλεσμα αυτού είναι να υπάρχει έντονη η παρουσία άγχους για το αν τα μέλη θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν οικονομικά, καθώς και δυσφορία για τις δικές τους ανάγκες που παραμερίζονται .<sup>8</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

## 5.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Ο φροντιστής δεν πρέπει να ξεχνά τον εαυτό του, οφείλει να του αφιερώνει χρόνο. Πρέπει να θέτει ρεαλιστικούς στόχους και να ζητά βοήθεια από τρίτα πρόσωπα, όταν βλέπει ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε όλες τις ανάγκες του ασθενούς. Πρέπει να αντιληφθεί ότι και η δική του υγεία χρειάζεται φροντίδα και δεν πρέπει να την παραμελεί.

Οι φροντιστές προκειμένου να νιώσουν καλύτερα από τη φόρτιση της φροντίδας του ασθενούς, θα πρέπει να συμπεριλάβουν κάποιες καλές συνήθειες στη ζωή τους, όπως είναι **οι σωστές ώρες ύπνου(περίπου 7 ώρες), η ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ και καφεΐνης, η σωστή διατροφή, ο διαλογισμός (γιόγκα)και η σωματική άσκηση.** Η μέτριας έντασης καθημερινή άσκηση, για περίπου 20 λεπτά, μειώνει την αρτηριακή πίεση που οφείλεται στο άγχος, βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου και μειώνει την κατάθλιψη.

Παράλληλα, οι ομάδες υποστήριξης συγγενών (1-2ώρες) για περίπου 8-12 εβδομάδες, που εστιάζονται, είτε σε συγκεκριμένα θέματα, είτε σε θέματα που φέρνουν οι συγγενείς, συνεισφέρουν στην απόκτηση ελέγχου των συναισθημάτων και της ίδιας της ζωής των φροντιστών, με την απόκτηση νέων δεξιοτήτων. Επίσης, δημιουργούν το αίσθημα ότι δεν είναι μόνοι και συχνά αποκτώνται νέες φιλίες, που διατηρούνται και μετά την απώλεια των ασθενών. Παράλληλα, οι ομάδες αυτές λειτουργούν ως μέσο νοητικής αφύπνισης και πνευματικής διέγερσης των φροντιστών.

Επίσης, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η φροντίδα του ασθενούς μπορεί να έχει και κάποια οφέλη για τον φροντιστή, όπως είναι η αίσθηση ενός νέου νοήματος στη ζωή, ή το αίσθημα συναισθηματικής πληρότητας για την αφοσίωση στο σύντροφο.Ακόμη, δίνεται η ευκαιρία να ανταποδώσουν τα παιδιά στον γονιό, όλα όσα τους έχει προσφέρει. Επιπροσθέτως, η φροντίδα ανανεώνει τη θρησκευτική πίστη και δίνει την ευκαιρία για δημιουργία νέων σχέσεων με ανθρώπους που μπαίνουν στη ζωή των φροντιστών ή για ενίσχυση των ήδη υπαρχουσών.



## **5.2 ΦΡΟΝΤΙΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ**

### **Οικογένεια**

Για ορισμένους φροντιστές, η οικογένεια είναι η μεγαλύτερη πηγή βοήθειας. Για άλλους αποτελεί την μεγαλύτερη πηγή προβλημάτων. Είναι σημαντικό να δέχεστε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας όταν αυτή είναι διαθέσιμη και να μην σηκώνετε μόνος/η σας όλο το βάρος της φροντίδας του ασθενούς. Αν τα μέλη της οικογένειας σας δε βοηθούν ή είναι ακόμα και επικριτικά απέναντι σας επειδή δεν κατανοούν το πρόβλημα, ένα οικογενειακό συμβούλιο όπου θα συζητήσετε σχετικά μπορεί να βοηθήσει.

### **Μοιραστείτε τα προβλήματά σας**

Επιβάλλεται να μοιράζεστε με άλλους τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς σας τόσο σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς όσο και γενικότερα. Το να αναγνωρίσει κανείς ότι αυτά που νιώθει είναι μια φυσιολογική αντίδραση στην κατάσταση που βιώνει, κάνει τα πράγματα ευκολότερα. Προσπαθήστε να σκεφτείτε το μέλλον και να έχετε κάποιον που να μπορεί να σας βοηθήσει σε μια επείγουσα κατάσταση. Ας σημειωθεί εδώ η σημασία του οικογενειακού γιατρού ή άλλων ειδικών που θα γνωρίζουν το ιστορικό του ασθενούς σας και στους οποίους θα έχετε πρόσβαση.

### **Βρείτε χρόνο για τον εαυτό σας**

Είναι σημαντικό να βρίσκετε χρόνο για τον εαυτό σας. Αυτό θα σας επιτρέψει τελικά να φροντίσετε αποτελεσματικότερα και τον ασθενή σας. Αναζητήστε ασχολίες που σας ξεκουράζουν, διατηρήστε κοινωνικές επαφές και συναναστροφές, φροντίστε την υγεία σας. Για να εξασφαλίσετε περισσότερο χρόνο για σας, προσπαθήστε να βρείτε κάποιον να αναλάβει τη φροντίδα του ασθενούς τις συγκεκριμένες ώρες.<sup>9</sup>

## **5.3 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ενημέρωση των φροντιστών ασθενών με χρόνια νόσο, είναι επιτακτική γιατί έχει βρεθεί ότι, μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση (burden) που νιώθουν λόγω της παρεχόμενης

φροντίδας. Είναι σημαντική η διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών ενημέρωσης και εκπαίδευσης των φροντιστών προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν επαρκώς στο δύσκολο και απαιτητικό ρόλο τους, με σκοπό την πρόληψη ή ελαχιστοποίηση της επιβάρυνσης της ψυχοσωματικής τους υγείας και της υποβίβασης της ποιότητας ζωής τους.

Χρειάζεται άμεση και πλήρης ενημέρωση για τη νόσο, στις οικογένειες με το πάσχον μέλος, αλλά και συνεχή υποστήριξη και συμβουλευτική σε μακρόχρονη βάση. Η υποστήριξη μπορεί να δοθεί από τις αρμόδιες εγκεκριμένες ιατρικές Εταιρείες, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας στη Π.Φ.Υ. Οι Pierce, Steiner, Khuder, Govani, and Horn (2009), βρήκαν ότι η υποστήριξη και η εκπαίδευση φροντιστών, μειώνει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο.<sup>2</sup>

## **5.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Οι ερευνητές έχουν εξετάσει τρόπους μείωσης του βάρους φροντίδας μέσω κατάλληλων μηχανισμών υποστήριξης, αλλά τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι διφορούμενα. Για τον λόγο ότι το φορτίο της φροντίδας είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων ώστε να μειώνεται με μία σταθερή παρέμβαση, απαιτούνται ακριβή μέτρα αξιολόγησης των παρεμβάσεων στους φροντιστές ασθενών με χρόνια νόσο για να κατευθύνουν τη μελλοντική έρευνα. Οι ομάδες υποστήριξης είναι συνήθως διέξοδοι για τους φροντιστές. Σκοπό έχουν την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και πληροφόρησης και αναπτύσσουν διασυνδέσεις με κρατικές υπηρεσίες ή άλλους εθνικούς ή και διεθνείς οργανισμούς. Οι Parks και Novielli (2000) αναφέρουν ότι στη μελέτη του W.E. Haley το 1997, η υποστήριξη που παρέχεται στους φροντιστές μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων ωφελεί περισσότερο όταν εστιάζει στα προβλήματα, όπως και η διαχειριστική στρατηγική που εστιάζει στην προβληματική συμπεριφορά. Η συνδυαστική παρέμβαση (ατομικές και

οικογενειακές συνεδρίες συμβουλευτικής) και κατευθυνόμενη συμμετοχή σε ομάδες στήριξης) παράτεινε χρονικά την ανάγκη τοποθέτησης του ασθενούς με χρόνια νόσο σε δομή κλειστής περίθαλψης (γηροκομείο ή/και ιδιωτική κλινική).

Οι Acton και Kang προχώρησαν σε συστηματική ανάλυση της βιβλιογραφίας που εξέταζε την επίδραση των διαφόρων τύπων παρεμβάσεων, όπως υποστηρικτικές ομάδες, εκπαίδευση, ψυχο-εκπαίδευση, συμβουλευτική, διακεκομμένη φροντίδα (respite care), συνθετική παρέμβαση με στόχο, την μείωση της επιβάρυνσης των προσώπων που φροντίζουν μέλος της οικογένειάς τους με χρόνιο νόσημα.

Μόνο η πολυδιάστατη συνθετική παρέμβαση μείωσε σημαντικά το βάρος της φροντίδας. Η παρέμβαση αυτού του τύπου συνδυάζει διάφορες στρατηγικές. Η πλέον κοινή στρατηγική παρέμβασης συνθετικού τύπου που χρησιμοποιείται στην έρευνα παρεμβάσεων σε φροντιστές ασθενών είναι τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα. Τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Παρέχουν τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την πορεία της νόσου, την αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς του ασθενούς. Επίσης, παρέχουν εκπαίδευση σε δεξιότητες φροντίδας καθώς και υποστήριξη σε ομάδες αυτοβοήθειας φροντιστών, με μοίρασμα των εμπειριών τους, αλλά και αμοιβαία στήριξη μεταξύ των μελών της ομάδας με ενίσχυση της αμφίδρομης επικοινωνίας και της δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων. Ακόμη, σύμφωνα με τους Sorensen και συν., η συνθετική παρέμβαση μειώνει την επιβάρυνση των φροντιστών, βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους, αυξάνει την ικανοποίηση και τις γνώσεις/ικανότητές τους, ενώ παράλληλα βελτιώνει την κατάσταση των αποδεκτών αυτής της φροντίδας. Τα ψυχοεκπαιδευτικά και τα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα αποδεικνύεται να έχουν τα πιο σταθερά και βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, σε σύγκριση με άλλες μεθόδους παρέμβασης.

Μία παρέμβαση αναμένεται να επιδράσει σε κάποια από τα καθήκοντα του ατόμου φροντίδας ή να μειώσει τον χρόνο που αφιερώνει στην φροντίδα (αντικειμενικό φορτίο),

αλλά ο φροντιστής παραμένει υπεύθυνος για την φροντίδα και η παρέμβαση είναι απίθανο να αλλάξει την αντίληψη της ευθύνης (υποκειμενικό φορτίο). Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση απαιτείται πρώτα από όλα η εκτίμηση των αναγκών των φροντιστών, η οποία οφείλει να προηγείται οποιασδήποτε παρέμβασης. Οι ομάδες υποστήριξης, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, κέντρα ημέρας, φαίνεται να υποστηρίζουν θετικά τις ανάγκες των ατόμων που έχουν αναλάβει το φορτίο της φροντίδας.

Ο ασθενής με χρόνια νόσο και ο φροντιστής, κατά την επαφή τους με τους επαγγελματίες υγείας είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν την προσέγγιση που προσανατολίζεται στην ασθένεια με επίκεντρο τη διάγνωση και τη θεραπεία και αποτυγχάνει να εστιάσει στα ευρύτερα ζητήματα που συνδέονται με το ψυχολογικό κόστος και το θέμα της υποστήριξης των ατόμων φροντίδας. Η ανάγκη υποστήριξης των μελών της οικογένειας που ενεργούν ως φροντιστές, αποτελεί βασική αρχή.

Αν εστιάσουμε στην αρχή αυτή γίνεται εύκολα αντιληπτό πόσο απαραίτητος κρίνεται ο εντοπισμός των ατόμων που παρέχουν τη φροντίδα τους στον ασθενή, από τον οικογενειακό ιατρό ώστε να βοηθήσει τα άτομα αυτά να ανταποκριθούν στις προκλήσεις του ρόλου τους. Με συστηματική προσέγγιση μπορεί να εκτιμηθεί ο βαθμός επιβάρυνσής τους. Για τον λόγο ότι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη άγχους και κατάθλιψης, για αυτό και θα πρέπει να πραγματοποιηθεί προσυμπτωματικός έλεγχος για τον αποκλεισμό της εμφάνισης της μίας ή της άλλης διαταραχής.

Χρειάζεται λοιπόν να εκτιμηθεί η δεξιότητα του φροντιστή να διαχειριστεί τα προβλήματα συμπεριφοράς του πάσχοντα μέλους της οικογένειάς του, όσον αφορά στα καθημερινά άγχη που πηγάζουν από τη φροντίδα και στις πηγές βοήθειας. Εκπαιδεύοντας τους φροντιστές σε τεχνικές διαχείρισης των καθημερινών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν μπορεί να τους βοηθήσει να μειώσουν σε κάποιο βαθμό το άγχος που βιώνουν. Τέλος οι συγγενείς, φροντιστές ατόμων με χρόνια νόσο, αξίζουν την αναγνώριση και την

υποστήριξη μας, τόσο για τις ανάγκες τους, όσο και για τις μή αμοιβόμενες ώρες που προσφέρουν δίπλα στο συγγενή τους.<sup>2</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

### **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

## 6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950, οι Leavell και Clark, πρότειναν την κλασική πλέον έννοια της πρόληψης σε τρία επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), καλύπτοντας έτσι σχεδόν όλες τις ιατρικές δραστηριότητες. Η αρχική τους προσέγγιση πρέπει να γίνει κατανοητή σε σχέση με αυτό που επίσης αποκαλούσαν ορίζοντα της φυσικής ιστορίας της νόσου: κάτω από φυσικές συνθήκες, μια νόσος θα διαδραμεί από μια προπαθολογική περίοδο προς τα πρώιμα στάδια, εξελισσόμενη είτε σε πλήρη ή μερική ανάρρωση (ή θεραπεία), είτε στο θάνατο, στην περίπτωση της μερικής ανάρρωσης, μπορεί να επέλθει χρονιότητα ή εξέλιξη. Η πρόληψη με αυτή την έννοια αναφέρεται όχι μόνο στην εμφάνιση της νόσου, αλλά και στην επιδείνωση ή επιπλοκή της μετά την έναρξή της.<sup>7</sup>

### 6.2.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Το επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης καλύπτει ότι αναφέρεται ως προαγωγή υγείας και ως ειδική προστασία. Στο γενικό πεδίο υγείας πρωτογενούς πρόληψης είναι η επαρκής διατροφή και η ανοσοποίηση με εμβόλια εναντίον ειδικών συγκεκριμένων νοσημάτων. Ενώ σε αυτό το παράδειγμα η επαρκής διατροφή είναι απόλυτα μη ειδική (συμβάλλει στην ενίσχυση της συνολικής αντίστασης σε κάποιες ασθένειες χωρίς να παρέχει καμία ειδική προστασία σε κάποια από αυτές), ο εμβολιασμός είναι ισχυρά ειδικός σε σχέση με μία κατάσταση. Η ορθολογική ειδική προστασία είναι απόλυτα εξαρτημένη από τη λογική γνώση της αιτιολογίας της νόσου (ή τουλάχιστον του τρόπου μετάδοσής της) προκειμένου να είναι αποτελεσματική.<sup>7</sup>

### 6.2.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Το επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αναφέρεται στην πρώιμη ανακάλυψη και αντιμετώπιση των νόσων. Συνήθως ο κύριος όγκος της ιατρικής δραστηριότητας, ο κύριος

προληπτικός της στόχος , είναι να αποφύγει τη χρονιότητα και την εγκατάσταση ανεπανόρθωτων συνεπειών. 7

### **6.2.3 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Το επίπεδο της τριτοβάθμιας πρόληψης αντιστοιχεί κυρίως στην αποκατάσταση. Μπαίνει σε λειτουργία όταν η εξέλιξη της νόσου έχει ολοκληρωθεί και αποσκοπεί στο να μειώσει όσο το δυνατό περισσότερες από τις βλάβες που προκλήθηκαν από την εξέλιξη της νόσου, να διατηρήσει τις ακέραιες λειτουργίες και να επανορθώσει και/ή να αντισταθμίσει επηρεασμένες λειτουργίες, ανεπάρκειες και αναπηρίες.

Από τη μία, αυτό το θεωρητικό μοντέλο συνέβαλλε αποφασιστικά στην προώθηση δραστηριοτήτων πρόληψης στο πεδίο της ιατρικής συνολικά, από την άλλη εκλαίκευσε τόσο τον όρο πρόληψη που σχεδόν έχασε την ισχύ του μηνύματος του. Έτσι και από θεωρητική και από πρακτική άποψη είναι σημαντικό να αναβιώσει η ιδέα της πρωτοβάθμιας πρόληψης ως συνώνυμο της ειδικής προστασίας. Με αυτή την έννοια, η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται σε μεθόδους που αποσκοπούν στην αποφυγή μιας ειδικής ασθένειας ή ομάδας ασθενειών. Περιλαμβάνει εκείνα τα μέτρα που μπορούν να εφαρμοστούν σε μια ειδική νόσο ή ομάδα νόσων προκειμένου να ανακόψουν τα αίτιά τους πριν να επηρεάσουν τους ανθρώπους και θα πρέπει να διαφοροποιηθεί όχι μόνο από τη θεραπεία και την αποκατάσταση, αλλά επίσης και από την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Το στοιχείο – κλειδί σε αυτή τη θεωρία είναι η παρεμπόδιση της αιτίας της νόσου / κατάστασης και αυτό είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την πρόληψη πολλών ψυχικών διαταραχών – οι αιτίες τους δεν είναι ακριβώς γνωστές.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν πολλά υποσχόμενες και συναρπαστικές υποθέσεις που αφορούν στις αιτίες των κύριων τριών ψυχικών διαταραχών, συγκεκριμένα της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας και της άνοιας. Δεν είναι όμως παρά μόνο υποθέσεις. Τα πιο επιτυχή παραδείγματα πρόληψης κάποιων καταστάσεων με βάση λανθασμένες υποθέσεις ή χωρίς μία καλή γνώση της αιτιολογίας τους (για παράδειγμα η εκρίζωση της



ελονοσίας στην αρχαία Ρώμη και ο έλεγχος της χολέρας στο Λονδίνο το 19ο αιώνα από τον John Snow). Παρ' όλα αυτά δεν αρμόζει στους επαγγελματίες υγείας και τους επιστήμονες να βασίζονται τις ενέργειές τους στην τύχη ή σε λανθασμένες υποθέσεις, ακόμα και αν το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ευνοϊκό για τον πληθυσμό.

Όπως υπαγορεύεται από την ανάγκη να καταπολεμηθούν οι αιτίες μιας συγκεκριμένης νόσου ή ομάδας νόσων (κοινή αιτία), η ιδέα της πρόληψης απαιτεί υψηλού βαθμού ειδίκευση σε ότι αφορά την κατάσταση ή καταστάσεις – στόχο. Στο ιατρικό πεδίο οδήγησε σε επιτυχημένα προγράμματα για την πρόληψη, για παράδειγμα, των διαρροϊκών νοσών (όπως ο τύφος), της υπέρτασης, της στεφανιαίας νόσου, του καρκίνου του μαστού, των ανεπιθύμητων κυήσεων, περισσότερο από ότι των λοιμωδών νόσων, των καρδιαγγειακών νόσων, του καρκίνου, ή των γυναικολογικών προβλημάτων. Δυστυχώς στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν υπήρξε ιδιαίτερη φροντίδα για την εξειδίκευση της κατάστασης – στόχου και η πρόληψη των “ψυχικών διαταραχών” (στο σύνολό τους) έγινε ένας όρος που γρήγορα συνδέθηκε με αποτυχία και αδιαφορία.<sup>7</sup>

### **6.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Από πρακτικής απόψεως υπάρχουν τρεις ομάδες καταστάσεων για τις οποίες έχει τεκμηριωθεί αποτελεσματική προληπτική δράση.

· Ψυχικές διαταραχές γνωστής αιτιολογίας: αυτή η ομάδα περιλαμβάνει κυρίως εκείνες τις διαταραχές που φαίνεται να έχουν οργανική βάση, αρχίζοντας από την “ιστορική” γενική πάρεση και τις ανοϊκές διαταραχές (για παράδειγμα αγγειακή άνοια, πελλάγρα και άνοιες που σχετίζονται με λοιμώδεις και παρασιτικές νόσους όπως η ελονοσία και το HIV) και καταλήγοντας σε κάποιες μορφές νοητικής καθυστέρησης (σύνδρομο Down, εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο, φαινυλκετονουρία και νοητική καθυστέρηση λόγω έλλειψης ιωδίου).

- Ψυχικές διαταραχές χωρίς καλά τεκμηριωμένη αιτιολογία αλλά με σχετικά προβλέψιμη πορεία: αυτές είναι χρόνιες διαταραχές με υποτροπιάζον κυμαινόμενο πρότυπο, όπως η σχιζοφρένεια, η διαταραχή του συναισθήματος (μονοπολική ή διπολική) και το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ.
- Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ισχυρά συσχετιζόμενα με ψυχικές διαταραχές: αυτά κυμαίνονται από τη βία (οικογενειακή ή άλλη) ως αυτοκτονία και εργασιακή εξάντληση.<sup>7</sup>

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ**

### **ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

## 7.1 Η ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι συστημικοί θεραπευτές που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), οι οποίοι έρχονται σε επαφή με οικογένειες που αντιμετωπίζουν μια χρόνια νόσο, δίνουν έμφαση στην οικογενειακή θεραπεία.

Είναι σκόπιμο να ληφθεί υπόψιν, ότι χρειάζεται η μετατόπιση της ματιάς των επαγγελματιών υγείας από την θέση ότι, η οικογένεια μπορεί να είναι η πηγή των προβλημάτων, στην οπτική της ανθεκτικότητας και των δυνατοτήτων του οικογενειακού συστήματος. Αποφεύγοντας να στιγματιστεί το πλαίσιο αυτό, πετυχαίνουμε καλύτερη ρύθμιση μεταξύ των μελών του δίνοντας δυνατότητες και επιλογές.

Δεδομένου ότι στην Π.Φ.Υ., είναι συνήθως διαθέσιμες βραχείες παρεμβάσεις, η ύπαρξη θετικών αποθεμάτων στην οικογένεια, μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο, όσον αφορά τη μεγιστοποίηση και διατήρηση του οφέλους από τις υπηρεσίες υποστηρικτικής συμβουλευτικής που έχουν λάβει. Μολονότι υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας για ενήλικες με επίκεντρο το πρόβλημα (Carr, 2000, 2009) μπορεί να μην γίνεται άμεσα κατανοητό το όφελος από το ευρύτερο σύστημα στην Π.Φ.Υ., λόγω μεγάλης ανομοιότητας στους πληθυσμούς των ληπτών αυτών των υπηρεσιών, καθώς και της ποικιλομορφίας στη βαρύτητα των προβλημάτων. Μερικές καινοτόμες υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς, αξιοποίηση κάποιες ιδέες από την οικογενειακή θεραπεία. Ωστόσο, οι περισσότερες υπηρεσίες για ενηλίκους έχουν το χαρακτήρα της ατομικής συμβουλευτικής.

Συστημικές παρεμβάσεις με θεραπευτικό προσανατολισμό σπανίως προσφέρονται. Επι το πλείστον, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι προσωποκεντρικές, γνωστικό-συμπεριφορικές (CBT) και παρέχονται πάνω από το 60%, ενώ συστημική και οικογενειακή θεραπεία προσφέρεται σε λιγότερο από το 20% των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Π.Φ.Υ.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι το πλαίσιο στη Π.Φ.Υ., περιέχει υψηλά ποσοστά παραπομπών, βραχείες παρεμβάσεις και ελάχιστη δυνατότητα για συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, γεγονός που περιορίζει τις δυνατότητες αντιμετώπισης όλου του οικογενειακού πλαισίου στα πλαίσια του θεραπευτικού πλάνου. Οι Mittelman & colleagues (2007) βρήκαν ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τους φροντιστές, καταργούν σε μεγάλο βαθμό τη παρουσία νοσηλευτή στο σπίτι και μειώνουν τα κόστη στη περίθαλψη.

Μια θεραπεία προσανατολισμένη στην επίλυση προβλημάτων (solution focused therapy) εστιάζει στο να θέσει στόχους, στο να εντοπιστεί «τι είναι αυτό που δουλεύει» ή πότε το πρόβλημα είναι σε ύφεση και να σχεδιάζονται μικρά βήματα που θα οδηγούν στην αλλαγή. Η επιτυχία καθορίζεται από την επίτευξη του αρχικού στόχου και την στοχοθέτηση επόμενου μικρού βήματος.

Στις μέρες μας, λόγω της αναπλαισίωσης των υπηρεσιών υγείας, γίνεται μια στροφή στις παρεμβάσεις που έχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία, αυξάνοντας την πρόσβαση σε Ψυχολογικές θεραπείες. Αυτό μπορεί να ενισχύσει την κυριαρχία της CBT, κατά των προσεγγίσεων με λιγότερο evidence base, όπως η οικογενειακή συστημική και ατομική συστημική θεραπεία.<sup>2</sup>

## **7.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ**

Χρειάζεται περαιτέρω καθοδήγηση στους υπευθύνους χάραξης πολιτικής στην υγεία, ώστε να αναπτυχθούν Υπηρεσίες για τις οικογένειες και τους Φροντιστές Ατόμων με Χρόνια Σωματική αλλά και Ψυχική Ασθένεια. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας, έδωσε οδηγίες για την άνοια, περιγράφοντας πώς οι υπηρεσίες για τις οικογένειες και τους φροντιστές θα χρειαστεί να αναπτυχθούν. Επιπλέον, η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να αναπτύξουν δεξιότητες και

ικανότητες και να μπορούν να εργαστούν σε συνεργασία με τις οικογένειες και τους φροντιστές, είναι αναγκαία. Απαιτεί όμως επένδυση χρόνου και κονδυλίων.

Στη Βρετανία, η ανατροφοδότηση που έρχεται από έρευνες στις οικογένειες και στους φροντιστές των χρόνιων ασθενών, είναι ότι «η συμμετοχή τους στη φροντίδα δεν είναι επαρκώς αναγνωρισμένη και η εξειδικευμένη γνώση τους «δεν λαμβάνεται υπόψη» .

Η παροχή φροντίδας προκαλεί σημαντικό άγχος από τη φύση της, γεγονός που έχει αναγνωριστεί . Οι φροντιστές είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, σε σχέση με τον μέσο όρο του πληθυσμού και η φροντίδα μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην εργασία τους, παρά το γεγονός ότι σε κάποιες περιπτώσεις οι φροντιστές αντλούν ικανοποίηση από την ανάληψη φροντίδας ενός ατόμου.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες των φροντιστών (επαγγελματιών και μή), υπολογίζοντας πρωταρχικά τις ανάγκες τους.<sup>2</sup>

### **7.3 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ – ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Οι οικογένειες θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στο σχεδιασμό φροντίδας του συγγενή τους και στα πλαίσια αυτά να υπάρχει σχεδιασμός συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης και της ανάπαυλας τους, παρέχοντας τους χώρους ξεκούρασης ή ενισχύοντας την δυνατότητα να παραμένουν λιγότερες ώρες δίπλα στον ασθενή. Επιπλέον, όταν δίνονται πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία, τις υπηρεσίες, τα οφέλη και με ποιον θα επικοινωνούν σε περίπτωση ανάγκης, υποστηρίζεται καλύτερα η αντιμετώπιση του ασθενή. Μπορούν επίσης να ζητούν συμβουλές σχετικά με τους τρόπους που θα μπορούσαν να ανταποκριθούν αποτελεσματικότερα στις ανάγκες. Αυτή η πρακτική θα ευνοούσε την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών προς τους συγγενείς

και φροντιστές και θα συνεργάζονταν καλύτερα μεταξύ τους σε πράξεις ρουτίνας, σε συνδυασμό πάντα με την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού.

Η προσέγγιση στην ανταλλαγή πληροφοριών και την εμπιστευτικότητα μεταξύ των εμπλεκόμενων στην φροντίδα, βρίσκει δυστυχώς οργανωτικά εμπόδια, με αποτέλεσμα την δυσλειτουργία στην έκβαση του εγχειρήματος. Δουλεύοντας περισσότερο συνεργατικά οι οικογένειες με το προσωπικό, θα καταστεί δυνατό για τις οικογένειες να λάβουν πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη σε συνδυασμό με τις πληροφορίες που απαιτούνται, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την χρόνια νόσο και να συνεργαστούν αποτελεσματικά τα συστήματα του φροντιστή, του αρρώστου και του ιατρικού προσωπικού.

Η συμμετοχή της οικογένειας στην αρχική εκτίμηση και θεραπευτική διαδικασία μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μια επιτυχημένη συνεχή συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών των χρηστών, των οικογενειών και των επαγγελματιών. Μερικές οικογένειες μπορούν επίσης να επωφεληθούν από τις περισσότερο εστιασμένες στην συμμετοχή του οικογενειακού συστήματος προσεγγίσεις, με επίλυση προβλημάτων ή συστημικών παρεμβάσεων, έχοντας πρόσβαση σε κατάλληλα υποστηρικτικά συστήματα, τη στιγμή που η οικογενειακή συνοχή έχει καταστεί προβληματική .

Έχει διαπιστωθεί ότι όταν υπάρχει ο συνδυασμός της κατάρτισης του προσωπικού με μια υπηρεσία για την οικογένεια, σημειώνεται επιτυχημένη συνεργασία μεταξύ των μελών των συστημάτων αυτών που αλληλεπιδρούν.

Η παροχή εκπαίδευσης σε όλη την ομάδα έχει κυρίαρχη θέση και είναι σημαντική για τη διευκόλυνση της ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης. Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας και των φροντιστών στην εκπαίδευση που παρέχει το προσωπικό, διασφαλίζει ότι η οικογένεια παραμένει στο επίκεντρο της προσοχής. Τέλος, μέθοδοι αξιολόγησης και εποπτείας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, θεωρούνται απαραίτητες.<sup>2</sup>

## 7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καταλήγουμε λοιπόν ότι είναι αναγκαία η δημιουργία, η ανάπτυξη και η υλοποίηση εξειδικευμένων προγραμμάτων κατάρτισης στελεχών στη Π.Φ.Υ., για τη διασυνδεδετική ψυχιατρική και συμβουλευτική, στελεχών κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και στελεχών μονάδων κοινωνικής αλληλεγγύης και φροντίδας, εκπαίδευση στην πρόληψη της ψυχικής υγείας και για την υποστήριξη-ψυχοεκπαίδευση οικογενειών ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, μελών οικογενειών ατόμων με χρόνια νόσο, ανάπτυξη και υλοποίηση εξειδικευμένων προγραμμάτων κατάρτισης φροντιστών ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, άνοιας κτλ., καθώς και ειδικά προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, αποφεύγοντας τη μακροχρόνια νοσηλεία και υποστήριξη του βάρους της φροντίδας στο σπίτι.

Η εκτέλεση ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων λόγω της φύσης και της λειτουργίας του συνόλου των υπηρεσιών που παρέχονται στη Π.Φ.Υ., καθίσταται δυσλειτουργική. Παρόλα αυτά, είναι αναγκαίο να συμπεριληφθεί στις τακτικές καθημερινές εργασίες, η δυνατότητα ατομικής συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, ειδικά στις περιπτώσεις όπου το χρόνιο βάρος της ασθένειας μπορεί να αποτελέσει αιτία για περαιτέρω προβλήματα.<sup>2</sup>



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 [http:// www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)

Ημερομηνία προσπέλασης : 2/9/2015

- 2 [http:// www.psychologynow.gr](http://www.psychologynow.gr)

Ημερομηνία προσπέλασης : 31/8/2015

- 3 Γεωργαράς Κ. Ανδρέας. Συνοπτική Ψυχιατρική. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα

- 4 [http:// www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy)

Ημερομηνία προσπέλασης : 20/8/2015

- 5 [http:// www.gnothisafton.gr](http://www.gnothisafton.gr)

Ημερομηνία προσπέλασης : 29/8/2015

- 6 [http:// www.inheathcare.gr](http://www.inheathcare.gr)

Ημερομηνία προσπέλασης : 28/8/2015

- 7 Celder G. Michael, Lopez – Ibor J. Juan, Andreasen Nancy. Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις: Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα (2012)

- 8 [http :// www.psychografimata.com](http://www.psychografimata.com)

Ημερομηνία πρόσβασης : 27/8/2015

- 9 [http : // www.alzheimerathens.gr](http://www.alzheimerathens.gr)

Ημερομηνία πρόσβασης 26/8/2015

- 10 [http : // www.dpsy.gr](http://www.dpsy.gr)

Ημερομηνία πρόσβασης: 26/8/2015