

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ  
ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ  
DEPRESSION IN PEOPLE WITH ACQUIRED  
MOTORING DISABILITIES**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΟΣΧΟΒΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2015**

**Στην εποπτεύουσα καθηγήτρια για την πολύτιμη βοήθειά της,  
Στην Άννα και τον Νίκο, που μου έμαθαν από πρώτο χέρι τα όσα γράφω,  
Στον Καμίλ, που μου δίνει την ευκαιρία να αγωνιστώ για αυτά που πιστεύω για τους  
νοσηλευτές της αποκατάστασης....**

**«Η επιβίωση είναι τέχνη» - ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ (περιοδικό για αναπήρους)**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.5
SUMMARY.....	σελ.5
1.0 Κατάθλιψη.....	σελ.6
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	σελ.6
1.2 Είδη κατάθλιψης.....	σελ.8
1.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες- Συμπτώματα- Αίτια.....	σελ.10
1.4 Κλινική εικόνα.....	σελ.13
1.5 Αντιμετώπιση – Θεραπεία.....	σελ.14
1.6 Κέντρα Ψυχικής Υγείας.....	σελ.16
1.7 Κοινωνική προσέγγιση των ατόμων με κατάθλιψη.....	σελ.17
1.8 Σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου στην κατάθλιψη.....	σελ.17
1.9 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	σελ.18
2.0 Επίκτητες κινητικές αναπηρίες.....	σελ.21
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	σελ.21
2.2 Είδη αναπηρίας – επίσημος διαχωρισμός.....	σελ.22
2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	σελ.23
2.4 Πρόληψη.....	σελ.23
2.5 Θεραπεία – Αποκατάσταση.....	σελ.24
2.6 Ποιότητα Ζωής – Κοινωνιολογική προσέγγιση.....	σελ.27
2.7 Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	σελ.34
3.0 Κατάθλιψη σε άτομα με επίκτητες κινητικές αναπηρίες.....	σελ.39
3.1 Αίτια.....	σελ.38
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	σελ.39
3.3 Θεραπεία – Αντιμετώπιση.....	σελ.40
3.4 Σύσταση ομάδας επαγγελματιών υγείας για την υποστήριξη – αποκατάσταση ασθενών με κατάθλιψη και επίκτητες κινητικές αναπηρίες.....	σελ.41
4.0 Ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	σελ.43
4.1 Ψυχιατρική νοσηλευτική.....	σελ.43
4.2 Νοσηλευτική διεργασία.....	σελ.45
4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα αποκατάστασης και κατ’ οίκον ως προσωπικός βοηθός ατόμων με κινητικές αναπηρίες.....	σελ.46
5.0 Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	σελ.49
5.1 Συμπεράσματα.....	σελ.49
5.2 Προτάσεις.....	σελ.50
6.0 Βιβλιογραφία.....	σελ.51
7.0 Παράρτημα.....	σελ.54

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην Ελλάδα οι ασθένειες που δεν βλέπουμε στον δρόμο, θεωρούμε ότι «δεν υπάρχουν», ότι είναι σπάνιες ή ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτές δεν είναι ικανοί να κυκλοφορούν καθημερινά ανάμεσα μας. Ένα τέτοιο συνδυασμό προσπαθεί να αναδείξει και η εργασία που ακολουθεί.

Ορμώμενη από προσωπικά επαγγελματικά βιώματα ως προσωπική βοηθός μιας τετραπληγικής κοπέλας κατάφερα να έρθω σε επαφή με όσα αναφέρω αναλυτικά στην εργασία μου και αργότερα να τα γνωρίσω – τεκμηριώσω και επιστημονικά μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που έκανα.

Είναι φυσικό επακόλουθο κάθε επίκτητης αναπηρίας η κατάθλιψη, για λόγους αυτονόητους και μη, το ζήτημα είναι πως την αναγνωρίζουμε, πως την αντιμετωπίζουμε ως νοσηλευτές και πόσο εκπαιδευμένοι είμαστε για αυτό.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Στην εργασία αυτή αναλύονται τα συμπτώματα, η κλινική εικόνα και η θεραπεία της κατάθλιψης μέσα από επιστημονικά – ιατρικά και κοινωνιολογικά πρίσματα.

Γίνεται λόγος για τις επίκτητες κινητικές αναπηρίες, τον διαχωρισμό τους, την κλινική τους εικόνα, τα αίτια πρόκλησης, την πρόληψή τους και την αποκατάστασή τους.

Ο συσχετισμός αυτών των δύο γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο με σκοπό την ανάδειξη των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος και πόσο «παραμελημένο» καταλήγει να είναι.

Ακολουθεί η νοσηλευτική παρέμβαση, διεργασία και θέση σε όλα τα παραπάνω με σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες με στόχο την παροχή ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Τέλος, καταγράφονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της συγγραφέως που απορρέουν από τα επιστημονικά δεδομένα και τα επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και την προσωπική της εμπειρία επι του θέματος.

## **SUMMARY**

This essay presents the clinical situation, the treatment and the symptoms of depression through scientific- medical and sociological terms and definitions.

There is a chapter about acquired mobility disabilities, how their separation is taking place in Greece, their clinical presentation, their causes, the way of prevention and their rehabilitation.

The correlation of the above two chapters will create a third in order to let us address the real dimensions of that problem and how neglected it is.

The nursing intervention and procedures follow, showing the way that quality nursing services should be.

Finally, conclusions come along with the suggestions of the writer extracted from the scientific and epidemiology reports used in this essay as well as the writer's personal working experience at similar problems.

## 1.0 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη ήταν ένα θέμα που απασχόλησε την ανθρωπότητα πολλές φορές ανά τα χρόνια.

Συναντούμε περιπτώσεις αναφοράς της κατάθλιψης ως δαιμονικής κατοχής του ατόμου σε αρχαία έγγραφα της Μεσοποταμίας (2000Π.Χ.) όπως και αργότερα σε έγγραφα Ελληνικά, Ρωμαϊκά, Κινέζικα, Βαβυλώνια και Αιγυπτιακά. Τα έγγραφα αυτά στην πλειοψηφία τους χαρακτήριζαν την νόσο αυτήν περισσότερο σαν πνευματική ασθένεια παρά σαν φυσική ασθένεια και όπως αναφέρεται «θεράπευαν» τους ασθενείς με αντίστοιχες μεθόδους όπως εξορκισμούς, περιοριστικά μέτρα, βασανιστήρια, στέρηση τροφής.<sup>1</sup>

Η πρώτη αναφορά γίνεται από τον Ιπποκράτη τον 5<sup>ο</sup> αιώνα Π.Χ. με τον όρο μελαγχολία που τον συνθέτει από τις λέξεις μέλαινα- χολή. Εκείνος θέτει για πρώτη φορά μια διαφορετική βάση για τα αίτια της κατάθλιψης, αναφέρει ότι οφείλεται στην ισορροπία των υγρών του σώματος και τα ονομάζει ιάματα. Τα ιάματα για εκείνον είχαν 4 μορφές : η κίτρινη χολή, η μαύρη χολή, το φλέγμα και το αίμα. Ο Ιπποκράτης κατηγοριοποίησε τις ψυχικές νόσους ανάμεσά τους την μανία, την μελαγχολία και την φρενίτιδα. Υποστήριξε ότι για την μελαγχολία (κατάθλιψη) ευθύνεται η μαύρη χολή που υπάρχει σε μεγάλη ποσότητα στην σπλήνα, χρησιμοποίησε λοιπόν μια πειραματική μέθοδο που αφαιρούσε αίμα από το σώμα σε συνδυασμό με μπάνιο, άσκηση και διαίτα για να θεραπεύσει αυτήν την νόσο.<sup>1</sup>

Σε αντίθεση με τον Ιπποκράτη, στην Ρώμη ο Κικέρωνας υποστήριξε ότι η μελαγχολία οφείλεται σε φόβο, θυμό και βίαιη αντιμετώπιση του ατόμου. Όσο περνούσαν τα χρόνια τόσο περισσότερο υπερίσχυε η άποψη ότι η μελαγχολία οφείλεται σε δαιμονική κατοχή που την στέλνουν οι θεοί για να τιμωρήσουν τους ανθρώπους όπως ο Κορνέλιος Κέλσος (25Π.Χ)επέβαλε ως θεραπεία την στέρηση τροφής, σίδηρα κρεμασμένα στα πόδια και ξυλοκόπημα. Αργότερα στην Περσία εφαρμόζονταν θεραπείες με μπάνιο και επιβράβευση καλών συμπεριφορών.<sup>1</sup>

Μετά την πτώση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, επικράτησε η άποψη ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι δαιμονισμένοι , τους διακατέχουν μάγια και έχουν την δυνατότητα να μεταφέρουν την «τρέλα» τους στα άτομα που τους συναναστρέφονται. Οι θεραπείες αποτελούνταν από εξορκισμούς και έφταναν σε ακραία σημεία με κάψιμο και πνιγμό. Ενώ ένα μικρό μέρος γιατρών υποστήριζε ακόμα την θεωρία του Ιπποκράτη και κατέληγε να έχει δεμένους και απομονωμένους αυτούς τους ασθενείς σε ψυχιατρικά άσυλα. Οι ίδιες απόψεις εν πολλοίς ίσχυαν στην κοινή γνώμη και όλη την περίοδο του Μεσαίωνα.<sup>1</sup>

Το 1621 ο Ρόμπερτ Μπάρτον εκδίδει για πρώτη φορά ένα βιβλίο με την Ανατομία της Μελαγχολίας στο οποίο περιγράφει ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου (όπως φτώχεια, φόβος) σε αυτό το εγχειρίδιο προτείνει ως θεραπείες διαίτα, άσκηση, αφαίρεση αίματος από την σπλήνα (όπως ο Ιπποκράτης), αποτοξίνωση, ταξίδια, γάμο και ακόμα και μουσικοθεραπεία.

Σειρά έχει η εποχή της Αναγέννησης (17<sup>ος</sup>- 19<sup>ος</sup> αιώνας) όπου η κατάθλιψη πλέον χαρακτηρίστηκε ως μια συμπεριφορική διαταραχή χωρίς θεραπεία και οι ασθενείς κατέληγαν φτωχοί, άστεγοι ή κλεισμένοι σε ιδρύματα. Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα γίνεται πλέον κοινή η χρήση του όρου κατάθλιψη και αντικαθιστά πλέον τον όρο μελαγχολία.<sup>1</sup>

Ωστε φτάνει ο 20<sup>ος</sup> αιώνας που γίνεται ο διαχωρισμός επίσημα μεταξύ πένθους και κατάθλιψης. Αρχικά από τον Abraham το 1911 αργότερα ο Freud το 1917 κάνει λόγο για τα αίτια της κατάθλιψης και ερευνά ως κύρια αιτία την μείωση αισθημάτων αυτοσεβασμού. Την διαπίστωση αυτή έρχεται να συμπληρώσει το 1946 ο Fenichel που ορίζει την κατάθλιψη σαν μια κατάρρευση της αυτοεκτίμησης.<sup>2</sup>

## 1.2 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης σύμφωνα με την σύγχρονη ψυχιατρική και ορίζεται ως «μία πληθώρα συμπτωμάτων όπου η «φυσιολογική» ανανεώσιμη διάθεση επισκιάζεται από μία «παθολογική-καταθλιπτική» διάθεση, η οποία ωστόσο μπορεί να μην είναι πάντα εμφανής και άλλα συμπτώματα π.χ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κ.τ.λ. να θέτουν τη διάγνωση. Στην πραγματικότητα πρόκειται για σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μια πλειάδα σημείων και συμπτωμάτων που αντιπροσωπεύουν μια υποτροπιάζουσα εκτροπή του ατόμου από τη συνήθη λειτουργικότητά του (Akiskal H.S, 2005).<sup>3,4</sup>

Ανάλογα με τον χρόνο, τρόπο και το αίτιο της εμφάνισής της η διαταραχή αυτή χωρίζεται σε είδη.

- **Αγχώδης Κατάθλιψη**  
Κυριεύει τους ασθενείς το άγχος, για αυτό και οι ασθενείς αυτοί επισκέπτονται τον ιατρό. Συχνά δεν έχουν αίσθηση της κατάθλιψης που υπάρχει και οδηγούνται στην χρήση απλών αγχολυτικών. Κυρίως έχει νευρωτική μορφή.
- **Διεγερτική Κατάθλιψη**  
Κυρίως έχει ψυχωτική μορφή. Χαρακτηρίζεται από άγχος και μόνιμη ψυχοκινητική διέγερση. (Ο ασθενής δεν μπορεί να σταθεί στο ίδιο μέρος, κάνει συχνά παράπονα, έχει αϋπνίες, νιώθει εσωτερική αναστάτωση και σωματικά προβλήματα.) Είναι σημαντικό να διαχωριστεί άμεσα από την κλασική μορφή της κατάθλιψης διότι τα συμπτώματα είναι εκ διαμέτρου αντίθετα και η φαρμακευτική αντιμετώπιση το ίδιο.
- **Ψυχαναγκαστική Κατάθλιψη**  
Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα με χαρακτηριστική ψυχαναγκαστική προσωπικότητα, υπάρχει η έντονη ανάγκη για τάξη και ακρίβεια και η έντονη ανασφάλεια όταν αυτά διαταράσσονται. Συνήθως συναντάται μετά από βαριά σωματική ασθένεια ή ψυχικό τραυματισμό σε συνδυασμό με πολλά σωματικά συμπτώματα.
- **Αρτηριοσκληρυντική Κατάθλιψη**  
Συνυπάρχει κατάθλιψη με γενικότερη αρτηριοσκληρυντική διαταραχή του κυκλοφορικού συστήματος. Συνήθη συμπτώματα οι παρανοϊκές σκέψεις, η ψυχοκινητική διέγερση και οι πολλαπλές διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών.
- **Εξωγενής Κατάθλιψη (Οργανική)**  
Οφείλεται σε οργανικές παθήσεις, εμφανίζεται άμεσα μετά από μια σωματική ασθένεια ή πολλές. Συνήθως μετά από όγκους του εγκεφάλου, κακώσεις του εγκεφαλικού ιστού, σύφιλη, φλεγμονές του εγκεφάλου, ορμονικές διαταραχές, εγχειρίσεις του εγκεφάλου και δηλητηριάσεις με διάφορες χημικές ουσίες.<sup>5</sup>
- **Υποχονδριακή Κατάθλιψη**  
Ανήκει στην κατηγορία της ενδογενούς κατάθλιψης. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που διαθέτουν από πριν έντονα υποχονδριακά στοιχεία στον χαρακτήρα τους, μέσα σε αυτά και ο φόβος της ενδεχόμενης κατάθλιψης. Στα συμπτώματα είναι χαρακτηριστική η μόνιμη ενασχόληση του ασθενούς με τις οργανικές του



λειτουργίες. Οι φάσεις αυτής της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα μακρές με ελαφρά μόνο τάση καλυτέρευσης.

- **Υστερική Κατάθλιψη**  
Ανήκει και αυτή στην κατηγορία της ενδογενούς κατάθλιψης. Παρουσιάζει υστερική συμπεριφορά και συμπτωματολογία.
- **Φαρμακογενής Κατάθλιψη**  
Προκαλείται από νευροληπτικά φάρμακα και διάφορες άλλες ουσίες και εξαφανίζεται μερικές μέρες μετά την διακοπή των ουσιών αυτών.
- **Νευροφυτική Κατάθλιψη**  
Ανήκει και αυτή στην κατηγορία της ενδογενούς κατάθλιψης. Εμφανίζει εικόνα νευροφυτικής δυσρυθμίας με συμπτώματα όπως σφίξιμο στο στήθος, πίεση στο κεφάλι, ζαλάδες, αϋπνίες, σεξουαλική ανικανότητα κ.α. και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μένουν στην αφάνεια. Ο ασθενής δικαιολογεί την κατάσταση του πως οφείλεται σε σωματικές διαταραχές.
- **Ανακλυτική Κατάθλιψη**  
Προκαλείται σε βρέφη που έχουν αποχωρισθεί την μητέρα τους για μεγάλο χρονικό διάστημα και στερούνται συναισθηματικής επικοινωνίας όπως σε ιδρύματα, βρεφοκομεία. Τα συμπτώματα ξεκινούν με κλάμα για 2-3 μήνες και έπειτα τα βρέφη παραμένουν σιωπηλά, με ανοικτά ανέκφραστα μάτια και χωρίς μιμική έκφραση στο πρόσωπό τους. Παραμένουν αδιάφορα σε κάθε περιβαλλοντική αλλαγή και η προσπάθεια επικοινωνίας μαζί τους είναι σχεδόν αδύνατη. Υπάρχει κίνδυνος για την ζωή του βρέφους καθώς συχνά αρνείται την πρόσληψη τροφής.
- **Νευρωτική Κατάθλιψη**  
Παρουσιάζεται συνήθως ως επακόλουθο κάποιου ψυχικού τραύματος. Στον ασθενή επικρατεί το αίσθημα του θυμού συνήθως για την απώλεια κάποιου αντικειμένου, προσώπου, σωματικής λειτουργίας.
- **Επιλόχεια Κατάθλιψη**  
Κάνει την εμφάνισή της κατά την περίοδο της λοχείας στην γυναίκα, χωρίς γνωστή αιτιολογία. Ενέχει κινδύνους αυτοκτονικών τάσεων που είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν και το νεογέννητο.<sup>5</sup>

Επίσης η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση εδώ και χρόνια προσπαθεί να κρατάει ανανεωμένο το Στατιστικό και Διαγνωστικό εγχειρίδιο για Ψυχικές Παθήσεις (DSM-IV) κατά το οποίο κατηγοριοποιεί τις παθήσεις σύμφωνα με την οξύτητά τους, την διάρκεια εμφάνισης και αν υπήρξε επανεμφάνιση στο παρελθόν έτσι ώστε με έναν κωδικό κάποιος μπορεί να καταλάβει όλο το ιστορικό του ασθενούς.<sup>13</sup>

### 1.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΑΙΤΙΑ

Ως αιτιολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να χαρακτηριστούν καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη ή η λοχεία, απώλειες αγαπημένων προσώπων, έντονα συναισθηματικά ερεθίσματα και κοινωνικές καταστάσεις όπως αλλαγές κατοικίας , μετανάστευση κ.α. Συγκεκριμένα οι αιτίες θα εντοπίζονταν σαν **αυτοεπίκριση** όπου ο ασθενής θεωρεί τον εαυτό του ως τον χειρότερο άνθρωπο στην γη και συνεχώς τον κατηγορεί, σαν **αυτολύπηση** όπου ο ασθενής λυπάται τον εαυτό του και νιώθει ότι όλοι τον αδικούν και σαν **οίκτο για τους άλλους** όπου ο ασθενής προσωποποιεί τα προβλήματα των άλλων στον εαυτό του και υποφέρει στην θέση τους.<sup>4</sup>

Είναι επίσης γνωστό ότι οι συναισθηματικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις.<sup>6,7</sup>

Τα ιδιαίτερα συμπτώματα που παρουσιάζει η κατάθλιψη είναι τα εξής:

1. Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση σε συνδυασμό με μείωση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας.
2. Ανησυχία και άγχος που οδηγούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και πράξεων με χειρότερη περίπτωση την αυτοκτονία.
3. Εύκολη κόπωση
4. Σωματοψυχική αδυναμία
5. Απώλεια αυτοπεποίθησης, αίσθημα ενοχής
6. Έλλειψη ζωτικού ενδιαφέροντος
7. Μελαγχολικό παραλήρημα\*
8. Αλαλία
9. Διαταραχές στον ύπνο
10. Δυσκολία συγκέντρωσης

Το άτομο πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 5 από τα παραπάνω συμπτώματα.

\*Μελαγχολικό παραλήρημα ονομάζεται το σύνολο των παραλητικών ιδεών του ασθενούς και προκαλείται από την έλλειψη βοήθειας και επίλυσης στα αρνητικά του συναισθήματα εξ αρχής και εντείνεται σε περιπτώσεις ταραγμένης λειτουργίας οργάνων.

Μπορεί να χαρακτηριστεί:

- Αγχώδες με εμφάνιση εφίδρωσης, τρόμου, δυσχέρεια αναπνοής και είναι δυνατόν να μετατρέψει την ακινησία του ασθενούς σε υπερκινητικότητα.
- Προσδοκητικό διότι ο ασθενής περιμένει να δεχθεί κάποια τιμωρία για κάτι που πιστεύει πως έπραξε.
- Αναδρομικό διότι ο ασθενής θυμάται όλο το παρελθόν του για να βρει λόγους για να κατηγορεί τον εαυτό του.
- Φυγόκεντρο διότι θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για ότι άσχημο συμβεί γύρω του είτε σε γνωστούς και οικογένεια είτε στον ίδιο είτε σε ολόκληρη την ανθρωπότητα.<sup>8</sup>

- Μονότονο διότι συνήθως επικεντρώνει τους φόβους του ο ασθενής σε συγκεκριμένο αντικείμενο.
- Παθητικό διότι ο ασθενής «δέχεται» τις συνέπειες κατά αυτόν των πράξεων του χωρίς να παραπονιέται και να αντιστέκεται.<sup>8</sup>

Οι ιδέες είναι δυνατόν να είναι ενοχής για τον εαυτό του, ολέθρου και απώλειας (π.χ. καταστράφηκα οικονομικά, εγώ φταίω, πρέπει να τιμωρηθώ), ιδέες μικρότητας και αναξιοσύνης για τον εαυτό του και τέλος υποχονδριακές ιδέες.<sup>9</sup>

Τα **νευρολογικά** και **παθολογικά** αίτια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι δυνατόν να οφείλονται σε:

- Αγγειακές εγκεφαλικές διαταραχές
- Άνοιες
- Επιληψία
- Νόσος του Fahr
- Νόσος του Huntington
- Υδροκέφαλο
- Λοιμώξεις (συμπεριλαμβανομένων της HIV και της νευροσύφιλης)
- Ημικρανίες
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Ναρκοληψία
- Νεοπλάσματα
- Νόσος του Parkinson
- Προϊούσα παράλυση του ανώτερου κινητικού νευρώνα
- Άπνοια ύπνου
- Τραύμα
- Νόσος του Wilson
- Παθήσεις των επινεφριδίων
- Υπεραλδοστερονισμός
- Σχετιζόμενα με την εμμηνορρυσία
- Παθήσεις των παραθυρεοειδών
- Επιλόχεια περίοδος
- Θυρεοειδοπάθειες
- Aids
- Χρόνιο σύμπτωμα κόπωσης
- Μονοπυρήνωση
- Πνευμονία (ιογενής και βακτηριδιακή)
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Αρτηρίτιδα Sjogren
- Συστηματικός ερυθματώδης λύκος
- Κροταφική αρτηρίτιδα
- Φυματίωση<sup>6</sup>

- Καρκίνος
- Καρδιοπνευμονικά νοσήματα
- Πορφυρία
- Ουραιμία
- Ανεπάρκειες βιταμινών

Και ακολούθως από **Φαρμακολογικά αίτια**, από ουσίες που ανήκουν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Καρδιολογικά και αντιυπερτασικά φάρμακα (όπως Βεθανιδίνη, Κλονιδίνη, Γουανεθιδίνη κ.α.)
- Κατασταλτικά και υπναγωγικά (όπως Βαρβιτουρικά, Ένυδρος χλωράλη, Αιθανόλη κ.α.)
- Στεροειδή και ορμόνες (όπως Κορτικοστεροειδή, Πρεδνιζονόλη, Δαναζόλη κ.α.)
- Διεγέρτες και κατασταλτικά της όρεξης (όπως Αμφεταμίνη, Φενφλουραμίνη, Διαιθυλπροπιόνη κ.α.)
- Ψυχότροπα φάρμακα (όπως Βουτυροφαινόλες, Φαινοθειαζίνες και Οπιοειδή)
- Νευρολογικοί παράγοντες (όπως Αμανταδίνη, Φαινακετίνη, Υοχιμβίνη κ.α.)
- Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα (όπως Φενοπροφένη, Ιβουπροφένη, Οπιοειδή κ.α.)
- Αντιβακτηριακά και αντιμυκητιασικά φάρμακα (όπως Αμπικιλλίνη, Δαψόνη, Στρεπτομυκίνη κ.α.)
- Αντινεοπλασματικά φάρμακα (όπως Μιθραμυκίνη, Βινκριστίνη, Βλεομυκίνη κ.α.)<sup>10</sup>

## 1.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Όσο αφορά την σωματική εικόνα του ασθενούς είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε τα εξής:

- Απαθής
- Νωθρός
- Αδρανής
- Ανέκφραστος
- Σιτίζεται λίγο
- Χαρακτηριστική μιμική λυπημένου προσώπου<sup>5</sup>
- Ανωμαλίες του έμμηνου κύκλου
- Χαμηλό επίπεδο ενέργειας
- Ανωμαλίες ύπνου
- Ξηροστομία
- Δυσκοιλιότητα
- Κεφαλαλγία
- Απώλεια της libido
- Κακή βλεμματική επαφή
- Ατημέλητη εμφάνιση
- Χαμηλωμένο βλέμμα<sup>11</sup>

## 1.5 ANTIMΕΤΩΠΙΣΗ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά το παρελθόν οι συνήθεις θεραπείες εκλογής ήταν είτε τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είτε το ηλεκτροσόκ είτε η υποστηρικτική θεραπεία. Στην σύγχρονη εποχή συναντάμε κάποιες πιο εξελιγμένες μορφές θεραπείας.

Από ψυχοφαρμακολογικής απόψεως χρησιμοποιούνται κυρίως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) ως αρχική θεραπεία, τα τρικυκλικά και οι MAOIs σε γενικές γραμμές θεωρούνται δεύτερης ή τρίτης γραμμής παράγοντες, λόγω των παρενεργειών τους και της δυνητικής θανατηφόρου δράσης τους όταν ληφθούν σε μεγάλες δόσεις. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό θα πρέπει να νοσηλεύονται αν ο κλινικός αμφιβάλλει για τον κίνδυνο. Κατά την διάρκεια της θεραπείας υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αυτοκτονία καθώς ο αυτοκτονικός καταθλιπτικός ασθενής αρχίζει να βελτιώνεται και πλέον διαθέτει και την σωματική ενεργητικότητα για την εκτέλεση της πράξης ενώ πριν δεν διέθετε την θέληση για κάτι τέτοιο.<sup>12</sup>

Από ψυχολογικής απόψεως επικρατούν μεμονωμένα οι παρακάτω θεραπείες σε συνδυασμό με τα φάρμακα που αναφέραμε παραπάνω.

- Γνωσιακή : βραχυπρόθεσμη θεραπεία που χαρακτηρίζεται από τη συνεργασία του ασθενούς με το θεραπευτή και την ανάθεση εργασίας για το σπίτι, που στοχεύει στον έλεγχο και τη διόρθωση αρνητικών γνωσιών και ασυνείδητων υποθέσεων, οι οποίες υπόκεινται αυτών. Βασίζεται στη διόρθωση χρόνιων διαστρεβλώσεων της σκέψης, που οδηγούν σε κατάθλιψη, ιδιαίτερα της γνωσιακής τριάδας των αισθημάτων απελπισίας και αβοηθησίας αναφορικά με τον εαυτό, το μέλλον και το παρελθόν του ασθενούς.
- Συμπεριφορική: βασίζεται στη θεωρία της μάθησης. Σε γενικές γραμμές είναι βραχυπρόθεσμη και έντονα δομημένη , εστιάζεται σε ειδικές , περιγεγραμμένες και ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Οι τεχνικές συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης θετικής ενίσχυσης μπορεί να αποτελέσουν αποτελεσματικό ενισχυτικό παράγοντα στη θεραπεία της κατάθλιψης.
- Διαπροσωπική: έχει αναπτυχθεί ως ειδική , βραχυπρόθεσμη θεραπεία για τη μη διπολική, μη ψυχωτική κατάθλιψη σε εξωτερικούς ασθενείς. Δίνεται έμφαση σε καθημερινά , τρέχοντα διαπροσωπικά ζητήματα και όχι σε ασυνείδητα ενδοψυχικά δυναμικά.
- Ψυχαναλυτικά προσανατολισμένη: εναισθητική ψυχοθεραπεία με αόριστο χρονικό ορίζοντα, που στοχεύει στην κατανόηση των ασυνείδητων συγκρούσεων και κινήτρων, τα οποία μπορεί να τροφοδοτούν και να συντηρούν την κατάθλιψη.
- Υποστηρικτική: θεραπεία με αόριστο χρονικό ορίζοντα, με κύριο στόχο την προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης. Ενδείκνυται ιδιαίτερα στην οξεία κρίση, όπως το πένθος, ή όταν ο ασθενής αρχίζει να αναρρώνει από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο αλλά δεν μπορεί ακόμα να εμπλακεί σε περισσότερο απαιτητική και διαδραστική θεραπεία.

- Ομαδική: δεν ενδείκνυται για οξέως αυτοκτονικούς ασθενείς. Άλλοι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να οφεληθούν από τη στήριξη, τις αποσαφηνίσεις και τη θετική ενίσχυση των ομάδων, από τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση και την άμεση διόρθωση των γνωσιακών και μεταβιβαστικών διαστρεβλώσεων με τα άλλα μέλη της ομάδας.
- Οικογενειακή: ενδείκνυται ιδιαίτερα όταν η κατάθλιψη του ασθενούς διαταράσσει την οικογενειακή σταθερότητα, σχετίζεται με τα οικογενειακά γεγονότα ή στηρίζεται ή διατηρείται από τα οικογενειακά πρότυπα συμπεριφοράς.<sup>12</sup>

## 1.6 ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελεί τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, η ψυχοκοινωνική μέριμνα και η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα.

Συνοπτικά, οι λειτουργίες του θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακολούθως:

1. Πρόληψη, πρόωμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων και της κατ' οίκον φροντίδας. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών. Ολοκληρωμένη, συνθετική προσέγγιση
2. Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, στην πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Το ΚΨΥ μπορεί επίσης να αναπτύξει μονάδα μερικής νοσηλείας
3. Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Ειδικά προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών σε συνεργασία με στελέχη άλλων τομέων (εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ.)
4. Στενή συνεργασία με κοινοτικές, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
5. Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας
6. Έρευνα αναγκών και επιδημιολογική έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας.<sup>8</sup>



## **1.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Γενικότερα, η κοινωνική ψυχική υγιεινή καλύπτεται σε τρία επίπεδα:

Την πρωτοταγή πρόληψη που ως σκοπό έχει να ανιχνεύσει τις αιτίες που συντελούν στην εμφάνιση μιας ψυχικής νόσου έτσι ώστε να επιτευχθεί μείωση των νέων περιστατικών ψυχικά ασθενών.

Την δευτοταγή πρόληψη που ως σκοπό έχει να περιορίσει τον αριθμό των ήδη εκδηλωμένων ψυχικών διαταραχών μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης παραπομπής σε γιατρό και φυσικά θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Την τριτοταγή πρόληψη που ως σκοπό έχει να ελαχιστοποιήσει τις υποτροπές και τις βλάβες του ασθενή που πάσχει από ψυχικές διαταραχές καθώς και να τον βοηθήσει να αποκατασταθεί κοινωνικά και επαγγελματικά.<sup>7</sup>

## **1.8 ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ- ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Για να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του θεραπευόμενου είναι απαραίτητο να υπάρχει συνεννόηση με τον θεραπευτή του αλλά και εμπιστοσύνη, σεβασμός, εκτίμηση. Για να επιτευχθεί μια τέτοια σχέση χρειάζεται χρόνο, προσπάθεια από την πλευρά του θεραπευτή και σωστές τεχνικές. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν ειλικρίνεια στην σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου όπου ο δεύτερος έχει τον χώρο, χρόνο και την «υποχρέωση» να γνωρίζει τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν, να τις επεξεργαστεί και να προτείνει αλλαγές αν το θεωρεί σκόπιμο, ο χώρος που γίνονται οι συναντήσεις θα πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένος και πάντα ο ίδιος ώστε ο θεραπευόμενος να αισθάνεται οικεία, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να παραδέχεται τα λάθη του και να τα διορθώνει ώστε να δίνει το σωστό προσωπικό παράδειγμα στον θεραπευόμενο, τέλος θα πρέπει να σχεδιάζονται από κοινού θεραπευτικές διαδικασίες οι οποίες θα λάβουν χώρα στο σπίτι του θεραπευόμενου στον ελεύθερό του χρόνο για να είναι πιο εξασφαλισμένη η εφαρμογή τους κατά γράμμα.<sup>9</sup>

## 1.9 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει υπολογίσει ότι κάθε χρόνο 877.000 άνθρωποι αυτοκτονούν σε όλο τον κόσμο, 20 φορές περισσότερες είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας και από όλες αυτές τις περιπτώσεις πάνω από το 90% σχετίζεται με κάποια ψυχική διαταραχή. Το ποσοστό του θανάτου με αυτοκτονία σε καταθλιπτικούς ασθενείς αγγίζει το 15%.

Μετά από δείγμα 26.000 ασθενών σε 14 χώρες, βρέθηκε ότι το 69% των ασθενών με κατάθλιψη έχει μόνο σωματικές εκδηλώσεις. Οι Ισπανοί, οι Αφροαμερικάνοι και οι Ασιάτες παρουσιάζουν περισσότερες σωματικές εκδηλώσεις από τους Καυκάσιους. Τα τελευταία χρόνια οι αυτοκτονίες στην Ιαπωνία ξεπερνούν τις 30.000. Το 2006 ο δείκτης θνησιμότητας από αυτοκτονία ήταν 24,2% ανα 100.000 πληθυσμό για όλο τον κόσμο και 169.3 % ανα 100.000 πληθυσμό για άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω.

Σε πρόσφατες μελέτες βρέθηκε ότι το 4-10% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει βιώσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα στον περασμένο χρόνο. Το 20-25% των γυναικών παγκοσμίως και το 12% των ανδρών θα περάσουν στην φάση της κατάθλιψης τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους.

Η επιστημονική ομάδα του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων θέλησε να έχει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα απαντήσεων από όλες τις γωνίες της Ελλάδος: τα μεγάλα αστικά κέντρα, την λοιπή ηπειρωτική Ελλάδα αλλά και τα νησιά. Λόγω προβλημάτων οικονομικής φύσεως όμως αποφασίστηκε η έρευνα να μην καλύψει και την Κρήτη, για την οποία υπάρχουν δεδομένα από άλλες έρευνες που επικεντρώθηκαν στον πληθυσμό του εν λόγω νησιού. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 9800 άτομα ηλικίας 18-70 ετών (περίπου 50% άνδρες και 50% γυναίκες), παντρεμένα σε ποσοστό 60% και εργαζόμενα σε ποσοστό 60%, επιλεγμένα τυχαία αλλά αντιπροσωπευτικά από όλη την υπόλοιπη Ελλάδα. Η έρευνα έγινε με τη μορφή ερωτηματολογίων από τον Σεπτέμβριο του 2009 έως και τον Φεβρουάριο του 2010.

Πριν παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας έχει ενδιαφέρον να υπογραμμιστεί μια σημαντική παρατήρηση που έκαναν και οι ίδιοι οι ερευνητές. Μόνο το 54% των ερωτηθέντων δέχτηκαν να απαντήσουν στην έρευνα, με αποτέλεσμα οι τελικές στατιστικές αναλύσεις να γίνουν με ένα δείγμα της τάξεως των 5000 ατόμων. Οι γυναίκες και οι μεσήλικες ήταν αυτοί οι οποίοι έδειξαν τα μεγαλύτερα ποσοστά άρνησης συμμετοχής στην έρευνα. Μια εικασία που μπορούμε να κάνουμε είναι ότι αυτή η συμπεριφορά σε κάποιο βαθμό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη παιδείας των Ελλήνων γύρω από θέματα ψυχιατρικής, με αποτέλεσμα τον στιγματισμό ερωτημάτων που σχετίζονται με την ψυχική μας υγεία.<sup>14</sup>

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησε η ερευνητική ομάδα αξιολογούσε την παρουσία 14 ψυχιατρικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια α)της τελευταίας εβδομάδας και β)κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους.<sup>14</sup>

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες σε ένα ποσοστό της τάξεως του 15% εμφάνιζαν τα συμπτώματα της ψυχολογικής κόπωσης, ευερεθιστότητας και της ανησυχίας, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά (5%) εμφανίστηκαν για τις εμμονές, τις φοβίες και τον πανικό. Οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους άνδρες. Συνολικά, υπολογίστηκε ότι το 14% των συμμετεχόντων παρουσίαζε κάποια μέτρια ή σοβαρή ψυχοπαθολογία, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερα ποσοστά από τους άνδρες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πιο συχνά εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή στην Ελλάδα είναι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) με ποσοστό 4,1%, ακολουθούμενη από τα καταθλιπτικά επεισόδια με ποσοστό 2,9%. Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό της τάξεως του 7,5% πληρούσαν τα κριτήρια για μία τουλάχιστον διαταραχή σχετιζόμενη με το άγχος ή/και την κατάθλιψη. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι το 50% των συμμετεχόντων παρουσίαζε τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Με απλά λόγια, με μια απλή αναγωγή περίπου το 6,5% του πληθυσμού παρουσιάζει χρόνια ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία.

Οι μεγαλύτερες ηλικίες (50-70 ετών) παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες, πιθανόν λόγω της ταυτόχρονης ύπαρξης κάποιου οργανικού προβλήματος το οποίο φυσικά επιβαρύνει και ψυχολογικά αυτά τα άτομα.

Μεγάλο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν και οι αριθμοί κατάχρησης αλκοόλ και άλλων ουσιών, καθώς βρέθηκε ότι σε ένα ποσοστό περίπου 12,6% του πληθυσμού κάνει κατάχρηση αλκοόλ, με τους άνδρες να έρχονται πρώτοι (16,9%) σε σχέση με τις γυναίκες (8,5%). Το 40% του πληθυσμού βρέθηκε πως είναι καπνιστές (καπνίζει συστηματικά τον τελευταίο μήνα) με τους άνδρες και πάλι να έρχονται πρώτοι και σε αυτή την κατάχρηση (50% των ανδρών έναντι 30% των γυναικών). Η χρήση χασίς κυμαίνεται στο 2%.

Τέλος, οι ερευνητές εστιάζουν την προσοχή τους στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα της πανελλήνιας έρευνας επαληθεύουν την αντίληψη που θέλει τους κατοίκους των νησιωτικών περιοχών και ιδιαίτερα των πιο μικρών νησιών να παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους κατοίκους της ηπειρωτικής Ελλάδας.

Κάνοντας μια σύγκριση των ευρημάτων με τα ποσοστά επιπολασμού στην υπόλοιπη Ευρώπη, οι ερευνητές αναφέρουν ότι στην Ελλάδα παρουσιάζουμε μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρώπης αλλά αυξημένα ποσοστά γενικευμένου άγχους και αγχωδών διαταραχών.

Στην προσπάθειά της έρευνας να λάβει υπόψη και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας, βρέθηκε ότι η ανεργία -από την οποία υποφέρει το ένα τέταρτο της Ελλάδας- σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα των καταθλιπτικών. Η ακριβής σχέση του παράγοντα της ανεργίας και της ψυχοπαθολογίας αναμένεται να ερευνηθεί σε βάθος σε μια μελλοντική δημοσίευση της ίδιας επιστημονικής ομάδας.<sup>14</sup>

Σε γενικές γραμμές είναι εμφανές ότι τα ποσοστά ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στη χώρα μας είναι στα ίδια επίπεδα με αυτά της υπόλοιπης Ευρώπης. Κύριο ψυχιατρικό σύμπτωμα στην ελληνική κοινωνία φαίνεται πως είναι οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, όπως ακριβώς βλέπουμε ότι συμβαίνει και στον υπόλοιπο κόσμο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον βεβαίως παρουσιάζει η συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και ανάπτυξης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, αν και πρέπει να τονίσουμε ότι η έρευνα έγινε τέλη του 2009, στις αρχές δηλαδή της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Θα είχε ενδιαφέρον εάν υπήρχαν δεδομένα από το 2011 και έπειτα, όταν η οικονομική ύφεση άρχισε να βαθαίνει επικίνδυνα και η ανεργία να εκτοξεύεται σε δυσθεώρητα ύψη. Μια σύγκριση μεταξύ της προ-κρίσης και μετά-κρίσης εποχών θα έδειχνε εμμέσως τον ψυχολογικό αντίκτυπο του γενικότερου ασταθούς οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού κλίματος που αντιμετωπίζει η χώρα.<sup>14,15</sup>

## 2.ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

### 2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όπως είναι λογικό η αναπηρία σαν έννοια υπήρχε από αρχαιοτάτων χρόνων, και ειδικότερα και οι επίκτητες κινητικές αναπηρίες η διαφορά με την σημερινή εποχή έγκειται στον τρόπο διαχείρισης των αναπήρων τότε και σήμερα.

Εκτενέστερα, στην πρωτόγονη εποχή οι ανάπηροι δεν ξεπερνούσαν την βρεφική ηλικία, χαρακτηριστικό της εποχής η διάτρηση του κρανίου για να εκδιωχθούν τα κακά πνεύματα που είχαν καταλάβει το βρέφος. Αργότερα, είναι διακριτές τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις της ίδιας περιόδου όπου στην Αρχαία Αίγυπτο απαγορεύονταν οι βρεφοκτονίες και μάλιστα έβαζαν τα παιδιά με τύφλωση να μοιρολογούν τους νεκρούς, ενώ ταυτόχρονα στην Αρχαία Αθήνα τα άτομα με αναπηρία προστατεύονταν και μάλιστα είχαν το δικαίωμα να εξεταστούν από την Βουλή για την παροχή κάποιου επιδόματος, κύριο χαρακτηριστικό της εποχής η έναρξη ορισμών και ερευνών για την αναπηρία από τον Ιπποκράτη τέλος στην Αρχαία Σπάρτη κυριαρχούσε το πρότυπο των γερών και γυμνασμένων πολεμιστών και η αναπηρία δεν είχε θέση σε μια τέτοια κοινωνία, έτσι τα παιδιά με αναπηρία έβρισκαν τραγικό θάνατο όταν τα πετούσαν στον Καιάδα.

Ακολουθώς στην Ρωμαϊκή εποχή, τα παιδιά με αναπηρία που γλίτωναν την βρεφοκτονία χρησιμοποιούνταν από τους ευκατάστατους Ρωμαίους ως υπηρέτες και γελωτοποιοί.

Στο Βυζάντιο οι ανάπηροι θεωρούνταν αποδέκτες θεϊκής τιμωρίας για τις αμαρτίες των προγόνων τους για αυτό βρίσκονταν έγκλειστοι σε μοναστήρια και ιδρύματα.

Η εποχή του Μεσαίωνα χαρακτηρίζεται ως η πιο φριχτή για τα άτομα με αναπηρίες καθώς με διάταγμα του πάπα-Ιννοκεντίου του 8ου εκατοντάδες-χιλιάδες άτομα με αναπηρίες και ψυχικές διαταραχές οδηγήθηκαν στην Ιερά Εξέταση και βρήκαν φρικτό θάνατο.

Ως τρόπο προσέλκυσης θεατών και χρημάτων σε Τσίρκα χρησιμοποιούνταν στην εποχή της Αναγέννησης τα άτομα με αναπηρία που πια ονομάζονταν «τέρατα».

Τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα γίνονται οι πρώτες κινήσεις για την ίδρυση ειδικών σχολείων που όμως αρχικά απευθύνονται σε παιδιά με τύφλωση και κώφωση και δεν γίνονται δεκτά παιδιά με νοητική στέρηση ή κινητικές αναπηρίες.

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα πια η ειδική αγωγή βρίσκει την θέση της στην κοινωνία φιλόσοφοι και παιδαγωγοί και γιατροί ασχολούνται σοβαρά με τα θέματα της αναπηρίας και το σύστημα γραφής για τους τυφλούς ανακαλύπτεται.

Φτάνοντας στον 20<sup>ο</sup> αιώνα και με εξαίρεση την αμαυρωμένη εποχή του Β' Παγκοσμίου πολέμου όπου οι Ναζί χρησιμοποιούσαν ανάπηρους για πειράματα, χαρακτηρίζεται σαν την εποχή της εξέλιξης κοινωνίας και επιστήμης ώστε να γνωρίσει, να ταξινομήσει και να αναλύσει όλες τις αναπηρίες αλλά και να βρει τρόπους διευκόλυνσης των ατόμων που τις έχουν όπως και να αναπτύξει αντίστοιχες πολιτικές. Το 1960 ιδρύεται στην Ελλάδα ο πρώτος σύλλογος αναπήρων.

Στις μέρες μας οι ανάπηροι αγωνίζονται για την ανεξάρτητη διαβίωσή τους και την πλήρη ένταξη τους στην κοινωνία.<sup>15,16</sup>

## 2.2 ΕΙΔΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ –ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος ανάπηρος σύμφωνα με τον ορισμό του Ο.Η.Ε (1975) αναφέρεται σε οποιοδήποτε άτομο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής, ατομικής ή και κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος.

Αντιστοίχως έχουμε διάκριση των αναπηριών σε τέσσερα είδη: κινητικές, αισθητηριακές, νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές.

Υπάρχει ένας ακόμη τρόπος ταξινόμησης ως προς τον χρόνο εμφάνισης της αναπηρίας σε εκ γενετής και επίκτητες.

Ανάλογα με το ποσοστό αναπηρίας που έχει το κάθε άτομο, το Υπουργείο Υγείας οργανώνει επιτροπές που το αξιολογούν και του επιτρέπουν να έχει στην διάθεσή του ανάλογες παροχές.

Σε αυτή την εργασία ο τομέας για τον οποίο γίνεται συζήτηση είναι οι επίκτητες κινητικές αναπηρίες που περιλαμβάνουν:

- Παραπληγία (Προσβολή των κάτω κυρίως άκρων)
- Τετραπληγία (Όταν έχει προσβληθεί όλο το σώμα. Σε σπαστικές μορφές τα άνω άκρα έχουν προσβληθεί εξίσου με τα κάτω, ενώ στις αθετωσικές ο κορμός και τα άνω άκρα προσβάλλονται περισσότερο)
- Εγκεφαλική παράλυση (Μια κατάσταση σωματικής δυσλειτουργίας που χαρακτηρίζεται από παράλυση, μυϊκή αδυναμία, έλλειψη συγχρονισμού και άλλες κινητικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη)
- Ημιπληγία (Όταν έχει προσβληθεί η μία μόνο πλευρά του σώματος)
- Μονοπληγία (Προσβολή ενός μέλους)
- Τριπληγία (Προσβολή τριών άκρων (των δύο κάτω και ενός εκ των άνω))
- Διπληγία (Προσβολή άνω και κάτω άκρων αλλά πιο έντονα στα κάτω)
- Διπλή ημιπληγία (Προσβολή των άνω και κάτω άκρων αλλά εντονότερα των άνω)
- Σκλήρυνση κατά πλάκας (Φλεγμονώδης απομυελίνωση)
- Πολιομυελίτιδα (Η πολιομυελίτιδα, συχνά ονομάζεται και παιδική παράλυση, είναι οξεία ιογενής μολυσματική ασθένεια που μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, κυρίως μέσω του στόματος και των κοπράνων)
- Μυϊκή δυστροφία (Μια ομάδα κληρονομούμενων μυοπαθειών οι οποίες αποδυναμώνουν τους μύς που κινούν το ανθρώπινο σώμα.Οι μυϊκές δυστροφίες χαρακτηρίζονται από προοδευτική αδυναμία των σκελετικών μυών, από βλάβες στις μυϊκές πρωτεΐνες, και από τον θάνατο μυϊκών κυττάρων και ιστού)<sup>17,18</sup>

## 2.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Έκτος από ελάχιστες περιπτώσεις η συσχέτιση προδιαθεσικών παραγόντων με τις κινητικές αναπηρίες που αναφέρονται παραπάνω είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κληρονομικοί παράγοντες στην μυϊκή δυστροφία, στην εγκεφαλική παράλυση έχουμε προγεννητικά τις συγγενείς λοιμώξεις όπως Έρπης, Τοξοπλάσμωση, Ερυθρά, Μεγαλοκυτταροϊός, Σύφιλη, Τερατογόνες ουσίες, αγγειακά (υποξία, ισχαιμία, θρομβώσεις), Έλλειψη ιωδίου μετά περιγεννητικά έχουμε Προωρότητα, Επιπλοκές τοκετού, Λοιμώξεις ΚΝΣ, Υπερχολερυθριναιμία, Υπογλυκαιμία, Τραύμα κατά τη διάρκεια του τοκετού και μετά την γέννηση είναι πιθανόν να υπάρχουν οι εξής παράγοντες Εγκεφαλική κάκωση, Λοιμώξεις, Ενδοκράνια αιμορραγία, Επίκτητη εγκεφαλοπάθεια, Νεογνικοί σπασμοί. Ως προς τις κακώσεις του νωτιαίου μυελού οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η έλλειψη χρησιμοποίησης μέτρων ασφαλείας στην οδήγηση, στην εργασία, στα extreme sports. Ενώ στην πολιομυελίτιδα μόνος προδιαθεσικός παράγοντας με πολύ μικρή σημασία είναι η κακή υγιεινή και ο ελλιπής εμβολιασμός.<sup>19,20</sup>

## 2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρόληψη ονομάζεται κάθε υγειονομική ή άλλη παρέμβαση που αποσκοπεί στην αποτροπή συμβάντων που προκαλούν νόσο.

Στην σύγχρονη κατάσταση στην Ελλάδα, ο τομέας της πρόληψης είναι παραμελημένος και από τους κρατικούς φορείς αλλά και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η σωστή ενημέρωση από μικρή ηλικία στα σχολεία σχετικά με την κυκλοφοριακή αγωγή, η σωστή χρήση μέτρων ασφαλείας σε μέρη με ριψοκίνδυνα αθλήματα και δραστηριότητες όπως και σε χώρους εργασίας αλλά και ο έγκαιρος προγεννητικός έλεγχος θα ήταν δυνατόν να μειώσουν το ποσοστό των αναπηριών κατά πολύ. Επίσης ο επαρκής εμβολιασμός, ο συχνός τυπικός έλεγχος υγείας μια φορά τον χρόνο, η σωστή συμπεριφορά κατά την εγκυμοσύνη, κατά την γέννηση αλλά και την προφύλαξη μετά του νεογνού.

## 2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η αποκατάσταση ορίζεται ως « η επαναφορά του πάσχοντα στην προηγούμενη κατάσταση φυσικής, ψυχολογικής, επαγγελματικής και κοινωνικής δυνατότητας, όσο το επιτρέπουν οι υπάρχουσες βλάβες.»

Μέχρι το 1930 η αποκατάσταση ήταν παρακλάδι της Ορθοπεδικής, ενώ σήμερα αφορά πολύ περισσότερες ειδικότητες. Στην Αθήνα τα νοσοκομεία που διαθέτουν τμήμα αποκατάστασης είναι :

- «Ασκληπείο» Βούλας
- Κέντρο Αποθεραπείας- Αποκατάστασης Ν.Α Αττικής
- «Θριάσειο» Γενικό Νοσοκομείο
- Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων
- Νοσοκομείο Κ.Α.Τ.
- Γενικό Κρατικό Αθηνών «Γεννηματάς»

Η διάρκεια της διαδικασίας αποκατάστασης επιταχύνεται όταν συμμετέχουν σε αυτήν πέρα από το άτομο, η οικογένειά του αλλά και η κοινωνία με μέγιστο στόχο την κοινωνική ένταξη. Κατά την διαδικασία αυτή λοιπόν το άτομο εξασκεί τις δεξιότητές του ώστε να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση από πλευράς αυτοβοήθειας (εργασία, υγιεινή, διασκέδαση) αλλά και να την διατηρήσει και να την καλυτερεύσει μέσα από ειδικά βοηθήματα, ειδικές θεραπείες και υποστήριξη ψυχολογική και σωματική. Στην αποκατάσταση η οικογένεια του ανάπηρου ατόμου συμμετέχει ενεργά διότι είναι εκείνη που θα αναλάβει τα ηνία της φροντίδας του ατόμου από την στιγμή που θα τελειώσει η διαδικασία της αποκατάστασης και οι ειδικοί στην φάση αυτή θα χορηγήσουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τον τρόπο περιποίησης του ατόμου.

Ο ρόλος που διαδραματίζει η κοινότητα στην διαδικασία της αποκατάστασης είναι έμμεσος διότι είναι υπεύθυνη για την θέσπιση προτεραιοτήτων στις ανάγκες της και κατ' επέκταση για την κατανομή των διαθέσιμων πόρων για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Είναι γνωστό ότι η αποκατάσταση δεν αποτελεί συνήθη προτεραιότητα των κοινοτήτων αν και η διακήρυξη της Alma- Ata το 1978 τονίζει ότι « Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασική φροντίδα υγείας και πρέπει σε όλο τον πλανήτη να είναι διαθέσιμη σε άτομα και οικογένειες μέσα στην κοινότητα, με την έννοια ότι πρέπει να είναι αποδεκτή από αυτούς, με την πλήρη συμμετοχή τους και με κόστος στο οποίο μπορεί να ανταπεξέλθει η κοινότητα..» Το καθήκον των επαγγελματιών υγείας σε αυτό το σημείο είναι συνυφασμένο με τον ρόλο της κοινότητας λόγω του ότι οι επαγγελματίες είναι υπεύθυνοι να ευαισθητοποιήσουν τις αρχές και να κινητοποιήσουν την κοινότητα ώστε να δημιουργηθούν ποιοτικές και λειτουργικές εγκαταστάσεις και υπηρεσίες αποκατάστασης. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παροτρύνουν, να υποστηρίζουν και να ενισχύουν τα άτομα με αναπηρία και τις οικογένειές τους ώστε να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή αλλά και να έχουν ενεργό συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων για τα θέματα που τους αφορούν.<sup>21,22</sup>

Ένα εξίσου σημαντικό κομμάτι που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που



συμμετέχουν έτσι ώστε η προσοχή της ομάδας αποκατάστασης να διαχέεται σε ένα συνολικό «ευ ζήν» και να μην κεντρίζεται μόνο στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας για τα άμεσα προβλήματα του ανάπηρου ατόμου.

Συνοψίζοντας είναι λογικό όπως προκύπτει από τα παραπάνω ότι για να θεωρηθεί ένα πρόγραμμα αποκατάστασης επιτυχημένο το άτομο που συμμετείχε πρέπει να είναι σε καλή κατάσταση από άποψη υγείας, να έχει προσαρμοστεί ψυχολογικά σε ικανοποιητικό βαθμό, να έχει προσαρμοστεί κοινωνικά σε ικανοποιητικό επίσης βαθμό και να έχει αποκτήσει μια επαγγελματική ιδιότητα είτε νέα είτε μια προσαρμοσμένη προηγούμενη ιδιότητα.

Πιο συγκεκριμένα η αποκατάσταση σαν διαδικασία περιλαμβάνει γνώσεις και διαδικασίες που αφορούν την θέση, στάση και μετακίνηση στο κρεβάτι, την θέση, στάση και μετακίνηση στο αναπηρικό κάθισμα, μεθόδους για την διαδικασία της ένδυσης και υπόδησης, μεθόδους επίτευξης σωστής προσωπικής υγιεινής όπως πλύσιμο δοντιών, μπάνιο, ξύρισμα, χτένισμα μαλλιών, τον έλεγχο της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου, την διαδικασία του φαγητού και τον τρόπο χρήσης βοηθημάτων όπως πατερίτσες, περπατούρες, ειδικά κουτάλια, ειδικούς ιμάντες που επιτρέπουν την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή.<sup>23,24</sup>

Ομάδες αυτοβοήθειας ονομάζονται επίσημα οργανωμένες ομάδες ανθρώπων που μοιράζονται μια παρόμοια κατάσταση ζωής ή που αντιμετωπίζουν παρόμοιες πιεστικές συνθήκες ζωής.

Γύρω από κάθε ανάπηρο άτομο υπάρχει ένας περίγυρος που αποτελείται από την οικογένεια και τους φίλους, τα άτομα αυτά λόγω της μεγάλης και μακροχρόνιας συσχέτισής τους με το ανάπηρο άτομο αποκτούν γνώσεις και εμπειρία ίσως καλύτερη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Όπως είναι λογικό λοιπόν, η σύνταξη ομάδων αυτοβοήθειας δεν άργησε να ξεκινήσει στην Ελλάδα και η δράση τους συνεχίζεται μέχρι σήμερα ακμαιότατη. Στόχος των ομάδων αυτών είναι η αλληλεγγύη και η αλληλοκατανόηση των ατόμων με την ίδια αναπηρία ή ακόμα και των γονιών παιδιών που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένη αναπηρία, η ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων, ακόμα και η πρακτική βοήθεια είτε σε μορφή οικονομικού βοηθήματος είτε σε μορφή προσωπικής φροντίδας. Οι ομάδες αυτές οργανώνουν επίσης διάφορες δράσεις όπως θερινές κατασκηνώσεις, χοροεσπερίδες, ημερίδες και άλλες εκδηλώσεις με σκοπό την ψυχαγωγία και την ενημέρωση των μελών τους. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί πως τέτοιου είδους ομάδες συμμετέχουν ενεργά και στα πολιτικά δρώμενα της Ελλάδας, βοηθούν, αποφασίζουν, παίρνουν πρωτοβουλίες σχετικά με την θέσπιση νόμων και την διαμόρφωση δημόσιας πολιτικής όσο αφορά τα άτομα με αναπηρία.

Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω μερικές ομάδες αυτοβοήθειας και οργανώσεις για άτομα με αναπηρία στην Αττική.<sup>25</sup>

- Πανελλαδικός Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων  
Δημητσάνης 3-5, 18346 Μοσχάτο 2104832564
- Πανελλήνιος Σύλλογος Παραπληγικών  
Όθωνος Σταθάτου 37-39, 11145 Αθήνα 2108312740
- Εταιρία Προστασίας Σπαστικών  
Μ.Γερούλανου 117, 16452 Αργυρούπολη 2109622290
- Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας «Χατζηπατέρειο» Κ.Α.Σ.Π  
Μεταμόρφωση, 2102812782
- Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδιών  
Κόνωνος 16, 11634 Αθήνα 2107228360
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία  
Ελ. Βενιζέλου 236, 16341 Ηλιούπολη 2109949837
- Αναπηρία Τώρα  
Άρτης 1, 10310 Αθήνα 210 8660556

## 2.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Συχνά τα άτομα με αναπηρίες αποκαλούνται «άτομα με ειδικές ανάγκες». Οι ανάγκες αυτές γίνονται «ειδικές» μόνο μέσα σ' ένα πλαίσιο που τα αποκλείει, τα περιθωριοποιεί ή αποτυγχάνει να τα λάβει υπόψη του ως ισότιμα μέλη με ιδιαιτερότητες.

Η ποιότητα ζωής των ατόμων επηρεάζεται σημαντικά με την απόκτηση της κινητικής αναπηρίας και οι υπεύθυνοι να διαχειριστούν αυτή την «κρίση» είναι οι κρατικοί φορείς, η οικογένεια, το περιβάλλον του ασθενούς αλλά και οι αρμόδιοι της ομάδας αποκατάστασης που θα κληθούν να τους προετοιμάσουν.

Εδώ είναι σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει σε όλες τις διαδικασίες μαζί με το ανάπηρο άτομο, από την διαδικασία της συνειδητοποίησης της αναπηρίας, την διαδικασία του πένθους μέχρι την συνεχή φροντίδα του και την συνεχή υποστήριξη και ενθάρρυνση του ατόμου.<sup>26</sup>

Συχνά, η μόνη διαθέσιμη υποστήριξη για τον ασθενή είναι η οικογένειά του και δυστυχώς δεν διαθέτουν όλοι οι άνθρωποι οικογένεια για να αντλούν υποστήριξη από αυτή. Από την άλλη πλευρά δεν διαθέτουν και όλες οι οικογένειες τις απαραίτητες ικανότητες για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αναπηρίας ενός μέλους της.

Όταν λοιπόν, σε μια οικογένεια υπάρχει κάποιο άτομο με αναπηρία υπάρχουν κάποιες ορισμένες ενέργειες που είναι απαραίτητο να πραχθούν όπως το ότι τα μέλη της οικογένειας πρέπει να αποδεχθούν και υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, να ενημερωθούν για τις στρατηγικές αντιμετώπισης της αναπηρίας και των επακόλουθων της (συναισθηματικά, οικονομικά, κοινωνικά) και να πληροφορηθούν επίσης για ότι σχετίζεται με την αναπηρία που έχει το μέλος της οικογένειας έτσι ώστε να γνωρίζουν συμπτώματα, φάσεις της αναπηρίας, εναλλακτικές μορφές θεραπείας, πιθανά βοηθήματα). Ακόμα, επιβάλλεται η υιοθέτηση ενός προτύπου στον τρόπο ζωής, το οποίο να αντιμετωπίζει την αναπηρία και όχι να την δέχεται παθητικά όπως η εισαγωγή μηχανισμών άμυνας στην καθημερινότητα. Σημαντική πηγή υποστήριξης για το άτομο με αναπηρία αλλά και για την οικογένειά του είναι επίσης η λήψη βοήθειας και υποστήριξης και από άλλους εκτός οικογένειας ανθρώπους είτε πρόκειται για το φιλικό περιβάλλον είτε για επαγγελματίες.<sup>27</sup>

Ένα συχνό πρόβλημα που εμφανίζεται στις οικογένειες των αναπήρων είναι η οικονομική καταστροφή που σε συνδυασμό με την φυσική πορεία της αναπηρίας και την κοινωνική περιθωριοποίηση αποτελούν μεγάλες απειλές για την οικογένεια.

Για να αξιολογηθεί όμως το μέγεθος της βοήθειας που προσφέρει η οικογένεια στο ανάπηρο άτομο θα πρέπει να εξεταστούν κάποιοι τύποι οικογενειών που συχνά συναντώνται πίσω από μια αναπηρία. Αρχικά, η απορριπτική οικογένεια είναι εκείνη που δεν δέχεται αλλαγές στον τρόπο ζωής των μελών της για χάρη του ανάπηρου μέλους της κυρίως λόγω των κοινωνικών αντιλήψεων της οικογένειας με αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση του μέλους αυτού.

Ακολουθεί η επονομαζόμενη υπερπροστατευτική οικογένεια η οποία δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες του ανάπηρου μέλους της ακόμα και αν είναι υπερτιμημένες με αποτέλεσμα την ώθηση του μέλους αυτού στην εξάρτηση από την οικογένειά του και ίσως σε εκνευρισμό διότι από την μεγάλη αγωνία της οικογένειας να φροντίσει όσο καλύτερα είναι δυνατόν το άτομο, περνάνε απαρατήρητες οι εκκλήσεις του ατόμου για μεγαλύτερη ανεξαρτησία.<sup>27</sup>

Τέλος, η προσαρμοστική οικογένεια που αποτελεί και το σωστό πρότυπο οικογένειας για κάθε οικογένεια που αποκτά ένα ανάπηρο μέλος, φροντίζει να συμπαραστέκεται και να ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάπηρου μέλους της χωρίς όμως να παραμελεί και τις ανάγκες των υπολοίπων μελών της οικογενείας.

Όσο αφορά τα άτομα που αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή μέσα από την οικογένεια συνηθίζεται να είναι γυναίκες 40 έως 60 ετών, λόγω όμως της μεγαλύτερης ενασχόλησης των γυναικών με την αναζήτηση εργασίας συχνά ο ρόλος του φροντιστή είναι δυνατόν να μοιράζεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Είναι επίσης συχνό φαινόμενο στην αρχή της διάγνωσης μιας αναπηρίας να προσφέρονται πολλά άτομα από την οικογένεια για να αναλάβουν την φροντίδα του αναπήρου ατόμου μόλις όμως η κατάσταση σταθεροποιηθεί και δημιουργηθεί μια ρουτίνα καθημερινής φροντίδας τα άτομα αυτά επιστρέφουν στις υποχρεώσεις και στους ρόλους που είχαν πριν.

Ακόμα ένα φαινόμενο που συναντάται είναι λόγω έλλειψης χρόνου για την φροντίδα του ανάπηρου ατόμου, οι γυναίκες συνήθως της οικογενείας επιλέγουν να σταματήσουν την εργασία τους ή να την διατηρήσουν με μορφή ημιαπασχόλησης με αποτέλεσμα να προκύπτουν οικονομικά ζητήματα στην οικογένεια. Οι λόγοι που οδηγούν κάποια από τα μέλη της οικογένειας να ασχοληθούν με την φροντίδα του ανάπηρου ατόμου – μέλους της είναι είτε κοινωνικοί όπως η αποφυγή του κοινωνικού στίγματος από τον εγκλεισμό του ατόμου σε ίδρυμα, είτε κληρονομικοί όπως η ύπαρξη περιουσιακών στοιχείων του ατόμου, είτε ηθικοί – θρησκευτικοί που «επιβάλλουν» την φροντίδα του συνανθρώπου πόσο μάλλον του συγγενούς.

Όποιοι όμως και αν είναι οι λόγοι που κάποιος συγγενής θέλει να ενταχθεί στην διαδικασία της φροντίδας του ανάπηρου ατόμου είναι σημαντικό να έχει γνώσεις ικανές για να ανταπεξέλθει σε κάθε δύσκολη και απαιτητική κατάσταση, έτσι θα είναι εξαιρετικά χρήσιμο αν πριν την έξοδο του ατόμου από το νοσοκομείο ή το κέντρο αποκατάστασης γίνεται αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των γνώσεων της οικογένειας για παροχή φροντίδας στο σπίτι όπως επίσης και η εκπαίδευση περισσότερων μελών της οικογενείας από το ειδικό προσωπικό του νοσοκομείου ή του κέντρου αποκατάστασης. Γιατί όσο πιο γρήγορα επιστρέφει ένα άτομο στο οικογενειακό του περιβάλλον τόσο πιο γρήγορα καλυτερεύει η ψυχοκοινωνική ένταξη του ατόμου. Ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια μετά την έξοδο του ατόμου από το νοσοκομείο είναι η θέσπιση στόχων από το άτομο αλλά και από την οικογένειά του, με χαρακτήρα ρεαλιστικό ουσιαστικό και πραγματοποιήσιμο. Το συνηθέστερο αίτιο εξουθένωσης της οικογένειας των ατόμων με αναπηρία είναι οι λάθος στόχοι που δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν και έτσι πτοείται το ηθικό της οικογένειας.<sup>28</sup>

Σε περίπτωση που το άτομο δεν τυγχάνει να έχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον είναι πολύ λογική και συχνή η φθίνουσα πορεία της ποιότητας ζωής του με συνεμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων, έλλειψη αυτοπεποίθησης, ανεργία, έλλειψη πόρων – οικονομικών κυρίως- και συνήθως το άτομο καταλήγει «έρμαιο» τυχαίων φροντιστών σε κάποιο ίδρυμα ή κέντρο αποκατάστασης μην έχοντας έλεγχο για τίποτα.<sup>28</sup>

Το κοινωνικό στίγμα είναι επίσης ένας παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ατόμου όπως και την ψυχολογία του.

Για να γίνει κατανοητή η έννοια του στίγματος θα πρέπει να αναλυθεί κοινωνιολογικά. Ο όρος στίγμα χαρακτηρίζει αρνητικά το κάθε υποκείμενο. Ετυμολογικά, η λέξη στίγμα προέρχεται από την αρχαία λέξη στίζω που σημαίνει χαράζω, σκαλίζω και συγκεκριμένα ως σημάδι του δέρματος. Ιστορικά βλέπουμε στην αρχαία Ελλάδα την γραφή ενός ονόματος με καυτό σίδηρο στα σώματα ανθρώπων για να είναι φανερή η υποταγή τους στην υπηρεσίες του ναού. Αργότερα θα υιοθετηθεί πρακτική κατά την οποία, σχεδιάζονται στο σώμα των δούλων και των εγκληματιών διάφορα σχέδια για να δηλώσουν την κατώτερη θέση που κατείχαν εκείνες οι κατηγορίες ανθρώπων εκείνη την εποχή, έτσι ώστε οι υπόλοιποι άνθρωποι τους απέφευγαν και όταν έβλεπαν τέτοιου είδους σημάδια πάντα τριγυρίζονταν από αρνητικές σκέψεις. Στη σύγχρονη κοινωνία οι λέξεις στίγμα και στιγματισμός αναφέρονται σε κάποιο σημάδι το οποίο διαχωρίζει τα μέλη μιας ομάδας από τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή. Αυτό μπορεί να είναι κάποιοι κανόνες συμπεριφοράς, κάποια φυλή, κάποια θρησκεία ακόμα και κάποια σωματική ανικανότητα. Εκτός από την έννοια του στίγματος υπάρχουν και άλλοι συναφείς όροι οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην περιθωριοποίηση ομάδων και ατόμων. Ο όρος προκατάληψη αναφέρεται σε μια άποψη που υπάρχει λόγω έλλειψης πληροφόρησης ή μειωμένης αντίληψης. Κοινωνιολογικά, οι προκαταλήψεις παίζουν μείζονα ρόλο στις σχέσεις και τις αντιπαραθέσεις των ομάδων που αναφέρονται παραπάνω. Οι απόψεις αυτές έχουν βασιστεί ως επί το πλείστον σε εικασίες και φημολογίες και όχι σε αληθινά γεγονότα και δεν αλλάζουν εύκολα ακόμα και αν υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο από αυτό που αντιπροσωπεύουν. Τα στερεότυπα συνδέονται άρρηκτα με τον όρο προκατάληψη. Είναι ουσιαστικά οι εικόνες, διαδικασίες, προκατασκευασμένες ιδέες που εμποδίζουν το άτομο να αντιληφτεί την πραγματικότητα και να αξιολογήσει ορθά και αντικειμενικά πρόσωπα και καταστάσεις που σχετίζονται υποκειμενικά με ιδέες που έχει το άτομο για τα μέλη μιας ομάδας. Τα στερεότυπα βασίζονται κυρίως σε μεμονωμένες λέξεις, οι οποίες περιγράφουν κατηγορίες ατόμων όπως η εθνικότητα και η κοινωνική τάξη. Οι λέξεις αυτές αποτελούνται κυρίως από επιθετικούς προσδιορισμούς συνοδευόμενους από λέξεις που χαρακτηρίζουν στο σύνολο τα μέλη που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ομάδα. Τα στερεότυπα χαρακτηρίζονται ως γενικευτικά και αφομοιωτικά.

Γενικευτικά λόγω της τάσης να αποδίδονται σε όλα τα μέλη της ομάδας στην οποία αναφέρονται και αφομοιωτικά λόγω του ότι συγκρατούνται, σχηματοποιούνται, αφομοιώνονται και εσωτερικεύονται εύκολα.<sup>23,24,25</sup>

Ο όρος διάκριση επίσης σχετίζεται με συμπεριφορές, πρακτικές και μεταχειρίσεις ευνοϊκές ή δυσμενείς, που απορρέουν από τις διαφορές μεταξύ των ατόμων σε σχέση με την εθνική τους καταγωγή, την ηλικία, το γένος, τη θρησκεία, τις σωματικές ικανότητες, τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, τις πολιτισμικές αξίες. Οι διακρίσεις κατηγοριοποιούνται σε άμεσες και έμμεσες, άμεσες χαρακτηρίζονται εκείνες όπου εμφανώς ένα άτομο δέχεται ευνοϊκότερη μεταχείριση από ένα άλλο εξαιτίας αίτιων σαν τα προαναφερθέντα.<sup>29</sup>

Ενώ έμμεσες χαρακτηρίζονται οι διακρίσεις που μια ουδέτερη συμπεριφορά ενδέχεται να προκαλέσει μειονεκτική μεταχείριση σε πρόσωπα λόγω της εθνικής τους καταγωγής ή κάποιας σωματικής αδυναμίας και άλλων αιτιών όπως φαίνεται από τα παραπάνω.

Τέλος, διαφορετικότητα ονομάζεται το σύνολο των διαφορών μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων.

Όσο αφορά λοιπόν τους κινητικά αναπήρους το θέμα στιγματισμός, επιβάλλεται η εξέταση της πιθανότητας του στιγματισμού ενός ατόμου με αναπηρία. Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της πιθανότητας αυτής αποτελούν, η ορατότητα, η έκταση στην οποία οι ενδείξεις των συμπτωμάτων μιας πάθησης αναγνωρίζονται από τους άλλους όπως για παράδειγμα σε μια παραπληγία είναι εμφανές ότι το άτομο δεν κινεί τα κάτω άκρα του λόγω του αναπηρικού του καθίσματος, έπειτα η έκταση στην οποία οι άλλοι είναι ενήμεροι για την ασθένεια για παράδειγμα κάποιος τετραπληγικός δεν ξεχωρίζει εύκολα από έναν παραπληγικό για κάποιον που δεν γνωρίζει είναι συχνό φαινόμενο η προσφορά εντύπων στα άνω άκρα του τετραπληγικού ο οποίος βέβαια αδυνατεί να τα συγκρατήσει. Ακολούθως, ο βαθμός παρεμπόδισης που έχει η ασθένεια δηλαδή σε ένα άτομο με εγκεφαλική παράλυση περιορίζεται η επικοινωνία του με τα υπόλοιπα άτομα λόγω των διαταραχών στην ομιλία που προκαλεί η αναπηρία αυτή.

Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει η αντίληψη που έχουν τα υπόλοιπα άτομα σχετικά με την ικανότητα του αναπήρου να συμμετέχει πλήρως και κανονικά.

Όπως γίνεται κατανοητό οι παραπάνω παράγοντες έχουν άμεση σχέση με τις διακρίσεις, τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που ενυπάρχουν σε κάθε κοινωνικό σύνολο και έτσι λόγω του ότι οι στιγματιζόμενοι συσχετίζονται με το υπόλοιπο σύνολο κάτω από το πρίσμα κοινού συστήματος αξιών αισθάνονται ντροπή. Αποτέλεσμα του αισθήματος αυτού είναι η τάση των ατόμων που έχουν στιγματιστεί να καταφεύγουν σε στρατηγικές διαφόρων τύπων έτσι ώστε να καταφέρουν να παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως «φυσιολογικό». Συνοψίζοντας ποικίλα κείμενα ειδικών σχετικά με την ποιότητα ζωής των αναπήρων και την ποιότητα ζωής των ατόμων χωρίς αναπηρία τίθεται ένα μεγάλο θέμα ως προς τον διαχωρισμό αυτό, αν είναι δόκιμος, που στηρίζεται και ποιες οι διαφορές της ποιότητας ζωής στα ανάπηρα άτομα.

Όπως έχει αναφερθεί και στην εισαγωγή ποιότητα ζωής ονομάζεται η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την θέση τους στην ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση των αναπήρων με μόνη διαφορά τα διαφορετικά πρότυπα, τις διαφορετικές ανησυχίες που πραγματικά είναι διαφορετικά ούτως ή άλλως σε κάθε άνθρωπο με αναπηρία ή μη.

Είναι λοιπόν λογικό, η στάθμη της ποιότητας ζωής να ρυθμίζεται ανάλογα με κάποιους παράγοντες. Κύριους παράγοντες αλληλεπίδρασης με την ποιότητα ζωής αποτελούν: το περιβάλλον, η πρόληψη (αποκατάσταση, υγεία, διατροφή), τα ατομικά δικαιώματα και η ισότητα ευκαιριών, η παιδεία, η επαγγελματική ένταξη, ο αποϊδρυματισμός, η κοινωνική ζωή, ο ελεύθερος χρόνος – ψυχαγωγία, το γήρας, οι υπηρεσίες, η πολιτική και η τεχνολογία.

Αναλυτικότερα, όσο αφορά τον παράγοντα του περιβάλλοντος, ο οποίος αποτελεί μια ευρύτερη έννοια, είναι ορατό ότι επηρεάζει το επίπεδο της ποιότητας ζωής ανάλογα με την προσαρμοστικότητα ή μη του ατόμου σε αυτό, και από την ικανότητα του ατόμου για επιβίωση παρά τα εμπόδια και τους εξαναγκασμούς.

Όπως αναφέρθηκε το περιβάλλον αποτελεί μια ευρύτερη έννοια που μέσα της περιλαμβάνει και το οικογενειακό περιβάλλον όπου επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου με αναπηρία μέσω του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της και μέσω του μορφωτικού επιπέδου όπως ακόμα και μέσω της πληροφόρησης, της προετοιμασίας και της υποστήριξης που παρέχει στο άτομο καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του και σε όλους τους τομείς όπως αποκατάσταση, εργασιακή επανένταξη και σχολική επανένταξη. Στο περιβάλλον επίσης περιλαμβάνεται και η ανάγκη του ατόμου με αναπηρία για ευπρεπή κατοικία και το δικαίωμα της νοσηλείας κατ' οίκον. Σημαντική επίσης έννοια, την οποία περιλαμβάνει ο όρος περιβάλλον είναι το κοινωνικό περιβάλλον, όλες οι αντιλήψεις, οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που τα άτομα με αναπηρία πρέπει να αντιμετωπίσουν και όχι να καταφέρουν να βγουν αλώβητοι από την «μάχη» αυτή αλλά και να ενταχθούν ισάξια με τους υπόλοιπους μη ανάπηρους ανθρώπους σε μια ισότιμη κοινωνία.<sup>29</sup> Στο τομέα της πρόληψης και την σχέση του με την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η πρόληψη επιτυγχάνεται μόνο μέσα από κοινή πορεία ανάπηρου και επιστημονικής ομάδας, έτσι είναι λογικό πως οι αποφάσεις που λαμβάνονται καθόλη την διάρκεια της αποκατάστασης πρέπει να λαμβάνονται από κοινού και μετά από πλήρη ενημέρωση του ανάπηρου για τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις. Για την επίτευξη των παραπάνω είναι απαραίτητη η σωστή κατάρτιση του επιστημονικού προσωπικού σε θέματα αναπηρίας αλλά και σε θέματα ψυχολογίας. Επίσης το επιστημονικό προσωπικό είναι αρμόδιο να ενημερώσει και την οικογένεια του ανάπηρου ατόμου για οτιδήποτε είναι χρήσιμο για την συμβίωση και την φροντίδα ενός ατόμου με αναπηρία μέσω προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Ένα ακόμη σημαντικό θέμα που σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία είναι τα ίσα ατομικά δικαιώματα και οι ίσες ευκαιρίες. Όταν ένα άτομο στερείται βασικά ατομικά δικαιώματα τότε δεν υπάρχει λόγος αναφοράς της ποιότητας ζωής. Είναι λοιπόν σημαντικό τα άτομα με αναπηρίες να γνωρίζουν και να διεκδικούν τα ατομικά τους δικαιώματα όπως και την συμμετοχή τους στα κοινά και στην λήψη αποφάσεων τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε συλλογικό. Το δικαίωμα στην εκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του κύκλου της ποιότητας ζωής. Η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση γονιών, εκπαιδευτικών και ατόμων με αναπηρίες μπορεί να αποδώσει καρπούς επιτυγχάνοντας την σχολική ένταξη των αναπήρων αλλά και δημιουργώντας φιλικό περιβάλλον για την καλύτερη προσαρμογή και ένταξη στην ευρύτερη κοινωνία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η προσβασιμότητα σε κτήρια, υπηρεσίες, εγκαταστάσεις αποτελεί σχεδόν το ήμισυ της επιτυχημένης σχολικής ένταξης των αναπήρων ατόμων.<sup>29</sup>

Η επαγγελματική ένταξη υπάγεται εξίσου στα παραπάνω καθώς τα άτομα με αναπηρία θα πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες για εργασία ανάλογα με τις δυνατότητες και τις δεξιότητές τους, κάτι που σήμερα φαντάζει ουτοπικό για τα περισσότερα άτομα με αναπηρία λόγω του στιγματισμού τους από τους συναδέλφους οι οποίοι πιστεύουν ότι η θέση εργασίας τους δόθηκε μη αξιοκρατικά αλλά λόγω της αναπηρίας τους. Όπως επίσης και λόγω των αντιλήψεων που επικρατούν λόγω των αναγκών των αναπήρων, ότι μειονεκτούν έναντι των υπολοίπων εργαζομένων στην εργασία λόγω σωματικής δύναμης, ευελιξίας, δεξιοτήτων, χρόνου εκτέλεσης μιας εργασίας που συμπερασματικά οδηγεί στην μείωση της αποδοτικότητας της επιχείρησης που εργάζονται τα άτομα με αναπηρία.<sup>29</sup>

Στον τομέα της ποιότητας ζωής σε σχέση με τα άτομα με αναπηρία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και ο αποϊδρυματισμός. Αποϊδρυματισμός ονομάζεται η διαδικασία που βοηθά τα άτομα που ζούσαν σε κάποιο ίδρυμα να ενταχθούν στην κοινωνία και τα επιβιώσουν αυτόνομα σε αυτήν. Ο επιτυχημένος αποϊδρυματισμός λοιπόν αυξάνει κατά πολύ το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία που ζούσαν σε κάποιο ίδρυμα.

Η κοινωνική ζωή είναι συχνά απόλυτα συνυφασμένη με την έννοια της ποιότητας ζωής λόγω του ότι περικλείει πολλές επιμέρους δραστηριότητες που απαρτίζουν την φυσιολογική ζωή ενός ατόμου. Η κοινωνική ζωή λοιπόν περιλαμβάνει καταρχήν βασικές ανάγκες ενός ατόμου όπως την διαμονή του, την πρόσβαση σε υποδομές (όπως μέσα μαζικής μεταφοράς, δημόσιες υπηρεσίες, σχολεία, υπηρεσίες υγείας), τις κοινωνικές σχέσεις όπως για παράδειγμα οι φίλες σε μια εθελοντική οργάνωση. Έπειτα περιλαμβάνει δευτερευούσης σημασίας ανάγκες όπως η ψυχαγωγία, η δια βίου εκπαίδευση, το γήρας των γονέων αλλά και των ίδιων των ατόμων με αναπηρία και πώς να το διαχειριστούν. Όλα τα παραπάνω αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια της καθημερινότητας ενός ατόμου με ή χωρίς αναπηρία που όμως πολλές φορές δεν δίνεται η απαραίτητα σημασία λόγω του ότι θεωρούνται δεδομένα.

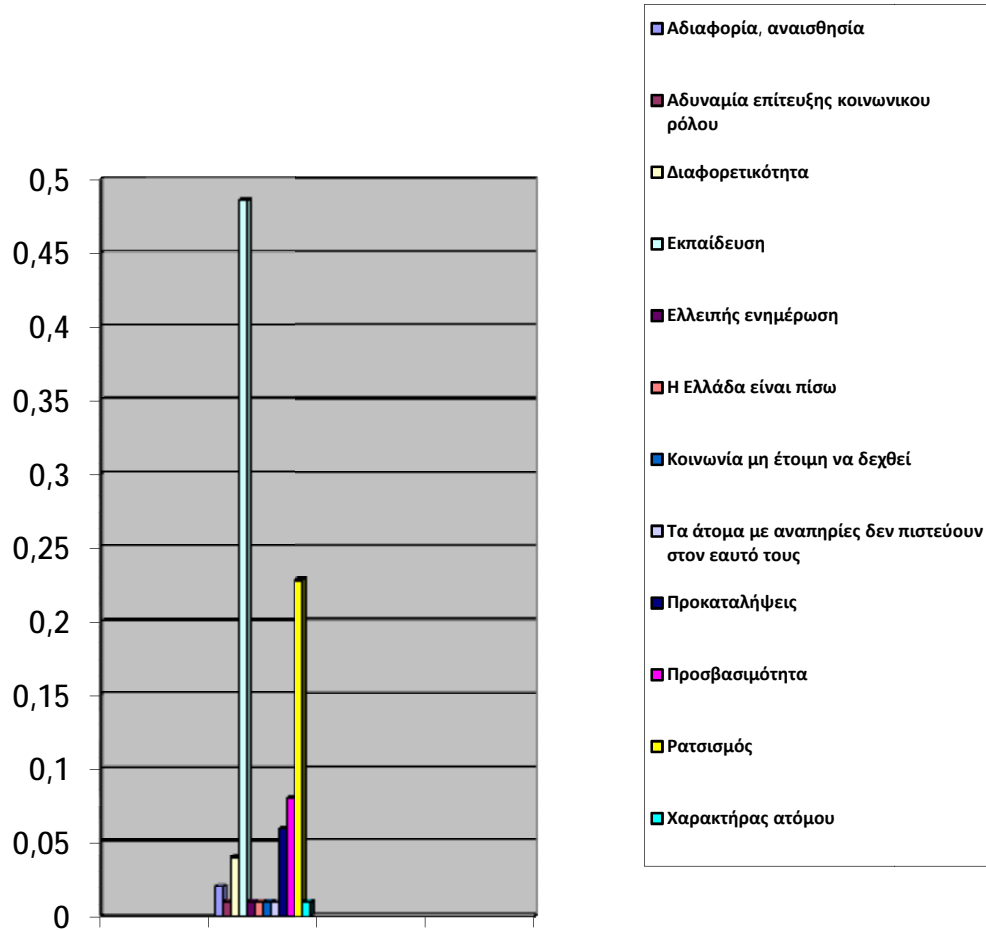
Η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στα κοινά και στην λήψη αποφάσεων που τα αφορούν είναι ατομικό δικαίωμα και υποχρέωση που όμως συχνά παραβλέπεται λόγω του ότι δεν καλύπτονται οι βασικές ανάγκες των ατόμων όπως διαμονή, τροφή και πρόσβαση έτσι η συμμετοχή στην πολιτική είναι ένας τομέας που συνήθως μπαίνει σε δεύτερη μοίρα.

Στην σημερινή εποχή που επικρατεί η επέλαση της τεχνολογίας δεν θα ήταν λογικό να μην συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η τεχνολογία μέσω της προόδου που διανύει τα τελευταία χρόνια έχει επιτύχει την αύξηση του επιπέδου ζωής των ατόμων γενικά και ιδιαίτερα των ατόμων με αναπηρία λόγω των δυνατοτήτων που τους δίνει να εξασκήσουν τις ικανότητές τους και να αποκτήσουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία αλλά και να υποβοηθούν τους φροντιστές και τους προσωπικούς βοηθούς να εκτελέσουν καλύτερα τις διαδικασίες αυτοφροντίδας.<sup>22</sup>



Σε μια προηγούμενη ερευνητική εργασία που συνέταξα ενδεικτικά αναφέρω τα ποσοστά στις ερωτήσεις που υπέβαλλα στο δείγμα μου και μετρούν την ποιότητα ζωής των κινητικά αναπήρων.

### Αίτια κοινωνικού αποκλεισμού



Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή ήταν ελεύθερες οπότε υπήρχε μεγάλη ποικιλία, η απαντήσεις που ξεχωρίζουν με διαφορά όμως είναι η εκπαίδευση ως βασικό αίτιο κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με αναπηρία από την υπόλοιπη κοινωνία και ο ρατσισμός ακόλουθα. Ακολουθούν οι προκαταλήψεις, η προσβασιμότητα, η διαφορετικότητα, η αδιαφορία – αναισθησία, η ελλιπής ενημέρωση, ο χαρακτήρας του ατόμου, ότι τα άτομα με αναπηρίες δεν πιστεύουν στον εαυτό τους, ότι η Ελλάδα είναι πίσω, ότι η κοινωνία δεν είναι έτοιμη να δεχθεί και τέλος η αδυναμία επίτευξης του κοινωνικού ρόλου από τα άτομα με αναπηρίες.

(Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Κινητικές Αναπηρίες,2010, Μαρία Μοσχόβου)

## 2.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το 1,9% του πληθυσμού στην Αγγλία είναι χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου.

Πάνω από 6,8% του πληθυσμού της Αμερικής χρησιμοποιεί κάποιο βοήθημα για να μετακινείται βάση της αναπηρίας του. Από αυτό το ποσοστό το 1,7% είναι χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου και σκούτερ και το υπόλοιπο χρήστες μπάστουνιών, υποβοηθήματα όπως πατερίτσες και περπατούρες.

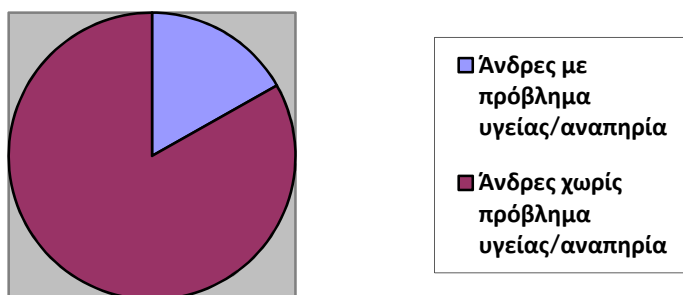
Το 1/3 του παραπάνω συνολικού ποσοστού χρειάζεται βοήθεια από άλλο άτομο στην καθημερινότητά του.

Το 2011 στο Ηνωμένο Βασίλειο χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου ήταν 1.184.224 άτομα.

Αντίστοιχα στην Μ.Βρετανία 1.151.544 στην Αγγλία και Ουαλία 1.051.025, στην Σκωτία 100.518 και στην Ιρλανδία 32.680.<sup>30,31,32</sup>

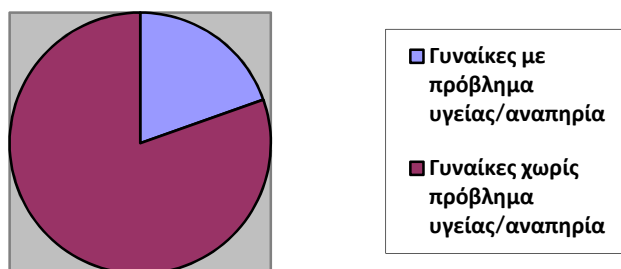
Στατιστικά στοιχεία για την αναπηρία στην Ελλάδα

Πίνακας 1 **Ποσοστά ανδρών που δηλώνουν πρόβλημα υγείας/ αναπηρία**



Πίνακας 2

**Ποσοστά γυναικών που δηλώνουν πρόβλημα υγείας/ αναπηρία**



(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Έρευνα για άτομα με προβλήματα υγείας ή αναπηρία, 2002)

Πίνακας 1

<b>Άτομα που δηλώνουν πρόβλημα υγείας ή αναπηρία</b>			
<b><u>Ηλικία</u></b>	<b><u>Σύνολο %</u></b>	<b><u>Ανδρες %</u></b>	<b><u>Γυναίκες %</u></b>
0 έως 14	1,1	1,5	0,7
15 έως 24	1,8	2,0	1,6
25 έως 34	2,7	3,0	2,4
35 έως 44	5,1	5,3	5,0
45 έως 54	8,9	9,4	8,6
55 έως 62	17,7	18,5	17,1
65 έως 74	33,9	33,3	34,4
75 +	28,8	27,0	30,2
Σύνολο	100	100	100

Πίνακας 2

<b>Χρονική διάρκεια από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας</b>	
Λιγότερο από 6 μήνες	1,3
6 μήνες έως 1 χρόνος	2,5
1 χρόνος έως 2 χρόνια	5,6
2 χρόνια έως 3 χρόνια	9,0
3 χρόνια έως 4 χρόνια	15,8
4 χρόνια έως 5 χρόνια	26,3
5 χρόνια έως 6 χρόνια	37,9
Δεν απάντησαν	1,6
Σύνολο	100

(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Έρευνα για άτομα με προβλήματα υγείας ή αναπηρία, 2002)

Πίνακας 3

<b>Ποσοστά ατόμων με πρόβλημα υγείας ή αναπηρίας κατά την αιτία του προβλήματος και το φύλο</b>			
<b><u>Αιτία προβλήματος</u></b>	<b><u>Σύνολο ατόμων</u></b>	<b><u>Άνδρες</u></b>	<b><u>Γυναίκες</u></b>
Εκ γενετής ή κατά την γέννα	3,5	4,2	2,9
Εργατικό ατύχημα	1,2	2,1	0,5
Οδικό ατύχημα	0,9	1,3	0,6
Ατύχημα στο σπίτι ή κατά την διάρκεια ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων	1,1	0,9	1,2
Επαγγελματική ασθένεια	3,6	4,7	2,7
Ασθένεια	75,1	73,7	76,3
Δεν γνώριζαν	14,6	13,1	15,8
Σύνολο	100	100	100

(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Έρευνα για άτομα με προβλήματα υγείας ή αναπηρία, 2002)

Πίνακας 4

<b>Σύνολο δηλωθέντων προβλημάτων</b>	
<b><u>Είδος προβλήματος</u></b>	
Προβλήματα άνω άκρων	5,4
Προβλήματα κάτω άκρων	16,7
Προβλήματα πλάτης και λαιμού	6,3
Προβλήματα όρασης	5,5
Προβλήματα ακοής	1,7
Προβλήματα ομιλίας	0,5
Δερματικές παθήσεις	1,4
Θωρακικά και αναπνευστικά προβλήματα	6,3
Προβλήματα καρδιάς ή κυκλοφοριακού συστήματος	31,4
Προβλήματα στομαχικά, ηπατικά, του ουροποιητικού ή του πεπτικού συστήματος	5,8
Σακχαρώδης διαβήτης	6,7
Επιληψία	0,3
Διανοητικές, νευρολογικές, ψυχικές ή αναπτυξιακές διαταραχές	4,2
Εξελισσόμενες ασθένειες	2,5
Άλλα χρόνια προβλήματα υγείας/ αναπηρίες	5,2
Σύνολο	100

(Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Έρευνα για άτομα με προβλήματα υγείας ή αναπηρία, 2002)

### 3.ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

#### 3.1 ΑΙΤΙΑ - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Με την εμφάνιση μιας αναπηρίας το άτομο αλλά και η οικογένειά του μπαίνουν σε μια κατάσταση σύγχυσης για το καινούργιο γεγονός που ταραξίζει την ηρεμία της ζωής τους. Αναρωτιούνται συνεχώς αν θα θεραπευτεί, τι πρέπει να αλλάξουν από εδώ και πέρα στην ζωή τους, τι θα πει ο κόσμος και πολλά άλλα λογικά ερωτήματα. Όμως ποιες πραγματικά είναι οι επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο που βιώνει την αναπηρία δεν είναι εύκολα κατανοητές.

Το άτομο βιώνει μια συνεχή απώλεια αλλά σε πολλούς τομείς, για παράδειγμα ένα άτομο που αποκτά τετραπληγία έπειτα από ατύχημα, έχει να αντιμετωπίσει την απώλεια της κίνησης σε άνω και κάτω άκρα, την απώλεια της αίσθησης σε όλο το μήκος του σώματος από τα άνω άκρα έως και τα κάτω άκρα με συνέπεια την απώλεια της αίσθησης των σφικτήρων, την απώλεια της δυνατότητας αυτοφροντίδας του ατόμου, την απώλεια της δυνατότητας συμμετοχής σε οτιδήποτε περιλαμβάνει απροσπέλαστα για το άτομο αυτό εμπόδια φυσικά και μη. Οπότε με την εμφάνιση της αναπηρίας και καθώς το άτομο συνειδητοποιεί την μορφή που παίρνει η ζωή του από εκείνη την στιγμή, περνά κάποια στάδια τα οποία ονομάζονται διαδικασία πένθους. Αναλυτικά, το στάδιο της διάγνωσης όπου το άτομο αδυνατεί να κατανοήσει τι ακριβώς σημαίνει για την μετέπειτα ζωή του η αναπηρία. Το στάδιο αυτό ακολουθείται από το στάδιο της άρνησης όπου το άτομο, πολλές φορές και η οικογένεια, αρνούνται να δεχθούν την διάγνωση, πιστεύουν ότι δεν μπορεί να είναι αλήθεια και μπαίνουν στην διαδικασία της αμφισβήτησης καθώς επισκέπτονται συνήθως και άλλους ειδικούς με την ελπίδα κάποιος να διαψεύσει την διάγνωση. Έπειτα στο στάδιο του θυμού, το άτομο νιώθει θυμό για τον τρόπο με τον οποίο άλλαξε η ζωή του ξαφνικά και προσπαθεί να στρέψει την οργή του είτε σε φυσικά πρόσωπα τα οποία βλέπει ως αιτίες όπως το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό είτε σε πράγματα τα οποία πιστεύει το άτομο όπως ο Θεός και η τύχη. Ακολουθεί το στάδιο της απόσυρσης όπου το άτομο συνειδητοποιεί τι συμβαίνει στην ζωή του και συνήθως συνυπάρχει και μια φάση κατάθλιψης στο στάδιο αυτό, η οποία επηρεάζει το άτομο να απέχει από τις προκαθορισμένες θεραπείες που του έχουν συσταθεί. Επιπλέον, υπάρχει το στάδιο της διαπραγματεύσεως όπου το άτομο συμβιβάζεται με την ιδέα της αναπηρίας και ότι αυτή αποτελεί πλέον ένα γεγονός για την ζωή του. Έτσι το άτομο μπαίνει στην διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών και μεθόδων που θα καλυτερεύσουν όσο είναι δυνατόν την κατάστασή του. Τέλος, το στάδιο της αποδοχής/ αντιμετώπισης όπου το άτομο είναι πια απόλυτα συνεργάσιμο με ειδικούς και ακολουθεί τις θεραπείες διότι έχει την πλήρη αντίληψη της κατάστασης και τον πλήρη έλεγχο για τις επιλογές σχετικά με την κατάσταση αυτή. Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τα δύο μεγαλύτερα ψυχολογικά προβλήματα που προκαλούνται μετά την απόκτηση μιας τέτοιας αναπηρίας, τα αίτια εντοπίζονται κυρίως στην αυξανόμενη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, στην λιγότερη λειτουργική βελτίωση στην πορεία της αποκατάστασης, στην έλλειψη ενίσχυσης από ειδικούς για ψυχολογική ευημερία, στον κοινωνικό ρατσισμό – αποκλεισμό που συνεπάγεται ανεργία και ακολούθως οικονομικά προβλήματα.<sup>34,35</sup>

### 3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε έρευνα που διεξήχθη βρέθηκε ότι σε 15 ασθενείς με κάκωση αυχένα, 3 μήνες μετά την αρχική κάκωση οι 6,1 παρουσίασαν άγχος και οι 4,3 κατάθλιψη ενώ 12 μήνες μετά την αρχική κάκωση 5,8 παρουσίασαν άγχος και 4 κατάθλιψη.

Σε 42 ασθενείς με κακώσεις νωτιαίου μυελού οι 10,1 παρουσίασαν άγχος και οι 10,3 κατάθλιψη 12 μήνες μετά την αρχική κάκωση.<sup>32</sup>



### 3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Είναι λογικό όπως προκύπτει από τα παραπάνω κεφάλαια ότι η θεραπεία θα είναι κοινή στα άτομα που είναι ψυχικά ασθενείς με κατάθλιψη και στα άτομα με επίκτητες κινητικές αναπηρίες που συνυπάρχει κατάθλιψη με την διαφορά ότι σε αυτή την περίπτωση τα αίτια είναι πιο γνωστά και αναμενόμενα. Φαρμακευτικά προτείνονται αντικαταθλιπτικά και ψυχοθεραπεία. Λόγω της συνύπαρξης των προβλημάτων που αναφέρονται η θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου πρέπει να γίνεται ολοκληρωμένα, η διαδικασία της αποκατάστασης του είναι σωστό να είναι σε ψυχολογικό, κινητικό και επαγγελματικό επίπεδο από ομάδα επαγγελματιών υγείας.

Αναλυτικότερα:

- Ψυχολογική αποκατάσταση με κύριο επιβλέποντα τον ψυχολόγο και τον ψυχίατρο με σκοπό την τόνωση του ασθενούς, την βελτίωση της διάθεσής του, την ελάττωση του άγχους του ώστε να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας και μεγαλύτερη συνολική πρόοδος ως προς την αυτονομία του ασθενούς.
- Κινητική αποκατάσταση με κύριο επιβλέποντα τον φυσίατρο και τον φυσικοθεραπευτή όπως και τον εργοθεραπευτή με σκοπό την επάνοδο του ασθενούς στις φυσιολογικές όσο το δυνατόν κινητικές του ικανότητες, την μείωση της εξάρτησης από άλλα άτομα που οδηγεί σε ανασφάλεια, την τόνωση του ηθικού αλλά και της ελπίδας του για ζωή.
- Επαγγελματική αποκατάσταση με κύριο επιβλέποντα τον εργασιοθεραπευτή και τον σύμβουλο εργασίας, η οποία αποτελεί αναγκαία διαδικασία για την επιβίωση του ασθενούς, προσφέρει επίσης διέξοδο από τα οικογενειακά, οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα που είναι μεγάλη αιτία άγχους για τον ασθενή. Στην Ελλάδα η πολιτεία κάνει κινήσεις για την επαγγελματική αποκατάσταση των αναπήρων μέσω προγραμμάτων επιδότησης επιχειρήσεων για την πρόσληψη των ατόμων αυτών αλλά και μέσω της προτεραιότητάς τους σε προκηρύξεις. Στην επαγγελματική αποκατάσταση περιλαμβάνεται και ο επαγγελματικός προσανατολισμός ο οποίος γίνεται με βάση την λειτουργική ικανότητα του αναπήρου, τις δεξιότητες, τις γνώσεις, τα ενδιαφέροντά του, το επίπεδο μόρφωσης και αντίληψής του και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Σε ένα ποσοστό οι ανάπηροι με κάποιες προσαρμογές είναι ικανοί να γυρίσουν στην παλιά τους εργασία. Για την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, προσαρμοσμένων στις ανάγκες του κάθε ασθενούς έχουν «συνταχθεί» ειδικές σχολές του ΟΑΕΔ με ειδικευμένο προσωπικό πάνω σε θέματα επαγγελματικής εκπαίδευσης αναπήρων.<sup>36,37,3</sup>



### **3.4 ΣΥΣΤΑΣΗ ΟΜΑΔΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

Τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης είναι απαραίτητο να είναι τα παρακάτω:

- Φυσικοθεραπευτές
- Εργασιοθεραπευτές
- Εργοθεραπευτές
- Γυμναστές
- Γιατροί (φυσίατρος, νευρολόγος, ορθοπεδικός, ουρολόγος, ψυχίατρος, παθολόγος, καρδιολόγος)
- Νοσηλεύτες αποκατάστασης
- Κοινωνικοί λειτουργοί
- Ψυχολόγοι
- Επαγγελματικοί σύμβουλοι
- Θεραπευτές λόγου
- Ειδικευμένοι εκπαιδευτικοί
- Διδάσκαλοι επαγγελματικής εκπαίδευσης αναπήρων
- Ορθοπεδιστές (τεχνικοί ορθοπεδικών μηχανημάτων και προσθετικών)<sup>35</sup>

Αναλυτικά οι αρμοδιότητές τους σε μια τέτοια ομάδα είναι:

- Φυσίατρος: εκτιμά την κατάσταση του ασθενούς και ορίζει το πρόγραμμα αποκατάστασης, την εφαρμογή του οποίου παρακολουθεί και επιβλέπει. Οι γιατροί των υπολοίπων ειδικοτήτων αντιμετωπίζουν αναλόγως της ειδικότητάς τους τα ειδικά προβλήματα που προκύπτουν.
- Φυσικοθεραπευτές: είναι υπο την ευθύνη τους η εφαρμογή της κινητικής αποκατάστασης.
- Εργοθεραπευτές: φροντίζουν για την αξιοποίηση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών, την βελτίωση των ικανοτήτων τους και την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησής τους ώστε να δεχθούν καλύτερα την νέα πραγματικότητα και τον τρόπο ζωής.
- Γυμναστές: είναι υπεύθυνοι για τις αθλητικές επιδόσεις των ασθενών και την τόνωση της φυσικής τους κατάστασης.
- Νοσηλεύτριες αποκατάστασης: είναι νοσηλεύτριες που διαθέτουν ειδικές γνώσεις και εμπειρία σε θέματα νοσηλευτικής φροντίδας αναπήρων.
- Κοινωνικοί λειτουργοί: είναι υπεύθυνοι να ενημερώσουν τον ασθενή και την οικογένειά του για τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, να περιορίσουν κατά το μέγιστο δυνατό τους φόβους της κοινωνικής απόρριψης και να βοηθήσουν τον ασθενή για την επαγγελματική του αποκατάσταση ενημερώνοντας τον για την προσφορά εργασίας και τις υπηρεσίες εξυπηρέτησης.
- Ψυχολόγος: σε συνεργασία με τον ψυχίατρο εκτιμούν την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.
- Επαγγελματικός σύμβουλος: είναι υπεύθυνος να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει θέσεις εργασίας βάση των ενδιαφερόντων, των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων του, γνωρίζει όλα τα δεδομένα στον χώρο της επαγγελματικής αποκατάστασης αναπήρων.
- Θεραπευτής λόγου: σε περιπτώσεις με προβλήματα λόγου αναλαμβάνει τις ασκήσεις λογοθεραπείας και χρησιμοποιεί ειδικά οπτικοακουστικά μέσα και βοηθήματα.
- Ειδικευμένοι εκπαιδευτικοί: είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση κυρίως των μικρών σε ηλικία αναπήρων και την παραπομπή τους σε ειδικά σχολεία με σκοπό τις μετέπειτα σπουδές τους.
- Ορθοπεδιστές: είναι υπεύθυνοι για την κατασκευή και την τοποθέτηση προσθετικών και ορθοπεδικών μηχανημάτων στους ασθενείς που είναι απαραίτητο.<sup>35</sup>

## 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

### 4.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ψυχιατρική νοσηλευτική ονομάζεται ο κλάδος της νοσηλευτικής όπου ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί α) την προσωπικότητά της β) τις γνώσεις της και γ) το θεραπευτικό περιβάλλον για να φέρει αλλαγές στις σκέψεις, στα αισθήματα και στην συμπεριφορά του ασθενούς. Η ικανότητα όμως του νοσηλευτή να επιφέρει αυτές τις αλλαγές στο διαθέσιμο περιβάλλον, εξαρτάται από τη θεωρητική και την πρακτική του κατάρτιση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχιατρική νοσηλευτική στηρίζεται σε 4 τομείς, στην παρατήρηση του ασθενούς, στους τρόπους νοσηλείας του, στην ψυχοθεραπεία και στην φροντίδα και προστασία του ασθενούς.

Αναλυτικότερα, στον τομέα της παρακολούθησης είναι ο νοσηλευτής εκείνος που βρίσκεται κοντά στον ασθενή την περισσότερη ώρα έτσι ώστε είναι σε θέση να επιβεβαιώσει ενδείξεις και συμπτώματα για να γίνει η διάγνωση, να αντιληφθεί οποιαδήποτε βελτίωση ή επιδείνωση του ασθενούς καθώς και τυχόν παρενέργειες από την φαρμακευτική του αγωγή όπως επίσης κάθε νέα σωματική ή ψυχική ασθένεια που τυχόν εμφανιστεί, κάθε επικίνδυνη διάθεση του ασθενούς για βλάβη στον εαυτό του και σε άλλους και τέλος δίνεται η ευκαιρία για εκτίμηση των παραγόντων που θα βοηθήσουν στην θεραπεία του. Ως προς τον τομέα του τρόπου νοσηλείας ο ψυχιατρικός ασθενής απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και απλή φρασεολογία αλλά ευγενική στην επεξήγηση της νοσηλευτικής διεργασίας που υπόκειται. Η ειλικρίνεια είναι απαραίτητο στοιχείο της επικοινωνίας ασθενούς- νοσηλευτή και είναι σημαντικό να υπάρχει πλήρης κατανόηση του ασθενούς για τις νοσηλευτικές διεργασίες που θα λάβουν χώρα στο σώμα του, ώστε να είναι περισσότερο συνεργάσιμος.

Επόμενος τομέας, η ψυχοθεραπεία, που προάγει την δημιουργία μιας στενής επαφής μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή με σκοπό στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων του ασθενούς και μετέπειτα την διαχείριση τους.

Τέλος, η φροντίδα και προστασία του ασθενούς προέχει σε όλες τις περιπτώσεις, είτε όταν αδυνατεί να είναι επαρκής στην αυτοφροντίδα του, είτε σε περιπτώσεις με τάσεις φυγής είτε σε περιπτώσεις βίαιης συμπεριφοράς είτε σε περιπτώσεις με τάσεις αυτοτραυματισμού.<sup>39</sup>

## 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να δημιουργηθεί θεραπευτικό περιβάλλον το οποίο θα πληρεί τα εξής κριτήρια:

- Να κρατά τον ασθενή ασφαλή από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα
- Να του παρέχει την ελευθερία έκφρασης των αισθημάτων του με τρόπο κοινά αποδεκτό αλλά και από τον ίδιο του τον εαυτό
- Να του παρέχει τις ευκαιρίες για αξιοποίηση των ικανοτήτων του με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του
- Να έχει την δυνατότητα επιλογής για την θεραπεία και την φροντίδα του
- Να έχει την κρίση για τον τρόπο συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας προς το άτομό του

Η νοσηλευτική διεργασία πρέπει ακόμα να έχει ρόλο συμβουλευτικό με επιτυχημένη επικοινωνία ασθενούς με νοσηλευτή υπο τις υποδείξεις του ψυχολόγου και του ψυχιάτρου.<sup>40,41,42</sup>

<b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>Νοσηλευτικός Σκοπός</b>	<b>Νοσηλευτική Παρέμβαση</b>	<b>Αιτιολόγηση</b>
Επεισόδια με κλάματα , ιδίως όταν κανείς δεν τον βλέπει	Απαλλαγή από τα αρνητικά συναισθήματα, εγκαθίδρυση διαπροσωπικών σχέσεων	Προαγωγή της διαπροσωπικής επικοινωνίας με τον νοσηλευτή και του ξεσπάσματος σε κλάματα	Τα επεισόδια αν ακολουθεί επεξήγηση μπορούν να ενισχύσουν την σχέση νοσηλευτή-ασθενή
Άρνηση σίτισης	Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών	Χορήγηση έστω και παρεντερικών υγρών και ηλεκτρολυτών	Η χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών αποκαθιστά το ανισοζύγιο των υγρών
Δυσκολία στις απλές αποφάσεις	Απαλλαγή δυσκολίας στις απλές αποφάσεις	Απλούστευση των ερωτημάτων, εκμαίευση αποφάσεων	Η ικανοποίηση της αυτοεκτίμησης είναι σημαντική
Ανησυχία στον ύπνο	Απαλλαγή διαταραχών ύπνου	Χορήγηση υπνωτικών, δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος	Η ηρεμία κατά την διάρκεια του ύπνου εξασφαλίζει ευεξία
Απώλεια βάρους χωρίς φανερή αιτία	Σταθεροποίηση βάρους και ενδυνάμωση	Διενέργεια εξετάσεων, μελέτη ισοζυγίου	Είναι σημαντικό το άτομο να σιτίζεται σωστά για την αποφυγή

			δυσάρεστων συνεπειών
Ιδέες αυτοκτονίας	Απαλλαγή ιδεών αυτοκτονίας, προστασία του ασθενούς	Συζήτηση και επίβλεψη ασθενή	Μέσα από την συζήτηση μπορεί ο νοσηλευτής να καταλάβει τις διαθέσεις του ασθενούς
Απόπειρες αυτοκτονίας	Αποτροπή απόπειρων αυτοκτονίας, ασφάλεια του ασθενούς	Επίβλεψη ασθενή, περιορισμός του σε ακραίες συνθήκες	Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη του ασθενούς και την σωματική του ακεραιότητα όσο αυτό είναι δυνατόν
Προσπάθεια αποφυγής παρακολούθησης	Αποτροπή αισθήματος «παρακολούθησης»	Εύρεση αφορμών πειστικών για παραμονή κοντά στον ασθενή	Η «απαραίτητη» παρουσία του νοσηλευτή τον καθιστά σημαντικό στα μάτια του ασθενούς για την υγείας του.

#### Τρόπος σχεδιασμού νοσηλευτικής φροντίδας

- 1)εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς
- 2)αξιολόγηση των διαθέσιμων μεθόδων νοσηλευτικής φροντίδας
- 3)προγραμματισμός νοσηλευτικής διεργασίας
- 4)εφαρμογή του προγραμματισμού
- 5)αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Οι παραπάνω φάσεις εκτελούνται σε επανάληψη μέχρι την έξοδο του ασθενούς από το σύστημα υγείας.

Ως προς τον ψυχικά ασθενή είναι διαθέσιμοι: συμβουλευτικοί σταθμοί, κέντρα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και παρακολούθησης, νοσοκομεία ημέρας, νοσοκομεία νύκτας, κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.<sup>40</sup>

### **4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΩΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΒΟΗΘΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

Τα κέντρα αποκατάστασης απαρτίζονται κυρίως από νοσηλευτές οι οποίοι αποτελούν τους βασικούς φροντιστές των ασθενών και τους κύριους παρατηρητές της βελτίωσης ή δυσχέρειας της κατάστασης των ασθενών.

Η αγωγή υγείας βασίζεται πάνω στην θεωρία της μάθησης η οποία επιγραμματικά αναφέρει ότι ένα άτομο αλλάζει συμπεριφορά όταν βλέπει τον αντίκτυπο που έχει η συμπεριφορά του στους γύρω του και διατηρεί και συνεχίζει την αλλαγή αυτή όταν επιβραβεύει τον εαυτό του σε κάθε βήμα.

Για να είναι πιο αποτελεσματική η αγωγή υγείας επιστρατεύονται κάποιες βασικές αρχές όπως ότι η μάθηση είναι αποτελεσματικότερη, όταν περιέχει αντικείμενα σχετικά με τα ενδιαφέροντα του ατόμου που μαθαίνει, επίσης είναι αποτελεσματικότερη όταν το άτομο είναι σε ετοιμότητα και νιώθει την ανάγκη να μάθει. Ακόμα συμμετέχοντας στην θέσπιση μαθησιακών στόχων το άτομο ενδιαφέρεται περισσότερο για την διαδικασία της μάθησης. Όσο αφορά το περιεχόμενο της μάθησης, πρέπει να χωρίζεται σε ενότητες, να βασίζεται σε προηγούμενες εμπειρίες και γνώσεις καθώς γίνεται η μετάβαση από την γνώση στην μάθηση. Η διάρκεια της μάθησης, οι διακοπές και η απόσπαση της προσοχής παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία ή αποτυχία ενός προγράμματος αγωγής υγείας.<sup>43,44,45,46,47</sup>

Η αντίληψη και η ετοιμότητα του ατόμου για μάθηση μπορεί να επηρεαστεί από φυσικούς περιορισμούς αναπηρία, αρρώστια, τραυματισμό, από ψυχολογικούς περιορισμούς όπως η μη συνειδητοποίηση της αναπηρίας, η απελπισία, η απογοήτευση, η παραίτηση ή από αδυναμία κατανόησης των γνώσεων της αγωγής υγείας λόγω νοητικού επιπέδου.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η οικογένεια αποτελεί τον πιο κοντινό περίγυρο του ατόμου με αναπηρία και η στάση της επηρεάζει την καλή ή κακή γενική κατάσταση του ανάπηρου ατόμου. Έτσι λοιπόν είναι απαραίτητη η συμμετοχή της οικογενείας σε προγράμματα αγωγής υγείας ώστε να τους γνωστοποιηθούν συμπεριφορές και στρατηγικές που πρέπει να ακολουθήσουν. Ένα παράδειγμα των συμπεριφορών αυτών είναι ότι θα πρέπει να υποστηρίζουν το άτομο και όχι να το υπερπροστατεύουν, ότι θα πρέπει να βοηθούν το άτομο μόνο σε πράγματα που πραγματικά χρειάζεται βοήθεια και όχι χάριν συντομίας χρόνου και τέλος ότι θα πρέπει να διορθώνουν τεχνικές και ενέργειες που παραλείπονται ή εκτελούνται λανθασμένα.<sup>43,44,45,46,47</sup>

Ο πρώτος όρος που χρησιμοποιήθηκε για την έννοια του προσωπικού βοηθού ήταν η λέξη *θεραπαινίδα* η οποία χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Όμηρο στα έργα του και προέρχεται από το αρχαίο ρήμα *θέρω* που σημαίνει ζεσταίνω, θερμαίνω από όπου προκύπτει και η θεραπεία. Οι *θεραπαινίδες* λοιπόν στην αρχαία Ελλάδα ήταν έμπιστες υπηρέτριες που φρόντιζαν τους ανθρώπους του σπιτιού. Πολλές από αυτές είχαν και ορισμένες βασικές ιατρικές γνώσεις που έχουν μείνει γνωστές μέχρι τις μέρες μας.

Εκτός από τις υπόλοιπες εργασίες που εκτελούσαν οι *θεραπαινίδες* όπως την συνοδεία της νέφης, την προσωπική περιποίηση του κυρίου και της κυρίας εφάρμοζαν επίσης και τεχνικές ίασης- αποκατάστασης των ανδρών στα Ασκληπιεία που ήταν αρχαία ιατρικά κέντρα. Οι τεχνικές αυτές ολοκληρώνονταν με το ντύσιμο των ανδρών από τις *θεραπαινίδες* με χιτώνες.

Ο ιστορικός Κορδάτος αναφέρει χαρακτηριστικά: « Οι *θεραπαινίδες* δεν είναι σκλάβες με την πραγματική σημασία της λέξης. Είναι ψυχοκόρες και παραδουλεύτρες, γιατί δεν έχουν ωριμάσει οι αντικειμενικοί όροι, ώστε από την εργασία τους να βγαίνει χρήσιμη υπεραξία. Η εργασία γίνεται από κοινού από όλα τα μέλη του γένους. Ακόμα και οι βασιλείς και οι άνακτες δουλεύουν. Δεν υπάρχουν αφέντες και εργάτες..».

Αργότερα στην πορεία της ιστορίας κατά την διάρκεια της τριπλής κατοχής από τους Γερμανούς, Ιταλούς και Βούλγαρους, οι *θεραπαινίδες* έκαναν ξανά την εμφάνισή τους λόγω του καθήκοντος που είχαν αναλάβει, δηλαδή να φροντίζουν τους τραυματισμένους στρατιώτες και τα ανήμπορα άτομα.

Στην σύγχρονη κοινωνία, το κράτος διορίζει έναντι αμοιβής και παρέχει *θεραπαινίδες* σε ειδικές κατηγορίες ατόμων που έχουν ανάγκη, όπως σε:

- Ανάπηρους πολέμου (Αξιωματικούς και Οπλίτες όλων των Σωμάτων Ασφαλείας)
- Ανάπηρους ειρηνικής περιόδου (Αξιωματικούς και Οπλίτες όλων των Σωμάτων Ασφαλείας, οι οποίοι κατέστησαν ανάπηροι ένεκα της Υπηρεσίας τους)
- Αναπήρους Εθνικής Αντίστασης

Οι *θεραπαινίδες* των παραπάνω κατηγοριών βοηθάνε αποτελεσματικά τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κίνηση και στις μετακινήσεις τους.

Στις μέρες μας στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαγγελματική αναγνώριση για το επάγγελμα του προσωπικού βοηθού, δηλαδή αν κάποιο άτομο με αναπηρία θέλει να προσλάβει νόμιμα έναν προσωπικό βοηθό με ένσημα θα πρέπει να τον δηλώσει με το επάγγελμα του οικιακού βοηθού, πράγμα που καθιστά δυσκολότερη την εύρεση προσωπικών βοηθών από τους αναπήρους αλλά και την ένταξη νέων ατόμων στο επάγγελμα. Συνήθως στην θέση του προσωπικού βοηθού συναντώνται αλλοδαπές γυναίκες μεταξύ 25-50 ετών οι οποίες δεν έχουν καμία εκπαίδευση στην προσωπική φροντίδα ενός αναπήρου και τείνουν να εξασκούν το επάγγελμα λόγω της «μόνιμης» φύσης του (κανείς ανάπηρος που χρειάζεται φροντίδα δεν πρόκειται να σταματήσει να την χρειάζεται) και των οικονομικών τους αναγκών.

Στο ερώτημα που τίθεται σε κάθε άτομο που ασχολείται με το θέμα των προσωπικών βοηθών, δηλαδή στο πόσα άτομα χρειάζεται ένα ανάπηρο άτομο ως βοηθούς, δεν υπάρχει σαφής απάντηση διότι ο αριθμός εξαρτάται από την αναπηρία του ατόμου και από τις εναπομείναντες δεξιότητες δηλαδή αν για παράδειγμα ένα άτομο είναι παραπληγικό τότε είναι σε θέση να διατελέσει πολλές από τις οικιακές εργασίες αλλά και ότι αφορά την προσωπική του υγιεινή και τις ανάγκες του σε φαγητό, στον έλεγχο του εντέρου και της ουροδόχου κύστης με μικρές εξαιρέσεις, τότε αυτό το άτομο δεν χρειάζεται να απασχολεί πλήρως πάνω από έναν βοηθό. Αντίθετα αν κάποιο άτομο δεν έχει οικογενειακό πλαίσιο και στηρίζεται αποκλειστικά σε προσωπικούς βοηθούς τότε η ανάγκη για μεγαλύτερο αριθμό ατόμων είναι επιτακτική.

Ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο στο θέμα των προσωπικών βοηθών είναι η αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι δυνατόν να προκύψει μέσω της χρόνιας ενασχόλησής τους με το επάγγελμα. Για τον σκοπό αυτό η προετοιμασία των βοηθών πριν την αρχή της γνωριμίας τους με το ανάπηρο άτομο που πρόκειται να εργαστούν είναι πολύ σημαντική τόσο σε ψυχολογικά επίπεδα όσο και σε σωματικά, η σωματική άσκηση είναι μια λύση προτεινόμενη σε όλους τους προσωπικούς βοηθούς λόγω των μυοσκελετικών προβλημάτων που εμφανίζονται έπειτα από την χρόνια ενασχόλησή τους με τα άτομα με αναπηρίες και τις κινήσεις που διενεργούν (φυσικοθεραπευτικές κινήσεις, σήκωμα του ατόμου κατά την μεταφορά του). Επίσης όσο αφορά το ψυχολογικό κομμάτι της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ορθό να υπάρχει εναλλαγή βοηθών σε περιπτώσεις αναπήρων που χρήζουν ανάγκης βοήθειας καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας, να υπάρχει επίσης μια λογική αναλογία των εργασιμών ωρών και ημερών σε σχέση με τις ημέρες αδείας και τις αργίες.<sup>43,44,45,46,47</sup>

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των προσωπικών βοηθών προλαμβάνει την επαγγελματική εξουθένωση αλλά και η προηγούμενη προετοιμασία τους σε βασικές γνώσεις και δεξιότητες όπως αλλαγή ουροκαθετήρα, έλεγχο του εντέρου, πρώτες βοήθειες, αρχές φυσικοθεραπείας, προσωπική υγιεινή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόωρη εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίσης είναι σημαντική η αλληλο-συμβουλευτική μεταξύ των προσωπικών βοηθών και σε περίπτωση που υπάρχει δυνατότητα και κάποιων εκπαιδευτών για προσωπικούς βοηθούς έτσι ώστε να αποστασιοποιούνται για λίγο από την καθημερινή φροντίδα και να αντιμετωπίζουν σφαιρικά την περιποίηση του ασθενούς ψυχικά και σωματικά χωρίς να επικεντρώνονται μόνο σε ένα από τα δύο κομμάτια. Με τον τρόπο αυτό προφυλάσσεται και η ψυχική και σωματική υγεία των προσωπικών βοηθών καθώς βρίσκουν άτομα με κοινά ενδιαφέροντα και βιώματα να μοιραστούν τις εμπειρίες τους και να συζητήσουν τα πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζουν.<sup>43,44,45,46,47</sup>



## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 5.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως προς τον ασθενή:

Δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς για τους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας στους όποιους πρέπει να απευθυνθεί ένα άτομο με τα προβλήματα που αναφέρθηκαν στην παραπάνω εργασία.

Ο ασθενής απομονώνεται και αισθάνεται παραμελημένος γιατί η δομή των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έχει μεγάλες ελλείψεις, κενά και άγνοια σε πολλές περιπτώσεις.

Καλείται λοιπόν από το Ελληνικό κράτος να βρει μόνος του την άκρη αυτού του «μίτου» και να διεκδικήσει τις παροχές που του αναλογούν.

Ως προς τους νοσηλευτές:

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι ελλιπής στο συγκεκριμένο θέμα, τόσο στον τομέα των προπτυχιακών σπουδών και πρακτικής όσο και στα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών. Η δομή των δημοσίων νοσοκομείων δεν προάγει το βέλτιστο αποτέλεσμα των υπηρεσιών που θα μπορούσε να διαθέσει, υπολειτουργούν πολλοί τομείς καθώς είναι ελλιπώς επανδρωμένοι ή ελλιπώς ενημερωμένοι οι επαγγελματίες υγείας που τους πλαισιώνουν.

## 5.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ως προς την νοσηλευτική φροντίδα:

- Μεγαλύτερη έμφαση στην τόνωση της ψυχολογίας του ασθενούς
- Παροχή αισθήματος ασφάλειας
- Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς αλλά και συνεργασία με οικογένεια ή προσωπικούς βοηθούς
- Παροχή βοηθημάτων για την αύξηση της ευεξίας του ασθενούς στο εκάστοτε τμήμα του νοσοκομείου – κέντρου αποκατάστασης
- Σωστή ενημέρωση του προσωπικού για το ιστορικό του ασθενούς και την αισθητικότητα- κινητικότητά του
- Καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή , μέσω της παροχής ιδιωτικότητας κατά την νοσηλευτική φροντίδα (αποχώρηση συνοδών)
- Αναφορά πάντα στο πρόσωπο του ασθενούς και όχι των συγγενών απτην στιγμή που είναι σε θέση να απαντήσει

Ως προς την νοσηλευτική εκπαίδευση:

- Βασικό μάθημα η αποκατάσταση αναπήρων
- Ειδικότητα της νοσηλευτικής στην αποκατάσταση αναπήρων
- Υποχρεωτικό κομμάτι της πρακτικής σε τμήμα αποκατάστασης
- Σχετικό κεφάλαιο για τον συγκεκριμένο τομέα αναπήρων στο μάθημα της ψυχολογίας

Ως προς την λειτουργία των κρατικών μηχανισμών:

- Εφαρμογή έμπρακτου σχεδίου για την συνεννόηση όλων των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την δημιουργία ομάδας αποκατάστασης αναπήρων.
- Δημιουργία πλαισίου με ενημέρωση των πρόσφατα τραυματισθέντων αναπήρων για την αλλαγή της καθημερινότητάς τους και την προσαρμογή των συνηθειών τους στην νέα πραγματικότητα από έμπειρους ανάπηρους.

## 6.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Historical Understandings of Depression. MentalHelp.net. <https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/> . Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 15,2015
2. Καβάσης Ιωάννης. Κατάθλιψη: διάγνωση, εκτίμηση της βαρύτητας και παρακολούθηση της εξέλιξης. Η ιστορία της κατάθλιψης. Εθνικό Αρχείο Διατριβών. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. 2007
3. Παπαγεωργίου Ευάγγελος. Ψυχιατρική. Διαταραχές της Διάθεσης. Εκδόσεις Παριζιάνου. Αθήνα 2006
4. Δρ. Πωλ . Κατάθλιψη : Τέλος . Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2003
5. Gilbert Paul. Ξεπερνώντας την κατάθλιψη. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1999
6. Kaplan and Sadock's. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα. Αθήνα 2007
7. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά . Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις «Η Ταβίθα» . Αθήνα 1989
8. Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης «Μαζί» . <http://www.mazi.org.gr/Χρήσιμα/Κέντρα-Ψυχικής-Υγείας/> Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 4,2015
9. Νασιάκου Μαρία. Χατζή Αλεξάνδρα. Φατούρου- Χαρίτου Μίκα. Εισαγωγή στην ψυχολογία. Τόμος Β. Εκδόσεις Gutenberg. Αθήνα 1999
- 10.Φιλίππου Γ. Εγκόλπιον Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Καραβιά. Αθήνα 1968
11. Γεωργάρας Α. Συνοπτική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα1989
- 12.Καλούρη – Αντωνοπούλου Ρ. Γενική Ψυχολογία. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 2007
13. American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-IV.pdf> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 10, 2015
14. Αγοραστός Δημήτριος. Τα ποσοστά Ψυχοπαθολογίας στην Ελλάδα. <http://medicaltime.gr/2013/06/%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%B1-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%83-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B4%CE%B1/> Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2015
15. Καΐλα Μ. Πολέμικος Ν. Φιλίππου Γ. Άτομα με ειδικές ανάγκες. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1992

16. Γκιουρτζιάν Μ. Η αντιμετώπιση του κινητικά ανάπηρου ανθρώπου διαχρονικά με έμφαση στην σύγχρονη εποχή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών 1994.
17. Δογάνη Χριστίνα. Φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση. Εκδόσεις Πελεκάνος, Αθήνα 1999
18. Ματζάρογλου Χαράλαμπος. Κακώσεις κατώτερης αυχενικής σπονδυλικής στήλης : κλινική πορεία των ασθενών - αλγόριθμοι – νευρολογικές κλίμακες – κλίμακες κατάθλιψης - κλίμακες ποιότητας ζωής και προσωπικότητας. Εθνικό Αρχείο Διατριβών. Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών. 2008
19. Κουκλόγιαννου- Δορζιώτου Ε., Αποκατάσταση, Αθήνα 1990
20. Power P., Dell Orto A., Gibbons Blechar M., Family interventions throughout chronic illness and disability, Springer Publications, New York 1998.
21. Ζώνιου- Σιδέρη Α., Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
22. Hanak M., Patient and family education, Springer Publishing Company, New York 1986.
23. Goffman E., Stigmatized les editions de Minuit, 1975.
24. Λάγιος Β., Το κοινωνικό στίγμα σε πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες, Πανεπιστήμιο Πατρών , Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Παιδαγωγικό τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης 2008.
25. Κουρτέση Σ. Κοινωνικός Αποκλεισμός και άτομα με ειδικές ανάγκες. Εθνικό Αρχείο Διατριβών. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο. Θεολογική Σχολή. Θεσσαλονίκη 2013
26. Δελλασούδας Λ., Ποιότητα ζωής ατόμων με αναπηρία, Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα 2006
27. Δελλασούδας Λ., Σχολική ένταξη μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα 2005
28. Δελλασούδας Λ., Εκκλησία και κοινωνική ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες, Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα 1997
29. Δελλασούδας Λ., Σχολικός και Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με αναπηρία, Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα 2004
30. DisabledWorld.com. U.K. Wheelchair User Statistics. <http://www.disabled-world.com/disability/statistics/wheelchair-stats.php>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2015
31. DisabledWorld.com. U.K. Wheelchair User Statistics. Disability Statistics: Facts & Statistics on Disabilities & Disability Issues. <http://www.disabled-world.com/disability/statistics/> Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2015
32. DisabledWorld.com. Mobility Device Statistics - United States. <http://www.disabled-world.com/disability/statistics/mobility-stats.php> Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2015
33. Demeter S., Andersson G., Smith G., Disability Evaluation, American Medical Association, Call number 616.075 DEM 1996.
34. Kottke, Lehmann, Physical medicine and rehabilitation, Saunders Publications 1990

36. Batavia M., The wheelchair evaluation, Butterworth Heinemann Publications 1998
37. Coleridge P., Disability liberation and development, Oxfam Publications, U.K 1993
38. Σαπουτζή Δ., Αποκατάσταση ατόμων με μετατραυματική παραπληγία, διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Εθνικό Αρχείο Διατριβών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών 1991
39. Nettleton S., Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Εκδόσεις Τυπωθήτω 2002.
40. Νάκου Σ., Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001 18(3):254-266.
41. Nies M. , McEwen M. Κοινωνική Νοσηλευτική. Τρίτη έκδοση. Τόμος Β. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα 2001
42. Παπαθανασίου – Αλέξογλου Α. Μαθήματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής . Εκδόσεις Τ.Ε.Ι Αθήνας. Αθήνα 1988
43. Ανανίδης Ν. Η Δημιουργία και λειτουργία σύγχρονων κέντρων αποκατάστασης ως αναγκαία προϋπόθεση για την εξασφάλιση της αυτονομίας και της ανάδειξης των δυνατοτήτων των πολιτών με αναπηρία. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων  
<http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=RESOURCE&cresrc=417&cnode=55> Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2015
44. Σαπουτζή – Κρέπια Δ., Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις Έλλην 2004.
45. Πίκουλας Γ.Α., Αφανείς «ήρωες» του καθημερινού βίου στην αρχαιότητα, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Αθήνα 2006
46. Morris R., Carof N., Hansan J., Personal assistance, John Hopkins University Press, U.S.A. 1998.
47. Παπαστογιαννίδου Κ. Ο ρόλος της νοσηλευτικής στο χώρο της αποκατάστασης.  
<http://www.filoktitis.com.gr/%CE%BF%CE%B9-%CE%AC%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%89%CF%80%CE%BF%CE%B9-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%BF%CE%BA%CF%84%CE%AE%CF%84%CE%B7-%CE%B3%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%BF%CF%85%CE%BD/item/o-%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82> Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2015

## 7.0 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ισχύοντα μέτρα προστασίας ατόμων με ειδικές ανάγκες στην χώρα μας.

1) Επιδόματα – Παροχές

A) Με τον νόμο Ν. 1140/80 χορηγείται ειδικό επίδομα στους παραπληγικούς και τετραπληγικούς, που ζουν εκτός ιδρυμάτων. Όσοι μένουν σε ιδρύματα λαμβάνουν το 1/3 του επιδόματος. Όσοι μένουν στα ΚΕΑ, καθώς και όσοι εργάζονται λαμβάνουν το 1/2 του επιδόματος.

B) Χορηγείται πλήρης σύνταξη στους παραπληγικούς και τετραπληγικούς, που εργάζονται στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα και είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ έπειτα από 20 χρόνια υπηρεσίας.

Γ) Χορηγούνται, κατά προτεραιότητα, στεγαστικά δάνεια.

Δ) Χορηγούνται δωρεάν αναπηρικά αμαξίδια και τεχνητά μέλη από το ΙΚΑ.

E) Ο Ο.Α.Ε.Δ επιδοτεί, για ένα χρόνο, τους εργοδότες που προσλαμβάνουν στις επιχειρήσεις τους αναπήρους και συμμετέχει με ένα ποσό ανάλογο στην διαμόρφωση κατάλληλου χώρου όπου θα εργάζονται οι ανάπηροι.

2) Φοροαπαλλαγές

A) Δικαιούνται αδασμολόγητα αυτοκίνητα, μέχρι 1650 κυβ. εκ. ανάπηροι πάνω από 4 έτη με αναπηρία 67% και άνω και μέχρι 2000 κυβ. εκ. παραπληγικοί και τετραπληγικοί. Επίσης με τον Ν. 1798/88 επεκτάθηκε η εισαγωγή αδασμολόγητων αυτοκινήτων και σε άτομα με ελαφρότερες αναπηρίες καθώς και στους τυφλούς.

B) Γίνονται κάποιες φορολογικές απαλλαγές σε άτομα με ποσοστό αναπηρίας πάνω από 67%.

3) Μετακινήσεις αναπήρων

A) Δικαιούνται μισό εισιτήριο, παραπληγικοί και τετραπληγικοί που ταξιδεύουν με την Ολυμπιακή Αεροπορία στις γραμμές του εξωτερικού.

B) Μισό εισιτήριο δικαιούνται οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί, που ταξιδεύουν με πλοίο και μισό για τα αυτοκίνητά τους.

Γ) Μισό εισιτήριο πληρώνουν και ανάπηροι άλλων κατηγοριών, στις αστικές μόνο συγκοινωνίες.

4) Εκπαίδευση – Αθλητισμός

A) Με το Ν. 1566/85 η πολιτεία μέσω του Υπουργείου Παιδείας, αναλαμβάνει την ειδική αγωγή και επαγγελματική εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες.

B) Δίνεται η ευκαιρία σε άτομα με ειδικές ανάγκες να παρακολουθούν προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης του Ο.Α.Ε.Δ. Το ποσοστό των ατόμων που δύναται να παρακολουθήσει τα προγράμματα αυτά ανέρχεται στο 10% επί του συνόλου των εκπαιδευόμενων.

Γ) Στην Γενική Γραμματεία Αθλητισμού υπάρχει Γραφείο ειδικού αθλητισμού και τα Τ.Ε.Φ.Α (Τμήμα επιστημονικής φυσικής αγωγής) δίνουν, στο 4ο έτος ειδική εκπαίδευση σε φοιτητές που θέλουν να ασχοληθούν με τον ειδικό αθλητισμό.

5) Επαγγελματική απασχόληση

Με το Ν. 1648/86 που αντικατέστησε το Ν. 963/79 και διάφορες άλλες διατάξεις έγιναν οι εξής συμπληρωματικές ενέργειες:

- Καθιερώνονται ευνοϊκότερες ρυθμίσεις για την απασχόληση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

6) Κοινωνικός Τουρισμός

Με μικρή οικονομική συμμετοχή, παρέχεται δυνατότητα κοινωνικού τουρισμού, σε ξενοδοχεία του Ε.Ο.Τ και σε άλλα ξενοδοχειακά συγκροτήματα, καθώς επίσης και η ελεύθερη είσοδος στις πλαζ του Ε.Ο.Τ.

Τέλος η πολιτεία αντικατέστησε την λέξη «ανάπηροι» με τον όρο «άτομα με ειδικές ανάγκες».

## 2. DSM IV

Recording Procedures for Major Depressive Disorder

For Major Depressive Disorder:

1. The first three digits are 296.
2. The fourth digits either 2(if there is only a single Major Depressive Episode) or 3 (If there are recurrent Major Depressive Episodes).
3. The fifth digit indicates the following: 1 for Mild severity, 2 for Moderate severity, 3for Severe Without Psychotic Features, 4 for Severe With Psychotic Features, 5 for In Partial Remission, 6 for In Full Remission, and 0 if Unspecified.