



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Εθνικό και Καποδιστριακό

Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

«Διασυνδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα

Σωματικής και Ψυχικής Υγείας»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η Κοινωνική Εργασία στη Μαιευτική Κλινική»

ΤΣΙΚΕΡΔΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ Α.Μ.: 20130791

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Ι. Ζέρβας, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΜΕΛΟΣ: Α. Σπυροπούλου, Ψυχίατρος (PhD), Επιστ. Συνεργάτης Α' Παν/κής
Ψυχιατρικής Κλινικής

ΜΕΛΟΣ: Ι. Μιχόπουλος, Επίκ. Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2016

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
«Διασυνδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα
Σωματικής και Ψυχικής Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η Κοινωνική Εργασία στη Μαιευτική Κλινική»
ΤΣΙΚΕΡΔΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ Α.Μ.: 20130791
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Ι. Ζέρβας, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής
ΜΕΛΟΣ: Α. Σπυροπούλου, Ψυχίατρος (PhD), Επιστ. Συνεργάτης Α' Παν/κής
Ψυχιατρικής Κλινικής
ΜΕΛΟΣ: Ι. Μιχόπουλος, Επίκ. Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2016

Περίληψη

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να αναδείξει το περιεχόμενο της εργασίας του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού στην Μαιευτική Κλινική.

Αρχικά, γίνεται μια σύντομη αναφορά στα στάδια της εγκυμοσύνης, τις σωματικές αλλαγές και τις ψυχολογικές μεταπτώσεις που βιώνει η γυναίκα που κυοφορεί.

Στο 1^ο κεφάλαιο, γίνεται μια εισαγωγή στην έννοια του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας και της σύνδεσής του με τον Μαιευτικό κλάδο, με μια σύντομη ιστορική αναδρομή.

Στην συνέχεια, στο 2^ο κεφάλαιο αναλύεται ο “πολυδιάστατος” ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην μαιευτική κλινική.

Το 3^ο κεφάλαιο, καταγράφει τις περιπτώσεις που απασχολούν την κοινωνική υπηρεσία της μαιευτικής κλινικής και γίνεται αναφορά σε κάθε περίπτωση.

Στο 4^ο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στα μοντέλα παρέμβασης Κοινωνικής Εργασίας και στη συνέχεια, στο 5^ο κεφάλαιο αναλύονται τα τρία βασικά στάδια παρέμβασης του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού στην μαιευτική κλινική.

Το 6^ο κεφάλαιο αναφέρεται στις δεξιότητες που κατακτά ο κοινωνικός λειτουργός με το πέρασμα του χρόνου, την επαγγελματική και προσωπική ωρίμανση που τον βοηθούν να είναι αποτελεσματικός ως επαγγελματίας.

Στο 7^ο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τις δύσκολες καταστάσεις και τα ηθικά διλήμματα που φέρνουν τους επαγγελματίες συχνά σε δύσκολη επαγγελματική αλλά και προσωπική θέση και προτείνονται τρόποι διαχείρισης.

Η εργασία καταλήγει με τα βασικά συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης των κοινωνικών υπηρεσιών στις μαιευτικές κλινικές.

Abstract

The present assignment's purpose is to highlight the content of the social worker's job in the maternity clinic.

Initially, there is a brief report on the pregnancy stages, the physical and psychological transitions a woman faces during pregnancy.

On the 1st chapter there is an introduction to the concept of Social Work as a profession and how it is related with the Maternity sector, including a brief historical review.

Continuing, on the 2nd chapter, the "multi-dimentional" role of the social worker in the maternity clinic is being analysed.

On the 4th chapter, there is a report on the models of intervention in Social Work and to continue, on the 5th chapter, there is an analysis of the three basic stages of intervention of the professional social worker in the maternity clinic.

The 6th chapter refers to the skills obtained by the social worker with the passing of time, the professional and personal maturation that helps him/her to be efficient as a professional.

The 7th chapter, stresses the fact that there are some difficult situations and moral dilemma's, which often bring the social worker in an uncomfortable professional and even personal position. Therefore , ways of dealing with the problems are being proposed.

The assignment ends with the basic basic conclusions. Furthermore proposals of improvement of the social services in the maternity clinics are being made.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Περίληψη	1
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3
Εισαγωγή.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 . Περιγεννητική Κοινωνική Εργασία	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 . Οι Ρόλοι του Κοινωνικού Λειτουργού στην Μαιευτική Κλινική	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Περιπτώσεις στην Μαιευτική Κλινική στις οποίες παρεμβαίνει η Κοινωνική Υπηρεσία	13
3.1. Κύηση υψηλού κινδύνου	13
3.2. Χρήση αλκοόλ και ουσιών	16
3.3. Ψυχοπαθολογία στην περιγεννητική περίοδο	19
3.4. Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα	22
3.5. Γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο.....	24
3.6. Βρεφική θνησιμότητα	26
3.7. Αποβολή	28
3.8. Έκτρωση.....	29
3.9. Υπογονιμότητα.	30
3.10. Άγαμη μητέρα.	32
3.11. Κύηση στην εφηβεία.	33
3.12. Εγκατάλειψη βρεφών.	36
3.13. Πρόωρα νεογνά.....	39
3.14. Κακοποίηση κυοφορούσας.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Πρότυπα μοντέλα παρέμβασης Κοινωνικής Εργασίας.....	46
4.1. Το ψυχοδυναμικό/ψυχοκοινωνικό μοντέλο παρέμβασης :.....	46
4.2. Το μοντέλο παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσης:.....	47
4.3. Το μοντέλο της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας:.....	48
4.4. Το γενικό-ολιστικό μοντέλο:	49
4.5. Το μοντέλο διαπολιτισμικής κοινωνικής εργασίας:	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Τα Στάδια Παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού στην Μαιευτική Κλινική.....	53
5.1. Το αρχικό στάδιο της Εκτίμησης	54
5.2. Το ενδιάμεσο στάδιο του Θεραπευτικού Σχεδιασμού-Παρέμβασης	56
5.3. Το τελικό στάδιο Σχεδιασμού Εξόδου και παρακολούθησης (home follow-up).	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Δεξιότητες του Κλινικού Κοινωνικού Λειτουργού	61
Δεξιότητες επικοινωνίας	61
Δεξιότητες αυτοαντίληψης	63
Δεξιότητες ανάλυσης	64
Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ή προσωπικής επάρκειας	65
Δεξιότητες παρουσίασης προφορικού και γραπτού λόγου	65
Συντονιστικές δεξιότητες.	66
Δεξιότητες διεπιστημονικής συνεργασίας	66
Δεξιότητες επιβίωσης	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Ηθικά Διλήμματα.....	69
Αντιμετώπιση των διλημμάτων.	71
Συμπεράσματα - Προτάσεις	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75

Εισαγωγή

Η ανάγκη για τεκνοποίηση αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ζωής από τα πρώτα κιόλας βήματα της ανθρωπότητας. Η λαχτάρα για την απόκτηση απόγονου είναι πάντα πολύ σημαντική και η γέννηση ενός παιδιού είναι ένα υπέροχο γεγονός και μια μοναδική εμπειρία στη ζωή ενός ζευγαριού.

Η εγκυμοσύνη όμως, είναι και μια περίοδος συχνά συνώνυμη με πρόσκαιρες τροποποιήσεις της προσωπικότητας της γυναίκας και πλούσια σε συγκινήσεις. Η ψυχολογία της εγκύου επηρεάζεται έντονα από τις ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν στην εγκυμοσύνη. Η γυναίκα γίνεται περισσότερο ευέξαπτη, εύθικτη, συναισθηματικά ασταθής με φάσεις μελαγχολίας και παράπρονου που εναλλάσσονται με εκρήξεις θυμού.

Η διαρκής αλλαγή της διάθεσης της εγκύου, οι συναισθηματικές, διακυμάνσεις που ξεκινούν από τον υπέρμετρο ενθουσιασμό και μπορούν να φτάσουν μέχρι την απελπισία, τον πανικό, ακόμα και την έντονη κατάθλιψη. Τα δε στερεότυπα αναφορικά με το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται οι εγκυμονούσες, τι πρέπει να κάνουν ή πώς πρέπει να νιώθουν όχι μόνο δεν τις βοηθούν, αλλά αντιθέτως τις επιβαρύνουν, αφού δημιουργούν απαιτήσεις, και τις οδηγούν στην αυτοκριτική και στις ενοχές.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου υπάρχει σίγουρα μεγάλη χαρά, αν η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή, έντονος προβληματισμός, αν η εγκυμοσύνη δεν είναι προγραμματισμένη και σε κάθε περίπτωση μεγάλος φόβος και ανησυχία για τυχόν απώλεια του μωρού, μιας και η κύηση δεν έχει ακόμα εμπεδωθεί. Επομένως, η αμφιθυμία της γυναίκας είναι συνηθέστατη, ιδιαίτερα αν πρόκειται για την πρώτη εγκυμοσύνη, οπότε και η νέα κατάσταση της είναι εντελώς άγνωστη και έχει ακόμα αμφιβολίες για το αν είναι έτοιμη να γίνει μητέρα. Συν τοις άλλοις, πολλές γυναίκες αισθάνονται ναυτίες, κούραση και υπνηλία που φυσικά δεν βοηθούν καθόλου στο να έχουν καλή διάθεση. Οι δε σωματικές και ορμονικές αλλαγές, συνδυαζόμενες με τις πρακτικές αλλαγές, που σίγουρα έρχονται, μπορεί να προκαλέσουν στρες, εντάσεις, θυμό και ταυτόχρονα τύψεις για όλα τα προαναφερθέντα, που δεν συνάδουν (κοινωνικά και πολιτιστικά) με τον ενθουσιασμό που θα έπρεπε να έχει προκαλέσει η εγκυμοσύνη.

Κατά το δεύτερο τρίμηνο, η γυναίκα αισθάνεται μεν πιο σίγουρη για την κύηση και συνήθως οι ναυτίες υποχωρούν, όμως τα συναισθήματά της είναι εξίσου έντονα, μπερδεμένα και ευμετάβλητα. Το σώμα αλλάζει, το βάρος αυξάνεται, η εξωτερική εμφάνιση μεταβάλλεται και πολλές εγκυμονούσες παύουν να εκτιμούν τον εαυτό τους, νιώθοντας ανασφάλεια και προβληματισμό. Ταυτόχρονα, ο μέλλον πατέρας πιθανόν να έχει και αυτός παράξενη στάση, άθελά του, μην ξέροντας πώς πρέπει να συμπεριφερθεί στη σύντροφό του και προσπαθώντας με τη σειρά του να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Αν και η επιθυμία της γυναίκας για σεξουαλική επαφή είναι, τουλάχιστον θεωρητικά, αυξημένη ανάμεσα στον 4ο και τον 6ο μήνα της εγκυμοσύνης, το ζευγάρι πρέπει να βρει νέους ρυθμούς και να προσαρμοστεί ανάλογα με τις οδηγίες του γυναικολόγου αλλά και ανάλογα με τους φόβους του, καθώς τόσο η έγκυος όσο και ο σύντροφός της έχουν καλούς λόγους να είναι συγκρατημένοι στο σεξ, με μεγαλύτερο εξ αυτών το ότι, κάνοντας έρωτα, θα βλάψουν το έμβρυο.

Στο τρίτο τρίμηνο, εν αναμονή του τοκετού, οι γυναίκες αρχίζουν να φοβούνται τόσο την ίδια τη γέννα, ως σωματική και ψυχική διαδικασία, όσο και τις πρακτικές αλλαγές που θα επιφέρει στη ζωή τους η άφιξη του μωρού, που πλησιάζει όλο και περισσότερο. Ταυτόχρονα, το σώμα επιβαρύνεται όλο και περισσότερο, η δυσφορία και η κούραση αυξάνονται, ενώ συχνά παρουσιάζονται μικρότερα ή μεγαλύτερα προβλήματα υγείας. Φυσικά, όσο η κύηση προχωρά δυσκολεύει και ο ύπνος, με αποτέλεσμα η γυναίκα να είναι ακόμα πιο ευερέθιστη.

Σημειώνουμε εδώ ότι καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι ορμονικές μεταβολές επηρεάζουν πολύ την ψυχολογία και οδηγούν σε κυκλοθυμία. Για παράδειγμα, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη υπερτονίζουν όλα τα συναισθήματα και μπορεί η γυναίκα να χαίρεται ή να λυπάται αφύσικα και να είναι παράλογα ευσυγκίνητη.

Φυσικά, τα συναισθήματα και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις μιας μέλλουσας μαμάς σχετίζονται και με παράγοντες όπως η ηλικία της (όσο πιο νέα ή όσο πιο μεγάλη είναι η γυναίκα, τόσο περισσότερες δυσκολίες παρουσιάζονται), οι προηγούμενες εμπειρίες της (για παράδειγμα μια γυναίκα

που δυσκολεύτηκε να μείνει έγκυος ή που έχει ιστορικό αποβολών είναι σίγουρα επιβαρυμένη ψυχολογικά), η υγεία της και η υγεία του εμβρύου, η στήριξη που έχει (ή δεν έχει) από τον σύντροφο και την υπόλοιπη οικογένειά της, το εργασιακό περιβάλλον της και το πώς αντιμετωπίζεται εκεί και φυσικά η οικονομική της κατάσταση (έρευνες καταδεικνύουν ότι όσο φτωχότερη είναι μια γυναίκα τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να αναπτύξει κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό).

Μέχρι πρόσφατα ήταν μάλλον κατακριτέο να δηλώσει μια έγκυος δυσανεστημένη από την εγκυμοσύνη της και να δηλώσει ρητά το άγχος και την αγωνία της. Τα τελευταία, όμως, χρόνια, χάρη στο Διαδίκτυο, που έφερε κοντά ομάδες γυναικών και τους έδωσε τη δυνατότητα να εκφραστούν ανώνυμα, χάρη στην καλύτερη επιστημονική κατάρτιση των γιατρών και στην κοινωνική απενοχοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, παρατηρούμε ότι όλο και περισσότερες γυναίκες εκφράζουν τα αρνητικά συναισθήματα που τις κατακλύζουν κατά τους 9 μήνες της κύησης, χωρίς να ντρέπονται για αυτό. Αν η γυναίκα έχει (εύλογες) φοβίες και ταυτόχρονα φοβάται να μιλήσει για αυτές ή το περιβάλλον της δεν είναι έτοιμο να τις αποδεχτεί, τότε δημιουργείται μεγάλο πρόβλημα, διότι οι φοβίες αυτές διογκώνονται και μόνο βλαβερές μπορούν να είναι, τόσο για τη μαμά όσο και για το μωρό που κυοφορεί.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η κατάθλιψη και το άγχος αυξάνουν τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό και μειώνουν την ικανότητα της γυναίκας για τη φροντίδα του εαυτού της και του μωρού της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 . Περιγεννητική Κοινωνική Εργασία

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού γεννήθηκε στα Νοσοκομεία όταν στην Αγγλία του 1890 ζητήθηκε από μια «ελεοδότη» (Almoner) να αξιολογεί ποιοι από τους απευθυνόμενους στο Νοσοκομείο θα λάμβαναν δωρεάν φροντίδα.

Η Κοινωνική Εργασία ως ξεχωριστή ειδικότητα έγινε επίσημα αποδεκτή στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά ιατρεία. Τον ίδιο χρόνο, το Massachusetts General Hospital ήταν ο πρώτος φορέας που προσέλαβε κοινωνική λειτουργό. Το ίδιο Νοσοκομείο, στη Βοστώνη των Η.Π.Α. ιδρύει, ξεχωριστά από την νοσηλευτική υπηρεσία, το πρώτο τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών.

Όταν το 1964 ανατέθηκε για πρώτη φορά θέση πλήρους απασχόλησης στην Μονάδα Ειδικής Φροντίδας για τα Νεογένητα σε κοινωνικό λειτουργό – στο Νοσοκομείο Νιού Χέιβεν του Γέιλ (Yale-New Haven Hospital), σηματοδοτήθηκε η επίσημη έναρξη του κλάδου της περιγεννητικής κοινωνικής εργασίας. Αυτός ο νέος για εκείνη την εποχή κλάδος αναπτυσσόταν ταυτόχρονα με την πρόοδο που γινόταν στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης της μητέρας, του εμβρύου αλλά και του νεογέννητου. Η εξέλιξη του διαμορφωνόταν με βάση τις παραδοσιακές πρακτικές της κοινωνικής εργασίας αλλά επηρεαζόταν ταυτόχρονα και από το μεγαλύτερο ιστορικό περιεχόμενο των κοινωνικών αλλαγών που λάμβαναν χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες στις δεκαετίες του 1960 και του 1970.

Τα φιλοσοφικά και θεωρητικά θεμέλια της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας εστιάζουν στο άτομο σε συνάφεια με την κοινωνική του μονάδα. Η φιλοσοφική αυτή αντίληψη και στάση ώθησε τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς σε μία πρόωρη αλλά παρ' όλα αυτά ακόμη εξελισσόμενη ανησυχία του να εξεύρουν αλλά και να προωθήσουν ένα κοινωνικά αλλά και συναισθηματικά υγιές περιβάλλον για την έγκυο γυναίκα και/ή για τα νεογένητα μωρά πολύ πριν ο κλάδος της ιατρικής είχε την τεχνολογική αλλά και επιστημονική ικανότητα να ρίξει μία παράλληλη ματιά στο φυσιολογικό περιβάλλον της μητέρας και του εμβρύου.

Παρομοίως, η πρώιμη ανησυχία της κοινωνικής εργασίας τόσο σε σχέση με τα οξέα όσο και με τα χρόνια αποτελέσματα των ασθενειών αλλά και των τραυματισμών ατόμων, οικογενειών αλλά και κοινοτήτων έθεσε τα θεμέλια για την δέσμευση και την εξειδίκευση της περιγεννητικής κοινωνικής εργασίας στο να παρέχει βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες υποστηρικτικές παρεμβάσεις σε άτομα ως μονάδες καθώς και σε οικογένειες που βρίσκονταν σε κρίση. Εν' ολίγοις παρόλο που η επίσημη έναρξη του κλάδου της περιγεννητικής κοινωνικής εργασίας μπορεί να άρχισε το 1964 όπως προαναφέραμε, οι ρίζες της περιγεννητικής κοινωνικής εργασίας μας πηγαίνουν πίσω στο 1905 όπου οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί άρχισαν να εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης (Massachusetts General Hospital) (Lind-Bachman, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 . Οι Ρόλοι του Κοινωνικού Λειτουργού στην Μαιευτική Κλινική

Στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού, που εργάζεται στην Μαιευτική Κλινική είναι, με τη σύμφωνη γνώμη του ενδιαφερομένου και μέσα στα πλαίσια του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του απορρήτου, να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων του.

Παρέχει ειδικές υπηρεσίες ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα προς τον εξυπηρετούμενο και το συγγενικό του περιβάλλον, για την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξή του.

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό, μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ρόλοι που καλείται να επιτελέσει ο Κοινωνικός Λειτουργός προκειμένου να επιτύχει τους παραπάνω στόχους είναι:

Αξιολογητής: η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διεργασία για τον Κοινωνικό Λειτουργό. Είναι η πεμπτούσια της πετυχημένης επαγγελματικής του πορείας. Συγκεντρώνει πληροφορίες, αξιολογεί προβλήματα, συσχετίζει αντιδράσεις με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Βασισμένος στα συμπεράσματά του, παίρνει αποφάσεις για παρέμβαση και δράση και εκτιμά την έκβαση των εισηγήσεων και των παρεμβάσεων του.

Κλινικός ρόλος: ο ρόλος αυτός ενσωματώνει όλο το ψυχοθεραπευτικό πεδίο. Μέσα από αυτόν εκφράζεται η Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, Άτομα και Κοινότητα. Είναι υπεύθυνος για τη διάγνωση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών και παρέχει ψυχοθεραπευτική βοήθεια σε άτομα, οικογένειες και ομάδες.

Κοινωνικός Μεσίτης: αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ εξυπηρετούμενων και κοινωνικών υπηρεσιών. Συστήνει και καθοδηγεί άτομα, οικογένειες και κοινότητες στις υπάρχουσες υπηρεσίες προκειμένου να αξιοποιήσουν τις

παροχές τους και διασυνδέει τον ασθενή με πόρους του υγειονομικού και ασφαλιστικού συστήματος.

Μεσολαβητής: διευκολύνει επιλύσεις διαφορών μεταξύ της οικογένειας και τρίτων προσώπων. Κάποια παραδείγματα αυτού του ρόλου μπορεί να περιλαμβάνουν μεσολάβηση με γονείς για θέματα σχετικά με επιμέλεια, μεσολάβηση μεταξύ γονέων και κρατικής υπηρεσίας παιδικής πρόνοιας, ή μεσολάβηση σε διαμάχη μεταξύ των γονέων και του σπιτονοικοκύρη τους.

Συνήγορος- εκπρόσωπος: ο Κοινωνικός Λειτουργός εκπροσωπεί τους εξυπηρετούμενους ενώπιον της διοίκησης για την έγκριση της χορήγησης των παροχών που ζητούν. Προστατεύει και προασπίζει τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων. Ενεργεί ως επίτροπος για απροστάτευτα παιδιά ή άτομα. Είναι υπεύθυνος διαπολιτισμικής μεσολάβησης. Συνεργάζεται με τις Αρχές Δημοσιεύει άρθρα σχετικά με τις ανάγκες, τα κοινωνικά προβλήματα και τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.

Μέλος διεπιστημονικής και διασυνδετικής ομάδας: στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, ο Κοινωνικός Λειτουργός συλλέγει πληροφορίες και παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή στην επιστημονική ομάδα. Συνεργάζεται με άλλους ειδικούς για την προσαρμογή του ασθενούς στο νοσοκομείο, όσο διαρκεί η νοσηλεία. Συντονίζει τις ενέργειες και δραστηριότητες των διάφορων τμημάτων του νοσοκομείου με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες στην κοινότητα, ώστε να διευκολύνει την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Ο κοινωνικός λειτουργός δέχεται περιπτώσεις ασθενών που υποδεικνύουν γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι ειδικοί οι οποίοι στο πλαίσιο της συνεργασίας τους με κάποιον ασθενή, διαπιστώνουν ότι ενδείκνυται η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού.

Επίσης, ως σύμβουλος-μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας, θα εκπαιδεύσει και θα ευαισθητοποιήσει το προσωπικό και θα βοηθήσει στην λύση προβλημάτων επικοινωνίας, συνεννόησης, συνεργασίας ή συγκρούσεων που αντιμετωπίζουν συνάδελφοι μεταξύ τους ή με τους ασθενείς.

Αρχειοθέτης: συγκεντρώνει, ταξινομεί και αναλύει ερευνητικά δεδομένα και διατηρεί για την υπηρεσία αρχείο για τους ασθενείς με όρους απορρήτου.

Παιδαγωγός: εκπαιδεύει τους ασθενείς να συμμορφώνονται με τις οδηγίες των γιατρών σε σχέση με την αγωγή, διατροφή και γενικά υιοθέτησης ενός τρόπου ζωής που θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Συμβάλλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, κοινωνικής προσαρμογής και θετικής συναλλαγής.

Επόπτης: εποπτεύει τη λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας και εκπαιδεύει, δίνει οδηγίες, καθοδηγεί, επηρεάζει λειτουργώντας και ως πρότυπο μίμησης νέους επαγγελματίες και φοιτητές.

Κοινοτικός-Κοινωνικός Σχεδιαστής: υπάρχουν περιπτώσεις που ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να κινητοποιήσει φορείς της κοινότητας για τη δημιουργία και τον σχεδιασμό ειδικών κοινοτικών-κοινωνικών προγραμμάτων και μεριμνά για την υλοποίησή τους.

Οι ρόλοι αυτοί κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, δεν είναι πάντα διακριτοί, αλληλοδιαπλέκονται και εμφανίζονται ταυτόχρονα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται καθημερινά να τους επιτελεί για την πληρέστερη ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων (Καλλινικάκη, 2008, Compton και ο Galaway 1984, Σταθόπουλος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Περιπτώσεις στην Μαιευτική Κλινική στις οποίες παρεμβαίνει η Κοινωνική Υπηρεσία

Οι περιπτώσεις που απευθύνονται στην Κοινωνική Υπηρεσία, ή παραπέμπονται από το προσωπικό ή άλλους φορείς, έχουν συνήθως τα παρακάτω προβλήματα:

- Κύηση υψηλού κινδύνου
- Χρήση ουσιών και αλκοόλ
- Ψυχοπαθολογία στην περιγεννητική περίοδο
- Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα
- Γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο
- Βρεφική θνησιμότητα
- Αποβολή
- Έκτρωση
- Υπογονιμότητα
- Άγαμη μητέρα
- Κύηση στην εφηβεία
- Εγκατάλειψη βρεφών
- Κακοποίηση κυοφορούσας

3.1. Κύηση υψηλού κινδύνου

Ακόμη και σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, χωρίς επιπλοκές, η μέλλουσα μητέρα μπορεί να έχει κάποιες δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να γίνουν σοβαρές όταν η κυοφορούσα αντιμετωπίζει προβλήματα τέτοια που κατατάσσουν την εγκυμοσύνη της στην κατηγορία της “κύησης υψηλού κινδύνου”

Κύηση υψηλού κινδύνου ονομάζεται εκείνη, κατά την οποία η μητέρα και το έμβρυο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τις κυήσεις που έχουν φυσιολογική εξέλιξη.

Κύριοι παράγοντες που η παρουσία τους κατά την κύηση την χαρακτηρίζει ως κύηση υψηλού κινδύνου είναι η ηλικία της γυναίκας (<18 και >36), το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η έγκυος να είναι ανύπαντρη (και γενικότερα η κακή οικογενειακή κατάσταση), η υπερπολυτοκία, η πολύδυμη κύηση, σοβαρά παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα κατά την κύηση, οι ανωμαλίες και φλεγμονές του ουρογεννητικού συστήματος, ειδικές λοιμώξεις αλλά και οποιαδήποτε εμπύρετη κατάσταση.

Ειδικότερα, στους παθολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται ο σακχαρώδης διαβήτης, άλλες ενδοκρινικές παθήσεις, η αναιμία και η χρόνια υπέρταση.

Στις επικίνδυνες λοιμώξεις περιλαμβάνονται ο κυτταρομεγαλοϊός, η τοξοπλάσμωση, η ερυθρά, η λιστερίωση, η σύφιλη, το AIDS κ.λπ.

Η πολύδυμη κύηση, που παλαιότερα αποτελούσε μικρή κατηγορία των κυήσεων υψηλού κινδύνου, σήμερα με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποκτά μεγαλύτερο ποσοστό στο σύνολο. Αυτό συμβαίνει διότι αφενός αυτή καθαυτή η πολύδυμη κύηση είναι κύηση υψηλού κινδύνου και αφετέρου διότι οι έγκυες αυτές ανήκουν πολύ συχνά σε “ειδικές” κατηγορίες υψηλού κινδύνου (όπως μακροχρόνια στέρωση, μεγάλη ηλικία).

Πάντως, αυτή η κατηγορία των ασθενών έχει το “πλεονέκτημα” της στενότερης παρακολούθησης.

Άλλη κατηγορία που αυξάνει το ποσοστό της στις κυήσεις υψηλού κινδύνου αποτελούν και εκείνες οι έγκυες με προηγούμενη καισαρική τομή, αφού το ποσοστό των καισαρικών τομών σε κάποια κράτη (συμπεριλαμβανόμαστε) είναι ιδιαίτερα υψηλό ή παρουσιάζει περαιτέρω αυξητική τάση.

Από το μαιευτικό ιστορικό, στους παράγοντες που χαρακτηρίζουν μια κύηση ως υψηλού κινδύνου είναι οι αυτόματες ή τεχνητές εκτρώσεις, οι πρόωροι τοκετοί, οι συγγενείς ανωμαλίες εμβρύων, οι ενδομήτριοι θάνατοι εμβρύων, οι νεογνικοί θάνατοι, οι προηγούμενες καισαρικές τομές ή άλλες επεμβάσεις στη μήτρα, οι παρατεταμένοι προηγούμενοι τοκετοί και οι τοκετοί με μαιευτική επέμβαση.

Η μη παρακολούθηση, ή η “χαλαρή” παρακολούθηση στη διάρκεια της κύησης (π.χ. με λιγότερους από 3 ιατρικούς ελέγχους σε όλη τη διάρκεια της κύησης) κατατάσσουν την έγκυο σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Επίσης, καθώς διευρύνονται οι δυνατότητες κύησης σε ομάδες γυναικών στις οποίες αυτό δεν ήταν παλαιότερα δυνατό, και άλλες κατηγορίες κυήσεων υπάγονται σε εκείνες του υψηλού κινδύνου. Για παράδειγμα, στις γυναίκες με σύνδρομο Turner, στις οποίες επιτυγχάνεται κύηση μετά από δωρεά ωαρίων. Στις περιπτώσεις αυτές, υπάρχει ο κίνδυνος αιφνιδίου θανάτου λόγω καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Κάθε ένας από τους προηγούμενους παράγοντες μπορεί να δρα με διαφορετικό τρόπο πάνω στον οργανισμό της μητέρας και να απειλεί την κύηση με διαφορετικό μηχανισμό. Στις κυήσεις υψηλού κινδύνου, όσον αφορά τη μητέρα μπορεί να απειληθεί άμεσα η ζωή της και όσον αφορά το έμβρυο, η κύηση μπορεί να καταλήξει σε ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, αυτόματη έκτρωση, πρόωρο τοκετό, έμβρυο με υπολειπόμενο ή υπερβολικό βάρος, συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογέννητου και γενικά σοβαρά προβλήματα από τα ζωτικά του συστήματα, με χαμηλό “Apgar score”.

Είναι γνωστό επίσης ότι εγκυμοσύνες που παρουσίασαν αιμορραγία σε κάποιο στάδιο της κύησης έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγίας σε προχωρημένη κύηση και αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Σε κάθε περίπτωση δεν πρέπει να αγνοηθεί και ο πιθανός κίνδυνος από την χορήγηση διαφόρων (ίσως απαραίτητων) φαρμάκων στην έγκυο. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στο έμβρυο προκαλώντας του συγγενείς ανωμαλίες ή γενικότερα προβλήματα κατά την ενδομήτριο ζωή του ή κατά τη γέννηση.

Τονίζεται ιδιαίτερα ότι σχεδόν όλες οι επιπλοκές από τον πλακούντα αυξάνονται με το κάπνισμα.

Τέλος δεν πρέπει να αγνοηθούν παράγοντες κινδύνου από το οικογενειακό ιστορικό (Πίνακας 1.).

Η παρακολούθηση των κυήσεων υψηλού κινδύνου πρέπει να είναι στενότερη και εξατομικευμένη και όχι απλά σε επίπεδο “screening”.

Η παρακολούθηση των κυήσεων αυτών γίνεται συχνά σε ειδικά τμήματα των μαιευτικών κλινικών. Τα τμήματα αυτά πρέπει να διαθέτουν υψηλό τεχνολογικό εξοπλισμό και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό που πρέπει να είναι σε πλήρη και συνεχή ετοιμότητα (Ιατράκης, 2009:265-267).

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου από το οικογενειακό ιστορικό.

Συγγενής ανωμαλία
Σακχαρώδης διαβήτης
Υπέρταση
Νεφρική νόσος
Θρομβοεμβολική νόσος

3.2. Χρήση αλκοόλ και ουσιών

Η **χρήση αλκοόλ** από τη μητέρα μπορεί να έχει σοβαρότατες επιπτώσεις στο έμβρυο. Τα παιδιά των αλκοολικών μητέρων που καταναλώνουν σημαντικές ποσότητες αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης αντιμετωπίζουν τον υψηλότερο κίνδυνο. Περίπου 1 στα 750 βρέφη γεννιούνται με **το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (FAS)**, μια διαταραχή που πιθανώς συνδέεται με χαμηλότερη του μέσου όρου νοημοσύνη και μερικές φορές με νοητική υστέρηση, καθυστέρηση στην ανάπτυξη και δυσμορφίες στο πρόσωπο. Το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο αποτελεί την κύρια αντιμετωπίσιμη αιτία νοητικής υστέρησης.

Ακόμη και οι μητέρες που καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης εκθέτουν το παιδί τους σε σημαντικό κίνδυνο. Οι **εμβρυϊκές αλκοολικές επιδράσεις (FAE)** είναι μια περίπτωση κατά την οποία τα παιδιά μητέρων που καταναλώνουν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης, παρουσιάζουν κάποια, αν και όχι όλα, από τα προβλήματα του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι επιπτώσεις της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ στο παιδί είναι μακροχρόνιες. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα βρέθηκε ότι η επιτυχία εφήβων ηλικίας 14 ετών σε τεστ αντίληψης χώρου συνδεόταν με την κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όσο συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ ανέφεραν οι μητέρες τόσο χαμηλότερη ήταν η επίδοση των παιδιών στο τεστ.

Η χρήση παράνομων ουσιών έχει επίσης σημαντικές, επιπτώσεις στο προγεννητικό περιβάλλον του εμβρύου. Κατά πρώτο λόγο, η καθαρότητα των ουσιών που διακινούνται παράνομα ποικίλλει σημαντικά και έτσι οι χρήστες δεν μπορούν ποτέ να είναι σίγουροι για το ποιες ακριβώς είναι οι ουσίες που καταναλώνουν. Επίσης, οι επιπτώσεις μερικών παράνομων ουσιών που χρησιμοποιούνται ευρέως μπορεί να είναι ιδιαιτέρως καταστρεπτικές.

Για παράδειγμα στην περίπτωση της κάνναβης, που αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες ουσίες ευρείας κατανάλωσης (εκατομμύρια άτομα έχουν παραδεχθεί ότι κάνουν χρήση). Όταν χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να προκαλέσει μείωση της παροχής οξυγόνου στο έμβρυο, κάτι που καθιστά το νεογέννητο ευέξαπτο, νευρικό και οξύθυμο. Τα βρέφη που έχουν προγεννητικά εκτεθεί στην κάνναβη εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα μνήμης στην ηλικία των 10 ετών.

Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, η χρήση κοκαΐνης από έγκυες γυναίκες οδήγησε σε επιδημία γεννήσεων χιλιάδων βρεφών, που ονομάστηκαν «παιδιά του κρακ». Η κοκαΐνη προκαλεί σοβαρή στένωση των αρτηριών, γεγονός που με τη σειρά του προκαλεί σημαντική μείωση του επιπέδου ροής του αίματος και παροχής οξυγόνου, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο θανάτου και εμφάνισης διαφόρων ειδών ανωμαλιών και δυσλειτουργιών στο έμβρυο.

Οι εθισμένες στην κοκαΐνη μητέρες είναι πιθανό να γεννήσουν βρέφη που παρουσιάζουν και αυτά εθισμό και αναγκάζονται να περάσουν από όλα τα επίπονα στάδια της απόσυρσης. Ακόμη και αν δεν παρουσιάσουν εθισμό,

μπορεί να γεννηθούν με σημαντικά προβλήματα. Συχνά, το ύψος και το βάρος τους είναι χαμηλότερα του μέσου όρου και μπορεί να παρουσιάσουν σημαντικά αναπνευστικά προβλήματα, εμφανείς ανωμαλίες στη γέννηση και κρίσεις επιληψίας. Η συμπεριφορά τους είναι διαφορετική: οι αντιδράσεις τους στα ερεθίσματα είναι σιωπηλές αλλά, όταν αρχίσουν να κλαίνε, μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να ηρεμήσουν.

Είναι δύσκολο να υπολογίσει κανείς τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της χρήσης κοκαΐνης από τη μητέρα, εφόσον η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας συνοδεύεται συνήθως από ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα και κακή διατροφή. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, αυτό που προκαλεί τα προβλήματα υγείας στα παιδιά είναι η ανεπαρκής περίθαλψη των μητέρων που κάνουν χρήση κοκαΐνης και όχι καθαυτή η έκθεσή τους στην ουσία. Έτσι, η θεραπεία των παιδιών που είναι εκτεθειμένα στην κοκαΐνη δεν προϋποθέτει μόνο τη διακοπή της χρήσης της ουσίας από τη μητέρα, αλλά και τη βελτίωση του επιπέδου φροντίδας που η μητέρα ή άλλα πρόσωπα προσφέρουν στο βρέφος (Feldman, 2009:118-120).

Επίσης, η κατάχρηση καπνού από την εγκυμονούσα μητέρα μπορεί να συντελέσει σε διάφορες επιπλοκές, όπως αποβολή, περιγεννητική θνησιμότητα και χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση. Υπάρχουν ακόμη βιολογικές ενδείξεις ότι η προγεννητική έκθεση στον καπνό επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (Cornelius M.D. et all 2005).

Τέλος, η επικράτηση των μολυσματικών ασθενειών ανάμεσα στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών είναι μεγαλύτερη του μέσου όρου και μπορούν να μεταδοθούν στο έμβρυο. Η πιο συχνά μεταδιδόμενη λοίμωξη μέσω του αίματος είναι η ηπατίτιδα C (HCV), της οποίας το επίπεδο μετάδοσης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Διαθέσιμα στοιχεία αναφέρουν ότι η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C από τη μητέρα στο παιδί γίνεται μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννησης και όχι μέσω του θηλασμού. Σύμφωνα με τους Thomas et all (1998), με βάση συστηματική ανασκόπηση των ποσοστών μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών, σε παγκόσμιο επίπεδο, προκύπτει ότι η μετάδοση του ιού HCV από τη μητέρα

στο παιδί, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ιό RNA στο αίμα της μητέρας και από το εάν η μητέρα έχει επίσης μολυνθεί από HIV. Ανάμεσα στις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από HCV και HIV, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού HCV μπορεί να ανέλθει στο 41%.

3.3. Ψυχοπαθολογία στην περιγεννητική περίοδο

Η μητρότητα είναι το τελευταίο στάδιο της ψυχιατρικής σεξουαλικής ωρίμανσης της γυναίκας και κατά συνέπεια, δεν είναι μόνο μια βιολογική διαδικασία, αλλά και μια ψυχολογική κρίση, κατά τη διάρκεια της οποίας επανέρχονται στο προσκήνιο και επανεξετάζονται όλα τα προβλήματα συναισθηματικής και σεξουαλικής ανάπτυξης (Σακελλαρόπουλος, 1995).

Παλαιότερα, επικρατούσε η πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη ήταν μια περίοδος ευεξίας που προφύλασσε τις μητέρες από την εμφάνιση ή την υποτροπή ψυχιατρικών διαταραχών. Όμως, μελέτες έχουν δείξει, ότι στην διάρκεια της κύησης, η εμφάνιση των ψυχιατρικών διαταραχών, ειδικά της κατάθλιψης είναι παρόμοια με εκείνη μη εγκύων γυναικών αντίστοιχης ηλικίας (Λύκουρας-Ζέρβας, 2012).

Κατά την κύηση μπορεί να συναντήσουμε το ειδικό σύνδρομο της **άρνησης της εγκυμοσύνης**. Μερικές γυναίκες φθάνουν στον τοκετό χωρίς να έχουν αντιληφθεί σε συνειδητό επίπεδο ότι είναι έγκυες. Άλλες μπορεί να είναι ψυχωσικές και να εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες άρνησης της εγκυμοσύνης. Μεγαλύτερες σε ηλικία ασθενείς ενδέχεται να αναφέρουν ότι πίστευαν ότι η εγκυμοσύνη ήταν αδύνατη στην περίπτωσή τους. Νεότερες ασθενείς είναι συχνά παθητικές θυγατέρες πολύ αυστηρών οικογενειών, με ανεπαρκή γνώση για τη γονιμότητα. Οι προσυνειδητοί ή ασυνειδητοί φόβοι τους για την εγκυμοσύνη είναι τόσο τρομακτικοί, που κρατούν την εγκυμοσύνη έξω από το επίπεδο της συνειδητότητας. Μερικές απ' αυτές ήρθαν στη δημοσιότητα όταν η νέα μητέρα, σε καθεστώς μάλλον απερίγραπτου τρόμου, σκότωσε το νεογέννητο.

Κατά την λοχεία, η επίπτωση των ψυχιατρικών διαταραχών αυξάνει σημαντικά. Οι διαταραχές αυτές ποικίλλουν από την ήπια, συχνή και

αυτοπεριοριζόμενη λοχειακή δυσφορία (postpartum blues) και την επιλόχεια κατάθλιψη, μέχρι τις σπάνιες αλλά σοβαρές επιλόχειες ψυχώσεις.

Η **λοχειακή δυσφορία** αποτελεί μια παροδική, αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή, που εκδηλώνεται τις πρώτες 10 μέρες μετά τον τοκετό σε 50-70% των λεχωίδων. Συνήθως εμφανίζεται τη 2^η-5^η ημέρα. Απαιτείται προσοχή, γιατί σε ένα μικρό ποσοστό τα συμπτώματα αυτά μπορεί να σηματοδοτούν την έναρξη της πιο σοβαρής κατάθλιψης της λοχείας.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της λοχειακής δυσφορίας περιλαμβάνουν κλάμα, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, ευμετάβλητη διάθεση, καταθλιπτικά συμπτώματα και δυσανάλογο φόβο για την ικανότητα ενασχόλησης με το νεογέννητο βρέφος.

Η αιτιολογία παραμένει ασαφής, αν και οι γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι απότομες μεταβολές επιπέδων των ορμονών και του νατρίου μετά τον τοκετό.

Η διαταραχή είναι αυτοπεριοριζόμενη και συνήθως υποχωρεί μετά από λίγες μέρες. Δεν απαιτείται ειδική παρέμβαση, εκτός από τον καθησυχασμό της γυναίκας και των οικείων της. Κατάλληλη είναι και η προγεννητική εκπαίδευση της μέλλουσας μητέρας και του συντρόφου της γι' αυτή τη συχνή κατάσταση (Λύκουρας-Ζέρβας, 2012:477-478).

Η **επιλόχεια κατάθλιψη** εκδηλώνεται στο 10-15% των νέων μητέρων, με έναρξη συνήθως τις πρώτες 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Μερικές περιπτώσεις αποτελούν τη συνέχεια της κατάθλιψης που προϋπήρχε στη λοχεία. Αν και παίρνει πολλές μορφές, το κύριο σύμπτωμά της είναι ένα διαρκές, βαθύ αίσθημα λύπης και δυστυχίας που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες, ακόμη και χρόνια. Σε περίπου 1 στις 500 περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι ακόμη πιο έντονα, καθώς εξελίσσονται σε παντελή απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να αποβεί μοιραία. Για παράδειγμα η Α., μια μητέρα από το Τέξας που κατηγορήθηκε ότι έπνιξε και

τα πέντε παιδιά της στην μπανιέρα , ανέφερε ότι αυτό που την οδήγησε στην πράξη αυτή ήταν η επιλόχεια κατάθλιψη.

Μητέρες, που κάποια στιγμή στο παρελθόν είχαν διαγνωσθεί με κατάθλιψη, ή αυτές που ένα μέλος της οικογένειάς τους έχει κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Feldman, 2009:145).

Σε μια μελέτη των Ζέρβα – Λεονάρδου (2008), διαπιστώθηκε ότι το 5% των γυναικών που εξετάστηκαν με δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις δύο μήνες μετά τον τοκετό πληρούσε κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη και άλλο ένα 7,4% για ελάσσονα κατάθλιψη. Το δείγμα προερχόταν από το γενικό μαιευτικό πληθυσμό (κατά 70% από ιδιωτικά και 30% από δημόσια μαιευτήρια, μια σκόπιμη επιλογή με βάση τις τεκμηριωμένες προτιμήσεις των Ελληνίδων ως προς τη μαιευτική τους φροντίδα). Παρόλ' αυτά τα δύο τρίτα των γυναικών που εμφάνισαν κατάθλιψη στη λοχεία είχαν στο ιστορικό τους προηγούμενο επεισόδιο, ανεξάρτητο από κύηση, σε συχνότητα δέκα φορές μεγαλύτερη από τις γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης που γέννησαν χωρίς να υποτροπιάσουν.

Για την θεραπεία μπορεί να απαιτηθεί ψυχοθεραπεία ή/και αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία με προσοχή βεβαίως στις θηλάζουσες μητέρες.

Επίσης, προσοχή απαιτείται στη διερεύνηση αυτοκτονικού ιδεασμού και πρόθεσης της μητέρας να βλάψει το βρέφος. Σε αυτή την περίπτωση ενδέχεται να είναι κατάλληλη η νοσηλεία της μητέρας. Στο εξωτερικό, οι νοσηλείες αυτές γίνονται σε μονάδες μητέρας-βρέφους (mother-baby units), που όμως δεν υπάρχουν στην Ελλάδα. Ο στόχος μιας τέτοιας νοσηλείας είναι η σωστή περίθαλψη και θεραπεία της μητέρας, αλλά και η διατήρηση και ενίσχυση του δεσμού μητέρας-βρέφους.

Η **επιλόχεια ψύχωση** είναι σπάνια σε σχέση με την κατάθλιψη καθώς εμφανίζεται σε 1 έως 2 ανα 1000 γεννήσεις, αλλά είναι εξαιρετικά θορυβώδης από πλευράς συμπτωμάτων και απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση. Η έναρξή τους είναι αιφνίδια, συνήθως 3-14 ημέρες μετά τον τοκετό. Στα κλινικά

χαρακτηριστικά της διαταραχής περιλαμβάνονται οι ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα, αϋπνία, σύγχυση και διαταραχή της μνήμης, ευμετάβλητη και έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Απαραίτητη θεωρείται κι εδώ η αξιολόγηση για αυτοκτονία και βρεφοκτονία.

Για την αντιμετώπιση της επιλόχειας ψύχωσης απαιτείται συχνά ψυχιατρική νοσηλεία, αλλά δεν συνιστάται νοσηλεία μαζί με το παιδί στις περιπτώσεις που η μητέρα είναι πολύ διαταραγμένη (Λύκουρας-Ζέρβας, 2012:479).

3.4. Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα

Δυστυχώς, ειδικά σήμερα με την οικονομική κρίση πολλοί νέοι γονείς αντιμετωπίζουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, τα οποία επιβαρύνουν σημαντικά τόσο την ψυχολογία της νέας μητέρας (πολλοί ερευνητές συνδέουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα με την επιλόχεια κατάθλιψη) όσο και την υγεία του νεογέννητου.

Σημαντικά προβλήματα όπως η **ανεργία** οδηγούν με τη σειρά τους σε νέα προβλήματα όπως **προβλήματα ασφάλισης, ακατάλληλες συνθήκες διαμονής για το νεογέννητο βρέφος, κακή διατροφή και ανεπαρκή περίθαλψη**. Μάλιστα, η οικονομική ανασφάλεια, η έλλειψη επαγγελματικής σταθερότητας και η αλλαγή του τόπου κατοικίας έχουν συνδεθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη από διάφορους ερευνητές τη δεκαετία του 1970 (Kruckman & Smith, 1998).

Επίσης, η **έλλειψη υποστηρικτικού-οικογενειακού περιβάλλοντος** και η κακή σχέση του ζευγαριού επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία της εγκύου. Οι λεχρίδες που δεν έχουν αρκετή στήριξη κατά τη διάρκεια της κύησης και δεν είναι ικανοποιημένες από τη στήριξη που δέχονται, εμφανίζουν συχνότερα επιλόχεια κατάθλιψη από τις λεχρίδες που δέχονται μεγάλη στήριξη και είναι ευχαριστημένες από αυτήν (Goldstein, Diener & Mangelsdorf, 1996). Στήριξη μπορεί να προκύψει και από άλλες πηγές, όμως η στήριξη του συντρόφου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία (Hibfoll et al, 1995). Η σημαντική συμβολή της στήριξης του

συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές (Kumar et al, 1984. O'Hara, Kahn & Campell, 1983. Βλάχος, 1996).



Οι ανύπαντρες γυναίκες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού τους κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά και ούτε και της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Μετά τον τοκετό, ο σύζυγος ή ο σύντροφος επίσης διέρχεται μια περίοδο προσαρμογής. Μια φτωχή συζυγική σχέση μπορεί να προδικάσει την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Πολύ σοβαρά ψυχοκοινωνικά άγχη παρατηρούνται στη συζυγική προσαρμογή μετά τον τοκετό, όταν οι σύντροφοι δεν είναι υποστηρικτικοί και δε συμμετέχουν στην ανατροφή των παιδιών (Misri et al, 2000).

Επίσης, το **άγχος της γυναίκας για την απώλεια της δουλειάς** της είναι ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας. Οι άνεργες γυναίκες, όταν μάλιστα από τη ζωή τους απουσιάζει και ο πατέρας του βρέφους, αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα και αποτελούν ομάδα ιδιαίτερα αυξημένου κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη (Brugha et al, 1998).

Από την άλλη, δεν πρέπει να παραβλέπουμε και την επίδραση του επαγγελματικού stress στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Οι Mamelle et al (1984), έχουν αναπτύξει ένα ερωτηματολόγιο που μετρά την επαγγελματική κόπωση, καλύπτοντας τη στάση του σώματος κατά την εργασία, την εργασία

στη βιομηχανία, τη φυσική προσπάθεια και το ψυχικό άγχος. Η εργασία του Mamelie καταδεικνύει την προφανή σχέση μεταξύ επαγγελματικής κόπωσης και πρόωρης γέννησης και συμπληρώνει ότι αυτή η σχέση δεν θα μπορούσε να εξηγηθεί από άλλους παράγοντες κινδύνου (Μωραΐτου, 2004:189-190).

3.5. Γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο

Ο καρκίνος επιπλέκει 1 στις 1.000 εγκυμοσύνες και προκαλεί περίπου το ένα τρίτο των θανάτων των εγκύων γυναικών. Οι κακοήθειες, που συνήθως απαντώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι εκείνες που εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά την αναπαραγωγική περίοδο των γυναικών, δηλαδή ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου, της μήτρας, το μελάνωμα, ο καρκίνος του θυρεοειδούς, καθώς και τα λεμφώματα και οι λευχαιμίες.



Η τάση της εποχής που θέλει τις γυναίκες να εγκυμονούν σε μεγαλύτερη ηλικία έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση και άλλων κακοηθειών, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ο καρκίνος του πνεύμονα. Το γεννητικό σύστημα είναι εκείνο που προσβάλλεται από καρκίνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνότερα από τα άλλα συστήματα. Ο μαστός και ο τράχηλος της μήτρας είναι τα όργανα που προσβάλλονται συχνότερα από τον καρκίνο, ενώ ακολουθούν οι ωοθήκες, το ενδομήτριο και η τροφοβλάστη. Η καθυστερημένη διάγνωση των κακοηθειών αυτών δεν είναι σπάνιο φαινόμενο και οφείλεται στην απόκρυψη σημείων και συμπτωμάτων της νόσου από φυσιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την κύηση (Pavlidis, 2002)

Ο γυναικολογικός καρκίνος μπορεί να έχει σημαντική αρνητική επίδραση στη ζωή των ασθενών, καθώς σχετίζεται με θέματα γονιμότητας, σεξουαλικότητας και αίσθησης της θηλυκότητας. Η ψυχοσεξουαλική σημασία της μήτρας ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και μπορεί να μεταφέρει πολλές σημασίες: ως όργανο γονιμότητας, ως σεξουαλικό όργανο, ως ρυθμιστής των διαδικασιών του σώματος, ως όργανο ενέργειας και ζωτικότητας, ως σύμβολο θηλυκής επάρκειας, ως όργανο που συντηρεί τη νεότητα και την ελκυστικότητα.

Η αφαίρεση της μήτρας ή των ωοθηκών μπορεί να οδηγήσει τις νεότερες γυναίκες σε απώλεια της γονιμότητας αλλά και να περιορίσει τη δυνατότητά τους να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν μια σχέση. Οι χειρουργικές επεμβάσεις για το γυναικολογικό καρκίνο μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη σεξουαλική ζωή των γυναικών, αλλά και 30-40% των γυναικών με πρώιμο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα.

Δεν είναι ασύνηθες για μια γυναίκα να νιώθει ότι ο γυναικολογικός καρκίνος είναι τιμωρία για παλιές σεξουαλικές «αμαρτίες» (π.χ. πολλαπλές σχέσεις, σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους) ή αναπαραγωγικές «αποτυχίες» (π/χ. έκτρωση, αποβολή ή στειρότητα) (Λύκουρας-Ζέρβας, 2012:485).

Η προσέγγιση των εγκύων γυναικών που πάσχουν από καρκίνο είναι συναισθηματικά δύσκολη και απαιτεί τη συμμετοχή του γιατρού, της ασθενούς και της οικογένειάς της. Η κύρια ανησυχία του μαιευτήρα και του ογκολόγου παθολόγου είναι να σώσουν τη ζωή της μέλλουσας μητέρας, να προστατέψουν το έμβρυο και να διατηρήσουν ανέπαφο το αναπαραγωγικό σύστημά της. Το ιδανικότερο σενάριο όλων είναι η ίαση της μητέρας που πάσχει από καρκίνο του μαστού και η γέννηση ενός υγιούς μωρού. Επιπλέον, τα ηθικά κι θρησκευτικά πιστεύω επιπλέκουν την τελική απόφαση, όταν η θεραπευτική προσέγγιση της γυναίκας που πάσχει από καρκίνο μαστού δεν επιτρέπει τη συνέχιση της κύησης ((Farine D and Kelly EN,1996 & Oduncu FS, Kimming R, Hepp H and Emmerich B., 2003).

3.6. Βρεφική θνησιμότητα

Το διάστημα ανάμεσα στην σύλληψη και τον πρώτο μήνα ζωής έξω από τη μήτρα είναι το πιο επικίνδυνο για την επιβίωση του κυήματος του νεογνού. Ανάλογα με την ηλικία θανάτου των βρεφών, η βρεφική θνησιμότητα διακρίνεται σε κατηγορίες.

Η εμβρυϊκή θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των εμβρύων που είτε αποβάλλονται (0-20 εβδ.) είτε γεννιούνται νεκρά (20-40 εβδ.) στο σύνολο των κυήσεων και κυρίως οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, πρόωρο τοκετό και λοιμώξεις.

Η νεογνική θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των νεογνών που πεθαίνουν στις πρώτες 28 ημέρες ζωής και οφείλεται κυρίως σε προωρότητα, λοιμώξεις και συγγενείς ανωμαλίες.

Η βρεφική θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των βρεφών που πεθαίνουν στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής (0-365 ημέρες). Μετά τον πρώτο μήνα ζωής στη βρεφική θνησιμότητα εκτός από βιολογικούς παράγοντες συμμετέχουν κυρίως ανεπάρκειες στην φροντίδα και την διατροφή όπως και γενικότεροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Μια ποικιλία παραγόντων ενοχοποιούνται για τους διάφορους τύπους εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας. Μεταξύ αυτών αναφέρονται το βάρος γέννησης, η ηλικία κυήσεως, η ηλικία της μητέρας, ο τόκος, οι εξωσυζυγικές γεννήσεις. Μέγιστος παράγοντας που αφορά στην νεογνική θνησιμότητα αποτελεί η ωριμότητα του εμβρύου.

Η ηλικία της μητέρας και η σειρά γέννησης του παιδιού αποτελούν δύο από τους παράγοντες κινδύνου που έχουν τύχει ιδιαίτερης διερεύνησης. Είναι γνωστό λοιπόν ότι η περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία της μητέρας και ανάλογα με τη σειρά γέννησης. Υπάρχουν επίσης μελέτες που εντοπίζουν την αύξηση του κινδύνου όσο αφορά την ηλικία της μητέρας μετά τα τριάντα έτη και όσο αφορά τη σειρά γέννησης μετά από την τέταρτη κύηση.

Ήδη από τις αρχές του αιώνα υπάρχουν μελέτες που έδειχναν αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα σε βρέφη που έχουν συλληφθεί εκτός γάμου. Μελέτες που ακολούθησαν τις επόμενες δεκαετίες έδειξαν ότι υπήρχε μια τάση μείωσης του φαινομένου. Ενδεχομένως η παρατήρηση της αυξημένης θνησιμότητας σε αυτή τη κατηγορία κυήσεων να έχει άμεση συσχέτιση με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον διαβίωσης της μητέρας καθώς και με την ποιότητα παροχής ιατρικών υπηρεσιών που αυτές συνεπάγονται (United Nations 1973:126-127).

Το γενικό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι 7 θάνατοι ανά 1.000 τοκετούς. Το ποσοστό αυτό έχει σε γενικές γραμμές μειωθεί από τη δεκαετία του 1960 και μετά (MacDorman et al., 2005).

Σε ορισμένες περιπτώσεις ο θάνατος ανακαλύπτεται πριν ξεκινήσουν οι διαδικασίες του τοκετού. Στις περιπτώσεις αυτές, ο τοκετός προκαλείται συνήθως με τεχνητά μέσα ή γίνεται καισαρική τομή, ώστε να αφαιρεθεί το έμβρυο από τη μητέρα το συντομότερο δυνατόν. Σε άλλες περιπτώσεις, το έμβρυο πεθαίνει κατά την έξοδο του από το σώμα της μητέρας.

Είτε το έμβρυο γεννηθεί νεκρό είτε ο θάνατος συμβεί μετά τη γέννηση του βρέφους, η απώλεια είναι πάντα τραγική και ο αντίκτυπος στους γονείς τεράστιος. Η απώλεια και η θλίψη που βιώνουν οι γονείς, όπως και οι σχετικές με το πένθος διαδικασίες, είναι παρόμοιες με τα συναισθήματα που βιώνει κανείς όταν πεθαίνει ένα μεγαλύτερης ηλικίας αγαπημένο πρόσωπο.

Πράγματι αυτή η αντιδιαστολή ανάμεσα στην έλευση ενός νέου ανθρώπου στον κόσμο και στον αφύσικο πρώιμο θάνατό του μπορεί να κάνει τους γονείς να μην μπορούν να αποδεχτούν το θάνατο. Στις περιπτώσεις αυτές, η κατάθλιψη αποτελεί συχνό φαινόμενο (Feldman, 2009:142).

Το **σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου** αποτελεί μια σημαντική αιτία βρεφικής θνησιμότητας. Είναι μια διαταραχή κατά την οποία το κατά τα φαινόμενα υγιές βρέφος πεθαίνει στον ύπνο του. Οι επιστήμονες δεν έχουν ακόμη ανακαλύψει τις αιτίες του φαινομένου. Το μόνο σίγουρο είναι ότι το βρέφος δεν παθαίνει ασφυξία, ούτε πνίγεται. Απλώς πεθαίνει ήρεμα σταματώντας να αναπνέει.

Το σύνδρομο βρεφικού θανάτου αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας κάτω του ενός έτους. Υψηλότερο κίνδυνο διατρέχουν τα νεογνά χαμηλού βάρους, όπως και αυτά που ο βαθμός τους στην κλίμακα Apgar είναι χαμηλός, αλλά και αυτά των οποίων η μητέρα κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Feldman, 2009).

Καθώς οι γονείς δεν είναι προετοιμασμένοι για το θάνατο ενός βρέφους και ιδιαίτερα όταν έχει προκληθεί από το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, το γεγονός αυτό προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Συχνά, οι γονείς αισθάνονται ενοχές, καθώς θεωρούν ότι ίσως ήταν αμελείς ή ότι συνέβαλαν, κατά κάποιο τρόπο, στο θάνατο του βρέφους (Krueger, 2006).

3.7. Αποβολή

Η αποβολή ορίζεται ως μη εσκεμμένη απώλεια του κυήματος/εμβρύου, «προγεννητική απώλεια» και είναι ένα πολυσήμαντο γεγονός με ιατρικές και ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις. Μπορεί να σηματοδοτεί απώλεια (εξιδανικευμένου) μελλοντικού παιδιού, συναισθηματικά επενδυμένου η/και τμήματος εαυτού. Ακόμη σηματοδοτεί την αμφισβήτηση θηλυκής ταυτότητας και της 'ικανότητας' για αναπαραγωγή, καθώς και την ακύρωση βασικών πεποιθήσεων για δυνατότητα πρόβλεψης και ελέγχου γεγονότων της ζωής καθώς και της αναπτυσσόμενης μητρικής ταυτότητας (Τσαρτσάρα , 2006).

Ίσως το γεγονός ότι η αποβολή -ειδικά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης- είναι τόσο συχνή οδηγεί μερικές φορές στην παραγνώριση της συναισθηματικής επιβάρυνσης των γυναικών που αποβάλλουν.

Η αποβολή, όπως και η γέννηση νεκρού εμβρύου και ο νεογνικός θάνατος, μπορεί να ακολουθηθούν από παθολογικό πένθος, κατάθλιψη ή μετατραυματικού στρες. Η απώλεια της κύησης ενδέχεται να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος στη διάρκεια μιας επόμενης εγκυμοσύνης ή σε υπερπροστασία των παιδιών που θα γεννηθούν μετά την αποβολή (Λύκουρας-Ζέρβας, 2012:476).

3.8. Έκτρωση

Η έκτρωση είναι ένα θέμα έντονα φορτισμένο με θρησκευτική και πολιτική χροιά.

Οι τελευταίες στιγμές πριν γίνει η επέμβαση είναι ιδιαίτερα φορτισμένες για την γυναίκα λόγω του φόβου και της ανησυχίας για την επέμβαση που θα γίνει στο σώμα της. Αμέσως μετά την επέμβαση υπάρχουν γυναίκες που αισθάνονται ανακούφιση γιατί έχουν απαλλαγεί από το ανεπιθύμητο έμβρυο. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών όμως αισθάνεται ενοχές για την πράξη τους. Μελέτες που έχουν γίνει σε γυναίκες που έχουν διακόψει μια εγκυμοσύνη έχουν δείξει ότι υποφέρουν συχνά από κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, και προβλήματα στις ερωτικές τους σχέσεις και τη σεξουαλική τους ζωή. Μια εκτενής μελέτη που έγινε στην Αμερική αναφέρει ότι μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχει προβεί σε διακοπή της κύησης υποφέρει από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή η οποία περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών που έχουν να κάνουν με την επέμβαση.

Μια γυναίκα μπορεί να έχει επιθετική συμπεριφορά, διαταραχές του ύπνου και του φαγητού, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορη, εφιάλτες για την επέμβαση και το παιδί, συχνές σκέψεις για την ημερομηνία που θα γεννιόταν το παιδί, αποφυγή έντονων ερεθισμάτων που σχετίζονται με την διακοπή της κύησης και συχνά απομακρύνεται από το σύντροφό της και τα αγαπημένα της πρόσωπα και κλείνεται στον εαυτό της.

Όλα αυτά λειτουργούν αρνητικά για τη συνέχιση μιας σχέσης ή για τη δημιουργία μιας νέας σχέσης με προοπτική.

Η μετατραυματική περίοδος μετά από την διακοπή μιας κύησης διαρκεί συνήθως έξι μήνες. Είναι σημαντικό να υπάρχει συμπαράσταση από τα κοντινά πρόσωπα της γυναίκας. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σ' αυτή την επέμβαση καταπνίγουν τα συναισθήματά τους για μεγάλο χρονικό διάστημα (Whitmore, 1995).

Σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχιατρικής νοσηρότητας βρίσκονται οι γυναίκες με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, έντονη αμφιθυμία σχετικά με την

απόφαση, απουσία κοινωνικών στηριγμάτων, και εκείνες που πιέζονται από άλλους να κάνουν την έκτρωση.

Για τις έφηβες γυναίκες φαίνεται ότι η απόφαση να ολοκληρώσουν την κύηση και να γεννήσουν θέτει περισσότερα θέματα σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης απ' ό,τι η έκτρωση.

Ψυχιατρική εκτίμηση πριν από την έκτρωση απαιτείται για τις γυναίκες με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, έντονη αμφιθυμία, γι' αυτές που πιέζονται να τερματίσουν την κύηση ή όταν η κύηση είναι το αποτέλεσμα σεξουαλικής επίθεσης (βιασμού ή αιμομιξίας).

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο τερματισμός της κύησης γίνεται λόγω προγεννητικής ανίχνευσης γενετικών βλαβών, η γυναίκα δεν έρχεται αντιμέτωπη μόνο με το φάσμα της απώλειας μιας επιθυμητής κύησης, αλλά και με το βάρος της συνειδητής απόφασης να την τερματίσει (Λύκουρας-Ζέρβας, 2012).

3.9. Υπογονιμότητα.

Ως υπογονιμότητα, λοιπόν, ορίζεται “η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να ολοκληρώσει κύηση, μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισύλληψη, αποτελεί πάθηση και χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης” (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας).

Η υπογονιμότητα ονομάζεται πρωτοπαθής, όταν ο άνδρας ή η γυναίκα δεν έχουν επιτύχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν και δευτεροπαθής όταν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη. Οι αιτίες της υπογονιμότητας ποικίλλουν. Μπορεί να είναι γενετικές οργανικές (παράδειγμα η ενδομητρίωση), να προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον (αλκοόλ, άγχος), να είναι αίτια κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας ακόμα και να μην παρουσιάζεται καμία σαφής αιτιότητα.

Η υπογονιμότητα βιώνεται ως μια απροσδόκητη και απρόσδεκτη αλλαγή στη ζωή του ζευγαριού, ως μια προσωπική αποτυχία και ως μια εμπειρία βαρυσήμαντης απώλειας.

Κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει την συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και της κατάθλιψης. Το άγχος αποτελεί μία επιπρόσθετη επίπτωση, το οποίο εκδηλώνεται μέσω ανησυχίας, νευρικότητας, αδυναμίας συγκέντρωσης και κόπωσης.

Μεταξύ των συναισθηματικών αντιδράσεων που εμφανίζονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν ακούσια ατεκνία είναι ο θυμός, η θλίψη, η ενοχή, η δυσφορία, ο φθόνος ή ζήλια προς την επιτυχία άλλων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δύναται να υπάρχει άρνηση ή καταπίεση των συναισθημάτων του θυμού και του άγχους.

Οι επιπτώσεις στο ζευγάρι είναι σε ανάλογη σχέση με το χρόνο θεραπείας και τον αριθμό αποτυχιών, με την κορύφωση των επιπέδων ανησυχίας να εντοπίζεται μεταξύ του 2ου και 3ου έτους, στην πραγματικότητα ο ψυχολογικός παράγοντας εμφανίζεται τη στιγμή συνειδητοποίησης της υπογονιμότητας. Αν και δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι την υπογονιμότητα σαν κρίση, η ερευνητική βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η υπογονιμότητα αντιπροσωπεύει μια δύσκολη και οδυνηρή διαδικασία, η οποία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του ζευγαριού.

Οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής δυσφορίας και κατάθλιψης, αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή, τάση αυτομομφής, θεωρούν την υπογονιμότητα μη αποδεκτή και βιώνουν εντονότερα τις κοινωνικές συνέπειες, όπως υψηλότερο αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού.

Κάποιοι συγγραφείς σημειώνουν ότι η υπογονιμότητα σε ένα πρώτο επίπεδο ερμηνεύεται ως απειλή, ενώ με το πέρασ του χρόνου, η επίμονη αποτυχία της σύλληψης εν τέλει, μεταμορφώνει σταδιακά την απειλή σε απώλεια.

Άλλοι αναφέρουν μηνιαίους κύκλους άγχους και αναμονής που περιστρέφονται γύρω από την ωορρηξία, όπου στην περίπτωση μη επίτευξης της εγκυμοσύνης έπεται κατάθλιψη και απογοήτευση. Η τακτική εναλλαγή των συναισθημάτων σε μηνιαία βάση έχει χαρακτηριστεί ως ένα «roller-coaster» ελπίδας και απελπισίας (Ευθυμίου-Περδικάρη, 2013:16).

3.10. Άγαμη μητέρα.

Οι οικογένειες που έχουν και τους δύο γονείς ομολογούν τις μεγάλες αλλαγές στη ζωή τους και αναφέρουν τις δυσκολίες και τις προκλήσεις του να μεγαλώνει κανείς παιδιά. Πόσο μάλλον αν από την αρχή αυτή η συνθήκη δεν υπάρχει είτε από επιλογή είτε όχι.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ανύπαντρες γυναίκες χωρίς την πρακτική και ψυχολογική υποστήριξη του συντρόφου, είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι πολλές. Αποτελούν μια κατεξοχήν «ευπαθή» ομάδα του πληθυσμού, αφού αντιμετωπίζουν ισχυρές πιέσεις σε δύο μέτωπα: οικογενειακές ευθύνες και εργασιακή ζωή. Η ψυχολογική στήριξη από ειδικούς τόσο κατά την κύηση όσο και μετά τον τοκετό, καθώς και η ενημέρωση των ειδικών παροχών που δικαιούνται κρίνεται αναγκαία για την ανακούφισή τους.

Από την άλλη, δεν πρέπει να ξεχνάμε και τη σημαντικότητα του πατρικού ρόλου στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Συνήθως ο πατέρας είναι αυτός ο οποίος εδραιώνει στην ψυχή του παιδιού το συναίσθημα της ασφάλειας. Θεωρείται ο προστάτης και ο υπερασπιστής της οικογένειας. Ο πατέρας που συμπεριφέρεται απέναντι στο παιδί του όχι μόνο σαν δυνατός αλλά και με στοργή κρατάει στα χέρια του το κλειδί της ευτυχίας και της ψυχικής ισορροπίας του παιδιού του. Η σεξουαλική ταυτότητα του παιδιού εξαρτάται σε ένα μεγάλο βαθμό από τη στάση του πατέρα.

Όταν ο πατέρας απουσιάζει, το πρότυπό του μένει κενό και αφήνεται στο παιδί να ανακαλύψει στα τυφλά την έννοια της ανδρικής του ταυτότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα αγόρια να γίνονται ευάλωτα στη μίμηση στερεοτυπικών ανδρικών συμπεριφορών, όπως αυτές διαμορφώνονται από τη νοοτροπία της κοινωνίας (σκληρές, επιθετικές και βίαιες συμπεριφορές) κρατώντας ουσιαστικά μια ψυχική απόσταση από τους άλλους, η οποία θα στέκεται εμπόδιο στη σχέση τους με τους άλλους.

Σε ακραίες περιπτώσεις μέσα από την απελπισμένη ανάγκη τους για μια ανδρική ταυτότητα, υιοθετούν συμπεριφορές που φτάνουν μέχρι την

παραβατικότητα (Ιουλία Σουλάνδρου, Πηγή: ΑΓΚΑΛΙΑ - Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. <http://www.iatronet.gr>)

Στο πλαίσιο διάφορων κοινωνικοοικονομικών παροχών για την προστασία των εργαζομένων και στη χώρα μας, ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνεται από την πολιτεία για τις μονογονεϊκές οικογένειες. Τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί στοχεύουν στη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης των οικογενειών αυτών και περιλαμβάνουν:

- επιδόματα
- στεγαστικά δάνεια
- προτεραιότητα στους παιδικούς σταθμούς
- προγράμματα κατάρτισης, ένταξης και επανένταξης στην παραγωγή
- ψυχολογική υποστήριξη και επιχορήγηση επαγγελματικών πρωτοβουλιών και δραστηριοτήτων κ.ά.

Επίσης, η παλιά αρνητικά φορτισμένη ορολογία («γνήσια», «εξώγαμα τέκνα») καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε με περισσότερο ουδέτερη («τέκνα γεννημένα σε γάμο», «τέκνα γεννημένα χωρίς γάμο των γονέων τους») (Ανασύρθηκε από ΚΛΙΜΑΚΑ Κοινωνική Υπηρεσία, <http://klimaka-socialservice1>)

3.11. Κύηση στην εφηβεία.

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με πολλές επιπτώσεις και προεκτάσεις τόσο σωματικές όσο ψυχολογικές και κοινωνικές.

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης, εξαιρουμένων της χρήσεως προφυλακτικού και της απόσυρσης. Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που

κατέληξε σε άμβλωση. Γίνεται εμφανής λοιπόν η μεγάλη έλλειψη από πολιτικές πρόληψης στον συγκεκριμένο τομέα, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν την άμβλωση ως ελεγκτικό μηχανισμό των γεννήσεων.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει ουσιαστικά την επίπτωση της εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης παρατηρούνται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση. Έφηβες προερχόμενες από την εργατική κοινωνική τάξη έχουν δέκα φορές περισσότερο κίνδυνο να γίνουν έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που προέρχονται από την ανώτερη κοινωνική τάξη.

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με την φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με την χρήση αντισυλληπτικών.

Η οικογένεια είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην απόφαση της εφήβου είτε να οδηγηθεί συνειδητά σε μια εφηβική εγκυμοσύνη, είτε να προβεί νωρίς στην έναρξη της σεξουαλικής της ζωής. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι νεαρά κορίτσια που ζούσαν χωρίς την οικογένειά τους, υπό την προστασία της πολιτείας, βίωναν συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης και έλλειψης εμπιστοσύνης. Αυτά τα συναισθήματα, φαίνεται ότι ασκούσαν σοβαρή επιρροή στην απόφαση τους να επιλέξουν να συνεχίσουν μια κύηση και να γίνουν οι ίδιοι γονείς, προσπαθώντας έτσι μέσα από μια υγιή οικογενειακή σχέση να συμπληρώσουν τα κενά τα οποία ένοιωθαν. Η γέννηση ενός μωρού ουσιαστικά καλύπτει με αυτόν τον τρόπο τις συναισθηματικές ανάγκες της έφηβης, τις οποίες έχει στερηθεί η ίδια.

Επίσης, έφηβες που εγκαταλείπουν το σχολείο, είτε διότι δεν το συμπαθούν, είτε έχουν χαμηλή επίδοση σε αυτό, ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για να βιώσουν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.

Στην Ελλάδα η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων άρα και των

αμβλώσεων. Σε έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο, σε 1500 άτομα ηλικίας 16-45 ετών και αφορούσε τη διερεύνηση της γνώσης σε θέματα αντισύλληψης, βρέθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό, 30,6% γυναικών και 14,7% των ανδρών απάντησαν σωστά στο 50% των ερωτήσεων που αφορούσαν βασικά θέματα αντισύλληψης.

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις ένα ανεπιθύμητο γεγονός και μπορεί να καταλήξει σε άμβλωση, αποβολή ή τη γέννηση ενός παιδιού. Σε οποιαδήποτε περίπτωση όμως και όποια και αν είναι η έκβασή της, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι σημαντικοί, τόσο για την υγεία της ίδιας της μητέρας, όσο και του παιδιού. Έχει βρεθεί ότι οι έφηβες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναιμία κατά την κύηση, ενώ η προωρότητα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά είναι μερικά από τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στα βρέφη των εφήβων.

Σε ψυχολογικό επίπεδο επίσης, ο κίνδυνος που απορρέει από μια κύηση στην εφηβεία είναι η διακοπή ή μερικές φορές η αναστολή των εξελικτικών στόχων της εφήβου.

Οι έφηβες μητέρες παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης, πράγμα που τις δυσκολεύει ακόμη περισσότερο στο να αντεπεξέλθουν στον ρόλο τους, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις έφηβες από ότι στις ενήλικες μητέρες.

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο.

Μεγάλο ποσοστό από αυτές τις μητέρες, ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή άνεργες και ως εκ τούτου βρίσκονται σε μια σημαντικά μειονεκτική οικονομική κατάσταση.

Τέλος, η πιθανότητα μιας δεύτερης εγκυμοσύνης στη εφηβεία είναι μεγαλύτερη σε έφηβες που έχουν γίνει ήδη μητέρες, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση τους και στη μη χρήση σωστών αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας δεύτερης εγκυμοσύνης (Σιέττου-Σαρίδη, 2011).

3.12. Εγκατάλειψη βρεφών.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται συχνά λόγος για τα εγκαταλελειμμένα παιδιά στις μαιευτικές κλινικές.

Πρόκειται για παιδιά που, κατόπιν εισαγγελικής εντολής λόγω διαφόρων κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, βρίσκονται σε αναμονή έως ότου προωθηθούν για φιλοξενία σε ιδρύματα. Πολλά από αυτά προέρχονται από μητέρες-χρήστριες που δεν μπορούν να τα φροντίσουν και τα υπόλοιπα από γυναίκες που πήγαν σε κάποια κλινική, γέννησαν και έφυγαν χωρίς το μωρό τους. Ωστόσο, καθώς τα ιδρύματα που φιλοξενούν τα βρέφη, αντιμετωπίζουν επιτακτικά προβλήματα υποστελέχωσης –έχουν κλείσει ολόκληρες πτέρυγες– η αναμονή μπορεί να διαρκέσει έως και πολλούς μήνες. Σε περιπτώσεις, πάνω από χρόνο.

Στην κρίση, η χρήση ουσιών έχει αυξηθεί δραματικά. Τα περισσότερα παιδιά προέρχονται από μητέρες που κάνουν χρήση και δεν μπορούν να τα φροντίσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις, παρεμβαίνει η Κοινωνική Υπηρεσία και ενημερώνει τη μητέρα για τις επιλογές της. Συνήθως, οι γυναίκες είναι σύμφωνες να επιληφθεί ο εισαγγελέας Ανηλίκων, τουλάχιστον έως ότου ορθοποδήσουν. Δεν είναι σπάνιο ο εισαγγελέας να αποφασίσει την επανασύνδεση μητέρας και παιδιού στην περίπτωση που η μητέρα ξεκινήσει να παρακολουθεί πρόγραμμα απεξάρτησης, όπως του ΟΚΑΝΑ. Δεν εγκαταλείπουν όλες τα παιδιά τους. Πολλές τα θέλουν, αλλά καταλαβαίνουν ότι δεν μπορούν να τα φροντίσουν. Σημειώνεται ότι οι περισσότερες γυναίκες χρήστριες είναι και φορείς του HIV.

Τα παιδιά αυτά λοιπόν είναι “εγκλωβισμένα” στις μαιευτικές κλινικές των νοσοκομείων. Οι συνθήκες φιλοξενίας δεν είναι οι καλύτερες καθώς ο χώρος δεν είναι ειδικά διαμορφωμένος. Ένα παιδάκι έξι μηνών χρειάζεται κι άλλα πράγματα, όπως ειδική διατροφή που το νοσοκομείο δεν μπορεί να παρέχει. Δεν υπάρχει ιδιαίτερος χώρος γι’ αυτά, φιλοξενούνται μαζί με τα υπόλοιπα νεογνά και μάλιστα σε κούνιες παρότι έχουν μεγαλώσει. Τα παιδιά αυτά είναι υγιή, θέλουν αγκαλιά, φροντίδα, ησυχία.

Παιδιά που μέχρι να φύγουν από το νοσοκομείο ζουν 24 ώρες το 24ωρο κάτω απ' το τεχνητό φως των θαλάμων νεογνών, που μεγαλώνουν ανάμεσα σε συνεχή κλάματα από τα διπλανά νεογέννητα, που δεν ξέρουν τι σημαίνει ησυχία, φως του ήλιου, σκοτάδι. Το χειρότερο απ' όλα, όμως, είναι ότι δεν μπορούν να έχουν τη φροντίδα που έχει ένα παιδί που ζει με οικογένεια, γιατί πρέπει να μοιραστούν την ίδια μαία με άλλα 20, ακόμα και 30 μωρά, με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

Έχουν πολύ μεγάλη ανάγκη την προσωπική επαφή, ένα σημείο αναφοράς και εκεί δεν μπορούν να το έχουν. Η μακρόχρονη παραμονή στο νοσοκομείο συνιστά παραμέληση, κακοποίηση. Και αυτή η επιβάρυνση που δέχονται θα φανεί αργότερα.

Επιπλέον, όταν ένα παιδί είναι υγιές, διατρέχει πολλούς κινδύνους μένοντας εντός του νοσοκομείου, ενώ απασχολεί και το προσωπικό και η έλλειψη προσωπικού για να καλυφθούν όλες αυτές οι ανάγκες των παιδιών είναι τεράστια.

Για τα βρέφη αυτά τον ρόλο των μαμάδων-παιδαγωγών-φίλων των παιδιών διατηρούν τα μέλη του συλλόγου εθελοντών και του νοσοκομείου, που παίζουν μαζί τους τα απογεύματα, τα βγάζουν βόλτα στο προαύλιο κ.λπ. και το προσωπικό του νοσοκομείου.

Οι Μπούρας & Λαζαράτου (2012) σε ένα επιστημονικό άρθρο τους για την ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων, αναφέρουν μια ενδιαφέρουσα έρευνα του Spitz που αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο που παίζει στην ανάπτυξη του ατόμου η στέρηση της μητρικής φροντίδας νεογνών.

Ο Spitz συνέκρινε την ανάπτυξη νεογνών που μεγάλωσαν σε ένα ορφανοτροφείο με αυτή των νεογνών που μεγάλωσαν σε ένα βρεφοκομείο γυναικείων φυλακών. Τα δύο ιδρύματα τηρούσαν κανόνες υγιεινής και παρείχαν επαρκές φαγητό, καθώς και κάλυψη ιατρικής φροντίδας. Τα βρέφη στο βρεφοκομείο της φυλακής φροντίζονταν από τις μητέρες τους, οι οποίες – παρότι ήταν φυλακισμένες και μακριά από τις οικογένειές τους– είχαν τη δυνατότητα να αλληλεπιδρούν με τα μωρά τους, να εκφράζουν την

τρυφερότητά τους, παρόλο τον περιορισμένο χρόνο που είχαν στη διάθεσή τους καθημερινά, βάσει του προγράμματος των φυλακών. Αντιθέτως, στο ορφανοτροφείο τα βρέφη φροντίζονταν από νοσοκόμες, κάθε μία από τις οποίες είχε την ευθύνη της φροντίδας αρκετών εξ αυτών. Ως αποτέλεσμα, τα βρέφη στο ορφανοτροφείο είχαν πολύ λιγότερες επαφές με άλλους ανθρώπους από ό,τι τα βρέφη στο βρεφοκομείο της φυλακής. Ανάμεσα στα δύο ιδρύματα υπήρχε ακόμη μία σημαντική διαφορά. Στο βρεφοκομείο της φυλακής τα κρεβατάκια ήταν ανοικτά, έτσι ώστε τα βρέφη να μπορούν να βλέπουν τις δραστηριότητες που γίνονταν στον χώρο, να βλέπουν για παράδειγμα άλλα μωρά να παίζουν ή να παρατηρούν τις μητέρες και το προσωπικό που εργαζόταν. Αντιθέτως, στο ορφανοτροφείο τα κάγκελα των κρεβατιών ήταν καλυμμένα με σεντόνια που εμποδίζαν τα βρέφη να βλέπουν έξω. Αυτό περιόριζε σημαντικά την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, δημιουργώντας έναν κλειστό και απομονωμένο χώρο, στερημένο από πληθώρα αισθητικών και κοινωνικών ερεθισμάτων.

Ομάδες νεογέννητων παιδιών και από τα δύο ιδρύματα παρακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της ζωής τους. Με την ολοκλήρωση των πρώτων τεσσάρων μηνών, τα βρέφη στο ορφανοτροφείο είχαν καλύτερες επιδόσεις σε μια σειρά αναπτυξιακών δοκιμασιών σε σχέση με αυτά που μεγάλωναν στο βρεφοκομείο της φυλακής. Στη συνέχεια όμως, και μέχρι τα τέλη του πρώτου έτους, οι κινητικές και πνευματικές επιδόσεις των παιδιών στο ορφανοτροφείο ήταν πολύ χαμηλότερες από αυτές των παιδιών στο βρεφοκομείο της φυλακής. Πολλά από τα παιδιά που μεγάλωναν στο ορφανοτροφείο ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ο Spitz ονόμασε ιδρυματοποίηση και που σήμερα καλύπτεται από τον όρο ανακλητική κατάθλιψη. Τα παιδιά αυτά εμφάνισαν έντονα σημάδια απόσυρσης με μείωση της περιέργειας και της χαράς, καθώς επίσης και μια επιρρέπεια σε λοιμώξεις. Στο τέλος του δεύτερου και τρίτου έτους της ηλικίας τους, τα παιδιά που μεγάλωναν στο βρεφοκομείο της φυλακής ήταν παρόμοια στη συμπεριφορά με αυτά που μεγάλωναν σε φυσιολογικές οικογένειες στο σπίτι: βάδιζαν καλά και είχαν ικανοποιητική ανάπτυξη του προφορικού λόγου. Αντιθέτως, η ανάπτυξη των παιδιών στο ορφανοτροφείο υπολειπόταν σημαντικά. Λίγα παιδιά μπορούσαν να περπατήσουν, ενώ και η ομιλία τους

περιοριζόταν σε λίγες μόνο λέξεις, σε αντιδιαστολή με την αναμενόμενη εικόνα ανάπτυξης της χρονολογικής τους ηλικίας, όπου συναντάται η ανάπτυξη ενός ευρέος λεξιλογίου.

Γίνεται φανερό λοιπόν πως συνθήκες πρώιμης αποστέρησης και παραμέλησης, συνθήκες τραυματικής απώλειας του προσώπου φροντίδας και αδυναμία δημιουργίας ασφαλούς δεσμού με ένα πρόσωπο ικανό να ανταποκριθεί όχι μόνο στις σωματικές αλλά και στις ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες του βρέφους, έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και ψυχοσυναισθηματικά ελλείμματα που μπορούν να οδηγήσουν σε εκδήλωση ψυχοπαθολογίας είτε κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είτε κατά την ενήλικη ζωή (Μπούρας- Λαζαράτου, 2012:41, 42)

3.13. Πρόωρα νεογνά.

Η πρόωρη γέννηση – η γέννηση δηλαδή ενός μωρού νωρίτερα από 37 εβδομάδες κύησης - είναι η μόνη σημαντική αιτία που σχετίζεται με την παιδική θνησιμότητα και νοσηρότητα, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οποία όμως συχνά μπορεί να προληφθεί.

Η πρόωρη γέννηση είναι παγκοσμίως η κυριότερη αιτία θανάτου στα νεογνά και όπως προείπαμε είναι η αιτία για πάνω από 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως, αντιστοιχώντας σε 35% των θανάτων νεογνών παγκοσμίως.

Οι επιπλοκές της πρόωρης γέννησης αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά την πνευμονία σε παιδιά κάτω των 5 ετών.

Τα πρόωρα βρέφη χωρίζονται σε υποκατηγορίες ανάλογα με την ηλικία κύησης:

- εξαιρετικά πρόωρα (λιγότερες από 28 εβδομάδες)
- πολύ πρόωρα (από 28 έως 32 εβδομάδες)
- μετρίως έως όψιμα πρόωρα (32 έως <37 εβδομάδες)

Η ακριβής αιτία του πρόωρου τοκετού παραμένει ακόμα άγνωστη για το 50% περίπου των περιπτώσεων. Ωστόσο, για το άλλο 50% έχουν ταυτοποιηθεί ως παράγοντες κινδύνου το περιβάλλον, ο τρόπος ζωής και η υγεία της μητέρας. Για παράδειγμα:

A. Σχετικά με τον τρόπο ζωής

- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοόλ
- Χρήση ουσιών
- Υψηλό στρες και πολύωρη εργασία
- Κακή προγεννητική φροντίδα

B. Σχετικά με τη σωματική υγεία της μητέρας

- Λοιμώξεις ουροποιογεννητικού
- Υπέρταση
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Διαταραχές πήξης του αίματος
- Κάτω του φυσιολογικού σωματικό βάρος
- Παχυσαρκία
- Πολύδυμη κύηση
- Προηγούμενη πρόωρη γέννηση
- Ανωμαλίες μήτρας / τραχήλου

Γ. Δημογραφικοί παράγοντες

- Ηλικία κάτω των 17 ή άνω των 35
- Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο



Τα πρόωρα βρέφη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας, όπως εγκεφαλική παράλυση, αισθητηριακές και κινητικές αναπηρίες, νοσήματα του αναπνευστικού, μαθησιακές δυσκολίες. Η βελτίωση της νεογνικής θεραπείας και φροντίδας είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη αυτών των προβλημάτων και τη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας.

Τα μετρίως έως όψιμα πρόωρα βρέφη που δεν παρουσιάζουν επιπλοκές, δέχονται φροντίδα μαζί με τις μητέρες τους στους θαλάμους που μεταφέρονται μετά τη γέννηση ή στο σπίτι, αλλά τα βρέφη κάτω των 32 εβδομάδων κύησης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν επιπλοκές και συνήθως χρειάζονται νοσηλεία ή εντατική φροντίδα.

Τα πρόωρα βρέφη συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη ρύθμιση της θερμοκρασίας τους, την αναπνοή και την πρόσληψη τροφής και συνιστάται ειδική φροντίδα βάσει των ενδείξεων, η οποία περιλαμβάνει αναπνευστική υποστήριξη, θερμική φροντίδα και μέτρα υγιεινής.

Παράλληλα, οι γονείς πρόωρων βρεφών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αντιμετώπισης συναισθηματικών προβλημάτων, τα οποία συνδέονται με την πρόωρη γέννηση και τη διαδικασία φροντίδας ενός πρόωρου βρέφους.

Η επαφή των γονιών με τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), με τα περίπλοκα σύγχρονα μηχανήματα, τους αναπνευστήρες, τα monitors, και η θέα του αδύναμου, εύθραυστου μικρού μωρού τους στη θερμοκοιτίδα, τους γεμίζει με άγχος, ανησυχία, φόβο, ανασφάλεια και καμία φορά και αισθήματα ενοχής.

Οι μητέρες πρόωρων βρεφών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας και συμπτωμάτων κατάθλιψης από ό,τι οι μητέρες τελειόμηνων βρεφών. Συχνά οι καταστάσεις αυτές συνδέονται με το άγχος το οποίο προκαλεί μια πρόωρη γέννηση και ο πρόωρος αποχωρισμός από το μωρό τους, ενώ βρίσκονται στη μονάδα νεογνών.

Μακροπρόθεσμα, οι μητέρες πρόωρων βρεφών μπορεί να αντιμετωπίσουν συναισθηματικά προβλήματα, όπως η επιλόχειος κατάθλιψη,

το στρες στη συζυγική ζωή, ο φόβος μήπως χάσουν το βρέφος τους και αισθήματα απομόνωσης.

Οι πρόωρες γεννήσεις στην Ευρώπη

Σύμφωνα με τα στοιχεία από διαφορετικές εθνικές στατιστικές υπηρεσίες και την Έκθεση Ευρωπαϊκής Περιγεννητικής Υγείας του 2008, το ποσοστό επιπολασμού της πρόωρης γέννησης στην Ευρώπη κυμαίνεται από 5,9% (Σουηδία) έως 11,4% (Αυστρία), που σημαίνει ότι περίπου μισό εκατομμύριο μωρά γεννιούνται πρόωρα στην Ευρώπη κάθε χρόνο (περίπου η μια στις δέκα γεννήσεις).

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό και το κόστος των πρόωρων γεννήσεων είναι δύσκολο να συγκριθούν σε όλη την Ευρώπη λόγω της έλλειψης συλλογής δεδομένων και των διαφορετικών μηχανισμών υποβολής εκθέσεων, ακόμη και εντός των επιμέρους χωρών. Είναι επομένως επείγουσα η ανάγκη για τη δημιουργία μιας κεντρικής ευρωπαϊκής βάσης δεδομένων.

Οι γονείς δεν ενημερώνονται για τους παράγοντες κινδύνου, τα προειδοποιητικά σημεία ή τις αλλαγές του τρόπου ζωής τους ώστε να προλάβουν ένα πρόωρο τοκετό. Λίγες χώρες προσφέρουν καθοδήγηση και προσανατολισμό στους γονείς.

Μόνο δύο ευρωπαϊκές χώρες (Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο) έχουν στοχευμένη εθνική πολιτική για την υγεία νεογνών. Οι περισσότερες χώρες αντιμετωπίζουν το ζήτημα στο πλαίσιο της γενικότερης υγείας και της κοινωνικής πολιτικής. Όταν δίνεται προτεραιότητα σε πολιτικές για την νεογνική υγεία, το ποσοστό πρόωρων γεννήσεων παραμένει κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Οι πρόωρες γεννήσεις στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, από τη στιγμή που έρχεται στη ζωή ένα πρόωρο νεογνό, αρχίζει ένας αγώνας γεμάτος εμπόδια που ξεκινά από τα Νεογνολογικά Τμήματα και συνεχίζεται στο σπίτι. Δεν υφίσταται κάποιο νομικό καθεστώς, το οποίο θα ρυθμίζει το κατώτατο όριο προωρότητας, δεν υπάρχουν θεσμοθετημένοι μηχανισμοί που να βοηθούν τους νεογνολόγους στη λήψη

αποφάσεων, καθοριστικών για την επιβίωση αυτών των παιδιών, δε συλλέγονται στατιστικά δεδομένα ώστε να χαραχθούν πολιτικές υγείας. Από την άλλη μεριά, οι γονείς είναι φοβισμένοι, χωρίς προετοιμασία, χωρίς ενημέρωση, πολλές φορές και χωρίς καμιά υποστήριξη. Το πρόβλημα εξ άλλου δε σταματά με την έξοδο των νεογνών από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, γιατί αυτά τα μωρά, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, χρειάζονται αυξημένη φροντίδα και ιατρική παρακολούθηση και στη συνέχεια. Δεν υπάρχει κεντρικός συντονισμός στην παρακολούθηση της ανάπτυξης αυτών των παιδιών. Δεν υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα για την εργαζόμενη μητέρα του πρόωρου νεογνού, η οποία αντιμετωπίζεται όπως και η μητέρα του τελειόμηνου και πολλές φορές καλείται να επιστρέψει στην εργασία της, ενώ το παιδί της μπορεί να νοσηλεύεται ακόμα στη Μονάδα Νεογνών (<http://www.iatrikostypos.com/epistimi/>)

3.14. Κακοποίηση κυοφορούσας.

Η συντροφική βία είναι πολύ πιθανά η πιο διαδεδομένη μορφή βίας κατά των γυναικών, ιδιαίτερα στις πολύ αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρεται σε 48 επιδημιολογικές μελέτες από όλο τον κόσμο που δείχνουν ότι μεταξύ 10% και 69% των γυναικών έχουν βιώσει εμπειρίες κακοποίησης από τον βίαιο σύντροφό τους τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους (Π.Ο.Υ., 2002:89).

Στην δεκαετία του '90 και σύμφωνα με μια σειρά μελετών, η συντροφική βία είχε οριστεί ως το μεγαλύτερο ρίσκο για την υγεία της γυναίκας. Σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Καναδάς, η Μεγάλη Βρετανία και η Αυστραλία, επιστημονικές έρευνες διεξήχθησαν προκειμένου να διερευνήσουν την σχέση μεταξύ συντροφικής βίας και εγκυμοσύνης (Johnson et al, 2003; Huth-Bocks et al, 2002). Οι πιο πρόσφατες μελέτες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία υπολόγισαν μόνο την σωματική βία αλλά ωστόσο βρήκαν ότι μεταξύ του 0,9% και 20,1% των γυναικών είχαν βιώσει βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Gazmararian et al, 1996). Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι 1 στις 6 έφηβες γυναίκες και 1 στις 5 εγκυμονούσες ανήλικες γυναίκες είναι θύματα σωματικής

κακοποίησης. Η έρευνες επίσης αποκαλύπτουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθεί μια γυναίκα θύμα κακοποίησης κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης της από το να προσβληθεί από ασθένειες όπως ο διαβήτης της εγκυμοσύνης που εντοπίζονται συχνά στις γυναικολογικές κλινικές.

Είναι προφανές ότι η περίοδος της εγκυμοσύνης της γυναίκας α)θέτει σε κίνδυνο τις γυναίκες, ιδιαίτερα εάν αυτές είχαν ήδη βιώσει κακοποίηση από τους συντρόφους τους, και β) προσφέρει την ιδανική ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν και αναγνωρίσουν τα θύματα βίας και να τους προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη.

Έρευνες έχουν ήδη αναπτύξει μοντέλα αναγνώρισης τέτοιας βίας και φαίνεται να υποστηρίζουν ικανοποιητικά τις γυναίκες-θύματα. Η εμπειρία δείχνει ότι τα περισσότερα περιστατικά βίας θα μπορούσαν να εξαλειφθούν εάν οι επαγγελματίες υγείας είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση και συστηματικά ρωτούσαν τις γυναίκες για εμπειρίες βίαιων επεισοδίων. Επίσης, πολλές έρευνες έχουν τονίσει την σημαντικότητα της χρήσης εργαλείων και ερωτηματολογίων ανίχνευσης βίας καθώς αυτά αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά εντοπισμού περιστατικών.

Η έγκαιρη αναγνώριση της άσκησης βίας στις γυναίκες-θύματα σίγουρα δεν είναι μια εύκολη υπόθεση. Ωστόσο, η διεθνής έρευνα κατέστη ικανή την καταγραφή μερικών σημείων που θα μπορούν να βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας που θα έρχονται σε επαφή με τις γυναίκες να εντοπίσουν ευκολότερα τα σημάδια κακοποίησης. Λίστες με δείκτες που καταδεικνύουν την πιθανή άσκηση βίαιης συμπεριφοράς έχουν σχηματιστεί από ερευνητές, ωστόσο η ακριβής αναγνώριση της βίας απαιτεί συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με την φυσική και ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας και τις συνθήκες ζωής της.

Οι γυναίκες είναι συνήθως αρκετά διστακτικές να ξεκινήσουν μια συζήτηση για αυτό που τους συμβαίνει, και σε περίπτωση που ζητήσουν βοήθεια από τις δημόσιες υπηρεσίες, είναι πολύ πιθανό να απευθυνθούν αρχικά στους επαγγελματίες υγείας. Συνήθως οι γυναίκες δεν αναζητούν βοήθεια παρά μόνο όταν η κακοποίηση που βιώνουν συνεχίζεται για μεγάλο διάστημα. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο θεωρείται σημαντική η ανάπτυξη

λειτουργικών μοντέλων προς χρήση και εφαρμογή στις κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας ώστε να βελτιωθεί ο έγκαιρος εντοπισμός της κακοποίησης και να έρθει το θέμα στην επιφάνεια (Χατζηφωτίου Σ.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Πρότυπα μοντέλα παρέμβασης Κοινωνικής Εργασίας.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που ασχολείται με την περιγεννητική φροντίδα στο πλαίσιο της Μαιευτικής Κλινικής και της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νεογνών είναι ένας κλινικός κοινωνικός λειτουργός που παρέχει φροντίδα υγείας σε άτομα, οικογένειες και ομάδες όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως αυτά που αναφέρονται στο προηγούμενο κεφάλαιο, ικανά να διαταράξουν την βιοψυχοκοινωνική τους ισορροπία.

Προκειμένου να είναι αποτελεσματικός, έχει αναπτύξει μεθόδους οι οποίες υποδεικνύουν συγκεκριμένους συστηματικούς τρόπους σκέψης και ανάληψης δραστηριοτήτων, και έχει τυποποιήσει ορισμένες τεχνικές, δηλαδή ακριβείς και συγκεκριμένες διαδικασίες αξιολόγησης και αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι μέθοδοι και οι τεχνικές αυτές έχουν ως βάση τους τα κύρια θεωρητικά μοντέλα παρέμβασης που αφορούν στον κλάδο της κλινικής κοινωνικής εργασίας.

4.1. Το ψυχοδυναμικό/ψυχοκοινωνικό μοντέλο παρέμβασης :

Αποτελεί την πρώτη προσπάθεια διατύπωσης της μεθοδολογίας της κοινωνικής εργασίας και της διεργασίας επίλυσης προβλημάτων μέσω της καταγραφής των επαγγελματικών εμπειριών των κοινωνικών λειτουργών. Βασίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, στις μεταγενέστερες ψυχοδυναμικές θεωρήσεις και στη σύνθεσή τους με τον κύριο κορμό θεωρίας και πράξης της κοινωνικής εργασίας.

Η ανάλυση της μεθοδολογίας του ψυχοδυναμικού/ψυχοκοινωνικού μοντέλου αναφέρεται στην ανάλυση των φάσεων του κατά την διεργασία επίλυσης προβλημάτων. Οι φάσεις αυτές είναι:

Αρχική φάση

Αρχική εκτίμηση

Ψυχοκοινωνική μελέτη-κοινωνικό ιστορικό

Μέση φάση

Εκτίμηση

Σχεδιασμός δράσης: βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι

Παρέμβαση

Τελική φάση

Τερματισμός

Παρακολούθηση (Follow up)

Οι φάσεις αυτές συσχετίζονται, επικαλύπτονται και αλληλοεξαρτώνται σε μια συνεχή διαδικασία που ξεκινά στην πρώτη επαφή και καταλήγει στην τελευταία συνέντευξη (Δημοπούλου-Λαγωνίκα 2009:217).

4.2. Το μοντέλο παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσης:

Σε αυτό το μοντέλο, η παρέμβαση γίνεται σε δύο επίπεδα: στη διαγνωστική εκτίμηση και στην άμεση επαφή και παρέμβαση. Ποικίλες υποστηρικτικές τεχνικές, όπως η διασαφήνιση, η γνωστική κατανόηση, η αναπλαισίωση και η χρησιμοποίηση κοινοτικών πόρων στο πλαίσιο μιας σχέσης που χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα και ενσυναίσθηση, συνοψίζουν τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσης (Κουντή, Ζέρβας, 2012:575).

Πίνακας 2. Στάδια μοντέλου παρέμβασης σε κρίση της Golan (1978)

1.	Αρχική φάση: διατύπωση προβλήματος	A. Άμεση εστίαση στην κατάσταση κρίσης B. Αξιολόγηση-εκτίμηση της τρέχουσας κρίσιμης κατάστασης Γ. Διαμόρφωση συμβολαίου-συμφωνίας για περαιτέρω δράση.
2.	Ενδιάμεση φάση: εφαρμογή της συμφωνίας	A. Οργάνωση του πληροφοριακού υλικού B. Πρόκληση για αλλαγή συμπεριφοράς
3.	Τελική φάση:	A. Απόφαση για λήξη συνεργασίας

	περάτωση	B. Συζήτηση για την πρόοδο που έχει επιτευχθεί
--	----------	--

(Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2009)

Πίνακας 3. Τα 7 στάδια του μοντέλου παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσης του Roberts (2000)

1.	Άμεση εκτίμηση της κρίσης και της επικινδυνότητας για το άτομο
2.	Διαμόρφωση θετικής επικοινωνίας και επαγγελματικών σχέσεων
3.	Προσδιορισμός βασικών προβλημάτων και του εκλυτικού παράγοντα
4.	Ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων
5.	Διερεύνηση και εκτίμηση εναλλακτικών λύσεων
6.	Εφαρμογή σχεδίου δράσης
7.	Συνεχιζόμενη παρακολούθηση

(Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2009)

4.3. Το μοντέλο της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας:

Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία θεωρείται ένα σύστημα βραχύχρονης θεραπείας.

Βασική αρχή είναι η αναγνώριση ότι το άτομο, έχει δυνατότητες για την επίλυση των προβλημάτων του και άρα ο κοινωνικός λειτουργός έχει περισσότερο ισότιμη και συμμετοχική παρέμβαση (Doel, 1998).

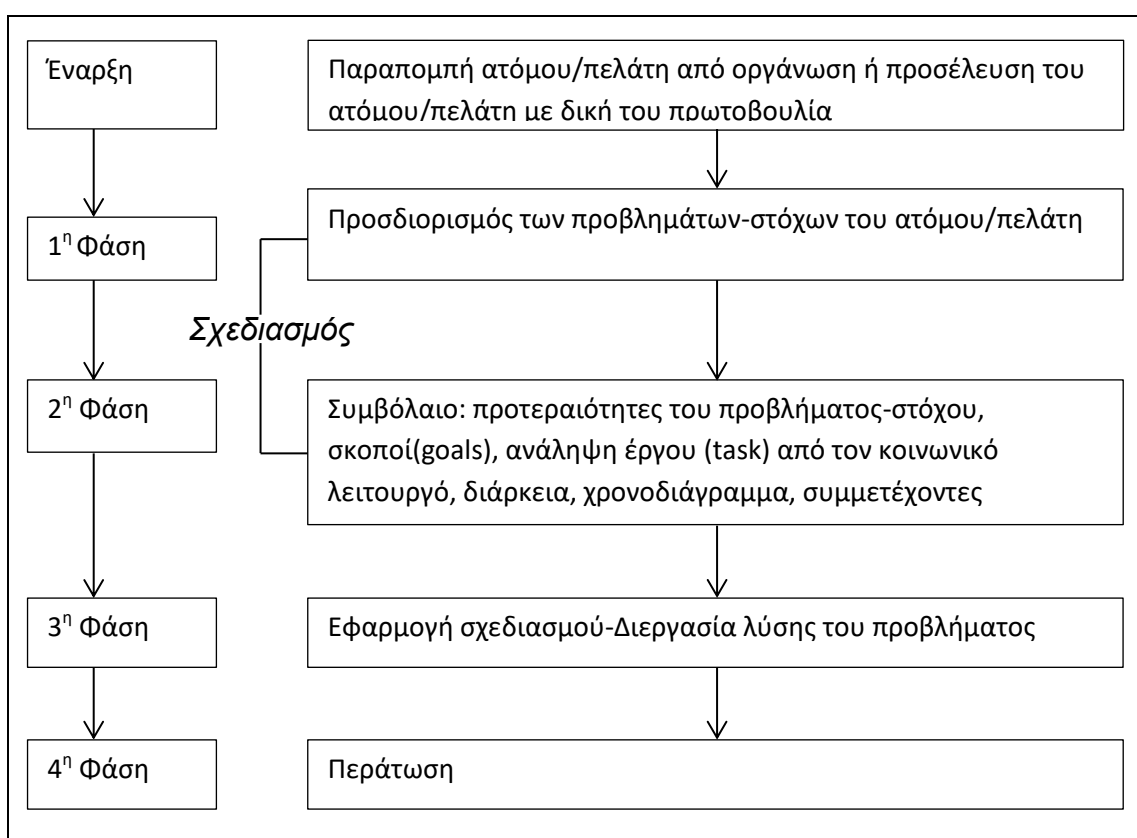
Στόχος του μοντέλου, είναι η διαμόρφωση μιας πρακτικής προσέγγισης σύντομης χρονικής διάρκειας, επικεντρωμένης στο πρόβλημα και όχι στο πρόσωπο όπως συμβαίνει με το ψυχοδυναμικό μοντέλο.

Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται σφαιρικά και ολοκληρωμένα και οι εξυπηρετούμενοι εκπαιδεύονται να γίνουν ικανοί στη διεργασία επίλυσης των προβλημάτων τους (Coulshed, 1991).

Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία αποτελείται από πέντε φάσεις (πίνακας 4.), οι οποίες αποτελούν συστηματικές διεργασίες και

καταλήγουν σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, εφόσον διεκπεραιωθούν σε συγκεκριμένα χρονικά όρια. Οι φάσεις αυτές, μπορεί να μην ακολουθούνται πάντα διαδοχικά λόγω της πίεσης για την λύση του προβλήματος, όμως ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επανέλθει στην εφαρμογή τους όσο το δυνατόν συντομότερα.

Πίνακας 4. Φάσεις μοντέλου επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνική εργασία.



Πηγή: Reprinted with the permission of MacMillan College Publishing Company from Brief Treatment and a New Look at the Task-Centered Approach by Laura Epstein. 1992, by MacMillan College Publishing Company, Inc. Μετάφραση-Διασκευή: Δημοπούλου-Λαγωνίκα.

4.4. Το γενικό-ολιστικό μοντέλο:

Το γενικό ολιστικό μοντέλο αναφέρεται στην υιοθέτηση μιας γενικής μεθόδου που σκοπό έχει να ενδυναμώσει την μεθοδολογία της κοινωνικής

εργασίας συνδυάζοντας και συσχετίζοντας όλα τα δυναμικά στοιχεία των αρχών, γνώσεων και δεξιοτήτων που ενυπάρχουν σε κάθε μέθοδο χωριστά.

Καθώς τα ανθρώπινα προβλήματα είναι πολύπλοκα και εμφανίζονται σε πολλαπλά επίπεδα τα οποία αλληλοεπηρεάζονται, συνειδητοποιήθηκε η αναγκαιότητα για ενοποίηση των τριών μεθόδων της κοινωνικής εργασίας με Άτομα, Ομάδες και Κοινότητα.

Κεντρικός στόχος εφαρμογής των παρεμβάσεων της ενοποιημένης κοινωνικής εργασίας είναι η θεώρηση του προσώπου σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του (Meyer, 1987).

Οι κοινωνικές οργανώσεις, κατά το παραδοσιακό σύστημα παροχής υπηρεσιών, απευθύνονται σε κατηγοριοποιημένους πληθυσμούς ανάλογα με την τριχοτομημένη μορφή της κοινωνικής εργασίας, δηλαδή σύμφωνα με τις μεθόδους της Κ.Ε.Α., Κ.Ε.Ο. και της Κ.Ε.Κ. Η ενοποιημένη προσέγγιση διασπά αυτά τα οργανωτικά κατασκευάσματα. Δεν ξεχωρίζει τα άτομα με τα προβλήματά τους από το κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτικό τους περιβάλλον. Υποστηρίζει ότι ένα σύνολο αλληλοσυνδεόμενων παραγόντων συμβάλλει στις ανθρώπινες δυσκολίες. Φορείς των κοινωνικών προβλημάτων μπορεί να είναι τόσο τα άτομα, οι οικογένειες όσο και η κοινωνική πολιτική, η νομοθεσία, οι κοινωνικοί πόροι και οι αξίες (Baker, 1982).

Η γενική αυτή προσέγγιση, έχει τα εξής χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Kirst-Ashman και Hull:

- Βασίζεται σε ένα σύνολο αξιών, γνώσεων και δεξιοτήτων που απεικονίζουν τη μοναδικότητα της κοινωνικής εργασίας.
- Σκοπεύει στην επίλυση προβλημάτων όχι μόνο στα άτομα/οικογένειες, αλλά και στις ομάδες, κοινότητες, οργανώσεις και στα ευρύτερα κοινωνικά συστήματα.
- Επιδιώκει, δηλαδή, αλλαγές στο μικροεπίπεδο (άτομα, οικογένειες), στο μεσοεπίπεδο (ομάδες) και στο μακροεπίπεδο (οργανώσεις, κοινότητες, ευρύτερα συστήματα).
- Εξετάζει κάθε ανάγκη/πρόβλημα και το αναλύει μέσα από ένα πρίσμα πολλαπλών πιθανών λύσεων και

- Χρησιμοποιεί ειδική μέθοδο επίλυσης προβλημάτων η οποία προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται οποιοδήποτε σύστημα (άτομο, οικογένεια, ομάδα, κοινότητα) για παρέμβαση (Kirst-Ashman & Hull, 1993:6-12).

Οι Specht & Vickery τονίζουν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί εκπαιδεύονται για απευθείας υπηρεσίες σε άτομα, οικογένειες και ομάδες με κύρια ευθύνη να προσφέρουν επειδή έχουν γνώσεις για οργανώσεις, σχεδιασμό και προνοιακά συστήματα. Παράλληλα οι κοινωνικοί λειτουργοί (κλινικοί) που καλούνται για άμεσες υπηρεσίες σε άτομα μέσω Θεραπευτικής, Συμβουλευτικής, Ψυχαγωγίας ή Υποστήριξης, είναι υποχρεωμένοι να κατέχουν γνώσεις και τεχνικές πάνω σε προσωπικές και διαπροσωπικές παρεμβάσεις, δυναμική της ομάδας, ατομική και κοινωνική παθολογία αλλά και επαγγελματικής συμπεριφοράς στη συνεργασία τους με άτομα πελάτες, οργανώσεις και άλλους επαγγελματίες (Παπαϊωάννου Κ., 1998:165-166, Specht & Vickery, 1979).

4.5. Το μοντέλο διαπολιτισμικής κοινωνικής εργασίας:

“Στο επίκεντρο της προσφυγικής κρίσης βρέθηκε η Ελλάδα, η οποία κλήθηκε –ως το νοτιοανατολικό σύνορο της Ευρωπαϊκής Ένωσης-, να διαχειριστεί ένα άνευ προηγουμένου κύμα εισόδου προσφύγων, με κύρια πηγή προέλευσης την διαλυμένη από τον εμφύλιο πόλεμο Συρία” γράφει ο Γ. Καραμαγκάλης, δημοσιογράφος σε άρθρο του «διαΝΕΟσις, Οργανισμού Ερευνας & Ανάλυσης», τον Φεβρουάριο του 2016. “Το παράρτημα της υπηρεσίας ασύλου των Ηνωμένων Εθνών στην Ελλάδα (UNHCR) δημοσιεύει σχεδόν καθημερινά στατιστικά στοιχεία για το φαινόμενο και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυσή τους είναι εξαιρετικά ενδιαφέροντα. Το μέγεθος του φαινομένου είναι από μόνο του αξιοσημείωτο: Ο αριθμός των προσφύγων που έφτασαν στην Ελλάδα το 2015 ήταν 856.723. Πρόκειται για ένα προσφυγικό κύμα είκοσι φορές μεγαλύτερο από αυτό της περυσινής χρονιάς”.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αναγκαστικής μετακίνησης για διάφορους λόγους όπως διώξεις, βία, εθνικές εκκαθαρίσεις, φυσικές καταστροφές, ανταλλαγές πληθυσμών, αναγκαστική παλιννόστηση κ.λπ. Προβλήματα ανθρώπων χωρίς στέγη, δουλειά, ιατρική περίθαλψη και εκπαίδευση διαμορφώνουν νέες κοινωνικές σχέσεις και συχνά οδηγούν σε σοβαρότατες προστριβές.

Η πολυπολιτισμικότητα είναι μια καθολική πραγματικότητα για πάρα πολλές χώρες του κόσμου σήμερα.

Οι εθνοτικές ομάδες στις χώρες υποδοχής, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα καθώς τα μέλη τους συχνά περιθωριοποιούνται, ενώ η κοινωνική και οικονομική ανισότητα εντείνεται.

Η διαπολιτισμική κοινωνική εργασία, δανείζεται από τα άλλα μοντέλα παρέμβασης και συμπεριλαμβάνει στη μεθοδολογία της ο, τι είναι χρήσιμο για την επιβοήθηση των μειονοτικών ομάδων και υιοθετεί αξίες, γνώσεις και δεξιότητες που αποδεικνύονται αποτελεσματικές ώστε να βοηθήσει αυτές τις εθνοτικές ομάδες (Devore & Schlensinger, 1991, Λαγωνίκα-Δημοπούλου, 2009).

Διαμορφώνεται λοιπόν μια ολιστική προσέγγιση διαπολιτισμικής εργασίας ή εθνοτικά ευαίσθητης κοινωνικής εργασίας. Σημαντικά προγράμματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για την προστασία μετακινούμενων πληθυσμών, αναπτύσσουν οι κοινωνικοί λειτουργοί που στελεχώνουν όλες τις υπηρεσίες του Εθνικού Ιδρύματος Υποδοχής και Αποκατάστασης Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων (ΕΙΥΑΠΟΕ) (γραφεία συνόρων, οικισμοί υποδοχής και οικισμοί εγκατάστασης), η Διεθνής Κοινωνική Υπηρεσία καθώς και πολλές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.), που προσφέρουν σημαντικό έργο, όπως για παράδειγμα η Praksis.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Τα Στάδια Παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού στην Μαιευτική Κλινική.

Η μεθοδολογία παρέμβασης που επιλέγει ο κοινωνικός λειτουργός στην μαιευτική κλινική εξαρτάται κυρίως από τον ίδιο τον επαγγελματία και σίγουρα από την κατάσταση/πρόβλημα το οποίο καλείται να χειριστεί κάθε φορά.

Δεδομένων των συνθηκών, της σύντομης δηλαδή παραμονής των γυναικών στην κλινική, η κοινωνική υπηρεσία θα πρέπει από την στιγμή που θα ενημερωθεί για μια περίπτωση να δράσει άμεσα. Η παρέμβαση είναι συνήθως βραχείας διάρκειας με πρωταρχικό στόχο και μέλημα την προστασία του βρέφους και της μητέρας φυσικά. Αλλά πάντα προτεραιότητα αποτελεί η σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους και η διερεύνηση των συνθηκών έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ύπαρξη καταλληλότερου περιβάλλοντος μετά την έξοδό του από την κλινική.

Ως επί το πλείστον οι περιπτώσεις φτάνουν στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου μετά από παραπομπή από τον γιατρό, το νοσηλευτικό ή το μαιευτικό προσωπικό. Πολλές βέβαια περιπτώσεις εντοπίζονται από τους ίδιους τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς.

Αυτό συμβαίνει όταν το προσωπικό της κοινωνικής υπηρεσίας είναι ικανοποιητικό σε αριθμό ατόμων και έτσι υπάρχει η δυνατότητα, οι κοινωνικοί λειτουργοί να ενημερώνονται με καθημερινές επισκέψεις στις κλινικές για τις περιπτώσεις που εισέρχονται.

Γενικά οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού της Μαιευτικής Κλινικής περιλαμβάνουν τα παρακάτω βασικά στάδια:

- Το αρχικό στάδιο της Εκτίμησης
- Το ενδιάμεσο στάδιο του Θεραπευτικού Σχεδιασμού-Παρέμβασης και
- Το τελικό στάδιο του Σχεδιασμού Εξόδου και παρακολούθησης (home follow-up)

5.1. Το αρχικό στάδιο της Εκτίμησης

Στο αρχικό στάδιο, οι υπηρεσίες της Κοινωνικής Εργασίας σε περιγεννητικούς ασθενείς και τις οικογένειες τους συνήθως ξεκινάνε με εκτίμηση. Δεν είναι όλες οι περιπτώσεις φυσικά που χρειάζονται τη βοήθεια της κοινωνικής υπηρεσίας και είναι σε αυτό, το αρχικό στάδιο που ο Κ.Λ. θα αποφασίσει εάν πρόκειται για μια περίπτωση, που θα γίνει απλά μια ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ή επιβάλλεται η παρέμβασή του.

«Παρέμβαση είναι η ευσυνείδητη, η σχεδιασμένη προσπάθεια πρόκλησης κάποιας αλλαγής με την προϋπόθεση ότι έχει προηγουμένως διευκρινιστεί η φύση του προβλήματος, οι σκοποί και οι στόχοι της παρέμβασης. Είναι επιβεβλημένο να καθορίζεται το πρόβλημα ανεξάρτητα από το μοντέλο παρέμβασης και μετά να επιλέγεται το πιο επείγον κομμάτι του» (Παπαϊωάννου, 1998:18,19).

Για τον λόγο αυτό, η φάση της αρχικής εκτίμησης, είναι πολύ σημαντική γιατί έτσι ο επαγγελματίας Κ.Λ. διαπιστώνει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νέα μητέρα και το νεογνένητο και παρέχει άμεση υποστήριξη στην οικογένεια που συνήθως είναι σε κρίση. Αυτή η αρχική επαφή δημιουργεί ένα δεσμό που καθιστά ικανή την ομάδα φροντίδας να ξεκινήσει να καταλαβαίνει την οικογένεια και τις δυνάμεις της και να την βοηθήσει αποτελεσματικά.

Είναι βασισμένη στην λήψη κοινωνικού ιστορικού, στην μελέτη του ιατρικού ιστορικού και στην παρακολούθηση της οικογένειας. Βασικά στοιχεία του ιστορικού περιλαμβάνουν ένα γενικό ιστορικό της οικογένειας, μια συζήτηση για συγκεκριμένα προβλήματα και άγχη/ στρες αναγνωρισμένα από την οικογένεια, προγενέστερη εμπειρία με αγονία, εγκυμοσύνη, ασθένεια, νοσηλεία σε νοσοκομείο, απώλεια κ.λπ., ανάλογα το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και μια αξιολόγηση των οικογενειακών πόρων. Οι πόροι μπορεί να περιλαμβάνουν φίλους, οικογενειακά μέλη, και κοινωνικές ή κοινοτικές ομάδες, θρησκευτικές πεποιθήσεις ή/και δεσμούς, κάλυψη υγείας,

οικονομικούς πόρους, φροντίδα παιδιών, στέγαση, μετακίνηση και γενική ψυχική υγεία.

Η από νωρίς εκτίμηση, παρέχει μια θεμελίωση εμπιστοσύνης και υποστήριξης πάνω στα οποία η συνεχής εκτίμηση/αξιολόγηση και παρέμβαση μπορούν να κτιστούν.

Στην ελληνική πραγματικότητα το μείζον πρόβλημα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος ο κοινωνικός λειτουργός είναι γυναίκες που εισέρχονται στην κλινική για τον τοκετό και εκδηλώνουν μια εικόνα ή παρουσιάζουν μια συμπεριφορά ακατάλληλη ή μη συνηθισμένη. Είναι κυρίως γυναίκες-μητέρες που κάνουν χρήση ουσιών.

Μετά την πρώτη εκτίμηση, ο Κ.Λ. ξεκινά να επικεντρώνεται σε αναλυτικότερη και βαθύτερη συλλογή πληροφοριών συμπεριλαμβάνοντας ένα ψυχολογικό ιστορικό και εκτίμηση της συναισθηματικής και γνωστικής ανταπόκρισης της οικογένειας προς το γεγονός.

Η εις βάθος εκτίμηση της συναισθηματικής-γνωστικής κατάστασης της οικογένειας περιλαμβάνει μια εκτίμηση των παρακάτω παραγόντων:

(1) Την αντίληψη του ασθενή και της οικογένειας για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν,

(2) την κατανόηση του ασθενή και της οικογένειας για το τι συμβαίνει στον ασθενή,

(3) την ικανότητα της μάνας και της οικογένειας να προσαρμοστούν στα δεδομένα

(4) τα αισθήματα και την αντίληψη του ασθενή και της οικογένειας σχετικά με την εγκυμοσύνη (τι σημαίνει η εγκυμοσύνη για την οικογένεια).

Πολύ σημαντικό σε αυτή τη φάση της συνεχούς αξιολόγησης της οικογένειας είναι η συμπερίληψη και των άλλων παιδιών του συστήματος που είναι συνήθως απών από το ιατρικό περιβάλλον.

5.2. Το ενδιαμέσο στάδιο του Θεραπευτικού Σχεδιασμού-Παρέμβασης

Μόλις η αρχική εκτίμηση ολοκληρωθεί και το πλάνο θεραπείας διαμορφωθεί, ο Κ.Λ. εστιάζει στην εκτέλεση κατάλληλων παρεμβάσεων. Υπάρχουν μια ποικιλία παρεμβάσεων κοινωνικής εργασίας που ο περιγεννητικός Κ.Λ. μπορεί να χρησιμοποιήσει και περιγράφονται γενικά στο κεφάλαιο όπου περιγράφονται οι ρόλοι που αναλαμβάνει ο Κ.Λ.

Πιο συγκεκριμένα, ο Κ.Λ. στο στάδιο αυτό πληροφορεί σχετικά με κοινοτικούς πόρους και ενημερώνει μια μητέρα για τα δικαιώματα της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο.

Παραπέμπει σε κοινοτικές πηγές/πόρους για επιπλέον υποστήριξη. Για παράδειγμα, βοηθά τη μητέρα που είναι χρήστης να μπει σε κέντρο αποτοξίνωσης ή την κακοποιημένη γυναίκα να πάει σε ξενώνα.

Έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις φυσικά, μπορεί να κάνει συνεδρίες με τη μητέρα ή και το ζευγάρι. Χρησιμοποιεί μια πληθώρα υποστηρικτικών παρεμβάσεων για να βοηθήσει τη νέα μητέρα να αναγνωρίσει τις δυνάμεις της ή τους πόρους για να επιστρατεύσει ένα πλάνο επίλυσης προβλήματος. Ενθαρρύνει το ζευγάρι να εξερευνήσει επικοινωνιακά προβλήματα και να αναγνωρίσει εναλλακτικές προσεγγίσεις. Βοηθά τους νέους γονείς να συζητήσουν συναισθήματα που σχετίζονται με ιατρικά ή άλλα προβλήματα ενώ παρέχει υποστήριξη και καθησύχηση. Δημιουργεί ομάδες γονέων που έχουν τα μωρά τους στην εντατική.

Βοηθά το ζευγάρι να χειριστεί το θέμα των παιδιών που έχουν ήδη αποκτήσει. Οι αντιδράσεις τους στον μητρικό αποχωρισμό, στην οικογενειακή αναστάτωση, στην πρόσθεση ή απώλεια μέλους της οικογένειας, χρειάζεται να αξιολογηθούν/εκτιμηθούν. Συχνά αυτές οι αξιολογήσεις/εκτιμήσεις πρέπει να γίνουν μέσα από τους γονείς αν η απόσταση, έλλειψη οικογενειακών πόρων ή πολιτικής του νοσοκομείου εμποδίζουν το παιδί να επισκεφτεί το νοσοκομείο. Βέβαια, οι εκτιμήσεις μέσω άλλων είναι δύσκολες γιατί κάποιοι γονείς μπορεί, σε μια προσπάθεια να αρνηθούν τα δικά τους συναισθήματα,

να ελαττώσουν τις αντιδράσεις των παιδιών τους. Συχνά αναφέρουν ότι το παιδί είναι πολύ νέο για να ξέρει ή πολύ απασχολημένο για να νοιάζεται.

Αυτοί που έχουν μελετήσει τις αντιδράσεις των παιδιών σε περιγεννητικά περιστατικά όμως, έχουν βρει ότι, μέχρι και τα πολύ μικρά παιδιά επηρεάζονται από τις απώλειες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. (Cain et al., 1964; Cavenar et al., 1979; Furlong Lind & Beck Black, 1984). Επομένως ο Κ.Λ. μπορεί να παρέμβει βοηθώντας τους γονείς να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να βοηθήσουν τα παιδιά τους να τα εκφράσουν εποικοδομητικά.

Αυτό μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Αν ο γονικός αποχωρισμός είναι ένα θέμα, οι επισκέψεις πρέπει να προγραμματιστούν. Αν η πολιτική του νοσοκομείου είναι ένα εμπόδιο σε αυτό, ο Κ.Λ. πρέπει να δουλέψει ώστε να το αλλάξει. Αν η γονική αντίσταση είναι ένα θέμα, οι γονείς μπορούν να εφησυχαστούν διαβεβαιώνοντάς τους ότι ακόμα και αν δάκρυα τρέξουν, στο τέλος της επίσκεψης, η αναστάτωση αυτή που θα έχει προκληθεί είναι καλύτερη από μια παρατεταμένη αποχώρηση χωρίς επαφή.

Στην περίπτωση περιγεννητικής απώλειας, γονικές στάσεις απέναντι στον θάνατο, στάδια ανάπτυξης παιδιού, και γνώση σχετικά με τον θάνατο και τις επιθυμίες του παιδιού πρέπει να εκτιμηθούν και να ζυγιστούν για να αποφασιστεί πόσο εμπλεκόμενο πρέπει να είναι το παιδί.

Γενικά, η ειλικρίνεια φαίνεται να δουλεύει καλύτερα όταν συζητιούνται θέματα απώλειας και θανάτου με τα παιδιά. Τί τους λέγεται, θα πρέπει να βασίζεται στο τί ξέρουν σχετικά με την εγκυμοσύνη. Αν τα παιδιά θέλουν να δουν το μωρό ή να παρευρίσκονται στην κηδεία, αυτό πρέπει να συζητηθεί λεπτομερώς με τους γονείς, με τον παιδίατρο του παιδιού, ψυχικής υγείας επαγγελματίες και το παιδί. Οι συγγραφείς έχουν βρει ότι αν το παιδί δείξει ενδιαφέρον στο να συμπεριληφθεί σε τέτοιου είδους τελετουργίες και αν η οικογενειακή υποστήριξη είναι καλή, πρέπει να ληφθεί υπόψη.

Ο Κ.Λ. επίσης εκπαιδεύει το προσωπικό για την σωστή διαχείριση δύσκολων καταστάσεων, όπως είναι η απώλεια. Για παράδειγμα, πολλές φορές το προσωπικό καλείται να αντιμετωπίσει τη μητέρα και τον πατέρα

που μόλις έχασαν το μωρό τους. Επίσης παρέχει στήριξη στο προσωπικό δημιουργώντας ομάδες προσωπικού.

Εκπαιδεύει τους γονείς σχετικά με υψηλού κινδύνου βρέφη.

Μπορεί να διευκολύνει σε επιλύσεις διαφορών μεταξύ της οικογένειας και τρίτων προσώπων. Κάποια παραδείγματα αυτού του ρόλου μπορεί να περιλαμβάνουν μεσολάβηση σε γονείς για θέματα σχετικά με επιμέλεια, μεσολάβηση μεταξύ γονέων και κρατικής υπηρεσίας παιδικής πρόνοιας, ή μεσολάβηση σε διαμάχη μεταξύ των γονέων.

Πολύ σημαντική επίσης είναι η συνεισφορά της κοινωνικής υπηρεσίας στη διαδικασία υιοθεσίας ή αναδοχής ενός βρέφους. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο ο αριθμός των εγκαταλελειμμένων βρεφών στις μαιευτικές κλινικές ολοένα αυξάνεται. Ο ρόλος του Κ. Λ. εδώ είναι αρκετά σημαντικός καθώς καλείται να βρει λύση αφού μια μαιευτική κλινική δεν είναι κατάλληλος χώρος για την ανάπτυξή τους. Έρχεται λοιπόν σε επαφή με ιδρύματα που μπορούν να φιλοξενήσουν τα βρέφη έως ότου υιοθετηθούν. Αυτό βέβαια δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση αφού και τα ιδρύματα αυτά ήδη ξεπερνούν σε αριθμό τα βρέφη που μπορούν να φιλοξενήσουν.

Άλλη μια σημαντική παρέμβαση του Κ.Λ. στο στάδιο αυτό είναι η έκθεση προς τον εισαγγελέα. Στην ενέργεια αυτή θα προβεί ο Κ.Λ. όταν κρίνει ότι είναι απαραίτητη η έρευνα του περιβάλλοντος στο οποίο θα φιλοξενηθεί το βρέφος μετά την έξοδό του από την κλινική. Οι υποψίες του επαγγελματία για ακατάλληλο περιβάλλον προέρχονται κυρίως από την εικόνα και συμπεριφορά που παρουσιάζει η μητέρα. Ο Κ.Λ. δεν νομιμοποιείται χωρίς εισαγγελική εντολή να διερευνήσει το περιβάλλον και να αποφασιστεί τελικά η απομάκρυνση του βρέφους από την μητέρα χωρίς την απόφαση του εισαγγελέα. Με την έκθεσή του, παρέχονται στον εισαγγελέα όλες οι απαραίτητες πληροφορίες ώστε ο εισαγγελέας να δώσει εντολή για έρευνα. Στη συνέχεια η κοινωνική υπηρεσία της πρόνοιας που είναι υπεύθυνη προχωρά την έρευνα κάνοντας επισκέψεις στο σπίτι.

Απομάκρυνση του βρέφους από την μητέρα με εισαγγελική εντολή , μπορεί να σημαίνει, ότι θα αναλάβουν την φροντίδα του οι παππούδες μέχρι

να είναι σε θέση η ίδια να το φροντίσει. Αυτό συνήθως συμβαίνει με τις εξαρτημένες μητέρες. Και φυσικά, ο Κ.Λ. είναι κοντά στη νέα μητέρα μετά την απόφαση του εισαγγελέα, βοηθά την χρήστρια να εισαχθεί σε κέντρο αποτοξίνωσης και την στηρίζει όλο αυτό το διάστημα. Οι επισκέψεις συνεχίζονται από την κοινωνική υπηρεσία της πρόνοιας στο σπίτι, η οποία συνεργάζεται με την κοινωνική υπηρεσία της μαιευτικής κλινικής.

Πολλές φορές βέβαια, η απομάκρυνση του βρέφους, σημαίνει την μόνιμη φιλοξενία του σε ίδρυμα μέχρι να υιοθετηθεί.

Τέλος, πολύ σημαντικό έργο επιτελεί ο Κ.Λ. της κοινωνικής υπηρεσίας της μαιευτικής κλινικής τα τελευταία χρόνια με τις μητέρες μετακινούμενων πληθυσμών. Οι εγκυμονούσες γυναίκες πρόσφυγες, έχουν φθάσει στη χώρα μας έχοντας ήδη ταλαιπωρηθεί αρκετά. Οι περισσότερες γεννούν και μετά την έξοδό τους γυρνούν στους καταυλισμούς όπου είναι το προσωρινό τους σπίτι. Σε αυτές τις συνθήκες θα πρέπει να φροντίσουν το μωρό τους. Εδώ, η κοινωνική υπηρεσία, καλείται μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα -αφού ο χρόνος παραμονής στην κλινική είναι εξαιρετικά μικρός- να βοηθήσει, πρακτικά κυρίως τη μητέρα. Συνήθως συνεργάζεται με διάφορες οργανώσεις και με την υπηρεσία ασύλου ώστε να εξασφαλίσει όσο δυνατόν καλύτερες συνθήκες για εκείνη και το μωρό μετά την έξοδο τους από την κλινική.

5.3. Το τελικό στάδιο Σχεδιασμού Εξόδου και παρακολούθησης (home follow-up).

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, οι περιγεννητικοί ασθενείς συνήθως εκδηλώνουν αμφιθυμία κατά τη διάρκεια της εξόδου τους από το νοσοκομείο. Ο Κ.Λ. παίζει σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσει τις οικογένειες να καταλάβουν τα αισθήματα τους και να προετοιμαστούν για την επιστροφή τους στο σπίτι. Ο Κ.Λ. μπορεί να συνδέσει την μητέρα ή/και την οικογένεια με κοινοτικούς πόρους για να παρέχουν μη-ιατρική υποστήριξη και παρακολούθηση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Επιπλέον, ο Κ.Λ. μπορεί να χρειαστεί να αξιολογήσει την κατάσταση στο σπίτι και να βοηθήσει τις οικογένειες να εξασφαλίσουν εξοπλισμό ώστε η μητέρα να μπορεί να λάβει φροντίδα στο

σπίτι. Κάποια παραδείγματα ιατρικού εξοπλισμού συνταγογραφούμενα για οικιακή παρακολούθηση (home follow-up) περιλαμβάνουν μετρητές γλυκόζης, αντλίες έγχυσης, ή οθόνες συστολής κ.α.

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ο Κ.Λ. μπορεί να εμπλακεί σε συνέχιση παρακολούθησης του ασθενή με πολλούς τρόπους.

Ο Κ.Λ. μπορεί να δουλεύει με την οικογένεια μέχρι την γέννα/τοκετό, αν η εισαγωγή στο νοσοκομείο έγινε κατά την διάρκεια της κύησης λόγω προβλημάτων.

Επίσης, ο Κ.Λ. παρέχει συνέχιση υπηρεσιών μετά την γέννα, αν το μωρό είναι στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Ακόμη και στην περίπτωση εξόδου από το νοσοκομείο μιας γέννας ενός υγιούς μωρού ο Κ.Λ. μπορεί να παραμείνει διαθέσιμος στην οικογένεια όσο χρειάζεται για να τους βοηθήσει να κατεργαστούν την εμπειρία.

Αν η έξοδος από το νοσοκομείο ακολουθήσει μια περιγεννητική απώλεια ο Κ.Λ. πρέπει ιδανικά να παραμείνει διαθέσιμος για όσο η οικογένεια χρειάζεται βοήθεια.

Από τις πιο σημαντικές περιπτώσεις είναι η παρακολούθηση της μητέρας με ψυχοπαθολογία. Θα πρέπει να πραγματοποιούνται συστηματικά προκαθορισμένες επισκέψεις στο σπίτι και να διαπιστώνεται η συνέχιση της λήψης των απαραίτητων φαρμάκων από τη μητέρα. Η επαρκέστερη αναγνώριση και η λεπτομερέστερη διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών προλαμβάνει και φωτίζει την βρεφική παραμέληση και κακοποίηση.

Ο Κ.Λ. βοηθά στην ύπαρξη των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και της ψυχολογικής στήριξης των ατόμων αυτών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο με σκοπό την σωστή περίθαλψη και θεραπεία της μητέρας, αλλά και τη διατήρηση και ενίσχυση του δεσμού μητέρας-βρέφους. Αυτό γίνεται με την διασύνδεση και παραπομπή της μητέρας στα ειδικά ιατρεία που στεγάζονται σε ψυχιατρικές μονάδες ή/και στα κέντρα ψυχικής υγιεινής (Τσόγια, Λύκουρας, Ζέρβας, 2012, Lind, Bachman, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Δεξιότητες του Κλινικού Κοινωνικού Λειτουργού

Η κατάκτηση των επαγγελματικών δεξιοτήτων από τον Κοινωνικό Λειτουργό αποτελεί μια δύσκολη διεργασία, απαιτητική και σταδιακή, καθώς αφομοιώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής.

Φυσικά, η κατάκτηση των δεξιοτήτων αυτών, προϋποθέτει μια συγκροτημένη προσωπικότητα. Οι δεξιότητες βασίζονται σε προσωπικές ιδιότητες και δυνάμεις που είναι εγγενείς, παράλληλα όμως, καλλιεργούνται και αναπτύσσονται με τη μάθηση, την πράξη και την εμπειρία.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εκπαιδεύονται σε ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων, τόσο σε **γενικές δεξιότητες** που αναφέρονται στο σύνολο των στάσεων και των ικανοτήτων του κοινωνικού λειτουργού ως επαγγελματία, όσο και στις **ειδικές δεξιότητες** που αναφέρονται σε συγκεκριμένους χειρισμούς και στρατηγικές εκτίμησης και παρέμβασης στο ατομικό επίπεδο (συνέντευξη), το ομαδικό και το κοινοτικό.

Προκειμένου να κατανοηθεί η σημαντικότητα κατάκτησης των επαγγελματικών δεξιοτήτων ως απαραίτητο και χρήσιμο εργαλείο για την αποτελεσματικότητα του επαγγελματία επιλέγεται η αναφορά στην κατηγοριοποίηση του Thompson (2000), η οποία, περιλαμβάνει βασικές δεξιότητες που είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν σε κάθε πολιτισμικό και κοινωνικό χώρο άσκησης της κοινωνικής εργασίας, προσαρμοσμένες πάντα στο πλαίσιο εργασίας και την προσωπικότητα του επαγγελματία. Οι δεξιότητες αυτές είναι:

Δεξιότητες επικοινωνίας

Αποτελούν τον πυρήνα της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας. Ο Κ.Λ. αναπτύσσει τις δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας σε όλα τα επίπεδα παρέμβασης (ατομικό, ομαδικό, κοινοτικό) και αποτελούν κεντρικό σημείο αναφοράς του ρόλου του , εφόσον διαχέονται και επηρεάζουν όλες τις υπόλοιπες δεξιότητες.

Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία που αρχίζει από την πρώτη επαφή των δύο (Κ.Λ.-πελάτης/ασθενής) και διαρκεί όσο και η θεραπευτική τους

σχέση. Οι πρώτες εντυπώσεις μένουν, συνεπώς, αν ο επαγγελματίας θέλει να δημιουργήσει σωστή επαφή και σχέση θα πρέπει να τον κερδίσει από την πρώτη στιγμή.

Αυτό θα το καταφέρει αν η συνομιλία τους διεξαχθεί υπό κατάλληλες συνθήκες.

Τα επίπεδα επικοινωνίας είναι πολλά και λειτουργούν συγχρόνως. Υπάρχει η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία ή η ανοιχτή και η καλυμμένη επικοινωνία ή τα εμφανή και τα μεταεπικοινωνιακά επίπεδα μηνυμάτων.

Στη μη λεκτική επικοινωνία ή αλλιώς γλώσσα του σώματος, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο η συνολική εικόνα που παρουσιάζουμε στον εξυπηρετούμενο (εμφάνιση, στάση, κινήσεις, έκφραση προσώπου).

Εάν δεν έχουμε βλεμματική επαφή ενώ συζητούμε μαζί του αλλά βλέπουμε έξω από το παράθυρο ή ανακατεύουμε χαρτιά σε κάποιο συρτάρι, σίγουρα δεν δίνουμε την εντύπωση στο άτομο που θέλουμε να βοηθήσουμε ότι τον προσέχουμε. Εάν θέλουμε να κρατάμε σημειώσεις, την ώρα της συζήτησης, καλό είναι να τον ενημερώνουμε, ώστε να γνωρίζει ότι η γραφική μας απασχόληση έχει άμεση σχέση με το πρόβλημά του.

Σημαντικές είναι και οι παρατηρήσεις του Κ.Λ. από την άλλη. Η παρατήρηση της γλώσσας του σώματος του ατόμου πελάτη δίνει χρήσιμες ενδείξεις για την ψυχική του κατάσταση.

Επίσης, η ικανότητα της **ενεργητικής ακρόασης**, είναι πολύ σημαντική και όχι τόσο φυσική όσο νομίζουμε. Πριν μιλήσει ο Κ.Λ. θα πρέπει πρώτα να ακούσει με προσοχή και χωρίς διακοπές. Ενεργητική ακρόαση σημαίνει ότι δίνουμε ακέραια την προσοχή μας, αποφεύγοντας να τον διακόπτουμε, αποκλείοντας τους εξωτερικούς περισπασμούς. Σημαίνει πάνω απ' όλα κατανόηση και ερμηνεία των λόγων που ακούμε.

Κατά την λήψη ιστορικού το είδος των ερωτήσεων που θα χρησιμοποιήσει ο Κ.Λ. έχει μεγάλη σημασία. Γενικά οι ερωτήσεις διακρίνονται σε ανοικτές και κλειστές. Οι **ανοικτές ερωτήσεις** αφήνουν ελεύθερο το πεδίο στον συνομιλητή να οδηγήσει τη συζήτηση όπου εκείνος θέλει, χωρίς

περιορισμούς. Ενώ με τις **κλειστές ερωτήσεις** ο Κ.Λ. διακριτικά και όχι απότομα, επαναφέρει τον εξυπηρετούμενο στο θέμα όταν εκείνος αρχίζει να μακρηγορεί και να απομακρύνεται από αυτό.

Είναι πολύ σημαντικό στη λήψη ιστορικού να μην υπάρχει η αίσθηση της ανάκρισης, αλλά της ήρεμης συζήτησης με ενδιαφέρον για το πρόβλημά του.

Με το πνεύμα αυτό, ο εξυπηρετούμενος δεν πρέπει να βιάζεται να απαντά στις ερωτήσεις του Κ.Λ., αλλά να αποδέχεται ο επαγγελματίας τις περιόδους **σιωπής**, που μπορεί να είναι πραγματικά παραγωγικές. Μετά από λίγες στιγμές παύσης οι ασθενείς μπορεί να προσφέρουν ουσιαστικές πληροφορίες, που μας βοηθούν να δούμε το πρόβλημα, χωρίς βέβαια οι παύσεις να παρατείνονται υπερβολικά (Παπαγιάννης, 2003).

Δεξιότητες αυτοαντίληψης

Η σκόπιμη χρήση του εαυτού ως βασικό εργαλείο της επαγγελματικής σχέσης προϋποθέτει σίγουρα επίγνωση των δεξιοτήτων της αυτοαντίληψης και της αυτογνωσίας. Ο Κ.Λ. , κατά την επικοινωνιακή του σχέση με τον εξυπηρετούμενο, χρειάζεται να βρίσκεται σε επαφή με τα συναισθήματά του, να τα γνωρίζει και να τα ελέγχει για να μπορέσει να διατηρήσει τα όρια του εαυτού του κατά την άσκηση της επαγγελματικής του πράξης.

Μέσα από απαιτητικές και οδυνηρές ίσως ψυχολογικά διαδικασίες, μαθαίνει να αναγνωρίζει τα δικά του συναισθήματα για τους εξυπηρετούμενους και μέσα από τις γνώσεις, την αυτοκριτική και την εποπτεία αποκτά συνείδηση των δικών του στάσεων και αντιλήψεων για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Έτσι, μπορεί να αναγνωρίζει τα στερεότυπα που έχει ενστερνιστεί και τις δικές του προκαταλήψεις για τους ανθρώπους (Λαγωνίκα-Δημοπούλου, 2009:183-185).

Οι Κ.Λ. εκπαιδεύονται να μην απορρίπτουν ακόμη και το άτομο που επιδεικνύει α-κοινωνική ή/και αντικοινωνική συμπεριφορά, να έχουν κατανόηση, (που ποτέ δεν σημαίνει ανοχή απαράδεκτης συμπεριφοράς).

Έχουν γνώμη χωρίς όμως να συμμαχούν ή να αντιδικούν με τον άτομο-πελάτη.

Για παράδειγμα ο Κ.Λ. στην μαιευτική κλινική θα πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει την μητέρα που θέλει να εγκαταλείψει το βρέφος της. Ακόμη και αν είναι αντίθετη με αυτή την απόφαση, ακόμη και αν δεν την κατανοεί.

Για να είναι δυνατή η αποδοχή του άλλου είναι απαραίτητη η γνώση του εαυτού. Η ικανότητα να παραδεχτεί ο επαγγελματίας τον εαυτό του και τα συναισθήματά του είναι προϋπόθεση για την κατανόηση των συναισθημάτων των ατόμων-πελατών. Ο Κ.Λ. μπορεί λανθασμένα να προβάλλει στο άτομο πελάτη τα δικά του συναισθήματα με τη σκέψη ότι εφόσον ο ίδιος αισθάνεται έτσι, είναι φυσικό ή ακόμη και αναμενόμενο να αισθάνονται και οι άλλοι παρόμοια.

Πολλές φορές για παράδειγμα, όταν μια μητέρα χάσει το βρέφος της, το προσωπικό υποθέτει ότι δεν θα θέλει να το δει νεκρό. Ο Κ.Λ. θα πρέπει να δώσει την επιλογή αυτή στην μητέρα και να την βοηθήσει να της δοθεί η ευκαιρία αυτή.

Η **αντιμεταβίβαση** υποδηλώνει συναισθήματα που ο Κ.Λ. αποδίδει στον ασθενή πελάτη ή στο πρόβλημα, ενώ είναι δικά του, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αντιληπτική του ικανότητα και να εμπλέκεται προσωπικά στη συνεργασία χωρίς να μπορεί να βοηθήσει.

Για να μειωθεί ο κίνδυνος της αντιμεταβίβασης και να αναπτύξει παραδοχή χρειάζεται να διαθέτει ενδιαφέρον, γνώσεις, εμπειρία αλλά και αυτοεπίγνωση που αυξάνει εφόσον είναι σε θέση να εγκαταλείψει τις δικές του συναισθηματικές αντιδράσεις. Στο σημείο αυτό φτάνει με την εποπτεία και την διαρκή επιμόρφωση.

Δεξιότητες ανάλυσης

Αναφέρονται στην ικανότητα του Κ.Λ. να επιμερίζει και να κατατέμνει το συνολικό παρουσιαζόμενο πρόβλημα ή κατάσταση που διατυπώνει ο

αυτοεξυπηρετούμενος σε νοητικά κατασκευάσματα ή ενότητες για την αρτιότερη κατανόηση, μελέτη και επίλυση του προβλήματος.

Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ή προσωπικής επάρκειας

Αυτές χωρίζονται σε:

α) Διεκδικητικές δεξιότητες. Δηλαδή η ικανότητα του Κ.Λ. να επικοινωνεί και να διαπραγματεύεται αποτελεσματικά τα δικαιώματά του στο επαγγελματικό περιβάλλον.

β) Δεξιότητες διαχείρισης του στρες. Αναφέρονται στην παρακολούθηση της ποιότητας και της έντασης των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνει, στην ανάπτυξη νέων προσαρμοστικών μηχανισμών και στην αναζήτηση υποστηρικτικής συμβουλευτικής.

γ) Δεξιότητες διαχείρισης του χρόνου. Δηλαδή, η κατάλληλη χρησιμοποίηση χρόνου και της προσωπικής ενέργειας προς όφελος των εξυπηρετούμενων αλλά και του ίδιου.

Δεξιότητες παρουσίασης προφορικού και γραπτού λόγου

Ο Κ.Λ. χρειάζεται να τηρεί γραπτά κείμενα σε φακέλους, εκθέσεις, παραπεμπτικά έγγραφα, συνεδρίες ομάδων και επιτροπών. Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών στις κοινωνικές υπηρεσίες διευκολύνει πολύ, ιδιαίτερα δε αν οι πληροφορίες καταχωρούνται σε τυποποιημένα δεδομένα.

Οι δεξιότητες προφορικού λόγου αναφέρονται στην παρουσίαση περιστατικών στις συνεδρίες της διεπιστημονικής ομάδας, σε καταθέσεις σε δικαστήρια και σε παραπομπές περιστατικών.

Συντονιστικές δεξιότητες.

Ο Κ.Λ. στην μαιευτική κλινική ασκεί τις συντονιστικές του ιδιότητες στους εξής τομείς:

α) στη διαχείριση φροντίδας. Εμπλέκονται στη διαδικασία συντονισμού των φροντιστών και των εθελοντών και

β) στη διεπαγγελματική συνεργασία. Ο Κ.Λ. συμμετέχει σε ποικιλία διεπαγγελματικών ομάδων είτε ως μέλος είτε ως συντονιστής. Οι συντονιστικές του δεξιότητες αναφέρονται κυρίως στη σύνδεση των επαγγελματικών ομάδων στις διάφορες φάσεις εργασίας (εκτίμηση, παρέμβαση, αξιολόγηση). Για παράδειγμα, για μια μητέρα που μόλις έχει γεννήσει και κάνει χρήση ουσιών, ο Κ.Λ. ξεκινά την διαδικασία αξιολόγησης καταλληλότητας της μητέρας να φροντίσει το μωρό της. Ξεκινά λοιπόν την διαδικασία της έρευνας. Στη φάση αυτή, θα πρέπει να συνεργαστεί με εισαγγελέα, με συναδέλφους της κοινότητας, στην οποία διαμένει η μητέρα για περαιτέρω πληροφορίες, με συναδέλφους από προγράμματα απεξάρτησης, όπως το 18 άνω αλλά και με συναδέλφους εντός της κλινικής φυσικά. Συντονίζει τη συνολική διαχείριση του περιστατικού ώστε να αντιμετωπιστεί ως ενιαίο σύνολο και όχι κατακερματισμένα.

Δεξιότητες διεπιστημονικής συνεργασίας

Αναφέρονται στην ικανότητα του επαγγελματία να επικοινωνεί και να συνεργάζεται με επάρκεια και θετική διάθεση με συναδέλφους και με διεπιστημονικούς συνεργάτες, εκπροσώπους συναφών ειδικοτήτων με στόχο την κοινή διατύπωση διαγνωστικής εκτίμησης, σχεδιασμού και παρέμβασης προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

Κάθε ειδικότητα –κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ιατροί, νομικοί, νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό- παρέχει τη δική της γνώση και συμμετέχει για την αρτιότερη κατανόηση και αντιμετώπιση των περιγεννητικών προβλημάτων.

Στόχος είναι η πλήρης χρησιμοποίηση των ικανοτήτων των μελών της ομάδας για την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση της γυναίκας-μητέρας και των οικογενειών τους.

Στις δεξιότητες διεπιστημονικής συνεργασίας, συνυπάρχουν, συγχρόνως πολλές από τις δεξιότητες που ήδη αναφέρθηκαν, της της επικοινωνίας, της επίγνωσης των προσωπικών και επαγγελματικών ορίων, της ανάλυσης, της αυτοδιαχείρισης κ.λπ. (Thompson, 2000).

Τα μέλη της ομάδας εμπλέκονται σε δυναμικές διαδικασίες επικοινωνίας, αλληλεξάρτησης, αμοιβαίας εμπιστοσύνης, σεβασμού και παραδοχής για την καλύτερη δυνατή επίτευξη του σκοπού της.

Παρ' όλα αυτά, δυσκολίες και εμπόδια σε αυτή την ομαδική διεργασία αναφύονται συχνά. Ο συχνός ανταγωνισμός μεταξύ συναδέλφων, η ανάγκη προσωπικής υπεροχής και ισχύος, τα συναισθήματα αντιζηλίας που συχνά ενυπάρχουν στις εργασιακές σχέσεις μετατίθενται στη δυναμική της ομαδικής διεργασίας με αποτέλεσμα τη διατάραξη της αντικειμενικής, ορθής, επιστημονικής κρίσης και τις λανθασμένες αποφάσεις στην έκβαση των περιστατικών.

Οι δεξιότητες λοιπόν της επικοινωνίας, της αυτοεπίγνωσης, του χειρισμού συναισθημάτων και αυτοδιαχείρισης, είναι απαραίτητες για να αποφεύγονται τα παραπάνω. Επιπλέον, η ομαδική εποπτεία και η συμβουλευτική συνεργασία, αποτελούν επίσης βοηθητικά σχήματα για διευθέτηση τυχόν διαταραγμένων εργασιακών σχέσεων που προβάλλονται στην ομαδική συνεργασία (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011:190-192).

Δεξιότητες επιβίωσης

Οι δεξιότητες επιβίωσης για τον ίδιο τον κοινωνικό λειτουργό που ζεί από τόσο κοντά τον ανθρώπινο πόνο και τη δυστυχία θεωρούνται απαραίτητο εργαλείο για την αυτοπροστασία του. Σε συνδυασμό με τις δεξιότητες αυτοαντίληψης, χειρισμού συναισθημάτων, αυτοδιαχείρισης και διαχείρισης του χρόνου και του στρες, οι δεξιότητες επιβίωσης θεωρείται ότι

προφυλάσσουν τον επαγγελματία από την **επαγγελματική εξουθένωση** (burn out) (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011:192).

Σύμφωνα με το πρότυπο της Maslach (1982), οι τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι:

α) η συναισθηματική εξάντληση, που περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης,

β) η αποπροσωποποίηση, που χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο εργαζόμενος μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπινα όντα και

γ) τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα, που αναφέρονται στην τάση που έχει ο εργαζόμενος να εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του και να αισθάνεται ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του (Maslach, 1982).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Ηθικά Διλήμματα

Ο όρος ηθική και δεοντολογία αναφέρεται στους τρόπους κατανόησης και ελέγχου της ζωής προκειμένου να καθορισθεί μια εμπειριστατωμένη και συνεκτική αίσθηση του τι είναι καλό και σωστό μέσα από την ανθρώπινη εμπειρία.

Η ηθική αποτελεί προσπάθεια που απαιτεί ευαισθησία, γνώση και επιδεξιότητα, εμπλουτίζεται από τις ανθρωπιστικές επιστήμες και διαμορφώνεται από αξίες και το γενικό πλαίσιο της εμπειρίας.

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από πληθώρα οδηγιών και κατευθύνσεων που έχουν συνταχθεί από ειδικούς ή επιστημονικούς οργανισμούς για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας, με την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων και πρακτικών που έχουν δείχθει ότι είναι ενδεδειγμένες (Δουζένης Α., Λύκουρας Λ., 2014:251).

Καθώς το εξελισσόμενο επάγγελμα βρίσκεται αντιμέτωπο με όλο και πιο περίπλοκες καταστάσεις σε μια κοινωνία που γίνεται η ίδια πιο σύνθετη, ο επαγγελματίας Κ.Λ. αντιμετωπίζει πολλά διλήμματα αξιών. Τα ηθικά διλήμματα δημιουργούνται συχνά όταν κανείς δεν μπορεί να είναι συνεπής ως προς τις ηθικές υποχρεώσεις του προς δύο ή και περισσότερους συμμετέχοντες σε μια προβληματική κατάσταση.

Βέβαια, το θέμα των αξιών είναι εξαιρετικά δύσκολο και δεν είναι ρεαλιστικό να περιμένει κανείς ότι μια λίστα κανόνων και διαδικασιών μπορεί να εξασφαλίσει ηθική επαγγελματική πρακτική (Compton & Galaway, 1984:176).

Ηθικά διλήμματα που συναντά ο Κ.Λ. στην μαιευτική κλινική, μπορεί να είναι:

α. Διλήμματα που έχουν σχέση με την παροχή υπηρεσιών.

Το θέμα της τήρησης της εχεμύθειας για παράδειγμα, αποτελεί συχνά πηγή πολλών διλημάτων για τον επαγγελματία. Η περίπτωση της κακοποιημένης γυναίκας, έφηβης ή και παιδιού ως περιστατικό δεν είναι

σπάνια στην μαιευτική κλινική. Πρέπει να αναφέρει ο επαγγελματίας στις αρχές την υποψία για την κακοποίηση παιδιού παρά τον ισχυρισμό του γονέα ότι δεν το κακοποιεί ή τον βιασμό μιας έφηβης ή και ενήλικης όταν η ίδια δεν επιθυμεί να το δηλώσει;

Άλλο δίλημμα, που έχει σχέση με την τήρηση της εχεμύθειας μπορεί να είναι, η συμπίεση ή όχι με την επιθυμία των άμεσων συγγενών ενός ασθενή, οι οποίοι θέλουν να του αποκρύψουν τη σοβαρότητα της κατάστασής του και τον επικείμενο θάνατο, όταν ο ίδιος θέλει να μάθει την αλήθεια.

Το θέμα της σύγκρουσης του επαγγελματία με τις πεποιθήσεις του, θρησκευτικές ή ιδεολογικές, αποτελεί επίσης πηγή σοβαρών διλημμάτων. Η υποχρέωση του Κ.Λ. στην μαιευτική κλινική για παράδειγμα, που πρέπει να εργαστεί με γυναίκες που προγραμματίζουν άμβλωση ή που εγκαταλείπουν το νεογέννητο βρέφος, πολλές φορές τους οδηγεί σε εσωτερικές συγκρούσεις.

Η απόφαση της εισαγγελικής παρέμβασης που σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε απομάκρυνση του βρέφους από την φυσική του μητέρα είναι επίσης ένα αρκετά σοβαρό ψυχοπρεστικό ζήτημα για τον επαγγελματία. Μπορεί μια μητέρα με σύνδρομο down, νοητική στέρηση, ψυχική διαταραχή να μεγαλώσει το παιδί της;

Φυσικά, κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και ερευνάται πάντα με σκοπό να αποφευχθεί αν αυτό είναι δυνατόν, η απομάκρυνση του βρέφους από την οικογένεια του.

β. Άλλα διλήμματα μπορεί να είναι αυτά που αφορούν τις σχέσεις με συναδέλφους.

Για παράδειγμα, να αναφέρει ή όχι, στους προϊσταμένους ή στις αρχές, συναδέλφους για ανικανότητα ή επιβλαβή συμπεριφορά προς τους εξυπηρετούμενους; Να αναφέρει πρακτικές κακομεταχείρισης που υπέπεσαν στην αντίληψή του; Οι αποφάσεις δεν είναι εύκολες για κανέναν.

γ. Διλήμματα που σχετίζονται με τον εργοδοτικό οργανισμό, στον οποίο εργάζεται, είναι επίσης κάτι που πολύ συχνά αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας Κ.Λ. Όταν δεν συμφωνεί με την πολιτική της οργάνωσης, τις

διαδικασίες για την παροχή υπηρεσιών ή τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ο Κ.Λ. είναι διχασμένος ανάμεσα στη νομιμοφροσύνη που οφείλει απέναντι στην οργάνωσή του και στους εξυπηρετούμενους με τις ανάγκες τους.

Ως κοινωνικός λειτουργός έχει την υποχρέωση για παροχή υπηρεσίας σε κάθε άτομο σε κατάσταση ανάγκης, πρέπει ωστόσο να εφαρμόσει την πολιτική της οργάνωσης σύμφωνα με τα κριτήρια της οποίας ο αιτών δεν δικαιούται τις υπηρεσίες της, τις οποίες όμως έχει απόλυτη ανάγκη; Να τον καταστρατηγήσει; Να αναζητήσει εναλλακτικές λύσεις σε άλλες οργανώσεις; Να πει ψέματα;

Ποια η θέση του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται σε εργασιακούς χώρους σε περιπτώσεις αντιθέσεων των συμφερόντων μεταξύ εργοδοσίας και εργαζόμενου; Είναι με το μέρος της εργοδοσίας ή του εργαζόμενου; Ποιες οι συνέπειες για τον ίδιο αν συνταχθεί με τη μία ή την άλλη πλευρά;

Πώς εξασφαλίζει το απόρρητο των φακέλων των περιπτώσεών του που περιλαμβάνουν απόρρητα προσωπικά στοιχεία; Στο πλαίσιο της αρχής του σεβασμού της προσωπικότητας των εξυπηρετούμενων, βρίσκεται σε δύσκολη θέση αν η οργάνωση δεν αποδέχεται τις ευθύνες της και δεν παρέχει τα μέσα για τη διασφάλιση του αρχείου των περιπτώσεων.

δ. Να μην ξεχνάμε επίσης **τα βιοηθικά διλήμματα** που αντιμετωπίζει ένας επαγγελματίας που εργάζεται στον χώρο της υγείας, που αναφέρονται στις νέες τεχνικές αναπαραγωγής των ανθρώπων ή στη δωρεά οργάνων, τις μεταμοσχεύσεις, την αποσύνδεση ασθενών από μηχανήματα, την ευθανασία κ.α.

Αντιμετώπιση των διλημάτων.

Το αντικείμενο της εργασίας του Κ.Λ. τον φέρνει αντιμέτωπο με ανθρώπους σε κατάσταση ανάγκης τους οποίους πρέπει να βοηθήσει, τα ερεθίσματα είναι έντονα και συνεχή. Τα επαγγελματικά διλήμματα γίνονται πολλές φορές πιεστικά. Για να ανταπεξέλθει στις αυξημένες πιέσεις που

προκύπτουν απο το δύσκολο επαγγελματικό του ρόλο, μπορεί να αξιοποιήσει κάποιες σημαντικές πηγές βοήθειας όπως:

Θεωρητικές γνώσεις και εργασιακή εμπειρία. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση αλλά και η πρακτική εμπειρία, προσφέρουν στον επαγγελματία αυτοπεποίθηση, γνώση για το πώς να προφυλάσσει τον εαυτό του αλλά και πώς να βοηθήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον εξυπηρετούμενο.

Η εποπτεία. Παρέχει σημαντική στήριξη στο γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο και οδηγεί στην ευθυκρισία και στην αντικειμενικότητα. Δυστυχώς όμως, αυτού του είδους η βοήθεια δεν παρέχεται στους περισσότερους Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται στις μαιευτικές κλινικές.

Διεπιστημονική συμβουλευτική ομάδα. Σημαντική στήριξη μπορεί να υπάρξει στο πλαίσιο συναδελφικών συζητήσεων, ειδικά με συναδέλφους των οποίων τις γνώσεις, κρίσεις και την αντικειμενικότητά τους εκτιμά ιδιαίτερα.

Ο προϊστάμενος. Ο διοικητικός προϊστάμενος, μπορεί ,λόγω της ιεραρχικής του θέσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων.

Συμβουλευτική υποστήριξη. Παρέχεται από επαγγελματίες με ειδικευμένες γνώσεις για την κατανόηση των ειδικών προβλημάτων. Ο γυναικολόγος ή ο ψυχολόγος για παράδειγμα, συμβάλλουν στην κατανόηση της κατάστασης και στον προσδιορισμό του είδους παρέμβασης που απαιτείται.

Δίκτυο υποστήριξης των κοινωνικών λειτουργών των νοσοκομείων. Στο 1ο Συνέδριο Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας με θέμα: “Κοινωνική φροντίδα στην υγεία: Σύγχρονες προκλήσεις, μετασχηματισμοί και καινοτόμες δράσεις” που πραγματοποιήθηκε στις 4 & 5 Μαρτίου 2016, προτάθηκε η δημιουργία ενός τέτοιου δικτύου με σκοπό την ενίσχυση των επαγγελματιών και της πρακτικής τους, το μοίρασμα της εμπειρίας και την συλλογική δράση για την επίλυση των προβλημάτων (onmed)

Νομική βοήθεια. Είναι αναγκαίες οι γνώσεις σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των εξυπηρετούμενων-πολιτών που δεν πρέπει να αγνοεί ο επαγγελματίας (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011:88-89).

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Μαιευτική Κλινική είναι πολυδιάστατος και δύσκολος. Ο βαθμός δυσκολίας έγκειται στην ποικιλία προβλημάτων που αντιμετωπίζει.

Προκειμένου να ανταπεξέλθει στο έργο του, χρειάζεται να έχει πολύ καλή γνώση του αντικειμένου, της ισχύουσας Κοινωνικής Πολιτικής (ασφαλιστικά δικαιώματα, χρόνοι νοσηλείας, κόστος κ.α.) και των υποστηρικτικών υπηρεσιών (ξενώνες φιλοξενίας, κοινωνικές υπηρεσίες σε δήμους, κ.α.).

Η βελτίωση των επαγγελματικών συνθηκών για την καλύτερη λειτουργία των Κοινωνικών Υπηρεσιών κρίνεται απαραίτητη. Οι βασικές ανάγκες συνοψίζονται στις παρακάτω προτάσεις:

- Πληρέστερη υλικοτεχνική υποδομή. Γραφεία, χώρος συνεντεύξεων, αρχείο, Η/Υ και Λογισμικό.
- Στελέχωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών με ικανοποιητικό αριθμό Κοινωνικών Λειτουργών.
- Εξειδίκευση και μετεκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών για επαρκή απόκριση στις απαιτήσεις του πολυδιάστατου ρόλου του.
- Δυνατότητα εποπτείας (χωρίς να επιβαρύνεται ο επαγγελματίας οικονομικά, όπως συμβαίνει τώρα στις περισσότερες περιπτώσεις.)
- Να δοθεί η δυνατότητα στις Κοινωνικές Υπηρεσίες να διαθέτουν βασικούς οικονομικούς πόρους για την κάλυψη επείγουσών αναγκών των ασθενών.
- Εξασφάλιση ενός δικτύου υπηρεσιών που μπορεί να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες του πελάτη.

Αντί επιλόγου

*“Στην κοσμική μοναξιά μας, πρέπει να είμαστε πολύ κοντά ο ένας στον άλλον.
Κι αν μερικές φορές, η επαφή μας πληγώνει, η ζεστασιά της στο τέλος μας
αποζημιώνει”*

*“Εκεί που οι άλλοι σηκώνουν τα χέρια ψηλά, εμείς να σηκώνουμε τα μανίκια
και να ξεκινάμε δουλειά”*

Τζανέτος Αντύπας

Ιδρυτής και πρόεδρος της ΜΚΟ Praxis

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία:

-Baker, R. Δυσκολίες στην εφαρμογή της ενοποιημένης προσέγγισης στην κοινωνική εργασία, Μτφρ.-διασκευή, Μ. Δημοπούλου-Λαγωνίκα, περ. ΕΚΛΟΓΗ Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας Αθήνα, 1982

- Brugha, T.S., Sharp, H.M., Cooper, A., Weisender, C., Britto, D., Sjikwin, R., Sherrif, T., Kirwan, P.H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 28, 63-79

-Compton & Galaway

- Coulshed, V. *Social Work Practice. An Introduction*, London: MacMillan, 1991

-Devore, W., Schleseshinger, E., *Ethnic sensitive social work practice*. New York, Meril, 1991

- Doel, M. Task-centred work. Ch. 16. In Adams, R., Dominelli, L. & Payne, M. (eds). *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates*. London: MacMillan, 1998.

- Epstein L., *Brief Treatment and A New Look At The Task-centered Approach*. New York: MacMillan, 1998

- Farine D and Kelly EN *The pregnant patient with malignant disease: maternal –fetal conflict*, In: Koren G, Lishner M and Farine D, Editors, *Cancer in pregnancy*, Cambridge Univercity Press, Cabridge: 15-26, 1996

-Furlong Lind R., Hong Bachman D., *Fundamentals of Perinatal Social Work: A Guide for Clinical Practice with Women, Infants, and Families*, New York, 1997

- Goldstein, L.H., Diener, M., Mangelsdorf, S. (1996). Maternal Characteristics and Social Support Across the Tradition to Motherhood : Associations with Maternal Behavior. *Journal of Family Psychology*, 19,1, 60-71

- Hibfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., Cameron, R. (1995). Depression Prevalence and Incidence Among Inner- City Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 3, 445-453
- Kirst-Ashman, K.K. & Hull, G.H., *Understanding Generalistic Practice*. Chicago: Nelson-Hall Publishers, 1993
- Kruckman, L., Smith, S. (1998). *An introduction to Postpartum Illness*. Copyright, <http://www.postpartum.net/>
- Kumar, R., Robson, K.M. (1984). A prospective study of the reporting of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47
- Krueger, G. (2006, September). Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome. *Nursing Inquiry*, 13, 163-171.
- MacDorman, M.F., Martin, J.A., Mathews, T.J., Hoyert, D. L., & Ventura, S. J. (2005). Explaining the 2001-02 infant mortality increase: Data from the linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Report*.
- Maslach C., *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc, New Jersey, 1982.
- Meyer, C.H., *Direct Practice in Social Work: Overview In Encyclopedia of Social Work*. Washington D.C.: N.A.S.W. Press, 3 Volumes., 1987
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., Kostaras, D. (2000). The impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Can Journ of Psychiatry*, 45, 6, 554-558
- Oduncu FS, Kimming R, Hepp H and Emmerich B. Cancer in pregnancy: maternal –fetal conflict. *J Cancer Res Clin Oncol* 129: 133-146, 2003.
- O'Hara, M. Rehm, L., Campbell, S.(1983). Postpartum Depression. A role for Social Network and Life Stress Variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 6, 336-342
- Pavlidis NA, Coexistence of pregnancy and malignancy. *The Oncologist* 7: 279-287, 2002.

- Specht, H. and Vickery, A., Integrating Social Work Methods, Allen and Unwin, 1979
- Thompson, N., Understanding Social Work London: Palgrave, 2000
- United Nations 1973, The Determinants and Consequences of Population Trends, pp. 126-127
- Whitmore, E. Abortion in Psychological aspects of women's reproductive health by O'Hara, M. Reiter C. Springer Publishi. 1995 .

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Βλάχος, Θ.Κ. Λοχειακές Ψυχώσεις. Ψυχιατρική, 7, 115-123, 1996
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μ., σε συνεργασία με τους Τουλαρίδου-Καλούτση Α., Μουζακίτη Χ., Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας-Μοντέλα Παρέμβασης. Από την ατομική στη γενική-ολιστική προσέγγιση., Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα, 2009
- Δουζένης Α., Λύκουρας Λ., Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2014
- Ευθυμίου, Κ., Περδικάρη, Ε., “Υπογονιμότητα: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, Συναισθηματική Προσαρμογή και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία”. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ & ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΜ. 12, ΤΕΥΧ. 1, ΣΕΛ. 15-24, 2013
- Καλλινικάκη, Θ., Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας., Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα, 1998
- Λύκουρας, Λ., Σολδάτος, Κ., Ζέρβας, Γ., Διασυνδετική Ψυχιατρική, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2012
- Μπούρας Γ., Λαζαράτου Ε., “Η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων”. Ψυχιατρική 2012, 23:Π39–Π48

-Μωραΐτου, Μ., Το βίωμα της μητρότητας, Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2004

-Παπαγιάννης Κ. Αντώνιος, Μιλώντας με τον άρρωστο-Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 2003

-Παπαϊωάννου Καλλιόπη, Κλινική Κοινωνική Εργασία-Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1998

-Σιέττου Μαρία, Σαρίδη Μαρία. “Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης”. Το Βήμα του Ασκληπιού 10ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2011. Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α'. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών.

- Δρ Σεβαστή Χατζηφωτίου Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης, Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ – ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Πηγές Internet:

-Ιουλία Σουλάνδρου, Πηγή: ΑΓΚΑΛΙΑ - Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/13727/o-rolos-toy-patera-stin-psychiki-anaptyxi-toy-paidioy.html>

-http://klimaka-socialservice.blogspot.gr/2010/01/blog-post_29.html

-<http://www.kathimerini.gr/785683/article/epikairothta/ellada/vrefh-egklwvismena--sta-azhthta-maieythriwn>

<http://www.iatrikostyplos.com/epistimi/%CE%BA%CE%AC%CE%B8%CE%B5-30%E2%80%9D-%CF%80%CE%B5%CE%B8%CE%B1%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CE%B9-%CE%AD%CE%BD%CE%B1->

[%CF%80%CF%81%CF%8C%CF%89%CF%81%CE%BF-%CE%BD%CE%B5%CE%BF%CE%B3%CE%BD%CF%8C](#)

-<http://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/341074/thyma-tis-krisis-kai-i-nosokomeiaki-koinoniki-ergasia->