

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Νοσηλευτική, στην αντιμετώπιση ασθενών,
με ψυχωτικά προβλήματα στα ψυχιατρικά ιδρύματα



Κοντού Μαρίας
Μαργέλου Ειρήνη

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

6368

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Νοσηλευτική, στην αντιμετώπιση ασθενών
με ψυχωτικά προβλήματα, στα ψυχιατρικά ιδρύματα

Πτυχιακή εργασία

των σπουδαστών : 1) Κοντού Μαρίας

2) Μαργέλου Ειρήνης

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή εγκρίσεως

Πτυχιακής εργασίας

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 1992

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-2
ΜΕΡΟΣ Ι ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
	3-4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	
1. Ιστορία των Ψυχιατρικών Παθήσεων	5-9
2. Προδιαθεσικοί Παράγοντες	9-13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β	
1. Ψυχική ανωμαλία	14-16
2. ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
Α. Η φύση των ψυχώσεων	17-18
Β. Σχιζοφρένεια	19-38
Γ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
- Καταθλιπτική διαταραχή	38-40
- Μανιακή διαταραχή	40-50
Δ. ΠΑΡΑΝΟΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
- Δυαδική παράνοια	50-51
Ε. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ	
- Η φύση των οργανικών εγκεφαλικών διαταραχών	52
- Οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο	52-58
3. Συμβιωτική θεωρία Παιδικής ψύχωσης	59-65
4. Θεραπεία παιδικής ψύχωσης	65-69
Περιστατικό	70-73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

1. Η στάση της Νοσηλευτικής απέναντι στον
ψυχικά άρρωστο 74-84
2. Η Νοσηλευτική και ο θεραπευτικός της ρόλος 85-96
3. Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα του
ψυχικά πάσχοντος 97-114
- ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ 115-123
4. Η επικέντρωση της (του) Ψυχιατρικής (κου)
Νοσηλεύτριας (τη) στον εαυτό της (του) και
στον ρόλο της (του) και η Πρακτική σημασία της 124-128
5. Ιδιάζοντα προβλήματα στο χώρο του Ψυχιατρείου
και τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με
ψυχωτικές διαταραχές 129-140
6. Το άγχος στο Νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχια-
τρικού Νοσοκομείου 141-146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

1. Η Ψυχική Υγεία της Κοινότητας 147-151
2. Η Ομάδα Ψυχικής Υγείας
Ο Εθελοντισμός, Η Εκπαίδευση 151-157
3. Η Κοινότητα και ο Ψυχικά Ασθενής 158-162
4. Ο ρόλος της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας 162-163
5. Η προσωπικότητα και η εκπαίδευση της Νοσηλεύ-
τριας (του) για την συμβολή της (του) στον
Ψυχιατρικό τομέα 164-165

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

1. Η Τεχνολογία στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική 166-174

ΜΕΡΟΣ ΙΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1-5

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

1. ΑΝΔΡΕΣ

175-184

2. ΓΥΝΑΙΚΕΣ

185-195

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ

196-268

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

269-273

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

274-275

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο κατώφλι του 21ου αιώνα, σε μία περίοδο απροσδόκητων εξελίξεων και γενικευμένων μεταλλαγών μπορούμε ακόμη να μιλάμε για "τρέλα" χωρίς να θεωρηθεί ότι πάσχουμε από έναν αργοπορημένο ρομαντισμό ή μια δημαγωγική νοσταλγία ; Έχει άραγε σήμερα νόημα ένας λόγος για την τρέλα ; Υπάρχει χώρος για την καλλιέργεια ενός λόγου που αναφέρεται σε αυτή την οριακή "ανησυχητικά οικεία" για τον καθένα μας ανθρώπινη εμπειρία, και τις ορατές και άορατες συναρτήσεις της με μια συχνά αφόρητη κοινωνική πραγματικότητα ;

Ο λόγος περί τρέλας και κοινωνίας ανθούσε άλλοτε. Προς 30 περίπου ετών σε μια Ευρώπη της αμφισβήτησης που ζούσε την ανάπτυξη μιας χορείας αντιεξουσιαστικών κινημάτων. Η τρέλα τότε γινόταν εύκολα συνθηματολογικό φετίχ, μεταποιόταν ανέξοδα σε εργαλείο κοινωνικής κριτικής. Ο απόηχος των σουρρεαλιστών, το έργο του Φουκώ γύρω από την ιστορική καταγωγή της τρέλας, αλλά και ο θέσεις της υπαρξιακής φιλοσοφίας από τον Kierkegaard έως τον Heidegger και τον Sartre ενέπνευσαν την διατύπωση ριζοσπαστικά καινοτόμων θέσεων :

- Η τρέλα δεν είναι ένα ιατρικό αλλά ένα κοινωνικό γεγονός, απόρροια αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών.

- Η γλώσσα της τρέλας είναι αποκαλυπτική της παθολογίας των κοινωνικών δομών.

- Η ψυχιατρική επιστήμη, γνήσιος εκφραστής της άρχουσας ιδεολογίας, περιθωριοποιεί τον τρελό για να διατηρήσει αλώβητο το υπάρχον κοινωνικό status quo.

Η αλήθεια είναι ότι οι θέσεις αυτές μοιάζουν να έχουν χάσει ανεπιστρεπτή την όποια γοητεία και πειθώ τους.

Η εποχή της τιμωρίας της τρέλας έχει εκπνεύσει.

Διανύουμε την εποχή της ήπιας καταστολής της : των γλυκών και απαλών μεθόδων μεταχείρισης. Δεν τιμωρείται πλέον η παραφροσύνη, δεν καταστέλλεται, δεν εγκλωβίζεται απαραίτητα σε ασυλιακές δομές. Τα άσυλα μεταμορφώθηκαν σε ψυχιατρικά ή νοσηλευτικά καταστήματα, σε ψυχιατρικές μονάδες ενσωματωμένες σε Γενικά Νοσοκομεία.

Θα άξιζε, λοιπόν, να σταθεί κανείς απέναντι στο φαινόμενο τρέλα υιοθετώντας μια αρμόζουσα στάση, μια στάση απαλλαγμένη από ψευδοουμανιστικά κατάλοιπα, εξάρσεις ακτιβισμού, και εξιδονικευτικές παγίδες.

Με αυτή την έννοια η αναφορά στο λόγο της τρέλας είναι αναγκαία.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική όταν θεωρείται και πραγματοποιείται ως διαπροσωπικό έργο, προάγει την εκτίμηση, την επαλήθευση και αντιμετώπιση των προβλημάτων και αναγκών της υγείας του ασθενούς σε συγκεκριμένες περιστάσεις.

Η/Ο νοσηλεύτρια-ης δημιουργεί ή ίδια, διαπροσωπικές συνθήκες. Σε αυτές ο ασθενής συμμετέχει στη λύση των προβλημάτων του με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων και την βαθύτερη κατανόηση της πείρας της ασθένειας του.

Συνεπώς, είναι εμφανής ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, σε ένα μεγάλο τομέα της πορείας της κατάστασης του ψυχασθενή.

Είναι δυνατόν ο γιατρός να έχει τον κύριο λόγο στην διάγνωση και θεραπεία του ψυχασθενή αλλά χωρίς τη συμβολή της νοσηλεύτριας στην φροντίδα του ψυχικά ασθενή κάθε προσπάθεια επίτευξης της βελτίωσης της ψυχασθένειας είναι κατά το ήμισυ αδύνατη.

Πώς αντιμετωπίζει η νοσηλεύτρια τον ψυχικά ασθενή και κατά πόσο η προσφορά της έχει αντίκτυπο στην πορεία της ασθένειας είναι το κύριο θέμα που διαπραγματεύεται το θέμα της έρευνας αυτής.

Οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι το δυσκολότερο σημείο της εργασίας ήταν η αντιμετώπιση που είχαμε από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δυστυχώς, αν και η ψυχιατρική ως επιστήμη έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, ο παράγοντας άνθρωπος - νοσηλευτής έχει μείνει ανεπίτρεπτα στο παρελθόν. Ίσως, θα'πρεπε να επανεξετάσουμε το θέμα της προσωπικότητας όχι του ασθενή πλέον αλλά εκείνου που το νοσηλεύει.

Η μεταχείριση του ψυχασθενή δεν επιτρέπει λάθη. Απαιτεί υψηλό γνωστικό επίπεδο και άκρouto ενδιαφέρον προς

τον άρρωστο.

Μπορεί αυτά να ακούγονται απλά αλλά δεν είναι και τόσο εύκολα στην πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

1α. Διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς

Αν και γενικά υποστηρίζεται ότι οι επιδράσεις του περιβάλλοντος αρχίζουν μετά τη γέννηση, υποστηρίζεται ότι ενδομήτρια γεγονότα παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ατόμου. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι μια μητέρα που είναι ευτυχισμένη στην εγκυμοσύνη θα φέρει ευτυχισμένα παιδιά, ενώ αντίθετα μια ανήσυχη έγκυος θα φέρει ένα δυστυχισμένο παιδί. Θεωρείται ότι αυτό είναι αποτέλεσμα ορμονικών επιρροών. Π.χ. η έκχυση αδρεναλίνων. Σήμερα δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις γι' αυτό το επιχείρημα, γι' αυτό πρέπει κανείς να δεχθεί ότι οποιαδήποτε άποψη ακολουθηθεί μιλάει για επίδραση του περιβάλλοντος - είτε για τις σχέσεις με την οικογένεια αφ' ενός, είτε για τη βιομηχανική επίδραση κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης μέσα στη μήτρα αφ' ετέρου.

Ωρίμανση :

Είναι η διαδικασία της φυσιολογικής ανάπτυξεως και είναι απαραίτητη η αντίληψη ότι υπάρχουν όρια ηλικίας για την επίτευξη όλων των ικανοτήτων. Δεν μπορεί να δηλωθεί κατηγορηματικά ότι σε ένα συγκεκριμένο μήνα ή έτος το παιδί πρέπει να είναι ικανό να κάνει κάτι συγκεκριμένο.

Υπάρχουν αιτίες ανησυχίας μόνο όταν το παιδί αργεί να αποκτήσει όλες τις ικανότητες και χρειάζεται να το δει ο Παιδίατρος, ο οποίος μπορεί να διαγνώσει μια πιθανή διανοητική υποφυσιολογικότητα στο παιδί.

Η διδασκαλία και η εκπαίδευση πρέπει να περιμένουν τη διαδικασία της φυσιολογικής αναπτύξεως, αν αρχίσουν πολύ νωρίς θα αποτύχουν.

Ένα παιδί μαθαίνει να μιλά από μίμηση, κατ'αρχήν κάνοντας γουργουρητά χωρίς νόημα, μέχρι που στην ηλικία περίπου των τριών ετών έχει ένα εκτεταμένο λεξιλόγιο. Αυτή η διαδικασία μπορεί να επηρεασθεί από ανικανότητες, όπως η κώφωση ή έλλειψη επικοινωνίας από τους γονείς.

Στο νέο παιδί το παιχνίδι είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη των κοινωνικών φυσιολογικών και πνευματικών ικανοτήτων τους. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατ'αρχήν για ευχαρίστηση χωρίς μεγάλη έμφαση από εκπαιδευτής σκοπιάς, αν και τούτο δεν πρέπει να αγνοείται ολότελα. Το φυσικό παιχνίδι βοηθεί να αναπτυχθούν οι μυς και ο συντονισμός τους, εκλύει ενεργητικότητα και επιτρέπει κάποια ελευθερία εκφράσεων - αν το παιδί δεν έχει αυτή τη διέξοδο θα γίνει πιθανώς ευέξαπτο και θα έχει υπερένταση. Σε ηλικία 3 χρόνων γίνεται πιο κοινωνικό. Αν του στερηθεί η κοινωνική επαφή μπορεί να γίνει εγωϊστικό και αυταρχικό.

Ο Φρόυντ περιέγραψε τρεις φάσεις που περνούν τα παιδιά :

Την στοματική φάση, όταν το παιδί παίρνει ικανοποίηση δια της διεγέρσεως του στόματος, ιδιαίτερα όταν βυζαίνει την μάνα του. Η στέρηση αυτής της ικανοποίησης φέρει το βύζαγμα του δακτύλου ή το δάγκωμα των νυχιών του.

Την πρωκτική περίοδο όταν το παιδί ευχαριστείται με την αφόδευση - τούτο βέβαια μπορεί να είναι η απόρριψη ή η κατακράτηση των περιττωμάτων, και

Την γεννητική φάση όπου το παιδί βρίσκει ότι η διέγερση των γεννητικών του οργάνων είναι πηγή ευχαριστήσεως. Αυτό είναι παροδικό στάδιο και πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον αποσπά κανείς την προσοχή του

παιδιού μάλλον παρά να το τιμωρεί, πράγμα που μπορεί να δημιουργήσει αίσθημα ενοχής.

Αυτό τον καιρό το παιδί αναπτύσει προσκολλητικές τάσεις στο γονέα του αντίθετου φύλου. Αυτό είναι γνωστό σαν "Οιδιπόδιο σύμπλεγμα" για το αγόρι και σαν "σύμπλεγμα της Ηλέκτρας" για το κορίτσι.

Είναι απαραίτητο ο γονέας να είναι συνεπής στις δοσοληψίες του με το παιδί ώστε στην ηλικία των τεσσάρων το παιδί να ξέρει τι είδους συμπεριφορά είναι αποδεκτή και τι μη αν και πάντα θα δοκιμάζει τα όρια σε μια προσπάθεια να "κάμψει τους κανόνες". Πρέπει να του λέγεται, όταν είναι δυνατόν, γιατί μερικές πράξεις είναι ορθές και γιατί μερικές όχι.

Ο Γουίλιαμ Τζέημς, ο Ψυχολόγος, είπε το 1890 ότι για το παιδί το περιβάλλον είναι ένα μεγάλο μέρδεμα που βομβεί και μπουμπουνίζει.

Η αυτοπεποίθηση και η ασφάλεια είναι τα δύο μεγάλα αποκτήματα που οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αποκτήσουν. Η πείρα έχει δείξει ότι τα αισθήματα που τρέφει το παιδί για τον εαυτό του και το περιβάλλον του είναι η βάση των θέσεων που θα κρατήσει στη ζωή του.

Στην ηλικία των έξι οι ηθικοί κανόνες της πολιτιστικής ομάδας του πρέπει να έχουν εδραιωθεί στο παιδί.

Στα εννιά ή δέκα, το παιδί έχει φθάσει στην ηλικία της "ομαδικής φιλίας". Υπόκειται στις πιέσεις της ομάδας που διαμορφώνει το στυλ στα ρούχα και αναπτύσσει δικές της αντιλήψεις περί ορθού και εσφαλμένου.

Η Εφηβεία είναι η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και είναι περίοδος της ζωής που συμβαίνουν μεγάλες συγκρούσεις μέσα στο άτομο. Γίνεται ένα ξέσπασμα αναπτύξεως που κάνει την αυτο-αναγνώριση δύσκολη και

παράλληλα συμβαίνουν ψυχολογικές αλλαγές γρήγορα. Σε μια στιγμή ο έφηβος αισθάνεται "πολύ μεγάλος" και την άλλη στιγμή πολύ "ευάλωτος και ανασφαλής". Αυτό το στάδιο χρειάζεται πολύ προσοχή, υπομονή και κατανόηση από μέρους των γονέων.

Η ωριμότητα είναι η περίοδος της ήβης κατά την οποία ωριμάζουν οι γεννητικοί αδένες και αυτό μπορεί να συμβεί κάπου μεταξύ 9 και 19 ετών.

Στα αγόρια τα γεννητικά όργανα μεγαλώνουν γρήγορα. Η τριχοφυΐα, η σεξουαλική ικανότητα και η αλλαγή στη φωνή γίνονται δεκτά σαν σημάδια ανδρισμού. Η φυσική ωριμότητα στα κορίτσια φαίνεται από την ανάπτυξη του στήθους και την έναρξη της εμμήνου ρύσης που μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αναστάτωση.

Η ηλικία του ενήλικα, είναι ο καιρός του γάμου και της αναπαραγωγής, ενώ φτιάχνει την σταδιοδρομία του και κερδίζει τα προς το ζειν.

Η γονική υποστήριξη εξαφανίζεται και το άτομο εγκαθίσταται στην οικογενειακή ζωή και στην προσωπική σταθερότητα. Το άτομο είναι ανεξάρτητο, αλλά μπορεί να δεχθεί επίβλεψη και συμβουλές από 'κείνους που έχουν τα προσόντα να το κάνουν. Βλέπει τη ζωή ρεαλιστικά.

Η αισθηματική ωριμότητα δεν είναι συνώνυμος με την ενηλικίωση. Αναγνωρίζεται από το τι επιτυγχάνει μάλλον παρά από το τι είναι ο ίδιος καθ'αυτό. Πηγάζει από τις πρώτες εμπειρίες στη ζωή και εξαρτάται από το εσωτερικό αίσθημα ασφαλείας στην παιδική ηλικία. Το πλέον σημαντικό κριτήριο είναι η ικανότητα να αγαπά και να αγαπιέται.

Η μέση ηλικία φέρνει τις δικές της ικανοποιήσεις και προβλήματα. Είναι ο καιρός που ο άνθρωπος βλέπει τα αποτελέσματα της εργασίας του και τις αμοιβές του. Είναι ο καιρός να σκεφθεί πόσο καλά επέτυχε στα όνειρά του και

στις φιλοδοξίες του. Οι μεσήλικες είναι πιο υπομονετικοί με τους άλλους. Η ανησυχία της νεότητας έχει φύγει και υπάρχει λιγότερη επιθυμία για αλλαγές. Τα παιδιά έχουν φύγει απ'το σπίτι και η μητέρα αισθάνεται περιττή. Αν η ζωή της φαίνεται άνευ σκοπού, η κατάθλιψη μπορεί να είναι σοβαρή και να χρειάζεται θεραπεία.

Ο άνδρας αρχίζει να αντιμετωπίζει την προοπτική της συνταξιοδότησεως, οπότε αισθάνεται περιττός "κι άλλος ένας συνταξιούχος" χωρίς την αίγλη της θέσεως από την εργασία του.

Η συνταξιοδότηση επηρεάζει τον καθένα κατά διαφορετικό τρόπο. Άνδρες και γυναίκες πρέπει να προσαρμοστούν σε νέες σχέσεις όταν ο σύζυγος είναι στο σπίτι όλη μέρα.

Πολλοί σ'αυτό το στάδιο ονειρεύονται ένα "σπιτάκι στην εξοχή" σαν ιδεώδη αποχώρηση, αλλά αυτό πρέπει να προσεχθεί πολύ, ζυγίζοντας τα υπέρ και τα κατά μιας τέτοιας κίνησης.

Η συνταξιοδότηση για πολλούς μπορεί να είναι μια καρποφόρα περίοδος με νέα ενδιαφέροντα και νέες φίλεις. Με προσεκτικό σχεδιασμό μπορεί να είναι τόσο ευτυχισμένη και επιτυχής όσο και οποιαδήποτε άλλη περίοδος της.

2. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Προτού συζητήσουμε τις αιτίες των ψυχικών ασθενειών, θα δώσουμε τον ορισμό της ψυχικής υγείας η οποία έχει προσδιορισθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η "Πλήρης και αρμονική λειτουργία ολοκλήρου της προσωπικότητας".

Η προσωπικότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών

του ατόμου και ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνεται στους άλλους. Επηρεάζεται από παραγοντες όπως η κληρονομικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον στο σπίτι, στο σχολείο και αργότερα στην εργασία και στις σχέσεις με τους άλλους.

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περιόδους που αισθάνονται υπερδιέγερση ή δυστυχείς, αισθάνονται ευφορία ή ανησυχία αλλά είναι ικανοί να τροποποιούν αυτές τις συγκινήσεις μέχρι σημείου που να μη τους επιτρέπουν να επηρεάζουν την κρίση τους. Πράγματι, η έλλειψη αυτών των συγκινήσεων μπορεί να αποτελεί ένα είδος ανωμαλίας.

Μόνο με τη μελέτη της ψυχικής ασθένειας η νοσηλεύτρια μπορεί πραγματικά να φθάσει σε σημείο να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει την ψυχική υγεία πλήρως, διότι όταν βλέπει συμπεριφορά που μπορεί να θεωρηθεί ανώμαλη σκέπτεται ότι το άτομο είναι ψυχικά άρρωστο. Η ομαλότητα είναι δύσκολο να περιγραφεί με βάση την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια αλλά συνήθως θεωρείται ότι είναι συμπεριφορά αποδεκτή από την κοινωνία και τον πολιτισμό που ανήκει το άτομο. Η ψυχική υγεία εξαρτάται πολύ από το καλό οικογενειακό υπόστρωμα. Γι'αυτό οι γονείς θα πρέπει να διαλέγουν προσεκτικά την παρέα τους.

Η πρώτη παιδική ηλικία είναι περίοδος διάπλασης της ζωής του ατόμου. Η ψυχολογική ασφάλεια είναι το πλέον πολύτιμο ενεργητικό στοιχείο που μπορεί να εναποθηκευθεί μέσα σ'ένα παιδί. Από τις πρώτες ημέρες θα πρέπει να αναγνωρίζεται ως άτομο και να ενθαρρύνεται να εκφρασθεί επί διαφόρων πραγμάτων και να λαμβάνει μέρος στις οικογενειακές συζητήσεις. Αυτές είναι βασικές ψυχολογικές ανάγκες του ατόμου και είναι σπουδαίες σ'όλη τη ζωή του. Αν δεν ικανοποιηθούν θα είναι πολύ πιθανόν να παρουσιασθεί ψυχική ασθένεια.

Και άλλοι παράγοντες μπορούν να υπεισέλθουν στην

πρόκληση ψυχικής ασθένειας μεταξύ των οποίων ο πλέον σπουδαίος είναι η κληρονομικότητα, τραυματικές καταστάσεις, τοξικές καταστάσεις, μόλυνση, οργανική βλάβη του εγκεφάλου και παθολογικές αλλαγές στη λειτουργία του σώματος όπως είναι οι ενδοκρινολογικές διαταραχές.

2α. Παράγοντες κληρονομικότητας Παράδειγμα Γ.Ν.Π.

Οι παράγοντες αυτοί αποδείχθηκαν μάλλον συμπερασματικά ότι είναι αιτία τουλάχιστον μιας καταστάσεως, ειδικά η "χορεία του Χάντιγκτων" που μεταβιβάζεται από τον γονιό στο τέκνο και καταλήγει σε φυσική και πνευματική εκφύλιση του ατόμου. Δυστυχώς η εμφάνιση αυτής της καταστάσεως γίνεται στη μέση ηλικία και έτσι η γεννητική προστασία είναι ήδη αργά. Μπορεί να είναι πολύ επώδυνη στα παιδιά του ασθούς, ειδικά όταν αρχίζουν να εμφανίζουν σημάδια της αρρώστιας και να αντιλαμβάνονται τις επιπτώσεις τους.

Μερικοί επίσης θεωρούν ότι οι γεννητικοί παράγοντες είναι αιτία σχιζοφρένειας μανιοκαταθλιπτικής αρρώστιας και μιας μορφής προ-γεροντικής αννοίας. Πάντως, είναι πολύ δύσκολο να αποδειχθεί πλήρως επειδή δεν είναι εύκολο να συλλέγουν στοιχεία περί της ανθρώπινης κληρονομικότητας θα ήταν πολύ ανήθικη η παραγωγή των ανθρώπων πειραματικά.

Μερικές αυθεντίες θεωρούν ότι η προσωπικότητα του ατόμου παίζει αποφασιστικό ρόλο στον προσδιορισμό της μορφής που θα εξελιχθεί η ψυχική του αρρώστια. Ο Γιούγκ περιγράφει τις ακρότητες του χαρακτήρος ως ενδοστρέφεια και εξωστρέφεια. Ο εσωστρεφής είναι άτολμος, υποχωρητικός, μα ευτυχής που είναι ζωντανός. Τείνει σε καταστάσεις ανησυχίας, καταθλίψεως και άλλες νευρωτικές καταστάσεις. Ο εξωστρεφής χρειάζεται τη συντροφιά των άλλων, σπάνια

επιδεικνύει βάθος συναισθημάτων και είναι πιο πιθανόν να αναπτύξει υστερία.

Ορισμένες καταστάσεις ανευρίσκονται πολύ πιο συχνά στις γυναίκες, η πιο κοινή δε είναι η υστερία και η νευρωτική ανορεξία ενώ μερικές ορμονικές καταστάσεις μπορεί να συνδέονται με το φύλο όπως η υπερένταση προς την εμμηνόρρησης, διαταραχές του τοκετού όπως επιλοχική κατάθλιψη και ακούσια κατάθλιψη κατά την εμμηνόπαυση. Δεν είναι βέβαιο κατά πόσον σωματικές ή ψυχικές αλλαγές σε τέτοιες στιγμές προκαλούν αυτές τις καταστάσεις.

Το τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικές διαταραχές από την αρχή της διαδικασίας του τοκετού στη μεγάλη ηλικία.

Μερικά είδη διανοητικής ανωμαλίας είναι γνωστό ότι προκαλούνται από τραυματισμό στη γέννηση όταν ο εγκέφαλος συμπιέζεται επίμονα στον τοκετό δια μέσου του πολύ μικρού και περιορισμένου γεννητικού σωλήνος. Σε μεγαλύτερη ηλικία έχουν παρουσιασθεί πνευματικές αλλαγές σε ανθρώπους που τραυματίστηκαν στο κεφάλι σε τροχαία δυστηχήματα. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν πως αρκετά σοβαρή καταστροφή του εγκεφάλου από το μπόξ, μπορεί να είναι υπεύθυνη για αλλαγή της προσωπικότητας που οφείλεται σ'ένα είδος παραφροσύνης.

Οι τοξικές καταστάσεις είναι δυνατό να ευθύνονται για περιπτώσεις όπως το σύνδρομο του Κορσάκωφ που προκαλείται από το αλκοόλ, σκοτώνει ένα μεγάλο αριθμό εγκεφαλικών κυττάρων και έτσι περιορίζει την λογική και την μνήμη. Η συνεχιζόμενη δηλητηρίαση είναι επίσης γνωστό σε κοπελλούδες που χρησιμοποιούσαν συστατικά υδραργύρου στο ντύσιμο των περιγύρων των καπέλων εξ'ου και ο τρελλός καπελας στο "η Αλίκη στη χώρα των θαυμάτων".

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην Ψυχιατρική είναι το ότι οι ανάγκες για θεραπεία απορροφούν το

μεγαλύτερο μέρος των διαθέσιμων πόρων, αφήνοντας πολύ λίγα για την έρευνα των αιτιών των πνευματικών ασθενειών, η οποία είναι φοβερά αναγκαία για την πρόληψη των ασθενειών μάλλον παρά για την σημερινή θεραπεία των συμπτωμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

1. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ

Από απόψεις ψυχικής ομαλότητας δεν έχουμε μέσο τύπο ανθρώπου προς σύγκριση. Ούτε μπορούμε να ορίσουμε την ψυχική ανωμαλία ως κατάσταση, κατά την οποία ο άνθρωπος απομακρύνεται από τον ψυχικώς ομαλό τύπο. Το κριτήριο της ψυχικής ανωμαλίας αποτελεί η κατάσταση εκείνη η βλαπτική κατά την οποία υποφέρει πρώτα το άτομο, δεύτερον η κοινωνία και τρίτον και το άτομο και η κοινωνία. Ωστε το ανώμαλο ή όχι θα το κανονίσει η αξία της ατομικής απασχολήσεως και της ατομικής ζωής και όχι το στατιστικό μέτρο. Κάθε άτομο έχει την ιδιοσυστασία του και τη δική του ψυχική ανωμαλία. Φθάνουμε να δεχθούμε ότι όταν ένα άτομο ανταποκρίνεται στις ψυχικές ανάγκες του, έστω και αν έχει μια ψυχική ανωμαλία (π.χ. αστάθεια βουλήσεως) έχει όμως σκοπό στη ζωή του και προσπαθεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του, είναι ομαλό. Και αντιστρόφως είναι ανώμαλο το άτομο που βαδίζει χωρίς σκοπό και νόημα, διότι τότε γίνονται έκδηλα τα μικροσφάλματά του, αλλά και η έλλειψη ψυχικής συγκροτήσεως, επειδή δεν έχει συνείδηση του εσωτερικού του κόσμου.

Κάθε άτομο αναλόγως της αποστολής και των ικανοτήτων του σημειώνει μια ψυχική εξέλιξη. Διατάραξη της εξελίξεως αυτής επιφέρει διατάραξη και των επί μέρους ψυχικών λειτουργιών. Στις ψυχικές ανωμαλίες η βούληση είναι η λειτουργία που διαταράσσεται περισσότερο. Αλλά κυρίως διαταράσσεται και όλο το έργο της προσωπικότητας.

Η ψυχική ανωμαλία δεν είναι ακόμη ψυχικό νόσημα, δεν είναι κατάσταση ψυχοπαθούς. Απλώς ενδέχεται να οδηγήσει σε αυτή εάν παραταθεί, εάν ο άνθρωπος δεν έχει συνείδηση της

ελείψεως του αυτής και μια κατεύθυνση στη ζωή του. Δύσκολο, λοιπόν, να καθορίσουμε την ανώμαλη προσωπικότητα, εφόσον δεν μας ικανοποιεί ο μέσος όρος, όπως ακριβώς και στην ομαλή. Βασικά εκδηλώνεται πολλές φορές η ανωμαλία. Προκειμένου να ληφθεί μια μεγάλη απόφαση. Είναι άτομα αναποφάσιστα, αμφιβάλλουν για τα πάντα, μεταπίπτουν εύκολα από την ευθυμία στη μελαγχολία και κλεισμένοι στον εαυτό τους έχουν νοοτροπία πολλές φορές παιδαριώδη. Ζουν σε κόσμο ονείρων ο οποίος συγκρούεται με την πραγματικότητα, την οποία δεν θέλουν να καταλάβουν και δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στη ζωή τους. Ο Schneider λέει ότι ανώμαλα άτομα είναι ποικιλίας παρεκλίσεως, προς την ένταση ή προς την ύφεση από τον κανόνα της προσωπικότητας. Οι ανώμαλες προσωπικότητες δεν είναι είδη των ψυχικών νοσημάτων, ούτε κάτι το διάμεσο μεταξύ ψυχικής υγείας και νοσήματος. Πολλές φορές δεν διακρίνεται, εάν πρόκειται για την έναρξη του ψυχικού νοσήματος ή για την ανάρρωση. Η ανωμαλία είναι τόσο σύμφυτη, όπως ο ατομικός χαρακτήρας, η ιδιοσυγκρασία, η διανοητικότητα. Στις ανώμαλες προσωπικότητες τα ψυχικά γεγονότα δεν διαφέρουν από τα γεγονότα της ψυχικής υγείας.

Η Ψυχιατρική διακρίνει συνήθως τρεις ομάδες ανώμαλων ψυχικώς : 1. Τους απολύτως μειονεκτικούς. Αυτοί κατέχονται από την μειονεκτικότητα, ώστε δεν ανταποκρίνονται στον υπεύθυνο κανόνα. 2. Τους αντικοινωνικούς ή ακοινωνικούς, διαταράσσοντας την κοινωνική ειρήνη λόγω του εγωκεντρισμού τους. 3. Τους ψυχοπαθητικούς, οι οποίοι κατέχονται από έμμονες ιδέες. Ενδέχεται να υπάρχει ανάμιξη και των τριών αυτών τύπων. Στην πρόοδο της ψυχικής ανωμαλίας συντελεί το ότι από την παιδική ηλικία του ατόμου αναπτύσσεται αυτή χωρίς φραγμό. Πρέπει όμως να γίνει διάκριση μεταξύ εξελίξεως, παθολογικής επεξεργασίας, φάσεως και ώσεως ή κύματος. Η ψυχική εξέλιξη φέρνει τον πλουτισμό και την

αύξηση του ψυχικού κόσμου, μπορεί να προέρχεται και από εξωγενείς αντιδράσεις. Κατά την παθολογική επεξεργασία γίνεται επεξεργασία νοσηρών συμπτωμάτων και αντιδράσεων, η οποία οδηγεί σε μόνιμη ή παροδική διαταραχή της ψυχικής σφαίρας. Κατά την φάση, η ψυχική σφαίρα διέρχεται μια ορισμένη σε ωρισμένο χρονικό διάστημα ανώμαλη ψυχική κατάσταση. Κατά την ώση ή το κύμα επέρχεται μια νοσηρή ψυχική κατάσταση η οποία εγκαθίσταται μάλλον αιφνίδια και με τάση υποχώρησης.

2. ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

A. Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες και διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανένας ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει τρέλα. Οι ψυχώσεις και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν, διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό όσο κανένα άλλο ψυχιατρικό φαινόμενο. Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μία άλλη πραγματικότητα ότι η σκέψη του, τα συναισθημάτά του και η συμπεριφορά του υπακούουν σε μίαν εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκτήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Και, κάτι το παθογνομικό, ο άνθρωπος που εκδηλώνει τέτοια συμπτώματα δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα. Έχει την πεποίθηση ότι το τρόπο με τον οποίο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν. Είναι τόσο βέβαιος γι' αυτό, ώστε κανένα επιχείρημα ή απόδειξη να μην μπορεί να τον πείσει ότι δεν είναι έτσι όπως εκείνος αισθάνεται και πιστεύει.

Οι ψυχωτικές διαταραχές διακρίνονται σε οργανικές και σε λειτουργικές. Εκείνο που διακρίνει τη μεν από τις δε είναι η παρουσία ή όχι κάποιας συγκεκριμένης βλάβης στην ουσία του εγκεφάλου. Θεωρητικά, οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή, ψυχωτική ή μη, θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποια οργανική, βιοχημική ή άλλη εγκεφαλική δυσλειτουργία. Αλλά εφόσον δεν υπάρχει ιστοπαθολογική ανωμαλία, η διαταραχή θεωρείται ως λειτουργική.

Όταν σε μια λειτουργική ψύχωση κυριαρχεί το νοητικό στοιχείο, δηλαδή όταν η ψυχική διαταραχή αφορά τη σκέψη του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του, γίνεται λόγος για σχιζοφρένεια. Όταν κυριαρχεί το συναισθηματικό στοιχείο, δηλαδή όταν η διαταραχή αφορά τα συναισθήματα του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται τον κόσμο γύρω του, τότε μιλάμε για μια συναισθηματική ψύχωση - κατάθλιψη, μανία ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Κατά κανόνα, τόσο μια σχιζοφρενική όσο και μια συναισθηματική ψύχωση συνοδεύονται από διαταραχές συμπεριφοράς. Αλλά όπως είναι φυσικό, η συμπεριφορά αυτή καθοδηγείται από τις ιδέες και τα συναισθήματα που κυριαρχούν στην εμπειρία του αρρώστου.

B. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1. Η φύση της διαταραχής

1α. Ορισμός

"Η μεγάλη αυτή κατηγορία περιλαμβάνει μια ομάδα από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Οι διαταραχές της σκέψης εκφράζονται με μεταβολές στον σχηματισμό εννοιών που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και μερικές φορές σε παραγωγή παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που πολύ συχνά φαίνεται να ασκούν έναν ψυχολογικό αυτοπροστατευτικό ρόλο. Οι μεταβολές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές, μειωμένες και απρόσφορες συναισθηματικές απαντήσεις και απώλεια της Ψυχοσυναλλακτικότητας.

Την συμπεριφορά την χαρακτηρίζει πολλές φορές η απόσυρση, η επαναγωγή (σε παιδικά πρότυπα) και η παραδοξότητα. Οι σχιζοφρένειες στις οποίες η παρούσα ψυχική κατάσταση αποδίδεται κατά κύριο λόγο σε διαταραχές της σκέψης διαχωρίζονται από τις μείζονες συναισθηματικές παθήσεις, στις οποίες κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος.

Οι παρανοειδείς καταστάσεις διακρίνονται από την σχιζοφρένεια, από το γεγονός ότι χαρακτηρίζονται από την περιορισμένη αλλοίωση της πραγματικότητας και από την απουσία άλλων ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Αυτός είναι ο ορισμός που τελικά επέλεξε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στην τελευταία αναθεώρηση του πίνακα των Ψυχικών Νόσων του 1968. Δεν διαφέρει παρά ελάχιστα στην λεκτική διατύπωση από τον αντίστοιχο ορισμό

της Διεθνούς Επιτροπής Ονοματολογίας της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας. Είναι φανερό η προσπάθεια απ'τους συντάκτες να αποφύγουν αιτιοπαθογενετικές ερμηνείες ή αναφορές στην πορεία και θεραπεία. Μια προσπάθεια που αποσκοπεί με την ουδετερότητα της περιγραφής να εξασφαλίσει γενικότερη αποδοχή. Όμως όπως είναι φανερό, δεν εξαντλεί ούτε καν περιγραφικά το πρόβλημα της σχιζοφρένειας. Ένα πρόβλημα τεράστιας επιστημονικής, ιατρικής και κοινωνικής σημασίας.

Η σχιζοφρένεια κατέχει κεντρική θέση στο φάσμα των ποικίλων ψυχικών διαταραχών. Η συχνότητά της, οι ηλικίες που προσβάλλει, η διάρκειά της, οι επιπτώσεις της στην προσωπικότητα του ατόμου και στο κοινωνικό σύνολο, το ανεξιχνίαστο της αιτιολογίας της, αποτελούν παράγοντες που καθιστούν το πρόβλημα της σχιζοφρένειας ένα από τα πιο καυτά και πολυσυζητημένα θέματα του καιρού μας. Γύρω απ'αυτό συνενώνονται οι προσπάθειες τόσο διαφορετικών κλάδων της επιστήμης όπως η Ιατρική, η Ψυχολογία, η Κοινωνιολογία και η Βιολογία και αναλύεται ένα σημαντικό μέρος του οικονομικού και πνευματικού δυναμικού της ανθρωπότητας. Η σχιζοφρένεια αποτελεί ακόμα το πεδίο δοκιμής όπου ελέγχεται η ερμηνευτική και προβλεπτική αξία των διαφόρων επιστημονικών υποθέσεων. Σ'αυτό το πεδίο κρυσταλλώνονται οι θεωρητικές αντιθέσεις και διαφοροποιούνται οι Ψυχιατρικές σχολές. Σ'αυτό τελικά θα αποδειχθεί ποιά ή ποιές απ'αυτές τις σχολές θα έχουν τη δυνατότητα να επιβιώσουν.

Οι δυσχέρειες που συνυφαίνονται με το πρόβλημα "Σχιζοφρένεια" καλύπτουν όλους τους τομείς (διαγνωστικό, αιτιοπαθογενετικό, θεραπευτικό) και κάνουν τη φυσιολογία της παθολογικής αυτής καταστάσεως ρευστή, σχεδόν πρωτεϊκή όταν τα κλινικά της χαρακτηριστικά απομακρύνονται

σημαντικά από την "τυπική περίπτωση". Έτσι δικαιολογείται το γεγονός ότι στη νοσολογική αυτή κατηγορία απαντιέται τόσο συχνά ο όρος "άτυπη" ή "μεθοριακή" περίπτωση. Έτσι δικαιολογείται και το γεγονός ότι ακόμα και σήμερα εξακολουθεί η διαμάχη αν η σχιζοφρένεια είναι νόσος, σύνδρομο ή αντίδραση, αν είναι μια ενιαία νοσολογική οντότητα ή συμπλεγμα νόσων.

1β. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Γενικά, παραδεχόμαστε ότι η σχιζοφρένεια είναι μια από τις ψυχώσεις, που διατηρούν διαυγή τη συνείδηση και δεν έχουν άμεση σχέση με οργανική εγκεφαλική βλάβη ή ανεπάρκεια, χαρακτηρίζεται, από μια αποδιοργανωμένη σκέψη, ένα ανάρμοστο συναίσθημα και μια ασυνεπή συμπεριφορά. Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια, διάκριση που έκανε πρώτος ο Αρεταίος στα ελληνιστικά χρόνια και που αφορά φαινομενικά την ένταση και διάρκεια των συμπτωμάτων της. Αλλά στις μέρες μας η διαφορά αναφέρεται σε κάτι πιο ουσιαστικό, αφού έχει φτάσει να ταυτίζεται με μια καλοήθη και μια κακοήθη μορφή της διαταραχής, γνωστές ως αντιδραστική σχιζοφρένεια και διαδικαστική ή πυρηνική σχιζοφρένεια. Η αντιδραστική μορφή εισβάλλει απότομα και εντυπωσιακά, ενδεχομένως ως συνέπεια κάποιας ψυχοπνευστικής εκλυτικής συγκυρίας, διαρκεί μερικές εβδομάδες ή μήνες το πολύ και μπορεί να μην εμφανιστεί ξανά ή να εμφανίζεται περιοδικά, λίγο πολύ με τον ίδιο τρόπο, υποχωρώντας χωρίς να αφήνει φανερά κατάλοιπα ή να εμποδίζει την ατομική εξέλιξη του ατόμου. Αντίθετα, η διαδικαστική σχιζοφρένεια είναι αργή, ύπουλη στην έναρξή της, βαθμιαία στην εξέλιξη των συμπτωμάτων της και καταλήγει σε μια χρόνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από μια πνευματική ή συναισθηματική

αναπηρία.

1γ. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα τελευταία χρόνια στην Αμερική, προπάντων, έχουν αναπτυχθεί διάφορα περιγραφικά συστήματα, που βασίζονται σε στατιστικά επεξεργασμένα κριτήρια και στοχεύουν σε μια πιο αξιόπιστη διαγνώση της σχιζοφρένειας, χωρίς την ανάμειξη κάποιας θεωρίας. Χρησιμοποιούν διάφορα συμπτώματα, ο αριθμός ή η ποικιλία των οποίων καθορίζει τη διαγνωστική τους εμβέλεια. Αξιοσημείωτα για την ερευνητική τους δραστηριότητα είναι τα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια του Σπίτσερ και συνεργατών του, που ενσωματώθηκαν στα Διαγνωστικά Κριτήρια του ΔΣΕ-III, ο Δείκτης Σχιζοφρένειας του Νιού Χέιβεν, τα ευλύγιστα κριτήρια των Κάρπεντερ και Στράους και τα κριτήρια του Σαϊντ Λούις ή Φείνερ. Ανάλογη είναι η μεθοδος της Διεθνούς Προκαταρκτικής Μελέτης της Σχιζοφρένειας που έχει χρησιμοποιήσει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε εννέα χώρες του κόσμου. Ένα από τα κύρια Ευρήματα της Εργασίας αυτής είναι ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να αναγνωριστεί παντού με τα ίδια κριτήρια ή ότι πιο ειδικά υπάρχει ένα "πυρηνικό σύνδρομο" που περιλαμβάνει ακουστικές ψευδαισθήσεις, διαταραχές της σκέψης ή απώλεια της βουλήσεως, και χαρακτηρίζει πάνω από 95% των αρρώστων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Από την άλλη μεριά, γίνονται διάφορες προσπάθειες να περιγραφούν σχιζοφρενικές καταστάσεις με βάση κάποια εργαστηριακή, βιοχημική ή νευροφυσιολογική παράμετρο - π.χ. μια χαμηλή δραστηριότητα της μονοαμινοξειδάσης στα αιμοπετάλια. Τέτοιες προσπάθειες χαρακτηρίζονται από δύο προβλήματα : αρρώστοι με ίδιες οργανικές ανωμαλίες ή

ανεπάρκεια με σχιζοφρενικούς αρρώστους, ενώ η ίδια ανωμαλία ή ανεπάρκεια δεν υπάρχει σε όλους τους σχιζοφρενείς. Η μέθοδος, ωστόσο, θα μπορούσε να επιτρέψει μια διάγνωση περ από παραδοσιακές ψυχιατρικές κατηγορίες, όπως οι σχιζοφρενικές, συναισθηματικές ή άλλες διαταραχές.

2. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο και όπως έχει επισημανθεί ήδη, τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ανωμαλίες τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, στην προσωπική ταυτότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στην συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν αναλογα με τη σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντικές, κατω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή.

2α. Ιδιομορφία της σκέψης

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει, τουλάχιστον δυνητικά μια διανοητική διαταραχή, που μπορεί να παρει τη μορφή παράληρήματος, ψευδαισθήσεων ή καποιας χαρακτηριστικής ιδιομορφίας στον τρόπο σκέψης. Πολύ συχνά ο τροπος με τον οποίο σκέπτεται ο σχιζοφρενής εμφανίζει μια ιδιαίτερη ανωμαλία, μια βασική διαταραχή της σκέψης όπως λέμε για να τη διακρίνουμε από τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης. Η πιο συχνή και κατά τον Μπλόυλερ παθογνωμονική μορφή μιας τέτοιας διαταραχής είναι η χάλαση των

συνειρμών. Οι ιδέες διαδεχονται η μια την άλλη χωρίς φανερή λογική σχέση ή με μια σύνδεση εντελώς συμπτωματική, χωρίς αυτός που μιλάει ή γράφει να έχει συναισθηση της ασυναρτησίας του. Άλλες φορές η σκέψη, όπως εκφράζεται φαίνεται λογική, αλλά στο τέλος ο ακροατής μένει με το συναίσθημα ότι δεν ειπώθηκε τίποτα το συγκεκριμένο. Η συστηματική χρήση νεόκοπων λέξεων ή εκφράσεων (νεολογισμών), η εμμονή στις ίδιες ιδέες ή λέξεις (ιδεοληψία), η συναρτηση λέξεως που απλώς έχουν την ίδια κατάληξη, το απότομο σταμάτημα μιας σκέψης στη μέση χωρίς προσπάθεια να διατυπωθεί αλλιώς, η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (στερεοτυπία) είναι μερικά ακόμα παραδείγματα του παθολογικού φαινομένου που ονομάζουμε βασική διαταραχή της σκέψης.

2β. Παραλήρημα

Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, παρ'όλο που είναι φανερό ότι δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα. Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως, στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι μας ενοχλούν με απειλές (παραλήρημα καταδιώξεως) στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι, συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας και τις ενέργειές μας (παραλήρημα ελέγχου · στην ιδέα ότι είμαστε προικισμένοι με κάποια μοναδική ιδιότητα (παραλήρημα μεγαλείου) · στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγηστο ή καταστροφικό στο σώμα μας (σωματικό παραλήρημα) και άλλες παρόμοια απίθανες ιδέες. Αυτές οι φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργάνωτες, απλές ή πολύπλοκες, λογικοφανείς ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές, χωρίς

καμιά απολύτως σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μια ανασφάλεια του εγώ, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί ο κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του εγώ. Χαρακτηριστικά και αντίθετα με τις έμμονες ιδέες του ψυχαναγκαστικού αρρώστου, το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον με έναν τρόπο ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό ή υποτιμητικό για τον άρρωστο, σπανιότερο και εμμέσως υποστηρικτικό. Σε ελαφρότερες περιπτώσεις, ο άρρωστος μπορεί απλώς να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιου ανθρώπων, που τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται, παρά σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του.

2γ. Ψευδαισθήσεις

Από τις πιο εντυπωσιακές διαταραχές της αντίληψης, η ψευδαίσθηση δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια ακραία μορφή παραληρήματος. Όταν η παραληρητική φαντασίωση γίνεται ιδιαίτερα έντονη, χάνει τη διανοητική της μορφή και μετατρέπεται σε εμπειρία, παίρνοντας μια ή περισσότερες από τις αισθητήριες διαστάσεις - ακουστική, οπτική, απτική, οσφρητική. Ο άρρωστος δεν νομίζει απλώς ότι τον καταδιώκουν, αλλά ακούει λόγια απειλητικά, τις δικές του σκεψεις σαν να προέρχονται από το περιβάλλον, εξωτερικευμένες. Φαντάζεται πως βλέπει όντα που τον απειλούν καθώς απευθύνεται σε φανταστικά πλήθη, παρασταίνοντας τον εαυτό του ως Μεγάλο Ναπολέοντα ή Χριστό. Αισθάνεται στο σώμα του τον ηλεκτρικό ερεθισμό μηχανών που ενεργούν από μακριά και που μπορεί να τις περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια. Αισθάνεται τη γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται πως του έχουν ρίξει στο φαγητό του

για να τον δηλητηριάσουν.

Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποιά προσφέρεται καλύτερα στην έκραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, γι' αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος - φωνές που αντανakλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρινοντάς τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στο εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο του ατόμου που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ. Απαγορευτικές, επιτακτικές και απειλητικές φωνές είναι σαν να έχονται από έξω, όπως καποτε η φωνή των γονέων, πρώτου αποπροσωποποιηθεί μέσα στη φωνή της συνειδήσεως του υπερεγώ. Το φαινόμενο είναι ένα παράδειγμα της τάσης που υπάρχει στη σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί καλά να διασπώνται και να εξωτερικεύονται και πάλι.

Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαίσθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. Την άποψη αυτή διατύπωσε πρώτος ο Φρόυντ και παραδέχτηκε ο Μπλούλερ προκειμένου για τη σχιζοφρένεια όπου τόσο οι ψευδαισθήσεις όσο και το παραλήρημα αποτελούν δευτερογενή συμπτώματα οφειλόμενα στη διαταραχή του συνειρμού, την οποία ο Ελβετός ερευνητής θεώρησε υπεύθυνη για τη δυσκολία επαφής με την πραγματικότητα που χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενικούς αρρώστους.

26. Συναίσθημα

Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανένας τη σκέψη από το συναίσθημα και όσο παράδοξο και αν ακούγεται, δεν ξερει κανένας ποιο έρχεται πρώτο, η σκέψη ή το συναίσθημα. Κατά την κλασική θεωρία Τζαίημς-Λάνγκσλεη, όταν ακούσουμε ότι πεθανε ένα αγαπητό μας πρόσωπο κλαίμε πρώτα και ύστερα λυπόμαστε.

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται να αισθάνεται το αντίθετο από αυτό που λέει πως αισθάνεται ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα μ'αυτά που λέει, όπως π.χ. όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξένοιστα. Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά χωρίς φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχη, φωνάζοντας οργισμένα. Παραδόξως, τα αντιψυχωτικά φαρμακα, ενώ έχουν μια ενεργητική επίδραση πάνω στη σκέψη και αντίληψη του σχιζοφρενικού άρρώστου, τείνουν να ισοπεδώνουν τα συναισθήματα και την εκφραστική τους ικανότητα.

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της άρρώστιας, που βασικά εκφράζει τη λεγόμενη διαδικαστική ή χρόνια μορφή της, παρατηρείται μια απουσία ή φτώχεια συναισθήματος, που συνοδεύεται συνήθως από μια ανάλογη διαταραχή στο συναίσθημα του χρόνου. Ο άρρωστος παραπονιέται ότι ο καιρός σταμάτησε να κυλάει, ότι τα λεπτά, οι ώρες, οι ημέρες της ζωής του είναι σαν να διαρκούν χρόνια, αιώνες.

2ε. Βούληση

Η συναισθηματική άμβλυνση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε έξω από τον εαυτό του, εμποδίζοντάς τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και γενικά να κάνει τη δουλειά του σωστά, με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά-σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει τη θέλησή του και την ικανότητα να πάρει οποιαδήποτε απόφαση.

2στ. Συμπεριφορά

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μια προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Καθώς η επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, η συμπεριφορά του επίσης αλλάζει, συνήθως σιγά-σιγά, ανεπαίσθητα, προοδευτικά αν και καμιά φορά εντελώς ξαφνικά. Εμφανίζεται μια νευρικήτητα, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα, οι ώρες αναπαύσεως και η διάρκεια του ύπνου μικραίνουν ή μακραίνουν αντίστοιχα. Εμφανίζεται μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων, μια βαθμιαία κοινωνική απόμόνωση, που πολλές φορές συνοδεύεται από αδέξιες, προσβλητικές ή επιθετικές εκφράσεις, αδικαιολόγητα γέλια ή κλάματα και γενικά μια αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά.

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογενειάς του, τους φίλους του, τους συμμαθητές του γίνονται δύσκολες,

προβληματικές και από τη μια στιγμή στην άλλη μπορούν να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζώντας με τη φαντασία του, μη δίνοντας πια καμία προσοχή στον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του.

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική και αυτό από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Η δυσκολία αρχίζει από τη διαγνώση της διαταραχής, δυσκολία που οφείλεται κυρίως στο μυστήριο της αιτιολογίας της και περνάει στην εκτίμηση της εκτάσεως του προβλήματος - την επιδημιολογία του - για να καταλήξει στη δυσκολία να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και κοινωνικά.

Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του Πολιτισμού. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πούλιτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Από την άλλη μεριά είναι αλήθεια ότι η έκφρασή της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωρισθεί ως σχιζοφρένεια.

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωση της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία για πρώτη ή για πολλαπλή φορά, και ο άρρωστος να νοσηλεύεται ή όχι κατά την περίοδο που ερευνά μια μελέτη ή

να μην έχει νοσηλευτεί ποτέ.

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

4α. Γενετική υπόθεση

Με βάση στατιστικές μελέτες ατόμων που έχουν στενή συγγένεια αίματος με σχιζοφρενικούς αρρώστους, συνήθως γονέων και αδελφών, υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένας κληρονομικός παράγοντας που, χωρίς να είναι ούτε ο μόνος ούτε ο πιο σημαντικός, προδιαθέτει στην εμφάνιση της σχιζοφρενικής διαταραχής.

Αξιοσημείωτη ως μέθοδος για τη διερεύνηση της γενετικής υποθέσεως είναι η μελέτη των μονοζυγωτικών διδύμων, που εφαρμόστηκε από τον Κάλμαν στη Γερμανία. Ακόμα πιο αξιόπιστη είναι η μελέτη βιολογικών και θετών συγγενών σχιζοφρενικών αρρώστων που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία και μεγάλωσαν μακριά από τους βιολογικούς γονείς τους, όπως εφαρμόστηκε πιο πρόσφατα από τους Αμερικανούς ερευνητές Κέτυ, Ρόζενθαλ και Ουέντερ στη Δανία. Με βάση λεξιαρχικά έγγραφα, που επιτρέπουν τον έλεγχο της τυχόν παθογόνου επιδράσεως ανατροφής και γενικά του περιβάλλοντος, η έρευνα αυτή έδειξε ότι εκείνο που μεταδίδεται δεν είναι η σχιζοφρένεια, αλλά ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας, που αρχίζει από τη σχιζοφρένεια και καλύπτει μια σειρά οριακών διαταραχών ως τον αλκοολισμό.

Υπάρχει η άποψη ότι η διαταραχή οφείλεται σε ένα μοναδικό γονίδιο ενδιάμεσης διεισδυτικότητας ή σε μια ποικιλία από γονίδια με διαφορετική ισχύ. Κατά την άποψη αυτή ο γονότυπος χαρακτηρίζεται από κάποιο μεταβολικό λάθος, που δεν έχει ακόμα αποκαλυφθεί και που οδηγεί στη σχιζοφρενική διαταραχή.

4β. Οργανικές ή Παθοφυσιολογικές Υποθέσεις

Υπάρχουν διαφορές παθοφυσιολογικές υποθέσεις, περισσότερο ή λιγότερο λογικοφανείς, που ζητούν να εξηγήσουν το φαινόμενο της σχιζοφρένειας ως εκδήλωση κάποιας μορφολογικής ή λειτουργικής ανωμαλίας οργάνου ή οργανικού συστήματος του ατόμου. Ιστοπαθολογικές και ηλεκτροεγκεφαλογραφικές έρευνες αποσκοπούν στην αναγνώριση κάποιας λοιμώξεως (πιθανόν κατά την ενδομήτρια ή περιγεννητική περίοδο από ιό με επώαση μακράς διάρκειας) ή στη διαπίστωση κάποιας τραυματικής, κυκλοφοριακής ή εκφυλιστικής αλλοιώσεως του εγκεφάλου. Από την άλλη μεριά βιοχημικές αναλύσεις ζητούν να εντοπίσουν τα αίτια της σχιζοφρενικής δυσλειτουργίας σε κάποια ποσοτική ή ποιοτική διακύμανση ενζυματικών, ορμονικών ή άλλων αναλογων ουσιών, που επιδρούν επάνω στους νευροϋποδοχείς και γενικά στο μηχανισμό της συναπτικής μεταβιβάσεως.

Άλλες λιγότερο επεξεργασμένες υποθέσεις βιολογικές αναφέρονται σε ενζυματικές ανωμαλίες ή στην παραγωγή κάποιας σχιζοφρενογόνου πρωτεΐνης, στη δράση των ενδορφινών ή σε κάποια αυτοανοσιολογική ανεπάρκεια.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε νευροψυχολογικές ανωμαλίες ή ιδιομορφίες, που αντανakλούν στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής και γενικά, στην προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου.

4γ. Ψυχολογικές θεωρίες

Χαρακτηριστική είναι η θεωρία του Μέντνικ, κατά την οποία η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μιαν αγχώδη διάθεση, που ο εθισμός δεν καταφέρνει να την αποδυναμώσει αρκετά γρήγορα. Η διάθεση αυτή μπορεί να είναι είτε κληρονομική

είτε επίκτητη. Όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, τα ερεθίσματα του εξωτερικού και εσωτερικού κόσμο ενός τέτοιου ατόμου γενικεύονται, παύοντας να ξεχωρίζουν το ένα από το άλλο, κάτι που προκαλεί περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου. Μια τέτοια κλιμάκωση άγχους και γενικεύσεως ερεθισμάτων οδηγεί τελικά σε μια σχιζοφρενική κρίση. Με την απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να βρει απομακρυσμένους συνειρμού σκέψης, έτσι ώστε να αποφύγει ή να μειώσει το άγχος του, επέρχεται μια αποσύνθεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του, δηλ. μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια.

Ουσιαστικά ψυχολογική στην αντίληψη της είναι η άποψη του Μάνφρεντ Μπλόυερ, για πολλά χρόνια διευθυντή της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης όπως και ο πατέρας του. Κατά την άποψη αυτή δεν υπάρχουν οργανικές βλάβες, παθολογικά γονίδια ή ειδικοί παράγοντες στο περιβάλλον του αρρώστου που να εξηγούν τη διαταραχή. Η τάση για τη σχιζοφρένεια σ'ένα οποιοδήποτε άτομο υπάρχει στα κληρονομημένα του γονίδια, που αν και ομαλά αυτά καθεαυτά σχηματίζουν ένα δυσαρμονικό σύνολο έτσι ώστε, καθώς το άτομο αναπτύσσεται, να δημιουργείται μια ασυμφωνία μεταξύ της προσωπικότητας του και της κοινωνικής του εμπειρίας. Όταν η ασυμφωνία αυτή φτάσει σε ένα κρίσιμο επίπεδο, ο άρρωστος εγκαταλείπει την προσπάθεια να τη διορθώσει, στρεφόμενος προς τον κόσμο της φαντασίας και του αντισμού που χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια.

46. Ψυχαναλυτική Άποψη

Η ψυχαναλυτική άποψη υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχογενής λειτουργική διαταραχή, συγκεκριμένα

μια διαταραχή των λειτουργιών του εγώ, που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του ενδιαφέροντος του ατόμου από το περιβάλλον του στον εαυτό του.

Κατά την ψυχαναλυτική θεωρία, κάθε ψυχογενής διαταραχή έχει την προέλευσή της σε κάποια τραυματική εμπειρία της παιδικής ηλικίας που υποβόσκει μέσα στο ασύνειδο χωρίς να προξενεί φανερές ή σοβαρές ενοχλήσεις, ως τη στιγμή που ειδικές συγκυρίες θα την αναζωπυρώσουν, προκαλώντας άγχος και, σε αντιπερισπασμό, ψυχιατρικά συμπτώματα. Κατά πόσο το ασύνειδο πρόβλημα της παιδικής ηλικίας θα εξελιχθεί σε μια ψυχωτική διαταραχή σαν τη σχιζοφρένεια εξαρτάται από το στάδιο αναπτύξεως στο οποίο βρισκόταν το νεαρό άτομο όταν προτοεμφανίστηκε το τραύμα ή η ψυχική διαμάχη και ο εντοπισμός ή καθήλωση ενός μέρους του ψυχισμού του που προκαλεί μια τάση για παλινδρόμηση στο στάδιο αυτό.

Μέσα στα εξελικτικά στάδια που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη οντογένεση δημιουργείται η ψυχική δομή - που χαρακτηρίζεται από το εγώ το υπερεγώ, και το εκείνο. Η στερεότητα της ψυχικής αυτής δομής, πάνω στην οποία θα στηριχτεί η ψυχική ισορροπία του ατόμου αργότερα εξαρτάται από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, που δίνουν υπόσταση στην εμπειρία του. Στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού πρωτεύοντα ρόλο παίζει η μητέρα. Από τις αγαθές σχέσεις μητέρας - παιδιού, ξεκινώντας από την πρώτη επαφή τους αμέσως μετά τη γέννησή του, δημιουργούνται οι βάσεις της ψυχικής δομής του ανθρώπου και οι προϋποθέσεις για μια ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητάς του. Εάν οι πρώτες αυτές σχέσεις δεν είναι καλές, δημιουργείται μια τραυματική εμπειρία, με άσχημες επιπτώσεις, για την ποιότητα της ψυχικής δομής του παιδιού. Συγκεκριμένα οι λειτουργίες του εγώ και του υπερεγώ δεν έχουν τη δύναμη να ελέγξουν την

αυξημένη επιθετικότητα του παιδιού, προδιαθέτοντάς το για τη σχιζοφρένεια, εφόσον η τραυματική εμπειρία εντοπίζεται μέσα στη στοματική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης.

Το ομαλό, ψυχικά ισορροπημένο άτομο καθοδηγείται από την κρίση του, μια από τις πιο βασικές λειτουργίες του εγώ. Όταν το εγώ του ατόμου είναι αδύνατο, όπως συμβαίνει στη σχιζοφρένεια, το υπερεγώ έρχεται στην επιφάνεια με έναν αυταρχικό, απαγορευτικό τρόπο, που θυμίζει τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του και προπάντων τον πατέρα τον καιρό που το υπερεγώ αρχίζει να διαμορφώνεται ως ψυχολογική δομή.

Κατά πόσο η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κάποια παιδική τραυματική εμπειρία, που αφήνει την ψυχική δομή ελλειμματική ή σε κάποια λανθάνουσα ενδοψυχική διαμάχη, που κάνει την ψυχική δομή ευάλωτη, είναι ένα αμφιλεγόμενο σημείο στην ψυχαναλυτική θεωρία, κάτι που έχει σημασία για την πρόγνωση της σχιζοφρένειας και την αποτελεσματικότητα μιας ψυχοθεραπευτικής αγωγής.

4ε. Οικογένεια και Επικοινωνία

Το Οικογενειακό Περιβάλλον, ανεξάρτητα από τον κληρονόμικό παράγοντα και πέρα από ψυχολογικά τραύματα στην νηπιακή ηλικία, έχει αποφασιστική επίδραση στη δημιουργία ενός σχιζοφρενικού ατόμου.

Έχει παρατηρηθεί ότι μητέρες σχιζοφρενικών ατόμων ασκούν μια κυριαρχική επιρροή επάνω στις υποθέσεις της οικογένειας, υποσκελίζοντας τον πατέρα στα παραδοσιακά καθήκοντά του. Εκείνος μπορεί να διατηρεί την ευθύνη, αλλά μόνο κατ'επίφαση, παραμένοντας ουσιαστικά αμέτοχος στις αποφάσεις που αφορούν τα διάφορα μέλη της οικογένειας μακρινός και αδιάφορος ή ανίσχυρος να επιβάλει τη θέλησή

του. Κάτι ανάλογο συμβαίνει με τη συμπεριφορά της μητέρας προς το παιδί, που υποτίθεται ότι έχει το δικαίωμα και την ελευθερία να αποφασίζει για τον εαυτό του, αλλά που στην πραγματικότητα κατευθύνεται από τις επιθυμίες της μητέρας.

4στ. Κοινωνιολογικές θεωρίες

Συναφής με τις θεωρίες του περιβάλλοντος είναι η κοινωνιολογική άποψη, που αποδίδει τη σχιζοφρένεια στις πιέσεις μιας καταναλωτικής και ανταγωνιστικής, χωρίς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας, στην ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μια ατομική κοινωνική υπόσταση, που συμβαίνει να είναι ακόμη πιο προβληματική για τις γυναίκες, ιδίως των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Χαρακτηριστικά, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις πιο φτωχές και αποργανωμένες συνοικίες βιομηχανικών πόλεων, παρατήρηση που έκανε στις αρχές του αιώνα ο Μπλόυλερ, ο οποίος όμως θεώρησε ένα τέτοιο περιβάλλον ως το αποτέλεσμα μάλλον παρά την αιτία της διαταραχής.

5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Για τη σχιζοφρένεια έχουμε τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις : πέντε χρόνια ύστερα από την εμφάνιση μιας σχιζοφρένειας, περίπου 40% των αρρώστων έχουν ξαναβρεί την ισορροπία τους. Οι μισοί περίπου είναι ακόμα ψυχωτικοί, αλλά ικανοί να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων και 10% χρειάζονται διαρκώς εντατική νοσηλεία. Υστερα από 20 χρόνια περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως · κάπου 33% έχουν καλύτερέψει

σημαντικά αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούργια ψυχωτικά επεισόδια. 33% παραμένουν σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση και 10% βρίσκονται σε μια χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι διαφορετική από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ σε ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η κατάσταση γίνεται χρόνια, με λίγες πιθανότητες για μια έστω και προσωρινή βελτίωση. Το πιο αποφασιστικό στοιχείο είναι ο τρόπος με τον οποίο προτοεμφανίζεται η διαταραχή. Όταν αρχίζει απότομα, με οξεία παραγωγικά συμπτώματα η πρόγνωση είναι καλύτερη από μια περίπτωση που η αρχή της είναι αργή και ύπουλη. Πλημμελής νοσοκομειακή φροντίδα και απομόνωση έχουν δυσμενή επίδραση στο μέλλον του αρρώστου, ενώ αντιθέτως ένα καλό περιβάλλον και ιδίως μέσα στην οικογένεια ευνοεί την πρόγνωση.

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6Α. Φαρμακοθεραπεία

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας συνίσταται κατά πρώτο λόγο στα ψυχοφάρμακα, συγκεκριμένα στα νευροληπτικά, που ενεργούν πάνω στους ντοπαμινικούς νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου βελτιώνουν την ικανότητα προσοχής του αρρώστου και την προσαρμοστικότητά του στο κοινωνικό περιβάλλον. Πρέπει να δοθεί προσοχή στις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων, που εκτός από τα δυσάρεστα συμπτώματά τους μπορεί να γίνουν αιτία ατυχημάτων, όταν ο άρρωστος χρησιμοποιεί μηχανές ή χρειάζεται να παρει

γρήγορες αποφάσεις.

Αλλά τα ψυχοφάρμακα, παρ'όλο που καθησυχάζουν τον άρρωστο και, απαλλάσσοντάς τον από τα πιο χτυπητά και ενοχλητικά συμπτώματά του, διευκολύνουν την επαφή του με την πραγματικότητα, δεν είναι συνήθως ικανά από μόνα τους να του εξασφαλίσουν την επάνοδο του στην κοινωνία και ακόμα λιγότερο να τον προστατέψουν από μια υποτροπή.

6β. Θεραπεία Περιβάλλοντος

Μια τέτοιου είδους ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τα ψυχοφάρμακα. Και όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι οξεία ή υπάρχει κίνδυνος να γίνει χρόνια, ενδείκνυται η περιβαλλοντική θεραπεία σε ένα ψυχοθεραπευτικό ίδρυμα. Μέσα από τη συναισθηματική μεταβίβαση που δημιουργείται τόσο με τον ψυχοθεραπευτή όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό, γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια να ενισχυθούν οι λειτουργίες του εγώ και παράλληλα να εξουδετερωθούν οι ψυχωτικοί αμυντικοί μηχανισμοί και, γενικά, η παλινδρομική, παρορμητική ή αυτιστική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου.

6γ. Συνεργασία με την Οικογένεια

Από την αρχή, οι συγγενείς θα πρέπει να καταλάβουν πως η απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπός τους σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστούν, απόφαση αρκετά εύκολη και συνήθως ανακουφιστική όταν πρόκειται για ψυχωτικό άρρωστο, που αναστατώνει το σπίτι με τα παραληρήματά του, τις κρίσεις άγχους και την αυθαίρετη συμπεριφορά του.

Είναι αναγκαίο οι συγγενείς να κατατοπιστούν πάνω στη

φύση της ψυχιατρικής αρρώστιας, γενικά, και να καταλάβουν πως η δική τους συμπεριφορά και τα δικά τους προβλήματα έπαιζαν και παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής, του αρρώστου θα τους υποδειχτεί επίσης, ότι υπάρχουν και άλλοι παθογόνοι παράγοντες, που δεν τους αφορούν προσωπικά, για να καταλάβουν ότι δε χρειάζεται να αισθάνονται ένοχοι, εφόσον παραδεχτούν τη συμμετοχή τους και συνεργαστούν ψυχολογικά στην περίθαλψη του αρρώστου θα πρέπει οι συγγενείς να καταλάβουν ότι η συνεργασία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περιθάλψεως, απαραίτητο για μια ευνοϊκή πρόγνωση. Από πολύ νωρίς θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η επιστροφή του αρρώστου στο σπίτι του και στην κοινότητα, για μια περίοδο αναρρώσεως που θα απαιτήσει την εξακολούθηση της θεραπείας με φάρμακα, με ψυχοθεραπεία ή και με τα δύο, για αρκετό καιρό ή για πάντα.

Γ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1α. Διαγνωστικά κριτήρια

Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της "μαύρης χολής" στο μυαλό. Τη χαρακτηρίζει συνήθως το συναίσθημα της λύπης, αλλά, χαρακτηριστικά επίσης όλα τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να βάλει κανένας με το νου του : άγχος και συναισθήματα ενοχής, τύψεις, θυμός, μίσος, ανία, κούραση, απελπισία, θλίψη μάλλον παρά λύπη, επίσης φόβος, συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία.

Συνοδεύονται από έναν αριθμό αρνητικών συμπτωμάτων, που έχουν να κάνουν με τις πνευματικές ή σωματικές λειτουργίες και την υπερφαγία, αδυνάτισμα ή αύξηση βάρους κ.λ.π.

Χαρακτηριστικές και επικίνδυνες είναι οι ιδέες της αυτοκτονίας που μπορεί να έχει ο καταθλιπτικός άρρωστος. Συνοδεύονται και τροφοδοτούνται από συναισθήματα αναξιότητας ή ενοχής που μπορεί να φτάσουν ως το παραλήρημα και όχι σπάνια τις ψευδαισθήσεις.

1β. Ενδογενής κατάθλιψη

Από τον καιρό του Κρέπελιν και πρωτίτερα, η καταθλιπτική διαταραχή διακρίνεται σε ενδογενή και εξωγενή, διάκριση που αναφέρεται στην απουσία ή στην παρουσία κάποιου αντικειμενικού εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία. Η ενδογενής κατάθλιψη, παρουσιάζει πρωινή κυρίως αυπνία, ανορεξία και πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλλείματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Πολύ συχνά, στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια.

1γ. Εξωγενής και Νευρωτική Κατάθλιψη

Στο ατομικό ιστορικό ενός ανθρώπου που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη, υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας : έχει πολλά κοινά στοιχεία με τη νευρωτική κατάθλιψη. Χαρακτηρίζεται από παρόμοια αλλά ελαφρότερα συμπτώματα και μια καλύτερη επίγνωση της πραγματικότητας, που φέρνει τον άρρωστο στο γιατρό με δική του πρωτοβουλία,

κάτι που δεν το κάνει εύκολα ο ψυχωτικός άρρωστος. Η νευρωτική κατάθλιψη έχει περισσότερες διακυμάνσεις και επιτρέπει στον άρρωστο να εξακολουθήσει την καθημερινή ρουτίνα της ζωής του, με συχνά παράπονα ότι δεν τα καταφέρνει και με εκρήξεις οργής που συνοδεύονται από δάκρυα ή κλάμα.

1δ. Υποστροφική Κατάθλιψη

Η αγχώδης κατάθλιψη συναντιέται συχνά στην κλιμακτήριο περίοδο ή αργότερα, σε μια πιο προχωρημένη ηλικία. Εκτός από το άγχος, τη χαρακτηρίζει μια ταραγμένη συμπεριφορά και σοβαρή αυπνία. Η διαταραχή δεν έχει σχέση με κάποια καταστροφική εμπειρία, εκτός από την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας στις γυναίκες και η μοναξιά που φέρνει η απομάκρυνση των παιδιών από την οικογενειακή στέγη, ενώ στους άνδρες πιο οδυνηρή είναι η συνταξιοδότηση από τη δουλειά του, με την απομάκρυνση από ανθρώπους και συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής.

2. ΜΑΝΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2α. Διαγνωστικά κριτήρια

Ο όρος μανία εμφανίζεται σε αρχαία ελληνικά κείμενα με την έννοια της τρέλας, γενικά της "Φρενοβλάβειας" όπως θα λέγαμε σήμερα. Περιγράφει βαριές ψυχωτικές διαταραχές με κινητική υπερδιέγερση, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα. Η μανιακή διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ακόλουθη κλασική τριάδα συμπτωμάτων : μια ενθουσιώδη αλλά ευμετάβλητη διάθεση, μια ακατάσχετη ομιλητικότητα και μια αυξημένη κινητικότητα.

Εκτός από την ευφορία, υπάρχει συνήθως άγχος και φόβος ή το αντίθετο του φόβου, κάτι που ανταποκρίνεται στην έννοια της λέξης "παταολμία". Ο φόβος δεν φαίνεται αμέσως, αλλά βγαίνει στην επιφάνεια με την παραμικρή αφορμή. Υπάρχουν επίσης μια υπεραισιοδοξία και άλλα τέτοια θετικά συναισθήματα, που εκφράζουν μια διασταλτική, εκδηλωτική, πληθωρική στάση. Τα συναισθήματα αυτά συνοδεύονται από μερικά ή όλα τα ακόλουθα συμπτώματα : υπερκινητικότητα, υπερδιεγερτικότητα, λογόρροια, υπερσεξουαλικότητα, διαταραχή εμμηνόρροιας, απώλεια βάρους και αυπνία, για την οποία ο άρρωστος όχι μόνο δεν παραπονιέται, αλλά αισθάνεται ευτυχής, αφού του δίνει την ευκαιρία να συνεχίσει τις δραστηριότητές του, τις οποίες αυτός, παραβλέποντας την πραγματικότητα θεωρεί όχι μόνο παραγωγικές, αλλά και εξαιρετικά δημιουργικές.

Η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται και από ψευδαισθήσεις οι οποίες, χαρακτηριστικά, έχουν ένα παρανοϊκό περιεχόμενο. Είναι φανερό ότι, όπως με την καταθλιπτική διαταραχή, μιλάμε για ένα σύνδρομο και όχι για μια διαταραχή συναισθήματος, αν και πραγματικά ολόκληρη η εμφάνιση και συμπεριφορά του αρρώστου δίνουν την εντύπωση της ευφορίας, που ο ίδιος λέει ότι αισθάνεται και δε θέλει με κανένα τρόπο να χάσει. Αρνείται οργισμένα ότι έχει κάποιο πρόβλημα, εκτός από αυτά που του δημιουργεί η αρνητική αντίδραση του περιβάλλοντος. Και φυσικά απορρίπτει κάθε ψυχιατρική βοήθεια.

2β. Πορεία της διαταραχής

Η μανιακή διαταραχή μπορεί να αρχίσει ξαφνικά ως μια παραληρηματική μανία. Ο άρρωστος είναι υπερκινητικός και ασυνάρτητος, έχει ψευδαισθήσεις και χάνει κάθε επαφή με

την πραγματικότητα. Αλλά συνήθως εμφανίζεται βαθμιαία ως μια υπομανιακή κατάσταση. Σ' ένα πρώτο στάδιο, ο άρρωστος, που δεν καταλαβαίνει ότι του συμβαίνει κάτι ανώμαλο είναι δοτικός, θερμός, επιδεικτικός, του αρέσει να αστιεύεται και είναι γενικά ευχάριστος. Αλλά γρήγορα καταντάει ενοχλητικός, οπότε γίνεται επίσης φανερό ότι είναι ανυπόμονος και παράλογος, αν όχι παρανοϊκός.

Η μανιακή διαταραχή έχει την τάση να επαναλαμβάνεται. Συχνά, μανιακές και καταθλιπτικές περίοδοι διαδέχονται η μία την άλλη καμιά φορά χωρίς ένα διάλειμμα κάποιας διάρκειας. Τον τελευταίο καιρό έχει επικρατήσει κάθε μανιοκαταθλιπτική, έστω και αν δεν ακολουθείται από επεισόδια μανίας, οπότε αναφέρεται ως μονοπολική, ενώ στην περίπτωση που υπάρχουν και οι δύο φάσεις ονομάζεται διπολική.

3. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών στην οξεία τους μορφή ακούγεται εύκολη. Στην πράξη όμως, η μια περίπτωση διαφέρει από την άλλη σε σημαντικά σημεία, έτσι ώστε να χρειάζεται μια πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση, καθόλου εύκολη με αρρώστους που πάσχουν από κατάθλιψη ή μανία. Ένα καλό ιστορικό θα δείξει εάν υπάρχει μια παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια, κάτι που ενισχύει τη διάγνωση της συναισθηματικής διαταραχής και μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι μανιοκαταθλιπτικοί άρρωστοι ανταποκρίνονται ευνοϊκά στα ίδια φάρμακα που βοηθούν συγγενικά τους πρόσωπα. Σε αμφίβολες περιπτώσεις, διαγνωστικά χρήσιμη είναι και η δοκιμασία της ξεξαμεθαλόνης, συνθετικού γλυκοκορτικοειδούς που δίνεται από το στόμα και προκαλεί μια καταστολή της

κορτιζόλης στο πλάσμα ατόμων που κατα τα φαινόμενα πάσχουν από ενδογενή κατάθλιψη.

Μια σχιζοφρένεια μπορεί να αρχίσει σαν μια μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, ιδίως ο σχιζοσυναισθηματικός της τύπος. Συνήθως όμως οι διαπροσωπικές σχέσεις του μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου είναι καλύτερες και η λογική του λιγότερο εξωπραγματική από του σχιζοφρενικού. Εξάλλου, μια καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του ψυχαναγκαστικού νευρωτικού ατόμου. Η διαφορική διάγνωση περικλείει τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, που αρκετά συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα κατάθλιψης. Μια σωματική διαταραχή που ίσως δεν έχει διαγνωστεί, μπορεί να εκδηλωθεί με σοβαρά συμπτώματα καταθλίψεως και, το αντίθετο, μια κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σαν μια σωματική διαταραχή.

4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Υπολογίζεται ότι ένα πέμπτο περίπου των ανθρώπων εμφανίζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο μελαγχολίας κατά τη διάρκεια της ενήλικής ζωής τους και απ'αυτούς 10% μια μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ο επιπολασμός της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται σε 3 με 4% του πληθυσμού. Διπολικές διαταραχές παρουσιάζονται σε κάπως νεαρότερη ηλικία, έχουν συχνότερα αλλά βραχύτερα επεισόδια και υπάρχουν ανάμεσα σε πρωτοβάθμιους συγγενείς πιο συχνά παρά σε περιπτώσεις μονοπολικής διαταραχής.

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές παρατηρούνται πιο συχνά στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Η αναλογία, που είναι περίπου δύο γυναίκες προς έναν άνδρα, αφορά κυρίως

τη νεαρή ηλικία. Εδώ συμβαίνει το αντίθετο από τη σχιζοφρένεια, που εμφανίζεται ενωρίτερα στο αρσενικό φύλο. Ακόμη, εδώ σε αντίθεση και πάλι με τη σχιζοφρένεια, η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

5α. Γενετική υπόθεση

Υποστηρίζεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι σε έναν μεγάλο βαθμό κληρονομικές. Μελέτες με διδύμους και οικογένειες διδύμων ή ατόμων που έχουν υιοθετηθεί σε μια πολύ νεαρή ηλικία από οικογένειες εγκατεστημένες σε διαφορετικούς τόπους έχουν διαπιστώσει ένα ποσοστό ομοιομορφίας ως προς την αρρώστια, για μεν τους μονοζυγωτικούς διδύμους περίπου 69%, για δε τους διζυγωτικούς διδύμους περίπου 13%. Έχει βρεθεί ότι σε συγγενείς πρώτου βαθμού το ενδεχόμενο να εμφανιστεί μια συναισθηματική διαταραχή είναι για τους άνδρες 6 ως 18%, για τις γυναίκες 7 ως 32%.

5β. Ιδιοπαθής υπόθεση

Ως μια επέκταση της θεωρίας της κληρονομικότητας υπάρχει ακόμα η ιδιοπαθής θεωρία που είχε πολύ περάσει στα τελευταία χρόνια του περασμένου αιώνα και ως ένα βαθμό διατηρεί ακόμα το ενδιαφέρον της. Αναφέρεται στη σωματική διάπλαση του ατόμου και την τάση για μια ορισμένη ψυχοπαθολογία. Άνθρωποι με μανιοκαταθλιπτικές τάσεις συμβαίνει να είναι κοντόχονδροι, με ανεπτυγμένο στομάχι, να ανήκουν στον πυκνοειδή τύπο, όπως τον προσδιόρισε ο

Γερμανός ψυχίατρος Κρέτσεμπερ.

5γ. Βιολογική θεωρία

Με βάση τις θεραπευτικές ιδιότητες ορισμένων ψυχοφαρμάκων έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις, που επιχειρούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών : η κατεχολαμινική υπόθεση, κατά την οποία η μεν κατάθλιψη οφείλεται σε μια ελλάτωση των μονοαμινών, ειδικότερα της νορεπινεφρίνης, που ενεργοποιούν τους νευροχημικούς υποδοχείς του εγκεφάλου, η δε μανία σε μια υπερβολική δραστηριότητα των ίδιων ουσιών και η ινδολαμινική υπόθεση, που αποδίδει τις διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες μεταβολισμού της σεροτονίνης. Αλληλοσυγκρουόμενα εργαστηριακά ευρήματα, όμως, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο υποθέσεις, υπεραπλουστεύουν τα πράγματα.

5δ. Ψυχολογικές θεωρίες

Υπάρχουν διάφορες ψυχολογικές απόψεις, παλιές και καινούριες, από τις οποίες πιο γνωστή, αν όχι πιο ολοκληρωμένη, είναι η φαινομενολογική, που κάπως ταυτολογικά αποδίδει τη μελαγχολία στην αδυναμία του ατόμου να δώσει ένα νόημα στην ύπαρξή του. Ανάλογη είναι η άποψη της θεωρίας συμπεριφοράς και ειδικότερα η υπόθεση του Μπεκ, κατά την οποία κάποιος που πάσχει από μελαγχολία ξεκινάει από μια παθολογική εκτίμηση του εαυτού του, που του δημιουργεί αρνητικές προσδοκίες.

5ε. Ψυχαναλυτική άποψη

Κατά την ψυχαναλυτική άποψη, η μελαγχολία - σε αντίθεση με το πένθος, την κοινή αυτή συναισθηματική αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου αντικειμένου - οφείλεται σε μια εχθρικήτητα που δημιουργείται μέσα στον άνθρωπο για τον ίδιο τον εαυτό του. Ο μηχανισμός μιας τέτοιας καταθλίψεως, όπως τον περιέγραψε ο Φρόυντ και ο Άμπραχάμ, είναι ο ακόλουθος : τα συναισθήματα που τρέφει ο άρρωστος για ένα αγαπημένο πρόσωπο που χάθηκε αποσύρονται απ'αυτό και ξαναγυρίζουν στον εαυτό του και μαζί τους η εικόνα του, που ενσωματώνεται μέσα στο εγώ - γίνεται ένα με το εγώ του. Αλλά επειδή ποτέ κανένας δεν αγαπάει χωρίς επίσης να μισεί, μαζί με την καλή εικόνα του αγαπημένου αντικειμένου ενσωματώνεται και μια μισητή, εχθρική, αποκρουστική εικόνα με την οποία ο ίδιος αρχίζει να ταυτίζεται. Μια τέτοια ταύτιση κάνει τον καταθλιπτικό άρρωστο να απεχθάνεται τον εαυτό του, να τον οικτρίζει και να τον μισεί.

5στ. Ναρκισσισμός και Μελαγχολία

Δεν είναι απαραίτητο μια κατάθλιψη να συνδέεται με την απώλεια αγαπημένου προσώπου. Όπως το επισήμαναν ο Μπίρμπινγκ και η Τζέικομπσον, τροποποιώντας την κλασική ψυχαναλυτική ερμηνεία, δεν είναι ανάγκαίο να υπάρχει μια αντικειμενική απώλεια για να πάθει κανένας κατάθλιψη. Κάτι το αρνητικό σε σχέση με τον ναρκισσισμό του, δηλαδή με την αγάπη και την εκτίμηση που τρέφει κανένας για το άτομό του, μια απογοήτευση ή αποτυχία που θα κλονίσει σοβαρά το συναίσθημα του αυτοσεβασμού, μπορεί να παραλύσει την ικανότητα ενός ατόμου για δράση και το ενδιαφέρον του για

τη ζωή, με αποτέλεσμα μια ανακλιτική κατάθλιψη. Παλαιά ψυχικά τραύματα, προπάντων μια, πραγματική ή φανταστική, απώλεια κατά τη δεύτερη στοματική ή την πρωκτική φάση της ψυχοσεξουαλικής αναπτύξεως, που συνδέονται με προσπάθειες ελέγχου των επιθετικών ενορμήσεων, προδιαθέτουν το άτομο για μια καταθλιπτική αντίδραση νευρωτική ή ψυχωτική.

6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Χωρίς θεραπευτική επέμβαση, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί κατά μέσο όρο έξι μήνες, ένα (υπό) μανιακό επεισόδιο τρεις μήνες. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων καταλήγει σε μια χρόνια νοσηρή κατάσταση. Πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν μόνο ένα επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής - καταθλιπτικής ή μανιακής - χωρίς υποτροπή μεταξύ επεισοδίων. Η διάρκεια της διαταραχής διαφέρει από επεισόδιο σε επεισόδιο, ποικίλλοντας από μερικές μέρες ως κάμποσα χρόνια. Η ενδογενής κατάθλιψη έχει, γενικά, καλύτερη πρόγνωση από την εξωγενή, και η νευρωτική καλύτερη από την ψυχωτική.

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο άνθρωπος που πάσχει από μια καταθλιπτική διαταραχή χρειάζεται πρώτα απ'όλα προστασία και κατανόηση, που θα αποτρέψουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Κατάθλιψη και αυτοκτονία πηγαίνουν μαζί, αν και ο βαθμός του κινδύνου διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τη φάση στην οποία βρίσκεται η εξέλιξή της. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει στην αγχώδη μορφή της μελαγχολίας, που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αναξιότητας ή ενοχής και ταραγμένη συμπεριφορά και κατά την πρώτη φάση της

αναρρώσεως, όταν ο άρρωστος αρχίζει να ενεργοποιείται και η εμφάνισή του ζωηρεύει έτσι που να δίνει την εντύπωση ότι δεν υπάρχει πια κίνδυνος.

7α. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος ή ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες που χαρακτηρίζουν μια βαριά, παρατεταμένη κατάθλιψη, ενδείκνυται η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Μόλο που η ιδέα μιας τέτοιας επιθετικής επεμβάσεως στον εγκέφαλο και στο σώμα γενικά δημιουργεί ενδοιασμούς, ιδίως όταν δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί, τα αποτελέσματά της σε τέτοιες βαριές και επικίνδυνες περιπτώσεις μπορεί να είναι σωτήρια. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα σε περιπτώσεις υποστροφικής μελαγχολίας.

7β. Ψυχοφάρμακα

Αποτελεσματικά στις περισσότερες περιπτώσεις είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αλλά συνήθως όχι αμέσως. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να χρειαστούν δύο ως τέσσερις εβδομάδες προτού αρχίσουν να ενεργούν θεραπευτικά. Ως αντικατάστατα των τρικυκλικών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν οι αναστολές της μονοαμινοξειδάσης. Αλλά το γεγονός ότι σε συνδυασμό με διάφορες αρκετά κοινές τροφές προκαλούν παρενέργειες, κάνει τα φάρμακα αυτά δύσχρηστα.

Η θεραπευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ανάγκη να συνεχιστεί για κάμποσους μήνες ύστερα από τη φαινομενική ανάρρωση του αρρώστου, γιατί αλλιώς υπάρχει κίνδυνος υποτροπής.

7γ. Ψυχοθεραπεία

Οι σωματικές και βιολογικές θεραπείες, παρ'όλη τη σχετική αποτελεσματικότητά τους, είναι σκόπιμο να συνδυαστούν με κάποια μέθοδο ψυχοθεραπείας, η οποία να εξακολουθήσει και μετά τη διακοπή τους. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, η ψυχανάλυση όχι μόνο δεν μπορεί να εφαρμοστεί, αλλά πρέπει να αποφεύγεται. Αργότερα, και ιδίως εάν η καταθλιπτική διαταραχή δεν παρουσιάσει συγκεκριμένα ψυχωτικά στοιχεία, η ψυχανάλυση μπορεί να προσφέρει την καλύτερη βοήθεια για την πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων.

7δ. Νοσηλεία

Κατά την οξεία φάση της και όσο διαρκεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας, μια καταθλιπτική διαταραχή είναι προτιμότερο και συχνά απαιτείται να αντιμετωπιστεί σε ψυχιατρική κλινική ή ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου. Εάν τέτοιο μέτρο κάνει πιο αποτελεσματική την προστασία του αρρώστου, που συνήθως διαμαρτύρεται, αλλά προσωρινά, καθώς η απομάκρυνσή του από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τείνει να ελαττώσει το άγχος που προκαλεί η συνείδηση ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις συναισθηματικές και πρακτικές υποχρεώσεις του.

7ε. Θεραπεία Μανιακής Διαταραχής

Στην οξεία της μορφή, μια μανιακή διαταραχή απαιτεί επίσης άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν κατευναστική επίδραση. Παράγωγα της φαινοθειαλίνης κυρίως αλειφατικά όπως η χλωροπρομαζίνη και

παράγωγα της βουτυροφαινόνης όπως η αλοπεριδίνη, είναι φάρμακα επιλογής.

Ειδική αντιμανιακή δραστηριότητα έχουν τα άλατα του λιθίου. Αλλά αν και μπορεί να έχει ενεργητική επίδραση αμέσως, είτε μόνο είτε σε συνδυασμό με ένα νευροληπτικό, το λίθιο είναι πιο αποτελεσματικό ως φάρμακο συντηρήσεως - σε δόσεις που καθορίζονται εργαστηριακά με τη μέτρηση του επιπέδου της ουσίας στο αίμα - για την πρόληψη υποτροπών.

Δ. ΠΑΡΑΝΟΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1. ΔΥΑΔΙΚΗ ΠΑΡΑΝΟΙΑ

Την περιέγραψαν πρώτοι οι Γάλλοι Λασέκ και Φαλρέ στα τέλη του περασμένου αιώνα ως δυαδική παραφροσύνη. Αφορά δύο στενά συνδεδεμένα πρόσωπα, συνήθως μέσα στην ίδια οικογένεια, αδελφές, ή μητέρα και παιδί, που συμμερίζονται το ίδιο παραλήρημα καταδιώξεως. Η παραληρητική διαταραχή που προϋπάρχει στο ένα από τα δύο πρόσωπα, βελτιώνεται ή εξαφανίζεται όταν διακοπούν οι σχέσεις με το πρόσωπο στο οποίο εμφανίστηκε πρώτα.

Σε σπάνιες περιπτώσεις περιλαμβάνει περισσότερα από δύο πρόσωπα, γι' αυτό και στη χώρα μας η διαταραχή αναφέρεται ως επινεμόμενη ή επακτή παράνοια.

2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η παρανοϊκή ψύχωση εκδηλώνεται συνήθως σε ένα ευάλωτο άτομο που απειλείται από την κοινωνική απομόνωση, όπως όταν αρχίζει να χάνει την ακοή του ή βρίσκεται μακριά από τον τόπο του, μετανάστης σε μια χώρα της οποίας αγνοεί τη γλώσσα, άγνωστος ανάμεσα σε αγνώστους, χωρίς κοινωνική

υπόσταση ή σε μια προχωρημένη ηλικία, άεργος, χωρίς σύντροφο, που έχει πεθάνει, χωρίς προσωπικούς φίλους ή οικογένεια που να ενδιαφέρεται γι'αυτόν.

Κατά την ψυχαναλυτική αντίληψη, η παρανοϊκή ψύχωση διακινείται από μια λανθάνουσα ομοφυλοφιλία, που ελέγχεται από μια τριάδα μηχανισμών του εγώ : την άρνηση, την προβολή και τη μετάθεση. Απειλώντας να βγουν στην επιφάνεια του συνειδητού, απαράδεκτες για τον άρρωστο ομοφυλοφιλικές, τάσεις μετατρέπονται σε συναισθήματα μίσους, τα οποία κατόπιν προβάλλονται στον άλλον ως ιδέες καταδιώξεως, ερωτομανία, ζηλοτυπία ή μεγαλομανία.

Στην προσπάθειά του να αποφύγει τη συναίσθηση απωθημένων ερωτικών επιθυμιών για έναν άλλο άντρα, ο παρανοϊκός πείθει τον εαυτό του ότι δεν τον αγαπάει αλλά τον μισεί επειδή ο άλλος τον καταδιώκει. Στην περίπτωση της ερωτομανίας, ο παρανοϊκός πείθει τον εαυτό του ότι δεν αγαπάει κάποιον άντρα αλλά κάποια γυναίκα, οπότε φαντάζεται ότι το κάνει επειδή εκείνη τον αγαπάει. Στην περίπτωση της παθολογικής ζηλοτυπίας, ο παρανοϊκός αποδίδει τα ομοφυλοφιλικά του συναισθήματα σε μια γυναίκα την οποία υποτίθεται ότι αγαπάει. Στην περίπτωση της μεγαλομανίας, ο παρανοϊκός, απορρίπτοντας την ιδέα ότι αγαπάει κάποιον άλλον, πείθει τον εαυτό του ότι δεν αγαπάει κανέναν παρά μόνο τον εαυτό του.

3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφόσον η διαταραχή παραμένει εγκλωβισμένη και δεν προκαλεί σοβαρές ενοχλήσεις, δεν υπάρχει λόγος θεραπείας. Αλλιώςτικά μπορούν να χορηγηθούν αντιψυχωτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου, όπως στη σχιζοφρένεια.

Ε. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

1. ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές αναφέρονται είτε σε μια γενικευμένη εγκεφαλική παθολογία, με περιπτώσεις στη νόσηση, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά, είτε σε μια εντοπισμένη διαταραχή, που αντανακλά σε μια ή δύο εγκεφαλικές λειτουργίες μόνο και εκδηλώνεται με αφασία, απραξία ή επιληπτικές κρίσεις. Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές αποτελούν μια ετερογενή ομάδα παθήσεων, που τις συνδέει το γεγονός ότι οφείλονται σε κάποια γνωστή βλάβη του εγκεφάλου ή πιο συγκεκριμένα, σε κάποιον γνωστό οργανικό παράγοντα που θεωρείται ως η αιτία κάποιας ανώμαλης ψυχικής κατάστασης.

2. ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Όταν τα συμπτώματα που περιγράφουν μια διαταραχή είναι λίγο - πολύ τα ίδια με αυτά που χαρακτηρίζουν οργανικές καταστάσεις, αλλά δεν είναι εύκολο ή δυνατόν να εντοπιστεί μια εγκεφαλική βλάβη, γίνεται λόγος για ένα οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο. Μπορεί να έχει γρήγορη ή αργή εξέλιξη, μικρή ή μεγάλη διάρκεια, να είναι επανορθώσιμο ή όχι. Μπορεί να είναι θανατηφόρο. Ανάλογα με τη διάρκειά του διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο.

2α. Οξύ Εγκεφαλικό Σύνδρομο

Επειδή συνοδεύεται συχνά από ασυνάρτητες φαντασιώσεις, στην αγγλοσαξωνική νοσολογία αναφέρεται παραδοσιακά ως παραλήρημα (ντελίριουμ). Χαρακτηρίζεται

από μια αλλοίωση της συνειδήσεως, συγκεκριμένα μια μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος, αργή σκέψη και αβεβαιότητα ως προς την ώρα της ημέρας που ποικίλλει σε ένταση, χειροτερεύοντας τη νύχτα. Συνοδεύεται από ποικίλα άλλα φαινόμενα, που διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, και περιλαμβάνουν αυξημένη διεγερτικότητα, υπερενεργητικότητα με επαναληπτικές, άσκοπες κινήσεις και ομιλητικότητα που φτάνει στην ασυναρτησία ή αδράνεια, απάθεια και γενικά μια ελαττωμένη κοινωνικότητα. Ο άρρωστος φαίνεται να βρίσκεται σε σύγχυση, φοβισμένος ή ταραγμένος. Εκδηλώνει άγχος ή καταθλιψη. Αρκετά συχνά εκφράζει ιδέες καταδιώξεως, χαρακτηριστικά το φόβο ότι κάποιος του ρίχνει δηλητήριο στο φαγητό. Μια τέτοια υποψία αντανακλά τη δική του αυτοκαταστρεπτική διάθεση και την ιδέα ότι δεν αξίζει να ζει. Το οξύ οργανικό σύνδρομο είναι παροδικό, αφήνει μιαν αμνησία, που καλύπτει όλη την περίοδο της διαταραχής.

2β. Χρόνιο Εγκεφαλικό Σύνδρομο

Διαρκεί αόριστα ή για πάντα. Χαρακτηρίζεται από μια γενικευμένη εξασθένιση της νοημοσύνης, προπάντων της μνήμης και της προσοχής, χωρίς αλλοίωση της συνειδήσεως. Υπάρχει κατά κανόνα μια αλλαγή της προσωπικότητας, που μεγαλοποιεί τυχόν νευρωτικά στοιχεία και εκδηλώνεται με νευρική, εριστική, ανάρμοστη, συχνά αντικοινωνική συμπεριφορά. Καθώς η άνοια χειροτερεύει, το άτομο παραμελεί τον εαυτό του, γίνεται ανεύθυνο, χάνει την ικανότητα του προσανατολισμού και τελικά τον έλεγχο των σφιγκτήρων, με προοδευτική ακράτεια ούρων και κοπράνων. Η σκέψη γίνεται αργή και δύσκαμπτη, στο περιεχόμενό της φτωχαίνει. Η κρίση χωλαίνει. Εσφαλμένες ιδέες μπορεί να

εξελιχθούν σε παραλήρημα καταδιώξεως και να συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις χωρίς συνοχή, για να καταλήξουν σε μια τέλεια ασυναρτησία. Η διάθεση γίνεται ευμετάβλητη, με ξαφνικά, χωρίς αφορμή, ξεσπάσματα άγχους, θυμού, ευφορίας ή απογοητεύσεως. Συχνά υπάρχει κατάθλιψη με αρνητικά, παρανοϊκά ή ανακλιτικά στοιχεία και σωματικά παράπονα, που μπορεί να φτάσουν ως τις ψευδαισθήσεις. Αργότερα επέρχεται μια γενική συναισθηματική άμβλυση.

3. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ένα οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο, όταν το ιστορικό και η κλινική εξέταση, αφήνουν αμφιβολίες για την ύπαρξή του, μπορεί να αξιολογηθεί με τη βοήθεια ειδικών ψυχολογικών δοκιμασιών, όπως η Ειδεο-Κινητική Δοκιμασία Μπέντερ-Γκεστάλτ, η Δοκιμασία Γκράχαμ - Κένταλ και ορισμένες από τις επιμέρους δοκιμασίες της Κλίμακας Νοημοσύνης Ουέξλερ - Μπλέβιου. Αλλά για να γίνει η διάγνωση μιας εγκεφαλικής βλάβης, απαιτούνται νευρολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις, αρχίζοντας από ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και ακτινογραφίες κρανίου.

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

4α. Οξεία μορφή

Οξεία εγκεφαλικά σύνδρομα εμφανίζονται κατά κανόνα ως συμπτωματικές ψυχώσεις, που εκλύονται από εξωγενείς παράγοντες, οι πιο συχνοί από τους οποίους είναι : δηλητηρίαση από φάρμακα ή άλλες χημικές ουσίες · απόσυρση από χρόνια χρήση οινοπνεύματος ή ναρκωτικών · μεταβολικές ανωμαλίες (ουραιμία, ηπατική, καρδιακή ή αναπνευστική

ανεπάρκεια) · ενδοκρινολογικές διαταραχές (υπογλυκαιμία) · συστηματικές μολύνσεις (σηψαιμία ή πνευμονία) · ενδοκρανιακό νεόπλασμα ή υψηλή ενδοκρανιακή πίεση · τραύμα του κρανίου · τροφικές ελλείψεις ή αβιταμίνωση, που αφορά πρωτίστως τη θειαμίνη, το νικοτινικό οξύ ή τη B₁₂ · και επιληψία, συγκεκριμένα μια παρατεταμένη σειρά επιληπτικών κρίσεων (στάτους επιλέπτικούς) ή μετακριτικές καταστάσεις (ποστ-έκταλ σταίητο).

4β. Χρόνια μορφή

Η πιο κοινή οργανική εγκεφαλική διαταραχή χρόνιας μορφής είναι η πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια. Διακρίνεται στη γεροντική άνοια του τύπου Άλτσχάιμερ, με έναρξη ύστερα από τα 65 ή 70 χρόνια, που είναι η πιο συχνή άνοια με έναρξη την προγεροντική ηλικία, επίσης του τύπου Άλτσάιμερ και πιο σπάνια του τύπου πικ · και στην πολυεμφαγματική άνοια.

Η γεροντική καθώς και η προγεροντική άνοια εξελίσσονται βαθμιαία, αλλά συχνά δε γίνονται αντιληπτές παρά ύστερα από μια κρίση, που την προκαλεί κάποια αλλαγή στο κοινωνικό περιβάλλον, ή κάποια παράλληλη αρρώστια. Η απώλεια της μνήμης για πρόσφατα γεγονότα είναι από τα πρώτα και πιο έκδηλα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας και έχει ως συνέπεια τη δυσκολία καινούριας μαθήσεως. Η προσοχή μειώνεται με έναν τρόπο εκλεκτικό, ενώ η απώλεια του προσανατολισμού αφορά πρωτίστως το χρόνο και αργότερα τον τόπο και την προσωπική ταυτότητα.

Στην περίπτωση της γεροντικής και προγεροντικής άνοιας του τύπου Άλτσχάιμερ, η διαταραχή καταλήγει στο θάνατο, συνήθως τέσσερα ή πέντε χρόνια ύστερα από την εμφάνιση των πρώτων αμνησιακών συμπτωμάτων.

Στην περίπτωση της πολυεμφραγματικής άνοιας, ου η εξελιξη της είναι κλιμακωτά προοδευτική, ο θάνατος επέρχεται λίγο αργότερα, συνήθως από ισχαιμία του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό έμφρακτο ή δυσλειτουργία των νεφρών.

Υπάρχουν εκφυλιστική άνοια μπορεί να οφείλεται σε άλλους, λιγότερο συχνούς αιτιολογικούς παράγοντες : έναν εγκεφαλικό όγκο ή ένα εγκεφαλικό τραύμα (ιδίως ένα χρόνιο υποσκληρίδιο αιμάτωμα, που συνδέεται με το σύνδρομο του Κόρσακοφ) · μόλυνσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (όπως μια νευροσύφιλη στο τελικό της στάδιο, μια φυματίωση ή μια μυκητιώδη μηνιγγίτιδα) · Τοξικές μεταβολικές ανωμαλίες και νευρολογικές διαταραχές (όπως στη χορεία του Χάντινγκτον και τη νόσο του Πάρκινσον).

5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πρώτα απ'όλα γεννιέται το ερώτημα αν η ψύχωση και, γενικά, η διαταραχή είναι οργανική ή λειτουργική. Το πρόβλημα παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες όταν ένα οργανικό σύνδρομο συνοδεύεται από σοβαρά ψυχωτικά φαινόμενα, όπως μια κατάθλιψη με παρανοϊκά στοιχεία, έτσι που να δίνει την εντύπωση μιας λειτουργικής διαταραχής. Με ανάλογο τρόπο, μια λειτουργική διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί ως οργανική, όπως όταν ένας καταθλιπτικός άρρωστος προχωρημένης ηλικίας παραπονιέται για αμνησία ή σύγχυση. Σε μια τέτοια περίπτωση η διαγνωση είναι κατάθλιψη με ψευδάνοια.

Την εικόνα ενός αμνησιακού ή άλλου οργανικού συνδρόμου μπορεί επίσης να δώσει μια υστερική διαταραχή. Απαραίτητο για μια ορθή διαφορική διάγνωση είναι ένα καλό ιστορικό από ανθρώπους του περιβάλλοντος του αρρώστου.

Στην περίπτωση που η προνοσηρή προσωπικότητα ήταν ομαλή, η ξαφνική εμφάνιση μιας αλλόκοτης συμπεριφοράς γεννάει την υποψία μιας οργανικής διαταραχής. Μερικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα ύποπτα : Οπτικές ψευδαισθήσεις, παράπονα που αναφέρονται σε σύγχυση, αστάθεια στο περπάτημα ή ακράτεια.

Το ερώτημα αν η διαταραχή είναι οξεία ή χρόνια μπορεί να παρουσιάσει επίσης δυσκολίες, ιδίως όταν δεν υπάρχει ένα αξιόπιστο ιστορικό. Ένα οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί όταν υπάρχει ήδη μία μακροχρόνια άνοια. Τέλος η πιθανή αιτιολογία της διαταραχής δημιουργεί ένα σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα γιατί, σε αντίθεση με τις λειτουργικές ψυχιατρικές διαταραχές, η επισήμανση ενός οργανικού παράγοντα μπορεί να γίνει με πολύ μεγαλύτερη βεβαιότητα και να επιτρέψει μια πολύ πιο άμεση και αποτελεσματική επέμβαση.

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6α. Ψυχοθεραπεία

Είναι αυτονόητο ότι, από τη σχέση που θα γίνει δυνατό να επισημανθεί κάποιος οργανικός παράγοντας, η θεραπεία - Ιατρική ή Χειρουργική - θα πρέπει να απευθυνθεί σ'αυτόν. Ωστόσο, είναι σκόπιμο να χορηγηθεί συγχρόνως μια υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, έτσι ώστε να ελαττωθεί το άγχος που συνήθως συνοδεύει ένα οργανικό σύνδρομο, ιδίως στην οξεία του μορφή, και να διασκεδαστούν οι ενοχλητικές, συχνά επικίνδυνες επιπτώσεις συμπτωμάτων, όπως η διαταραχή της συνειδήσεως, η ταραγμένη, υπερκινητική συμπεριφορά και η αμνησία που το χαρακτηρίζουν.

6β. Νοσηλεία

Ένα οξύ οργανικό σύνδρομο χρειάζεται νοσηλεία. Εκτός από την κατάλληλη κλινική παρακολούθηση, ο άρρωστος έχει ανάγκη από συνεχή επιβεβαίωση και επανειλημμένες, ήρεμες και συνεπείς εξηγήσεις, ιδίως όταν υπάρχει πρόβλημα προσανατολισμού και αμφιβολίες για την ίδια του την ταυτότητα. Ο οργανικός άρρωστος έχει την τάση όχι μόνο να ξεχνάει, αλλά και να παρερμηνεύει αυτά που ακούει ή που του συμβαίνουν. Η συχνή επίσκεψη συγγενών και φίλων μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση του προσανατολισμού του αρρώστου εφόσον υπάρχει η σωστή καθοδήγηση πως να αντιμετωπίζουν το πρόβλημά του. Τη νύχτα, το δωμάτιο του αρρώστου πρέπει να παραμένει διακριτικά φωτισμένο, ώστε να μην επιδεινωθεί το πρόβλημα του προσανατολισμού και οι παρανοϊκές τάσεις που συνήθως το συνοδεύουν.

6γ. Φαρμακοθεραπεία

Η χρήση φαρμάκων, ιδίως με αρρώστους προχωρημένης ηλικίας, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Ένα από τα αντιψυχωτικά φάρμακα που δεν προκαλούν υπνηλία ή υπόταση (όπως η αλοπεριδίνη) θα βοηθήσει τον άρρωστο να ηρεμήσει την ημέρα, ενώ τη νύχτα ένα από τα αγχολυτικά (μία από τις βενζοδιαζεπίνες) θα τον βοηθήσει να κοιμηθεί. Ας σημειωθεί ότι τα βαρβιτουρικά επιδεινώνουν την ταραγμένη αντίληψη του οργανικού αρρώστου και πρέπει με κάθε τρόπο να αποφεύγονται.

3. ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

α. Το κεντρικό πρόβλημα

Κάτω από τον αστερισμό της ταραγμένης ή απύσας συμβίωσης, τον πυρήνα της παιδικής ψύχωσης οργανώνει η ανικανότητα του παιδιού να χρησιμοποιήσει ενδοψυχικά τον μητρικό του σύντροφο, με αποτέλεσμα να μην εσωτερικοποιούνται οι απεικονίσεις του βρεφοκομίζοντος αντικειμένου σε μια οργανωμένη σύνθεση. αυτό συνεπάγεται την αδυναμία διαφοροποίησης του εγώ από τη συμβιωτική τήξη και από τη σύγχυση με το μερικό αντικείμενο, τη χωλαίνουσα ανάπτυξη της αυτονόμησης που εξαφανίζεται εντελώς στις πιο βαριές περιπτώσεις. Μα άλλα λόγια, λείπει από το ψυχωτικό νεογνό, ή δεν κατορθώνει να την αποκτήσει στην αρχή της ζωής του, η ικανότητα να αντιλαμβάνεται το άτομο που προσφέρει μητρικές φροντίδες και να το χρησιμοποιεί για να διατηρεί την ομοιοστασία του, συνθήκη που οργανώνεται παθολογικά και από την οποία δεν μπορεί να απαλλαγεί στη συνέχεια.

β. Οι διαμαρτυρίες του εγώ στην παιδική ψύχωση και η διαστρέβλωση του αισθήματος της ταυτότητας

Η ανάπτυξη της ταυτότητας προϋποθέτει τη δόμηση του εγώ και την ικανότητα μετουσίωσης των ψυχικών ώσεων. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι : α) τα εν τω βάθει ερεθίσματα και αυτά των αισθητηρίων οργάνων να μην είναι κατακλυσμικά σε σημείο που να εμποδίζουν την ανάπτυξη της ψυχολογικής δομής. β) αν στο παιδί λείπει ένας "εσωτερικός οργανωτής", ο συμβιωτικός σύντροφος να έχει την ικανότητα να οργανώνει και να ελαττώνει τη διέγερση που προκαλούν τα

εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, να οδηγεί βαθμιαία το παιδί στην αναγνώριση του εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου και στη διάμεσό τους ζώνη.

Η συμμετοχή της γνωστικής αντίληψης είναι ουσιαστική. Ο Freud, σε αναλογία με το δίδυμο "ένστικτο - αυτό", μας προτείνει στα 1923, το ζεύγος "γνωστική αντίληψη - εγώ". Ο Hartmann λέει πως η αναπτυξη της ψυχικής δομής και η μετουσίωση των παρορμήσεων ανήκουν στην ίδια κυκλική διαδικασία : η δομή σχηματίζεται από τη γνωστική αντίληψη του έξω κόσμου και το αντίστροφο.

γ. Εσωτερική της ιδιοσυγκρασίας και εξωτερική της παίδευσης, αιτιότητα

Η M.Mahler πιστεύει πως πολλοί ψυχίατροι συνδυάζουν το πρόβλημα της ιδιοσυγκρασίας με τη θεωρία της "σχιζογόνου μητέρας", θεωρία που η ίδια δεν παραδέχεται. Διακρίνει δύο ιδιαίτερες καταστάσεις : α) Αν στη φάση του φυσιολογικού αυτισμού ή της συμβίωσης, σε ένα παιδί με ισχυρή ιδιοσυγκρασία συμβεί ένας βαρύς τραυματισμός, το παιδί αυτό μπορεί, προσπαθώντας να εξουδετερώσει την εξωτερική απειλή, να υπερενισχύσει τους ψυχωτικούς μηχανισμούς και να αποκλείσει το άτομο που το φροντίζει από το ρόλο του "κυματοθραύστη" των διεγέρσεων, από το ρόλο του συμβιωτικού συντρόφου. β) Στα ιδιοσυγκρασιακά ευαίσθητα και ευάλωτα νεογνά η συνηθισμένη βρεφοκομία δεν αρκεί για να διορθώσει την εμφυτή τους ανικανότητα να χρησιμοποιήσουν την κατευναστική και προωθητική της αυτονόμησης δράση της μητέρας και των υποκαταστατών της.

Η M.Mahler ανατρέχοντας στην εξέλιξη που είχαν νεογνά, που έχασαν τη μητέρα τους, βρίσκει πως η πραγματική απώλεια δεν αποτελεί αίτιο για ψυχωτική

διάσχιση. Τα παιδιά αυτά ανέπτυξαν μεταξύ τους βαθείς δεσμούς και κανένα δεν υπέφερε από παιδική ψύχωση. Φαίνεται πως το στοιχειώδες εγώ τους κατάφερε να κρατήσει μερικές μνήμες ευχαρίστησης στη σχέση με τον άνθρωπο και σχήματα αναμονής της προσφοράς του άλλου έμειναν ενεργά, έτσι που μπόρεσαν να αξιοποιήσουν και τη μικρότερη μητρική φροντίδα που τους δόθηκε αργότερα. κατάφεραν να δημιουργήσουν σχεδόν μόνα τους, ένα ανθρώπινο περιβάλλον, με έντονα, βέβαια, ναρκισσικά στοιχεία.

δ. Υποκατάστατα και ψυχωτικές άμυνες στη σχέση με το αντικείμενο

Για την φροϋδική θεωρία "σχέση με το αντικείμενο" σημαίνει την επένδυση ερωτικής ενέργειας (Libido) από ένα άτομο, το υποκείμενο, σε ένα άλλο, το αντικείμενο. Η M.Mahler θεωρεί πως ο όρος "αντικείμενο" στις ψυχώσεις έχει πιο πλατειά έννοια. πως είναι κάθε τι που, στο πεδίο της φυσικής και ψυχολογικής δράσης - αντίδρασης, αντιστέκεται στον οργανισμό δηλώνοντας την ενταξή του, έξω από αυτόν τον οργανισμό, στο χώρο που τον περιβάλλει.

Στην ψυχανάλυση, οι μηχανισμοί άμυνας είναι τρόποι ψυχικής λειτουργίας ενάντια στις ενστικτώδεις παρορμήσεις και τις αναπαραστάσεις τους. Στις παιδικές ψυχώσεις, οι ενστικτώδεις παρορμήσεις παραμένουν αδιαφοροποίητες, όπως επίσης οι ψυχικές παρορμήσεις και το εγώ, όπως το υποκείμενο και το αντικείμενο. Οι "ψυχωτικοί μηχανισμοί υποστήριξης" δρουν ενάντια σε ένα αδιαφοροποίητο σύμπλεγμα της παρόρμησης και του αντικειμένου, που, φυσιολογικό στη φάση της δυαδικής ενότητας, διατηρείται παθολογικά σε υστερότερο χρόνο. Τέτοιοι μηχανισμοί είναι η κατάργηση του διαφορετικού, του διαφοροποιημένου, της διάκρισης ανάμεσα

σε έμψυχα και άψυχα αντικείμενα, της ύπαρξης ψυχολογικών διεργασιών στο αντικείμενο και η ταλάντωση στην τήξη - απότηξη με αυτό.

Η συγκριτική μελέτη, της φαινομενολογίας της ανάπτυξης του φυσιολογικού νεογνού και των ψυχογενετικών μοντέλων του ψυχωτικού παιδιού, όπως αυτά περιγράφονται στη σημειολογία και τη θεραπευτική, οδήγησε στη διαμόρφωση της θεωρίας σχετικά με τις φάσεις της φυσιολογικής ανάπτυξης : αυτισμός, συμβίωση, φάση του αποχωρισμού και της αυτονόμησης.

ε. Αντιστικό και συμβιωτικό σύνδρομο

Η διαφορά στα δύο αυτά ψυχωτικά σύνδρομα και το ανάλογό τους στη φυσιολογική ανάπτυξη είναι το γεγονός πως το βρέφος των τεσσάρων μέχρι δέκα μηνών και το συμβιωτικό παιδί έχουν συνείδηση πως το αίσθημα της πείνας έρχεται από το εσωτερικό του σώματος και η ανακούφιση, σε αυτή τη διέγερση, από το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ το νεογέννητο, μέχρι το δεύτερο μήνα, και το αντιστικό παιδί δεν διακρίνουν το εσωτερικό από το εξωτερικό.

Το αντιστικό παιδί είναι απομονωμένο στον μικρόκοσμό του. Κλασικά του χαρακτηριστικά, που τα τόνισε ο L.Kanner και τα επιβεβαίωσε η M.Mahler, είναι : η καταναγκαστική επιθυμία για διατήρηση της ομοιομορφίας, η στερεοτυπική ενασχόληση με κάποια άψυχα αντικείμενα, ή με κάποια σχήματα δράσης, μόνα στοιχεία που, ίσως έχουν γι'αυτό κάποια συναισθηματική αξία - η έντονη δυσφορία στις αλλαγές του υλικού περιβάλλοντος.

στ. Το σύνδρομο της συμβιωτικής ψύχωσης

Το στοιχειώδες εγώ εξελίχθηκε μέχρι τη συμβιωτική φάση και διαφοροποιείται μέσα από τη διαδικασία του διαχωρισμού - αυτονόμησης. Το συμβιωτικό σύνδρομο αντιστοιχεί σε παθολογική επισήμανση ψυχολογικών μηχανισμών ή σε παλινδρόμηση σε ένα στάδιο ανάπτυξης που είναι πιο προωθημένο από αυτό του αντιστικού συνδρόμου : στο στάδιο που το εγώ έχει συνείδηση του μερικού αντικειμένου που ικανοποιεί τις ανάγκες του.

Άμεση συνέπεια είναι πολυπλοκότερες και κινητικότερες κλινικές εικόνες σε σχέση με τον πρόωρο παιδικό αυτισμό. Στο αναμνηστικό βρίσκουμε πως :

- Ο ρυθμός ανάπτυξης δεν είναι ομαλός.
- Το εγώ δείχνει να είναι υπερευαίσθητο ακόμη και σε καταστάσεις ελάχιστης ψυχικής στέρησης.
- Οι αντιδράσεις μπροστά σε μικρές αποτυχίες, κατά την περίοδο των ασκήσεων και των δοκιμών των διαφόρων λειτουργιών του εγώ, είναι υπερβολικές.
- Ένας συμπληρωματικός τραυματισμός από το περιβάλλον, συχνά μία απότομη αλλαγή, συνήθως ασυνείδητη, σε έναν από τους δύο γονείς, συμβαίνει στην αρχή της περιόδου του διαχωρισμού και της αυτονόμησης.
- Σπάνια υπάρχουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους.
- Τα νεογνά αυτά είναι ευαίσθητα και συχνά κλαίγε.
- Τα ενοχλήματα εμφανίζονται προοδευτικά ή, σε δεύτερο χρόνο, στις στιγμές κλειδιά της ανάπτυξης της προσωπικότητας, όταν η ωρίμανση του εγώ απαιτεί το χωρισμό και την ανεξαρτησία από τη μητέρα. Μόλις το παραλήρημα της παντοδύναμης συμβίωσης απειληθεί, προκαλούνται αντιδράσεις πανικού· αυτό συμβαίνει στο τρίτο με τέταρτο έτος

ή σε στιγμή κορύφωσης της οιδιπόδειας σύγκρουσης.

Στο επίπεδο της ψυχοπαθολογίας :

- Διαπλεγμένες οι τάσεις του Έρωτα και του θανάτου εφαρμόζονται ναρκισσικά στο κράμα μητέρα - πατέρας - παιδί, συνέχεια της πρωτόγονης ενότητας μητέρα - νεογνό.
- Η βαθιά αγωνία, που αντιστοιχεί στον κατακλυσμό βιολογικών διεγέρσεων της πρώτης παιδικής ηλικίας, εκφράζεται με τη μορφή πανικού.
- Παραλήρημα και ψευδαισθήσεις προσπαθούν να αποκαταστήσουν την ένωση με την εικόνα της παντοδύναμης μητέρας ή σε μία συντετηγμένη απεικόνιση του πατέρα και της μητέρας.
- Η ψυχική ωριμότητα που προκαλεί η δοκιμασία με την πραγματικότητα αναιρείται από την παλινδρόμηση στο στάδιο της παντοδυναμίας της σχέσης μητέρας - νεογνού.
- Τα όρια του εγώ και του μη-εγώ είναι θολά, καθώς και η εικόνα του σώματος.

1. Συσχέτιση της αντιστικής και της συμβιωτικής ψύχωσης

Στο αντιστικό παιδί δεν αναπτύχθηκε ψυχικά στην πρώτη παιδική ηλικία η αντίληψη της μητέρας ως εξωτερικού αντικειμένου ικανού να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Αργότερα σχηματίζονται απεικονήσεις της μητέρας αλλά, συχνά, το φαινόμενο καλύπτεται από τους κυρίαρχους αντιστικούς μηχανισμούς.

Στο συμβιωτικό παιδί αναπτύσσονται δευτερογενείς αντιστικοί μηχανισμοί, ως αυτοφυής ψυχολογική θωράκιση ή ως πρόσκαιρη ενίσχυση του παιδικού εγώ κατά την ανάπτυξη της θεραπείας. Στην ηλικία των τρισήμισι - τεσσάρων ετών, τα δύο σχήματα, αντιστικό και συμβιωτικό, βρίσκονται στο

μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων.

4. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Το πρώτο διαγνωστικό βήμα είναι να καθοριστεί αν το σύνδρομο είναι αντιστικής ή συμβιωτικής προέλευσης. Η M.Mahler νομίζει πως είναι λάθος να εισάγονται τα αυτιστικά και τα συμβιωτικά παιδιά, από την πρώτη στιγμή, σε ομάδες και ιδρύματα. Προτείνει το θεραπευτικό πρόγραμμα να αρχίζει από την εξατομικευμένη σχέση για τα αυτιστικά παιδιά, και από την τριμερή (μητέρα, παιδί, θεραπευτή) για τα συμβιωτικά.

Είναι σημαντικό να επιτραπεί στο παιδί που πάσχει από συμβιωτική ψύχωση να τριφθεί με τη δοκιμασία της πραγματικότητας, προοδευτικά, ακολουθώντας το δικό του ρυθμό. Όταν αρχίσει παίρνοντας μεγάλες προφυλάξεις, να αισθάνεται την υπαρξή του σαν χωριστή οντότητα, έχει ανάγκη από την υποστήριξη της μητέρας ή του θεραπευτή, που λειτουργεί σαν μητρικό υποκατάστατο. Ίσως του είναι απαραίτητο σ'ολόκληρη τη ζωή του, να δέχεται τέτοιες, ενισχυτικές του εγώ, ωσμώσεις.

Η "διορθωτική συμβιωτική εμπειρία" δεν είναι ένα τεχνητό πρόγραμμα που εφαρμόζεται στο παιδί, αλλά η θεραπευτική προσπάθεια να ξαναζήσει τις εμπειρίες των πρώτων σταδίων της ανάπτυξης, να πετύχει ένα ψηλότερο βαθμό στη σχέση με το αντικείμενο. Η M.Mahler συγκρίνει την προσέγγισή της με τις έρευνες της Augusta Alpert (1959) για τις διορθωτικές σχέσεις με τη χρήση αντικειμένων (άψυχων).

Βίαιος χωρισμός. Κάθε πύση στην κατεύθυνση της απότομης αυτονόμησης πρέπει να αποφευχθεί στην περίπτωση του συμβιωτικού παιδιού. Αν οι ικανότητες του συμβιωτικού

εγώ υπερτιμηθούν, αν περιμένουμε να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα χωρίς τις συνεχείς ωσώσεις από τη μητέρα και τον θεραπευτή τότε τις σκληρές πανικού θα ακολουθήσουν ψευδαισθήσεις, παλινδρόμηση και απόσυρση σε αντιστική καταληψία ή σε ηβηφρενική αποδιοργάνωση.

Η μητέρα είναι χρήσιμη για την κατανόηση των σημάτων, που στέλνει το παιδί, έστω και αν η ίδια είναι ανίκανη να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Στη θέση αυτή ικανοποιείται διπλά : από το ενδιαφέρον που το παιδί της δείχνει, από την προσοχή που ο θεραπευτής της δίνει. Εμπυχώνεται στην ιδέα πως κάποιος τη θεωρεί ικανή να βοηθήσει το παιδί της. Αν είναι ικανή να μάθει και να προσφέρει στο παιδί της μια συμπληρωματική διορθωτική συμβιωτική εμπειρία, η πρόγνωση είναι καλύτερη. Η θεραπεία του παιδιού διαρκεί πολλά χρόνια και δίνει εμπειρίες και βιώματα που συνεχώς μεταβάλλονται, όχι μόνο στη σχέση με το θεραπευτή, αλλά και με το πρώτο αντικείμενο αγάπης, το οποίο κάτω από την επίδρασή τους σχηματίζει τον ψυχικό του κόσμο. Γι'αυτούς τους λόγους, όταν υπάρχει η ευκαιρία να αναπτυχθεί παράλληλα μια θεραπεία, συχνά ικανοποιητική, της μητέρας τότε αποκαθιστούμε, ίσως, τη συνθήκη *sine qua non* για την πρόοδο του παιδιού.

Η θεραπεία έχει τριπλό στόχο :

- α. Να προαχθεί η εμπεδωση της εικόνας του σώματος που είναι το υποστυλωμα του αισθήματος της ταυτότητας.
- β. Να καλλιεργηθούν οι σχέσεις με το αντικείμενο.
- γ. Να αποκατασταθούν οι χωλαίνουσες λειτουργίες της ψυχολογικής εξέλιξης και του εγώ.

Η εισαγωγική περίοδος της θεραπείας

Το συμβιωτικό παιδί έχει, πολύ συχνά, αναπτύξει ένα δευτερογενή αυτισμό και είναι ανάκανο, τη στιγμή αυτή, να ζήσει ή να ξαναζήσει, οποιαδήποτε σχέση με τον άλλο. Μερικές φορές αποφεύγει ακόμη και την επαφή με το βλέμμα.

Ο θεραπευτής προσδοκεί να βιώνεται ως μία προσεκτική παρουσία, που, αντί να αυξάνει την αγωνία του παιδιού, ακολουθεί αργά το ρυθμό του, και που γίνεται βαθμιαία αποδεκτή ως εφησυχαστικός καταλύτης, χάρη στον οποίο το παιδί αισθάνεται καλύτερα.

Ο θεραπευτής βιώνεται από το παιδί ως αντικείμενο, προέκταση του εαυτού του, χρήσιμο για να απαντά στις ανάγκες του, για να αναπτύσσει δραστηριότητες παιχνιδιού. Ο θεραπευτής σκοπεύει να αποκαταστήσει ένα συμβιωτικό δεσμό με το πρωταρχικό αντικείμενο. Δρα ως καταλύτης αυτής της αντίδρασης, χάρη στη διαισθησή του να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα, που γενιούνται στη μητέρα και το παιδί, και στην ικανότητά του να διαλέγει τη σωστή στιγμή που πρέπει να τα φέρει να συναντηθούν.

Το παιδί κατευθύνει τα αισθήματά του σε ανθρώπινα αντικείμενα, όλο και πιο διαφοροποιημένα. έχει την τάση να επενδύει τα θετικά στοιχεία σε ένα από αυτά τα δύο μερικά αντικείμενα, που πρόσφατα ανακάλυψε και τα αρνητικά στο άλλο. Η διάσχιση αυτή των αισθημάτων, που μπορεί να συνοδεύεται από διαχωρισμό των απεικονίσεων των αντικειμένων σε καλά και κακά, συχνά, τη συναντούμε και στη συμπεριφορά της μητέρας.

Η ταύτιση της μητέρας στο θεραπευτή είναι απαραίτητη. θα της επιτρέψει να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις συμβιωτικές απαιτήσεις που μπορεί να γίνουν στη φάση αυτή τόσο έντονες ώστε να την ωθήσουν στη προσπάθεια να

απαλλαγεί οριστικά από το παιδί της.

Η περίοδος της ουσιαστικής θεραπείας

Σε αυτή την περίοδο προχωρεί η διαφοροποίηση εγώ και αντικειμένου, αυξάνει η γνώση του περιβάλλοντος χώρου και, επενδυμένα συναισθηματικά αντικείμενα έμψυχα και άψυχα, παίρνουν τη θέση τους μέσα σε αυτόν. Πληθαίνουν οι ενδείξεις πως το εγώ ελέγχει καλύτερα την εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα - τέτοια σημάδια είναι το έδαφος που κερδίζει ο δεύτερος τρόπος ψυχικής λειτουργίας, η κατάσταση του λόγου, η διάκριση ανάμεσα στο παιχνίδι, το φετίχ και το γλωσσικό σύμβολο.

Ο έναρθρος λόγος περνά από την ηχολαλία φράσεων στην επανάληψη του λόγου του αντικειμένου, για να καταλήξει σε φορέα των σκέψεων του παιδιού.

Γενικές αρχές της θεραπείας

Τα παιδιά εγκαταλείπουν τη δευτερογενή αυτιστική αναδίπλωση για τη συμβιωτική, με το θεραπευτή, σχέση, μετά από ένα χρονικό διάστημα που είναι αρκετά σύντομο.

Η συμβιωτική σχέση, με τη μητέρα, με το θεραπευτή, μπορεί να ακολουθηθεί από μια εντυπωσιακή προώθηση των λειτουργιών του εγώ, όπως η ανάπτυξη του λόγου που επιτρέπει την επικοινωνία.

Οι μητέρες διστάζουν να αναλάβουν την ευθύνη του συμβιωτικού τους ρόλου. Μεγάλο μέρος των παιδικών ψυχικών συγκρούσεων εκφράζεται με επιθετική συμπεριφορά. Η επιθετικότητα, μερικές φορές ασκείται στο ίδιο το σώμα του παιδιού και δεν συνοδεύεται από καμιά έκφραση που θα δήλωνε πόνο ή αγωνία. Η αυτοεπιθετικότητα δεν είναι απλό

φαινόμενο εκτόνωσης της ψυχικής διέγερσης. Ο αυτοτραυματισμός, όπως και κάθε αυτο-ερωτική εκδήλωση, είναι μία προσπάθεια του παιδιού να βρει τα όρια του σώματός του, να αισθανθεί ζωντανό, έστω με το τμήμα του πόνου. Η πράξη μπορεί ακόμη, να ανάγεται σε ένα σύστημα σκέψης όπου υπάρχει μερική αίσθηση του εγώ και του άλλου σ' αυτόν τον άλλο το παιδί επιτίθεται, κακοποιώντας μια περιοχή του σώματός του, περιοχή που συνδέει παραληρηματικά με αυτόν.

Ο θεραπευτής εμποδίζει τις προσπάθειες του παιδιού να τραυματίσει το κορμί του, με τη στάση του δηλώνει πως το σώμα του παιδιού πρέπει να αγαπηθεί, να φροντισθεί και να μην πληγωθεί. ερμηνεύει την πράξη αναλύοντας την ασυνείδητη λογική. Η δράση του εξουδετερώνει μέρος της παιδικής επιθετικότητας, ενώ η ερωτική του προσφορά βοηθά το παιδί να επενδύσει το ερωτικό του κεφάλαιο στο σώμα του, με τον ίδιο μηχανισμό που ερωτικοποιείται το σώμα του νεογνού από το μητρικό σύντροφο.

Η επιθετικότητα είναι αποτέλεσμα του διαχωρισμού των αντικειμένων και των παραστάσεων σε δύο ομάδες. το φετίχ είναι καλό αντικείμενο, το τμήμα του σώματος που πλήττεται από την αυτοκαταστροφή, κακό.

Τις εκδηλώσεις επιθετικότητας συνοδεύει έντονο αίσθημα αγωνίας. η μετατόπιση της επιθετικότητας από τον ίδιο σε στοιχεία του γύρω χώρου πραγματοποιείται στη γενικότερη στροφή από το αυτιστικό κλείσιμο στην εξωτερική πραγματικότητα.

Λέρος ...

Λέρος ...

Λέρος ...

Πριν λίγες ημέρες, μια ομάδα ειδικών του Κέντρου Παιδοψυχικής Υγιεινής του Ι.Κ.Α. επισκέφθηκε την Λέρο.

Η αθλιότητα γνωστή.

Ανάμεσα στους κιτρινιασμένους φακέλους βρέθηκε ένα γράμμα. Το γράμμα ενός 13χρονου κοριτσιού προς τον τρόφιμο αδελφό της.

Η Χρυσούλα αναλαμβάνει να εκφράσει το άλυτο πένθος της οικογένειάς της για την γέννηση του καθυστερημένου παιδιού και συνεπώς την απώλεια του φυσιολογικού παιδιού που περίμεναν.

Αναλαμβάνει να εκφράσει τις βαρείες τύψεις που σκιάζουν την οικογένεια για την αδυναμία να συγκρατήσει κοντά το ανήμπορο μέλος της.

Αναλαμβάνει να εκφράσει τις προσδοκίες της οικογένειας για μαγική θεραπεία του Γιάννη.

... Όμως δεν αντέχω να σχολιάσω παραπέρα. Φοβάμαι ότι παρασύρομαι σε επιστημονολογικές εκφράσεις για να καλύψω τα έντονα συναισθήματά μου.

Ξαναγυρνώ διαρκώς στο υστερόγραφο της Χρυσούλας : "Σας παρακαλώ μην λάβετε υπόψη σας το γράμμα μου. Το σκέφτηκα καλύτερα. Θα κάνει κακό σε πολλά άτομα ...", και κάνει πράγματι κακό το γράμμα της.

Όσοι "ειδικοί" το διάβασαν δύσκολα θα μπορούν να εφησυχαστούν στα όσα μέτρα περί αποασυλοποίησης ελήφθησαν.

Προς τον Γιάννη Π.

Αγαπημένε μου Γιάννη γειά σου. Είμαι η αδερφή σου η Χρυσούλα. Εσύ βέβαια δεν με ξέρεις γιατί όταν σε πήραμε από το σπίτι ήσουν μωρό ακόμα.

Εγώ όμως δεν σε ξέχασα κι ούτε θα σε ξεχάσω ποτέ. Για μένα είσαι πάντα ο μικρός μου αδερφούλης που αγαπώ όσο δεν αγαπώ κανέναν άλλο. Όταν σε πήραμε από το σπίτι ήμουν περίπου 7 ετών και τώρα είμαι 13! Ήσουν 2 ετών και τώρα είσαι περίπου 8. Όμως έμεινες για μένα ο μικρός μου αδερφούλης.

Μην νομίζεις ότι σε βάλουμε σ' αυτό το ίδρυμα επειδή δεν σ' αγαπούμε. Σε βάλουμε για να μην υποφέρεις. Επειδή εκεί είσαι ασφαλής ενώ εδώ στο σπίτι κινδυνεύεις. Κι αυτό γιατί δεν είμαστε σε θέση να σου προσφέρουμε όσα μπορούν να σου προσφέρουν οι γιατροί.

Δεν ξέρεις πόσο μου λείπεις. Πώς θυμάμαι εκείνη την πανέμορφη μέρα που σε πρωτοπήρα στα χέρια μου ! Ήταν σαν να μου χάριζαν όλο τον κόσμο. Πώς θυμάμαι τα παιχνίδια που σκαρώναμε εγώ, εσύ κι ο μεγάλος μας αδερφός. Πώς θυμάμαι όμως και την πρώτη μέρα που παρουσιάσες την αρρώστια. Μαμά, φώναξα τι έχει ο αδερφούλης μου ; Μανούλα τι έπαθε ; Γιατί να μην είναι σαν τ' άλλα παιδάκια γερό ; Κι εκείνη να μην μιλά και να σε φροντίζει όσο πιο καλά μπορεί.

Ο μεγάλος μας αδερφός είναι τώρα 18 χρονών φαντάρος. Με περνά 6 χρόνια και σε περνά περίπου 10. Κι όμως ακόμα ρωτά, στα γράμματά του. Μητέρα έχεις κανένα νέο από τον Γιαννάκη ; Σ' αγαπάει κι εκείνος πολύ. Ο πατέρας στεναχωριέται όταν τον ρωτάει ο Κώστας αν έχει νέα από σένα και δεν έχει. Πριν λίγες μέρες που μας είπαν πως παίζεις, παιδεύεσαι και παιδεύεις και εκείνους χαρήκαμε πολύ. Για να παίζει και να παιδεύεται λέμε είναι καλύτερα.

Και η μητέρα θέλει νάρθει να δει το παιδί της. Να σε πιάσει στα χέρια της και να πει "Γιόκα μου". Πέρασαμε όμορφα μαζί και σε θέλουμε κοντα μας. Ομως δεν γίνεται τίποτα. Σου υπόσχομαι όμως ότι μόλις μεγαλώσω θα έρθω να σε δω. Και πίστεψέ με αν έχεις γίνει καλά μέχρι τότε θα γίνουμε η πιο ευτυχισμένη οικογένεια. Θα σε πάρουμε κοντά μας και θα ζήσουμε όλοι μαζί ευτυχισμένοι. Το πιστεύω ότι θάρθει εκείνη η ημέρα. Και τότε θα είσαι για μας το φως, ο ήλιος, η γαλήνη. θα φέρεις μέσα στο σπίτι μας την χαρά και την ευτυχία. Δεν θέλουμε να σου λείπει τίποτα αγαπημένε μου αδερφούλη. Και για να ξέρεις πόσο σ'αγαπούμε όλοι εδώ μέσα σου λέω μερικά λόγια του πατέρα, της μητέρας και του Κωστάκη. Ο μπαμπάς πήγε να παρει το επίδομα των παιδιών και του ζήτησαν ένα χαρτί από το Ιδρυμα για σένα. Και τότε εκείνος είπε : Ας ήταν υγιές και γερό το παιδί μου και θα σας χάριζα 1.000 επιδόματα. Η μητέρα λέει : Προχώρα επιστήμη, κανε γερό το παιδί μου και φέρτο σπίτι μου. Κι ο Κωστάκης λέει : Χριστέ μου δώστου την υγιά του και πάρε μου την ψυχή. Είδες λοιπόν πόσο σ'αγαπάμε όλοι ; Και για να μας θυμηθείς καλύτερα θα σου στείλω και δύο φωτογραφίες για να μας θυμάσαι. Κοίτα στο πίσω μέρος. Σου γράφω ποιοι είναι στην φωτογραφία.

Η αδερφούλα σου

Χρυσούλα Π.

Προς την Κοινωνική Λειτουργό

Ονομάζομαι Χρυσούλα Π. και είμαι αδερφή του Γιάννη Π. Θα ήθελα να μάθω πώς πηγαίνει ο Γιαννάκης. Θα ήθελα ακόμη να σας παρακαλέσω (αν επιτρέπεται) να μου στείλετε μια φωτογραφία του για να δω αν είναι ακόμα εκείνο το γλυκό και πανέμορφο παιδάκι που τόσο αγαπώ.

Αν γίνει καμιά πρόοδος στην επιστήμη πάνω στον τομέα και την ασθένεια του Γιάννη θάθελα να μας κρατάτε ενήμερους. Ίσως αυτό βοηθήσει.

Τη φωτογραφία που σας ζητώ δεν την θέλω μόνο για τον λόγο που προαναφέρω. Θα είναι ίσως ένα στήριγμα για μένα. Θα σας ζητήσω και κάτι τελευταίο. Αν ο Γιαννάκης ξέρει να διαβάζει δώστε του (αν το νομίζετε σωστό) το γράμμα μου που θα γράψω τώρα, αν δεν ξέρει να διαβάζει, είτε εσείς είτε κάποιος άλλος διαβάστε τού το. Ίσως έτσι καταλάβει ότι δεν είναι μόνος του στον κόσμο. Οτι κάπου σε μια γωνιά της Ελλάδας είναι 4 άνθρωποι που τον αγαπούν και παρακαλούν το Θεό να τον φέρει μια μέρα κοντά τους.

Να νοιώσει κι εκείνος τι σημαίνει οικογένεια, να νοιώσει τι σημαίνει οικογενειακή θαλπωρή.

Σας αφήνω τώρα και σας παρακαλώ όλα όσα σας προανέφερα.

Δώστε στον Γιάννη τις δύο φωτογραφίες.

Ευχαριστώ πολύ

Χρυσούλα Π.

Σας παρακαλώ μην λάβετε υπόψη σας το άλλο γράμμα μου. Το σκέφτηκα καλύτερα. Θα κάνει κακό σε πολλά άτομα.

Ευχαριστώ

Χρυσούλα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

Α. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

1. Κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο

Οι ασθενείς έρχονται σε επικοινωνία με τις νοσηλεύτριες διαρκώς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και επομένως έχουν κάποια επαφή με αυτές.

Πρώτη επαφή : Ο ασθενής έχει έρθει στο νοσοκομείο είτε από δική του πρωτοβουλία ή από πρωτοβουλία κάποιου γιατρού. Το περιβάλλον του είναι άγνωστο. Πρώτα απ'όλα η Νοσηλεύτρια πρέπει να του συστηθεί, να δώσει το όνομά της, την ιδιότητά της και το χέρι της. Μια τέτοια χειρονομία προσφέρει στον άρρωστο ένα μήνυμα ανθρωπιάς και πολιτισμού. Η έμπειρη Νοσηλεύτρια θα πρέπει ακόμη να αναγνωρίζει την αιτία για την οποία ο ασθενής είναι στο Νοσοκομείο και την φύση της ασθένειάς του, για να είναι ικανή να καταλάβει την αντίδρασή του προς αυτή. Ο ασθενής από το διάστημα που μπαίνει στο Νοσοκομείο, είναι φοβισμένος, καχύποπτος, επιφυλακτικός και πολύ συχνά εχθρικός. Φοβάται να πει στο γιατρό τι ακριβώς αισθάνεται, μήπως τον πάρει για τρελό, μήπως τον στείλει στο "ΤΡΕΛΑΔΙΚΟ". Η Ψυχιατρική διαταραχή συνοδεύεται από ένα κοινωνικό στίγμα.

Αδιάφορο αν ο άρρωστος έρχεται με συνοδεία ή όχι η εξέτασή του πρέπει να είναι εμπιστευτική, να μην παρευρίσκεται κανείς άλλος μπροστά, εκτός βέβαια από το γιατρό. Μόνο στην περίπτωση που θα κριθεί επικίνδυνος - αρκετά σπάνια - η εξέταση μπορεί να γίνει με παρουσία ψυχιατρικού προσωπικού. Αλλιώς μιλάει κανένας όταν είναι μόνος του και αλλιώς όταν είναι και άλλοι μπροστά, εστω

και αν είναι άνθρωποι δικοί του, που τους εμπιστεύεται. Όταν ο γιατρός κρίνει ότι ο άρρωστος έχει ανάγκη από παρακολούθηση και ότι θα νοσηλευτεί στο Νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια τότε αναλαμβάνει την τοποθέτησή του και την τακτοποίησή του.

Πρέπει να σεβαστεί την διάθεσή του που είναι συχνά άσχημη, νευρική, βαρύθυμη. Αλλά και ευδιάθετος να φαίνεται η πιθανότητα είναι ότι δεν αισθάνεται καλά μέσα του, ότι δε θέλει να φανερωθεί ή δεν μπορεί να αξιολογήσει την πραγματικότητα σωστά. Εδώ πρέπει η νοσηλεύτρια, να του δείξει ότι συμφωνεί μαζί του έστω και αν διαφωνεί. Ποτέ όμως δεν θα πρέπει να συμφωνήσει για κάτι που δεν το πιστεύει ούτε να προσπαθήσει να τον πείσει ότι είναι η καλύτερή του φίλη. Επίσης δεν θα πρέπει να κάνει αστεία, χιούμορ, γιατί ο ασθενής μπορεί να παρεξηγηθεί, να νομίσει ότι δεν τον παίρνει στα σοβαρά, και ότι το πρόβλημά του ακούγεται γελοίο ή ο ίδιος είναι τρελλός.

Θα πρέπει να συγκρατεί την ψυχραιμία της, να ελέγχει τον εκνευρισμό, τις χειρονομίες της, τον τόνο της φωνής της. Είναι φυσικό να της φέρει άγχος η επιφυλακτικότητα ενός αγνώστου ανθρώπου, η επιθυμία της να την παραδεχτεί, να συνεργαστεί μαζί της. Το πρόβλημα του μπορεί να της θυμίζει κάποιο ανάλογο δικό της ή να φαίνεται τόσο αλλοιώτικο που να μην βγάζει νόημα. Και κάτι που προκαλεί πάντοτε άγχος και που σπάνια το αντιμετωπίζεις σ'άλλες περιπτώσεις ασθενών. Ο άνθρωπος που έχει μπροστά της είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του, για τους άλλους γι'αυτήν την ίδια ;

Θα ενθαρρύνει στην συνέχεια τον άρρωστο λεγοντας του λόγια που δείχνουν πως τον καταλαβαίνει, πως την ενδιαφέρουν αυτά που λέει, πως δεν τα βρίσκει αλλόκοτα ή αποκρουστικά - "καταλαβαίνω, τι εννοείτε", "φυσικά", "δεν

σας αδικώ".

Θα αποφύγει να κάνει κριτικές πάνω στις πληροφορίες που τις δίνει ο ασθενής για τη ζωή του, για την συμπεριφορά του, για συγγενείς και φίλους του.

Εκτός από την κατανόηση, ο ασθενής χρειάζεται να αισθανθεί ότι, ο Ψυχίατρος που τον εξετάζει ακούει με ενδιαφέρον αυτά που του λέει και σε συνεργασία με την νοσηλεύτρια προσπαθούν για την καλύτερευση της κατάστασής του και την έξοδό του από το ίδρυμα. Η κατανόηση που περιμένει ο ασθενής πρέπει να είναι περισσότερο συναισθηματική παρά λογική.

Ο ασθενής αυτός (Ψ) θα αισθανθεί την ανάγκη να ρωτήσει για τον χρόνο που θα μείνει στο νοσοκομείο και για το είδος της ασθένειάς του. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αποφύγει την χρήση Ψυχιατρικών όρων ή εκφράσεων που η μόρφωση και το κοινωνικό επίπεδο του ασθενή δε θα του επέτρεπαν να παρακολουθήσει.

Ο γιατρός εκτός από το αναμνηστικό ή την Ψυχιατρική έκθεση που έχει πάρει ο ίδιος από τον άρρωστο θα χρειαστεί και μια εικόνα της Ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή, μια παραστατική περιγραφή της συμπεριφοράς του. Αυτή μπορεί να την προσφέρει η νοσηλεύτρια. Μπορεί δηλαδή να παρατηρήσει με επιδεξιότητα, τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται ο άρρωστος, τον τόνο της φωνής του, αν συμφωνεί μ'αυτά που λέει, με τις συνθήκες της πραγματικότητας ή όχι. Πως είναι η αντίληψή του ; Είναι ο ασθενής ομαλά προσανατολισμένος ως προς την ταυτότητά του, ως προς τον τόπο και τον χρόνο, πως είναι η προσοχή του η μνήμη του ; Έχει την ικανότητα να συγκεντρωθεί ; να καταλάβει το νόημα ενός γραπτού κειμένου. Ποιο είναι πάνω κάτω το επίπεδο της νοημοσύνης του ; Έχει συνείδηση των προβλημάτων του και που τα αποδίδει. Μπορεί να καταλάβει και να παραδεχτεί την

Ψυχολογική σημασία των προβλημάτων του.

Υστερα από τη διάγνωση και την αιτιολόγησή της με στοιχεία που βασίζονται στις πληροφορίες του ασθενή και της οικογενειάς του αφ'ενός, και στις παρατηρήσεις του Ψυχιάτρου αφετέρου, είναι σκόπιμο να προταθεί μια δυναμική αξιολόγηση της περιπτώσεως, που να οδηγεί σε προγνωστικά συμπεράσματα και συστάσεις για την κατάλληλη θεραπεία, με τις σχετικές ενδείξεις και αντενδείξεις.

2. Κατά την αντιμετώπιση επείγουσων περιπτώσεων - Ψυχιατρικές πρώτες βοήθειες

Όπως ο τίτλος αναφέρει, Ψυχιατρικές πρώτες βοήθειες είναι η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται από τον ασθενή σε μια κρίσιμη κατάσταση. Η ανάγκη μπορεί να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύκτας και η αδελφή πρέπει να είναι ικανή να βοηθήσει με ετοιμότητα τον εξαντλημένο ασθενή. Η απαιτούμενη βοήθεια μπορεί να ταξινομηθεί σε τέσσερις επικεφαλίδες :

- α). Ακουστική.
- β). Συμβουλευτική.
- γ). Ενθάρρυνση (διασφάλιση) και
- δ). Ανακούφιση συναισθηματικής έντασης.

2α. Ακουστική

Η τέχνη της ακουστικής έχει συζητηθεί, πάρα πολύ. Ο ασθενής ίσως έχει ένα πρόβλημα το οποίο χρειάζεται να συζητήσει με κάποιον, ο οποίος θα ενεργήσει κυρίως να παραμείνει ως ακουστικός. Έχει πιθανώς σκεφτεί το πρόβλημα επανειλημμένα στο μυαλό του και χρειάζεται να εκφράσει τους φόβους του, τις αμφιβολίες του και τις στεναχώριες του

προφορικά για να καταλάβει καλύτερα.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να καθίσει μαζί του σε μια ήσυχη γωνία και να του επιτρέψει να μιλήσει ελεύθερα θα προσπαθήσει να του εξασφαλίσει τη σωστή ατμόσφαιρα γύρω του και να του αφήσει να αντιληφθεί ότι έχει την αδιάσπαστη προσοχή της. Εάν ο χρόνος της είναι περιορισμένος θα πρέπει να το κάνει σαφές από την αρχή και να πει στον ασθενή ακριβώς πόσο χρόνο μπορεί να του διαθέσει, έτσι ώστε να μην παρακολουθεί αυτή το ρολόι και ο ασθενής θα έλθει στο θέμα της συζήτησης πιο πρόθυμα.

Το γεγονός ότι ακούει τον εαυτό του να εκφράζει τις ιδέες του σε κάποιο άλλο πρόσωπο, του είναι θεραπευτικό ώστε πολλούς από τους φόβους του ίσως να χάσουν στην πραγματικότητα τη βαρύτητά τους και αυτός ο ίδιος να αντιληφθεί ότι είναι πολύ λιγότερο σοβαρά απ'ότι υπέθετε. Μπορεί να βοηθηθεί αν η Νοσηλεύτρια επαναλαμβάνει φράσεις του από καιρού εις καιρόν και τον παρακολουθεί ενώ αυτός ομιλεί, έτσι ώστε να έχει επίγνωση ότι τον ακούει και δεν είναι απασχολημένη με τις δικές της σκέψεις. Ο ασθενής ίσως σκόπιμα θελήσει να σοκάρει την Νοσηλεύτρια για να δοκιμάσει την αντίδρασή της προς αυτόν. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να αποδείξει στον ασθενή πως οτιδήποτε κάνει ή λέει, αυτή ακόμα ενδιαφέρεται για την καλή του κατάσταση και έχει πραγματική επιθυμία να τον βοηθήσει. Εάν το πρόβλημα έχει εκφραστεί προηγουμένα από τον ασθενή, η Νοσηλεύτρια θα δείξει πως θυμάται την συζήτηση, αλλά είναι τρομερά σπουδαίο να αποφύγει να του δώσει την εντύπωση ότι πλήττει και ανυπομονεί. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στη χειροτέρευση της ψυχικής του καταστάσεως που μπορεί να εκφραστεί με έναν οποιοδήποτε διαφορετικό τρόπο, λιγότερο ευχάριστο. Για να γίνει καλή ακροάτρια η Νοσηλεύτρια πρέπει να προσπαθήσει να ξεχάσει τις δικές της

διαμάχες και προβλήματα και να συγκεντρωθεί σε ότι ο ασθενής λέει είτε απευθείας με λέξεις ή σε υπονοούμενες ιδέες εκφραζόμενες στη συζήτηση.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να επιδείξει τη συμπάθειά της και την κατανόησή της στον ασθενή, σαν άτομο και να αναγνωρίσει τους φόβους του σαν έκφραση της αντίθεσής του.

2β. Συμβουλευτική

Η τεχνική αυτή απαιτεί πολύ επιδεξιότητα εάν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αναγνωρίσει τα προβλήματά του και να βρει τις δικές του λύσεις.

Όταν συζητά τα προβλήματά του ο ασθενής θα ενθαρρυνθεί πρώτα απ'όλα να μιλήσει για την κατάσταση, ώστε ο σύμβουλος να διαλέξει από την συζήτηση τις περιοχές που εμφανίζονται σαν βάση της δυσκολίας, και κατόπιν να ζητήσει από τον ίδιο τον ασθενή να προσπαθήσει να τις προσδιορίσει.

Ίσως να μην μπορέσει να το κατορθώσει στην αρχή, αλλ'είναι σπουδαίο να του επιτραπεί να τα βρει ο ίδιος με την ησυχία του. Ίσως αρχίσει με μικρά προβλήματα που μπορούν να λυθούν σχετικά εύκολα με λίγη σκέψη, δίδοντας τη σωστή διαφώτιση, ίσως καταλάβει ότι όλα τα μικρά προβλήματα είναι περιφερειακά της κεντρικής του δυσκολίας, απόρροια της εσωτερικής του δυσκολίας. Έχοντας εντοπίσει το πραγματικό πρόβλημα θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να σκεφτεί όλες τις πιθανές λύσεις και να εργασθεί μέσω αυτών, ζυγίζοντας τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μιας μέχρι να φθάσει με την εξάλειψη στη λύση τους. Τότε του επιτρέπεται να δοκιμάσει αυτή τη λύση, εάν είναι καθόλου πραγματοποιήσιμη, η οποία επιτυχώς λύνει το

πρόβλημα και ο ασθενής είναι ικανοποιημένος. Εάν αποτύχει οι αιτίες της αποτυχίας μπορούν να συζητηθούν και οι λύσεις μπορούν να υπολογισθούν αργότερα. Ίσως ο ασθενής είναι ανίκανος να προτείνει μια ικανή λύση. Στη περίπτωση αυτή ο σύμβουλος θα πρέπει να μελετήσει το πρόβλημα ξανά με τον ασθενή, βήμα προς βήμα, ζητώντας του να λύσει το πρόβλημα και η Νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι ίσως ακόμα υπάρχουν άλλες λύσεις, θα ήταν σκόπιμο να προτείνει ακόμα όλες τις ευκαιρίες, τις οποίες σχολιάζει με τον ασθενή όπως την ανεκτικότητα του ή όχι. Είναι μεγάλης σπουδαιότητας το ότι η Νοσηλεύτρια θα τον επιβεβαιώσει ότι η τελική απόφαση είναι δική του, και μόνον δική του.

Ο κύριος λόγος αυτού είναι το ότι εάν η προσπάθεια αποτύχει ήταν δικής του εκλογής και το σφάλμα δεν είναι του συμβούλου, έτσι βεβαιώνεται ότι ο ασθενής μαθαίνει να δεχθεί την ευθύνη της απόφασής του. Η Νοσηλεύτρια δεν πρέπει να συμβουλευσει τον ασθενή να ενεργήσει με ορισμένο τρόπο ενέργειας γιατί αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί απ' τον άρρωστο σε οποιαδήποτε πρόταση που μπορεί να πετύχει, μόνον, εάν ο ασθενής το θέλει να επιτύχει και θα αποτύχει, εάν έτσι επιθυμεί.

Συμβουλή είναι συνήθως το τελευταίο πράγμα το οποίο ο ασθενής θέλει απ' το σύμβουλο, γιατί εάν συμβουλευτεί τον ασθενή θα την κατηγορήσει για την αποτυχία του και έτσι καταστρέφει κάθε μελλοντική ευκαιρία για την Νοσηλεύτρια να ενεργήσει σαν σύμβουλος.

Η Νοσηλεύτρια χρειάζεται να μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα στους ρόλους του συμβούλου και του καθοδηγητού. Του συμβούλου ο ρόλος συνήθως ασχολείται με προβλήματα προσωπικής φύσεως, τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με απλές απαντήσεις ναι ή όχι, ενώ του καθοδηγητού ο ρόλος είναι θέμα παραχώρησης σωστών πληροφοριών.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να μπορεί να προσαρμόζει το ρόλο της με τις ανάγκες του ασθενή.

2γ. Ενθάρυνση

Αυτή είναι μια προσπάθεια να διασφαλίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή στον εαυτό του και στην περίπτωση της θεραπείας του.

Είναι σπουδαίο ότι ο ασθενής και η Νοσηλεύτρια δέχονται ο ένας τον άλλον, σαν άνθρωποι, γι' αυτό το λόγο η αδελφή χρειάζεται να δημιουργήσει και φυσική και πνευματική επαφή με τον ασθενή. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να καθίσει με τον ασθενή εάν αυτός κάθεται, ή να περπατήσει μαζί του πάνω - κάτω στο θάλαμο, εάν είναι αναγκαίο διότι έτσι σωματικά βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Θα πρέπει λοιπόν να προσπαθήσει να αναπτρώσει την εμπιστοσύνη του ασθενή δίνοντάς του ότι καταλαβαίνει πως αισθάνεται τα προβλήματά του και ότι έχει τη συμπάθειά του. Πρέπει να τον παροτρύνει να μιλήσει για τα προβλήματά του και να εκφράσει τις αμφιβολίες του και ανησυχίες του, ενώ τον ακούει προσεκτικά και ειλικρινά το τι έχει να της πει. Είναι πρωταρχικής σημασίας να μπορέσει να του δείξει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της συμπεριφοράς του. Παράδειγμα, ο μελαγχολικός ασθενής, ο οποίος σκέπτεται την αυτοκτονία, πρέπει να του φανερώσουν τα πλεονεκτήματα, μένωντας ζωντανός και την ανησυχία και τη λύπη που θα προκαλέσει στους δικούς του και στους φίλους του τερματίζοντας τη ζωή του.

Ο ανήσυχος ασθενής που στεναχωριέται για τη συζυγό του, ίσως χρειάζεται να καθησυχάζεται συνεχώς ότι δεν πεθαίνει της πείνας επειδή ο συζυγός της δεν εργάζεται ή ότι οι φόβοι του για απιστία της, διότι δεν μπόρεσε να τον

επισκεφθεί, είναι αβάσιμοι.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να προλαβαίνει τον ασθενή να μην νιώθει μοναξιά και αν χρειάζεται να του παραστέκεται στα μεγάλα χτυπήματα. Θα πρέπει να τον ενθαρύνει να ενδιαφέρεται στις εκδηλώσεις του θαλάμου και για τους άλλους ασθενείς. Ίσως είναι χρήσιμο να τον ενθαρύνει να κάνει απλές εργασίες στην κλινική για να αποσπασθεί το ενδιαφέρον του από τα δικά του προβλήματα και να του δείξει ότι αντί να ονειρεύεται φαντασιοπλήξεις, αυτός είναι ικανός να συμβάλλει στη γενική ευημερία των συνασθενών του.

Η τεχνική της πειθούς έχει αξία σ'αυτή την περίπτωση. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να συγκατατεθεί στα πιστεύω και στις ενέργειες του ασθενή που μπορούν να επιτευχθούν με την αυτοεκτίμηση του εσωτερικού του εαυτού και προτείνοντάς τους πως η συμπεριφορά του θα επιδράσει στην αντίδραση των άλλων, ιδιαίτερα των δικών του και των φίλων του, και όσο περισσότερα καταφέρει τόσο μεγαλύτερος θα είναι ο θαυμασμός τους γι'αυτόν.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να είναι πολύ θετική και βαθμηδόν ενθουσιώδης, όταν προγραμματίζει για τον ασθενή. Εάν αντιδρά πολύ λίγο ή ακόμη εχθρικά, πρέπει να παραμείνει αδιάφορη.

Ίσως είναι χρήσιμο να αφήσει τον ασθενή για λίγο να το σκεφθεί, χωρίς πιέσεις απ'αυτήν. Μετά από ένα λογικό διάστημα, μπορεί να επιστρέψει και να τον ρωτήσει εάν αποφάσισε ή όχι. Σαν τελικό μέτρο, η Νοσηλεύτρια ίσως δηλώσει, όχι δυσάρεστα, ότι δεν την νοιάζει πλέον πραγματικά όσο ο ασθενής φαινομενικά δεν ζητά τη βοήθειά της. Εάν η σχέση είναι καλή και η Νοσηλεύτρια ειλικρινής, τότε αυτό δεν θα είναι μόνιμα κακό, αν και ίσως, πληγώσει την υπερηφάνεια του ασθενή λίγο, αλλά με διακριτικότητα

και προσεκτικό χειρισμό η υπόθεση θα λυνόταν ικανοποιητικά. Ίσως στην πραγματικότητα, να δώσει την απαραίτητη διέγερση για να προκαλέσει μια αντίδραση και απόφαση από ένα απαθή ασθενή.

2δ. Ανακούφιση της συγκινησιακής έντασης

Η συγκίνηση, είναι βασικά ένα αίσθημα το οποίο διαφέρει σε ένταση. Οι πλέον συνηθισμένες συγκινήσεις είναι χαρά, λύπη, αγάπη, μίσος, θυμός, ενθουσιασμός και φόβος, τα οποία μπορούν όλα να επηρεάσουν τη φυσική λειτουργία του σώματος με την επίδρασή τους στους ενδοκρινείς αδένες και μυικό τόνο και ούτω καθεξής : αντίθετα, ανωμαλίες των αδένων, ενδέχεται να επιδρούν στις συγκινήσεις. Ίσως ένα από τα καλύτερα παραδείγματα αυτού είναι η συναισθηματική ευερεθιστικότητα αρρώστου που υποφέρει από θυροτοξικόση.

Ένταση αναπτύσσεται σ'όλους κατά διαστήματα, όταν οι επιθυμίες και τάσεις είναι σ'αντίθεση με το περιβάλλον. Μπορούν να λυθούν αυτές οι αντιθέσεις με διάφορες μεθόδους, όπως με τη συζήτηση ή με επιχειρηματολογία η μετατροπή των εντάσεων σε περισσότερο κοινωνικά δεκτή συμπεριφορά, η απομάκρυνση από την κατάσταση σε μια άλλη πιο επιθετική. Ο διανοητικός ασθενής είναι ανίκανος να αντιμετωπίσει αυτά τα προβλήματα επαρκώς και μπορεί να αντιδράσει κατά διαφόρους τρόπους. Ο σχιζοφρενής ασθενής, ίσως γίνει περισσότερο αποτραβηγμένος ή παρανοϊκός, ή εάν έχει ιδέες καταδιώξεως σ'αυτές μπορεί να δοθεί με περισσότερη έμφαση. Μερικοί ασθενείς ίσως να γίνουν βίαια ενοχλημένοι ενώ άλλοι γίνονται επιθετικοί.

Η αδελφή μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή, αποσπώντας την προσοχή του μακριά από το ενοχλητικό περιστατικό και

τοιουτοτρόπως μεταβάλλει την αρχική επικίνδυνη κατάσταση ή μπορεί να τον απασχολήσει με εργασία που απαιτεί πολύ μεγάλη σωματική προσπάθεια η οποία θα επιτρέψει στον ασθενή να διοχετεύσει την επιθετικότητά του σε μια πρακτική ενέργεια που θα έχει αξία γι'αυτόν και για τους άλλους, όπως το σκάψιμο στον κήπο, μεταλλουργική, ξυλουργική ή τρίψιμο πατωμάτων. Μπορεί να ενθαρύνει τον ασθενή να μιλήσει για τα προβλήματά του, είτε ιδιαίτερα είτε σε ομαδικές συζητήσεις και κατ'αυτόν τον τρόπο με την ομιλία αρχίζει να τα βλέπει περισσότερο πραγματικά και τελικά τα αντιλαμβάνεται και τα δέχεται.

Ίσως είναι οι εντάσεις που εξέρχονται μέσα από την οικογενειακή κατάσταση του ασθενή, της οποίας η αδελφή δεν έχει πλήρη γνώση και θα χρειασθεί πολύ θετικότητα για να συζητήσει τέτοιες υποθέσεις. Ίσως ο άρρωστος έχει ιδέες ενοχής ή αναξιότητας οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν φόβους αυτοκτονίας και ίσως πραγματικά οδηγήσουν στην αποφασιστική προσπάθεια εάν η κατάσταση δεν ελέγχεται επαρκώς.

Σ'αυτές τις περιπτώσεις η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, είτε αποδειχθεί πρόσφατα ότι εάν τέτοιοι ασθενείς είναι πλήρως απασχολημένοι με πράγματα ενδιαφέροντα που απαιτούν λογικά μεγάλο βαθμό αυτοσυγκέντρωσης, τα συμπτώματά τους υποβαθμίζονται κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας, ενώ όταν αφήνονται μόνοι γίνονται χειρότερα και είναι πιθανότερο να αντιδράσουν αντίθετα.

Β. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΤΗΣ ΡΟΛΟΣ

1. ΓΕΝΙΚΑ

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές της εργασίας της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας, είναι η δυνατότητα που έχει να ασχοληθεί με μια ποικιλία θεραπευτικών ρόλων, παίρνοντας μέρος στη φροντίδα του ασθενούς.

Η Νοσηλεύτρια εκπληρώνει το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές τους σχέσεις, όταν βοηθά το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να προγραμματίσουν και να πάρουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. Η νοσηλεύτρια επιβάλλεται να αναλάβει το ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζονται κάποιον να ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν.

Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίζει η νοσηλεύτρια, μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τους ασθενείς να μάθουν να ζουν με περισσότερο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο. Συχνά η νοσηλεύτρια οφείλει να υποδυθεί το ρόλο του υποκατάστατου της μητέρας, να δείχνει κατανόηση, να συμπαρίσταται συναισθηματικά, να κάνει τις εργασίες της μητέρας (π.χ. τάισμα ασθενούς κ.λ.π.).

Τέλος, είναι αναγκαίο να υπογραμμιστεί το εξής : Η νοσηλεύτρια ποτέ δεν υποδύεται απλώς και μόνο ένα ρόλο σε μια οποιαδήποτε χρονική περίοδο, αλλά συνήθως υποδύεται όλους ή μερικούς από αυτούς συγχρόνως.

2. Θεραπευτικό περιβάλλον

Η θεραπεία των ασθενών με ψυχικά προβλήματα γίνεται σε μια ποικιλία από ιδρύματα : σπίτι, φυλακή, σχολείο, νοσοκομείο, ψυχιατρείο, εντατική μονάδα κ.λ.π.

Η λέξη περιβάλλον έχει πολύ πιο ευρύτερη έννοια απ'ότι το μέρος που γίνεται η θεραπεία. Στην ευρύτερη έννοιά του το περιβάλλον ορίζεται σαν το σύνολο όλων αυτών που περιβάλλουν εξωτερικά τον ασθενή. Τα περιβάλλοντα του ασθενή μπορεί να είναι πρόσωπα ή αντικείμενα, τα οποία όταν διαφοροποιηθούν μπορούν να τροποποιήσουν το όλο σύστημα.

Όταν ο ασθενής έρχεται σε επαφή με τη νοσηλεύτρια, ήδη φέρνει μαζί του τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος, που έχει ζήσει μέχρι τώρα και με τη σειρά του επηρεάζεται από το νέο περιβάλλον. Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται στη συνειδητική εφαρμογή της γνώσης ότι κάθε τι που συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτικό ή αντιθεραπευτικό. Ένα περιβάλλον χαρακτηρίζεται θεραπευτικό όταν πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις :

- α. Ο ασθενής είναι ασφαλής από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα.
- β. Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα συναισθήματά του και το κάνει αυτό με τρόπο που είναι παραδεκτός από τον εαυτό του και από τους άλλους στο περιβάλλον.
- γ. Έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες για τη λύση προβλημάτων.
- δ. Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και ακεραιότητα.
- ε. Έχει το δικαίωμα της κατ'ιδίαν μεταχειρήσης και θεραπείας.

Στο ψυχιατρείο, η φιλική, η ζεστή ατμόσφαιρα, αυξάνει στο μέγιστο βαθμό την εξατομίκευση της θεραπείας, εξασφαλίζει συνέχεια στη θεραπεία και αναπτύσσει το αίσθημα ασφάλειας, που είναι σημαντικό στην ανάρρωση του ασθενούς.

2α. Η νοσηλεύτρια ως δημιουργός θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία μιας ζεστής σπιτικής ατμόσφαιρας πλήρους αποδοχής για τον ασθενή είναι ένας από τους μεγαλύτερους θεραπευτικούς συντελεστές που μπορεί να δημιουργήσει η νοσηλεύτρια για να βελτιώσει την εμπειρία παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η επιδεξιότητα του ψυχιάτρου δεν μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική, εάν ο ασθενής ζει σε μια παγωμένη και απρόσωπη ατμόσφαιρα. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να δίδονται ευκαιρίες για νέες και περισσότερο θετικές εμπειρίες επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους. Έτσι ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί να συμπεριφέρεται με πιο ώριμο τρόπο. Παράλληλα, με τις ευκαιρίες αυτές, είναι ανάγκη να υπάρχουν και μερικά άλλα στοιχεία στην όλη συναισθηματική ατμόσφαιρα. Αυτά είναι το ευγενές ενδιαφέρον και ο σεβασμός για τους ασθενείς από όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο πραγματικός σεβασμός για τους ασθενείς τους δημιουργεί περισσότερη υπευθυνότητα για να αποφασίσουν μόνοι τους και να θέσουν υπό έλεγχο τον εαυτό τους και τη συμπεριφορά τους.

Ένα δεύτερο στοιχείο απαραίτητο για τη δημιουργία θεραπευτικού κλίματος είναι το αίσθημα ασφάλειας. Όταν εμπνέεται ο ασθενής από το κλίμα της συναισθηματικής ασφάλειας, τότε τα αισθήματα αποδοχής, φιλίας και

ζεστασιιάς είναι φανερά. Πολλοί ψυχικά ασθενείς μπαίνουν στο νοσοκομείο επειδή είναι φοβισμένοι, έχουν αγχος ή αισθάνονται ανασφάλεια στις σχέσεις τους με τους ανθρώπους.

Το τρίτο στοιχείο είναι η άποψη ότι, για να είναι ένα κλίμα θεραπευτικό, πρέπει ο καθένας που εργάζεται με τους ασθενείς να ενθαρρύνει τη βελτίωση και τη θετική αλλαγή στη συμπεριφορά.

2β. Η νοσηλεύτρια ως σύμβουλος

Η ακρόαση είναι μια άλλη σπουδαία πλευρά της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Ίσως δεν υπάρχει περισσότερο σπουδαία εργασία από το να ακούει κανείς τον ασθενή με συμπάθεια και με ένα θετικό δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέπτεται δια μέσου των προβλημάτων και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο γι' αυτόν. Τον βοηθά να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Του δίνει τη βεβαιότητα ότι η νοσηλεύτρια πραγματικά φροντίζει γι' αυτόν. Αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρος της νοσηλεύτριας χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει τον ασθενή στα προβλήματα που συνδέονται με την πραγματικότητα, που αφορούν την παρούσα γι' αυτόν κατάσταση.

Η νοσηλεύτρια ζητάει τη βοήθεια και την καθοδήγηση του ψυχιάτρου όταν νομίζει ότι οι διαπροσωπικές της σχέσεις με τον ασθενή είναι αρκετά ικανοποιητικές.

2γ. Η νοσηλεύτρια ως δάσκαλος

Τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν οι ψυχικά ασθενείς είναι ποικίλα και διάφορα οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια :

- α. Για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
- β. Να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται.
- γ. Να φροντίσουν για τις φυσικές τους ανάγκες.
- δ. Να τρώνε με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους.
- ε. Να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης.

2δ. Η Νοσηλεύτρια ως υποκατάστατο μητέρας

Πολλές από τις υπηρεσίες της νοσηλεύτριας μοιάζουν με της μητέρας. Για μερικούς ασθενείς η νοσηλεύτρια μπορεί να χρειάζεται να αναλάβει το ρόλο του προστάτη ή της μητέρας, όταν δίνει στον ασθενή τη φυσική της φροντίδα. Μια από τις πλέον θεραπευτικές πλευρές αυτού του ρόλου της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να βάλουν όρια στη συμπεριφορά τους.

Σ' αυτό το ρόλο έχει την ευκαιρία να δώσει στους ασθενείς υγιείς εμπειρίες, πράγμα πολύ σημαντικό για τη θεραπευτική πορεία του ασθενή.

3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

3α. Ορισμός

Επικοινωνία είναι ο τρόπος με τον οποίο πληροφορίες μεταφέρονται μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημείων ή συμπεριφοράς.

Τρόποι επικοινωνίας

Μια επικοινωνία μπορεί να είναι γραπτή ή προφορική ή και σιωπηλή, με το βλέμμα, τις διάφορες χειρονομίες και τις εκφράσεις του προσώπου, που μερικές φορές μεταφέρουν πολύ περισσότερα από τις λέξεις.

Επίπεδα επικοινωνίας

Υπάρχουν τρία επίπεδα επικοινωνίας :

- α. Ενδοπροσωπική επικοινωνία.
- β. Διαπροσωπική επικοινωνία.
- γ. Κοινωνική επικοινωνία.

Ενδοπροσωπική επικοινωνία συμβαίνει μέσα στο ίδιο το άτομο π.χ. η νοσηλεύτρια καθορίζει τους σκοπούς της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ενός ασθενή.

Διαπροσωπική επικοινωνία συμβαίνει μεταξύ δύο προσώπων .

Κοινωνική επικοινωνία συμβαίνει μεταξύ τριών ή περισσότερων ατόμων. Περιέχει στοιχεία της σιωπηλής και της εύλογης επικοινωνίας.

3β. Προϋποθέσεις επιτυχούς επικοινωνίας νοσηλεύτριας-ασθενούς

Αρχικά ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού πρέπει να αναπτυχθεί για να μπορεί ο ασθενής να αισθάνεται αρκετά ασφαλής και να επικοινωνήσει με τη νοσηλεύτρια. Ποτέ η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να κάνει κατευθείαν ερωτήσεις ή να φαίνεται ότι τον κατασκοπεύει. Η θεραπευτική δυναμικότητά της μπορεί αρκετά να αυξηθεί αν από μέρος της γίνει μια συνειδητή προσπάθεια να θέσει το σκοπό της επικοινωνίας με τον ασθενή προτού αρχίσει η συζήτηση.

Ενας γενικός κανόνας που πρέπει να ληφθεί υπόψη, είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να κατευθύνει εκείνος τη συζήτηση. Η ακρόαση συνεπάγεται σιωπή αλλά όχι παθητικότητα. Ενθαρρυντικά σήμερα και νεύματα είναι αρκετά για να συνεχίσει ο ασθενής να συζητάει. Όταν ο ασθενής μιλά δεν πρέπει να βλέπει στο πρόσωπο της νοσηλεύτριας σημεία παραδοχής ή αποδοκιμασίας. Θα ήταν καλό για τον ασθενή αν η νοσηλεύτρια τον βοηθούσε να δει κάποιο πρόβλημά του από κοντά και να εκφράει τη γνώμη του πιο καθαρά. Η ενδοσκόπηση δε γίνεται με το να ρωτά η νοσηλεύτρια "γιατί". Ο ασθενής θα φτάσει να ανακαλύψει το "γιατί", αν η νοσηλεύτρια τον βοηθήσει να εξερευνήσει το "πότε", "που", "πως", "πόσο καιρό", "τι άλλο", "με ποιόν". Σπάνια είναι χρήσιμο να δώσει συμβουλή. Σκοπός είναι να βοηθήσει τον ασθενή να πάρει ο ίδιος απόφαση και να αναλάβει την ευθύνη για την πράξη του. Μια απευθείας άρνηση να δώσει η νοσηλεύτρια, συμβουλή θα είναι δυσάρεστη. Μπορεί να αποφύγει να δώσει συμβουλή με το να ξαναπεί το πρόβλημα, προσπαθώντας να κάνει τον ασθενή να το ξεκαθαρίσει. Στην επικοινωνία της με τον ασθενή μπορεί

να χρησιμοποιήσει περιόδους σιωπής. Μικρά διαστήματα σιωπής συχνά δίνουν στον ασθενή την ευκαιρία να τακτοποιήσει τις σκέψεις του και στη νοσηλεύτρια να εξετάσει τον χωρίς λόγια τρόπο επικοινωνίας του ασθενή και του εαυτού τους.

Βασικά, το αρχικό θεμέλιο της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλεύτριας-ασθενή είναι η αποδοχή. Αυτό σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια βλέπει τον ασθενή σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο και όχι σαν σύνολο ψυχιατρικών συμπτωμάτων.

Αποδοχή σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια προσπαθεί να κατανοήσει την έννοια και τη σημασία της συμπεριφοράς του ασθενούς. Αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά του είναι εκδήλωση της ασθένειας και ότι οι παρατηρήσεις και οι συστάσεις του μπορεί να μην απευθύνονται σ'αυτήν προσωπικά. Δεν είναι όλες οι επαφές μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενή που επηρεάζουν τον ψυχισμό του δεύτερου. Ωστόσο, υπάρχουν φορές που δημιουργεί κάποια σημαντική εξέλιξη στην πορεία του ασθενή. Η επικοινωνία θα πετύχει το σκοπό της σαν τμήμα του όλου θεραπευτικού προγράμματος, όταν έχει ως αποτέλεσμα την απόκτηση αυτοπεποίθησης του ασθενή.

3γ. Φάσεις επικοινωνίας νοσηλεύτριας - ασθενή

Η σχέση νοσηλεύτριας - ασθενούς είναι μια αμοιβαία επικοινωνία, η οποία διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις με διαφορετικά για την κάθε μία χαρακτηριστικά.

Προκαταρκτική φάση

Για τη νοσηλεύτρια η σχέση αρχίζει πριν από την πρώτη προσωπική επικοινωνία με τον ασθενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις γνωρίζει το όνομα του ασθενή, τη

διεύθυνσή του, την ηλικία του, την καταγωγή του από το ιατρικό ιστορικό του.

Στη φάση αυτή όπως και σε όλες τις φάσεις της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενή, ο στόχος αφορά και τα δύο πρόσωπα. Οσον αφορά τον ασθενή, η νοσηλεύτρια συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το περιβάλλον του, πράγμα που θα τις βοηθήσει στην περαιτέρω επικοινωνία και τη νοσηλευτική της φροντίδα.

Στη φάση αυτή δημιουργείται και η κρίση της νοσηλεύτριας για τον ασθενή. Γενικά η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από άγχος, που έχει θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην επικοινωνία. Θετικές μπορούν να θεωρηθούν από την άποψη ότι ένας ήπιος βαθμός άγχους μάλλον επιταχύνει τις διαπραγματεύσεις για την επικοινωνία. Αρνητικές από την πλευρά ότι το έντονο άγχος δυσκολεύει την προσπάθεια αυτή και μερικές φορές ίσως χρειάζεται βοήθεια από το γιατρό ή την προϊσταμένη.

Το τελευταίο καθήκον στη φάση αυτή είναι ο προγραμματισμός για την πρώτη επικοινωνία με τον ασθενή. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για το μέρος της συνάντησης. Αυτό πρέπει να είναι άνετο, ωραίο και αν είναι δυνατό απομονωμένο. Ενημερώνει τον ασθενή για την ώρα της συνάντησης και με λίγα λόγια τον πληροφορεί τι πρόκειται να συζητήσουν. Αυτή είναι η μόνη φάση στην οποία η νοσοκόμος είναι το μοναδικό ενεργό μέλος της επικοινωνίας. Στις επόμενες φάσεις ο ασθενής παίρνει μέρος ενεργά πλέον και αυτός είναι ο στόχος μας, να διατηρηθεί αυτή η συμμετοχή του μέχρι τέλους.

α. Εναρκτήρια φάση

Η πρώτη συνάντηση της νοσηλεύτριας και του ασθενούς είναι πολύ σπουδαία, γιατί αυτή είναι η βάση της επιτυχίας για τις επόμενες. Σε κάθε προσωπική σχέση, είναι σπουδαίο να χρησιμοποιούμε το όνομα του άλλου ατόμου. Η χρήση του ονόματος από τη νοσηλεύτρια και τον ασθενή μπορεί να είναι έκφραση φιλίας και αμοιβαίας συμπάθειας.

Ένα άλλο σπουδαίο σημείο της φάσης αυτής είναι η συμφωνία που θα κάνει η νοσηλεύτρια με τον ασθενή της για το χρόνο της συνάντησής τους, τις συζητήσεις τους, το σκοπό της επικοινωνίας τους και την αμοιβαία εμπιστοσύνη και εχεμύθεια.

β. φάση διατήρησης ή εργασίας

Η σχέση νοσηλεύτριας - ασθενή στη φάση αυτή χρονικά αφορά την περίοδο, κατά την οποία η επικοινωνία διατηρείται με σκοπό να επιτευχθεί η εργασία που συμφωνήθηκε από κοινού με τον ασθενή κατά την περίοδο αυτή και η νοσηλεύτρια και ο ασθενής αισθάνονται πιο άνετα, διότι γνωρίζουν ο ένας τον άλλο και σκοπός της επικοινωνίας τους είναι επίσης γνωστός. Η φάση αυτή είναι και περίοδος εντατικής εργασίας, κατά την οποία εκδηλώνεται η επιθυμία του ασθενούς, να αναλάβει ένα περισσότερο ενεργό ρόλο στην ανίχνευση του εαυτού του. Η νοσηλεύτρια και ο ασθενής μπορούν να αναλάβουν δραστηριότητες που σκοπό έχουν να βοηθήσουν το δεύτερο να αισθανθεί ότι είναι σε θέση να συμβιβασθεί ή να ωφεληθεί από την προβληματική αυτή εμπειρία του.

Εάν η σχέση μεταξύ τους προχωρεί δημιουργικά θα παρατηρηθούν θετικές αλλαγές της συμπεριφοράς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρύνει τον ασθενή να εκφράσει ελεύθερα τα αισθήματά του. Φυσικά διάφοροι κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες μπορεί να τον επηρεάζουν ως προς τον τρόπο εξωτερίκευσης του ψυχικού του κόσμου. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι το πρώτο που πρέπει να επιτευχθεί στη φάση αυτή είναι η ανίχνευση σε βάθος των σπουδαιότερων αισθημάτων και η ανακάλυψη και δοκιμή των καταλληλότερων λύσεων για τις καταστάσεις της ζωής του ασθενούς. Αισθήματα τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν κατά τη φάση αυτή είναι ο θυμός, η εχθρότητα, η δυσαρέσκεια, η λύπη, ο φόβος κ.τ.λ. Η κατανόηση όμως, η σαφήνεια, η ετοιμότητα, ο σεβασμός και η ευγένεια είναι οι οδηγοί της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του ασθενή.

γ. Φάση λήξης

Οι αντιδράσεις του ασθενή εδώ επηρεάζονται από τη σημασία που έχει το γεγονός αυτό για τον ασθενή, τη διάρκεια της σχέσης τους, και τον βαθμό στον οποίο πέτυχαν τον σκοπό της σχέσης αυτής. Καθώς ο χωρισμός πλησιάζει η νοσηλεύτρια και ο ασθενής γίνονται ο ένας μέρος της ζωής και του παρελθόντος του άλλου, αλλά συγχρόνως ο καθένας προχωρεί προς ένα μέλλον στο οποίο ο άλλος δεν θα παίρνει πλέον μέλλον.

Η λήξη της σχέσης νοσηλεύτριας - ασθενή μπορεί να είναι συναισθηματικά οδυνηρή. Μια ανασκόπηση σχετικά με το πώς αισθάνονται τώρα που τελειώνουν, τους βοηθά στην αίσθηση της επιτυχίας στη σχέση τους.

Διάφορες ερευνητές υποστηρίζουν ότι στη φάση της λήξης μερικές από τις αντιδράσεις του ασθενή όσον αφορά τη συμπεριφορά είναι η παλινδρόμηση που εκδηλώνεται με αυξημένο άγχος, η επανάληψη προηγούμενης κακής

συμπεριφοράς, η απουσία ή η αργοπορία στην καθορισμένη συνάντησή του με τη νοσηλεύτρια. Μερικοί ασθενείς προσπαθούν να παρατείνουν τις σχέσεις τους αναφέροντας καινούργια προβλήματα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι τέτοια προβλήματα είναι πολύ πιθανόν να προκύψουν και ότι πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιδράσει ομαλά. Δεν αφήνει τον ασθενή της να εκδηλώσει τα αισθήματά του στην τελευταία συνάντηση, γιατί τον έχει ήδη προετοιμάσει για το στάδιο αυτό. Στη φάση της λήξης θυμούνται πως ξεκίνησαν και κουβεντιάζουν για τα μελλοντικά σχέδια του ασθενή μετά τον αποχωρισμό.

Ο κύκλος της σχέσης νοσηλεύτριας - ασθενή επαναλαμβάνεται αμέτρητες φορές στην επαγγελματική ζωή της νοσηλεύτριας. Κάθε σχέση όμως είναι μοναδική και έτσι πρέπει να την αντιμετωπίζει.

Γ. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

1. Νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενούς

α. Βασικές αρχές και κατευθύνσεις

Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί τον πυρήνα και την ουσία ολοκλήρου της διαπροσωπικής νοσηλευτικής διεργασίας. Η αξιολόγηση της κατάστασως του ασθενούς είναι η αρχή της διεργασίας. Αυτή προσφέρει τις βασικές πληροφορίες για τον προγραμματισμό της νοσηλείας του. Συνιστά το περιεχόμενο της πρώτης συναντήσεως μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς. Αλλά αποτελεί και μέρος των επόμενων συναντήσεων για όλη την περίοδο της φροντίδας του ασθενούς, εφόσον η κατάστασή του αλλάζει και η νοσηλεία του χρειάζεται αναθεώρηση και προσαρμογή.

Η ψυχιατρική νοσηλευτική αξιολόγηση αντιπροσωπεύει την προσπάθεια της νοσηλεύτριας να πλησιάσει, να γνωρίσει, να κατανοήσει και στη συνέχεια να νοσηλεύσει τον ασθενή ως ολότητα ως βιο-ψυχο-κοινωνική και πνευματική μοναδική ύπαρξη. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται, ενεργεί και αντιδρά εντός του φυσικού και ανθρωπίνου περιβαλλοντός του.

Ο ψυχικά ασθενής, όπως όλοι οι άνθρωποι, έχει την προσωπική και μοναδική ιστορία του. Παρουσιάζει ψυχοσωματικές και κοινωνικές ανάγκες. Έχει δικές του αναμνήσεις, οραματισμούς, φόβους για το μέλλον, οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς. Επομένως, η αδελφή, η οποία βλέπει αποκλειστικά και μόνο τα ψυχιατρικά συμπτώματα του ασθενούς, τα επισημαίνει ίσως με μεγάλη ακρίβεια, αλλά δεν γνωρίζει το πρόσωπο, το οποίο πάσχει

και ζητάει ουσιαστική βοήθεια. Και είναι αμφίβολο κατά πόσο μπορεί να τον νοσηλεύσει αποτελεσματικά, ακόμη και αν έχει την αρτιώτερη και ευρύτερη θεωρητική κατάρτιση.

Πιθανόν η διαταραχή να είναι ψυχολογική. Τα αίτια όμως, οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν κατά το χρόνο εμφάνισης της νόσου, επιβαρύνουν και άλλες πλευρές του ασθενούς εκτός της ψυχολογικής. Και οι πλευρές αυτές έχουν ανάγκη διερευνήσεως προκειμένου να υποδειχθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Μια επιλληπτική ψύχωση, παράδειγμα, μπορεί να είναι συμπτωματική εκδήλωση όγκου ή τραύματος του εγκεφάλου, δηλαδή βιολογική διαταραχή, η οποία, εάν δεν διαπιστωθεί και θεραπευθεί εγκαίρως, δυνατό να έχει βαρεία εξέλιξη. Ο μελαγχολικός ασθενής ίσως να καταθλίβεται λόγω πραγματικών αισθημάτων ενοχής. Κατά συνέπεια, είναι ανάγκη να δοθεί έμφαση και στην πνευματική διάσταση του ασθενούς. Ένα παιδί 4 ετών θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως "αυτιστικό" για δύο περίπου χρόνια και μόνο όταν αργότερα διαγνώσθηκε ως λάθος άλλαξε η θεραπεία του.

Τα βασικά νοσηλευτικά προσόντα, τα οποία απαιτούνται για την αξιολόγηση των ατομικών αναγκών, των προβλημάτων υγείας, των αδυναμιών και δυνατοτήτων του ασθενούς είναι : η Παρατηρητικότητα και οι Διαπροσωπικές δεξιότητες. Η παρατήρηση είναι ενεργητική και σύνθετη λειτουργία, εκλεκτική θεώρηση των στοιχείων τα οποία γίνονται αντιληπτά από όλες τις αισθήσεις. Η παρατήρηση είναι υπεύθυνη αρμοδιότητα της Νοσηλεύτριας η δεν ανάπτυξη της απαιτεί γνώση θεωρητικών αρχών από τις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες, που σχετίζονται με τον άνθρωπο, ακόμη και γνώσεις νοσολογίας.

Η αδελφή κατά την παρατήρηση του ασθενή πρέπει να γνωρίζει, τι ζητά να δει, πότε να το αναμένει και ποια

νοσηλευτικά μέτρα θα εφαρμόσει όταν εμφανισθεί. Παρατηρητικότητα δε σημαίνει απλή αναζήτηση σημαντικών σημείων και ανεύρεση αυτών. Σημαίνει τη συσχέτιση των παρατηρήσεων μεταξύ τους και με όσα λέει ο ασθενής. Διάκριση ακόμη, των κρίσιμων σημείων και των φυσιολογικών παραγόντων και βάσει αυτών διαπίστωση των αρχόμενων προβλημάτων.

Εξ'άλλου οι διαπροσωπικές δεξιότητες συμπληρώνουν και επαληθεύουν τις νοσηλευτικές παρατηρήσεις. Η ακρόαση ιδιαιτέρως, συνδυαζόμενη με ανοιχτές ερωτήσεις, οι οποίες ενθαρρύνουν τον ασθενή να περιγράψει τις δυσκολίες του, είναι ο καλύτερος τρόπος, για να γνωρίσει η Νοσηλεύτρια τον ασθενή σαν μοναδικό πρόσωπο.

Αξιο ιδιαίτερης προσοχής είναι και το εξής : μολόνοτι η αξιολόγηση του ασθενούς αποτελεί το θέμα της συζητήσεως κατά τις πρώτες συναντήσεις νοσηλεύτριας - ασθενούς, η όλη διεργασία της συνεντεύξεως είναι μια δυναμική και διαπροσωπική συναλλαγή. Σκοπός της, η ελάττωση του άγχους του ασθενούς και η ανάπτυξη θεωτικού διαλόγου με αυτόν. Αυτή είναι η φάση του προσανατολισμού, κατά την οποία η Νοσηλεύτρια και ο ασθενής, ξένοι μεταξύ τους, συναντώνται για να γνωρισθούν και προχωρήσουν σε συνεργασία προς όφελος παντοτε του ασθενούς. Συνεπώς οι πρώτες επαφές ασκούν αποφασιστική επίδραση στην ανάπτυξη του διαλόγου αδελφής - ασθενούς.

Πράγματι η φάση του προσανατολισμού θεωρείται κατάλληλη περίοδος για θεμελίωση της θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ νοσηλεύτριας - ασθενούς. Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί την ευκαιρία, για να διαβιβάσει ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής δεν θα αισθάνεται ότι χρησιμοποιείται ως πηγή πληροφοριών προς εξερεύνηση ή μεταβάλλεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα υπό το

μικροσκόπιο προς μελέτη για τη μορφωτική ωφέλεια των άλλων.

Άλλο σπουδαίο σημείο είναι η περίπτωση, κατά την οποία η αρχική αξιολόγηση του ασθενή έχει γίνει από ψυχίατρο πριν ή κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, από επισκέπτρια αδελφή ή ακόμη από νοσηλεύτρια εξωτερικών Ιατρείων. Συνεπώς, υπάρχουν ήδη πληροφορίες περί της διαγνώσεως και των προβλημάτων του ασθενούς, χρήσιμες για τον προσανατολισμό της Νοσηλεύτριας του νοσηλευτικού τμήματος. Σε παρόμοια περίπτωση η Νοσηλεύτρια, χρησιμοποιεί τις υπάρχουσες πληροφορίες, για να κατατοπισθεί και δεν επαναλαμβάνει τη λήψη πληροφοριών, οι οποίες ήδη συνελέγησαν από άλλους. Στρέφει την νοσηλευτική της αξιολόγηση προς τις τρέχουσες ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή. Τα στοιχεία της δυνατόν να συμπληρώσουν, να διασταυρώσουν ή να αποσαφηνίσουν τις ήδη διαγνωσθείσες δυνατότητες και αδυναμίες του ασθενή.

Στη συνέχεια θα παρουσιασθούν οι ουσιώδεις περιοχές αναζητήσιμες πληροφοριών, οι οποίες ενδιαφέρουν στην αξιολόγηση του ψυχικώς πάσχοντος ως ολότητας και χρησιμεύουν ως οδηγός στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας.

β. Ποιος ασθενής

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί η γνωριμία του ασθενούς : Ονομα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση, επάγγελμα, θρησκεία, καταγωγή. Οχι σπάνια ασθενείς αλλοδαποί ως περιηγητές νοσηλεύονται στην Ελλάδα λόγω αναδυομένων προβλημάτων υγείας. Επομένως πρέπει να επισημαίνεται μεταξύ άλλων και το θρησκευτικό και πολιτιστικό υπόβαθρο.

Πέρα όμως από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενή,

είναι ανάγκη να διερευνηθεί το παρόν πρόβλημα αυτού. Οι αντικειμενικές και υποκειμενικές πληροφορίες είναι χρήσιμες για την κατανόηση των δυσκολιών του ασθενή. Τα σπουδαιότερα ερωτήματα τα οποία πρέπει να τεθούν είναι :

- Πότε άρχισε το πρόβλημα της υγείας τους ;
- Ποιό γεγονός ή ποιά κατάσταση επέσπευσε την εμφάνιση ή υποτροπή του αυτή τη φορά ;
- Με ποιό τρόπο το πρόβλημα επηρεάζει τη ζωή του ατόμου, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον του ;

Προς ανεύρεση απαντήσεων στα ποιο πάνω ερωτήματα συνιστάται προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή, καθώς και συνάντηση αυτού παρουσία της οικογενειάς του, η οποία μπορεί να επιβεβαιώσει να συμπληρώσει, να διευκρινήσει ή να διαψεύσει πληροφορίες τις οποίες έδωσε ο ασθενής. Επιπλέον, κατά την ευκαιρία αυτή η επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του δυνατόν να αποκαλύψει στοιχεία, σχετικά με την επίδραση του προβλήματος του ασθενή στην οικογενειακή ζωή και αντίθετα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι όσα αναφέρει ο ασθενής μπορεί να μην εκφράζουν την πραγματικότητα. Ο ασθενής ενδεχομένως μεγενθύνει, υποτιμά ή μεταβάλλει την κατάσταση, την οποία περιγράφει. Και τούτο λόγω διαταραχής της αντιλήψεως, παρεμβάσεως μηχανισμών άμυνας του εγώ ή ελλείψεως γνώσεων για το ποια σημεία είναι σημαντικά και άξια περιγραφής. Επίσης ο φόβος των συνεπειών των αποκαλύψεων που θα κάνει για τον εαυτό του και τη συμπεριφορά των άλλων προς αυτόν, δυνατόν να επηρεάσουν όσα λέει και όσα αποφεύγει να πει.

Ακόμη, τα μέλη της οικογένειας ή οι συνάδελφοι, των οποίων οι πληροφορίες κρίνονται απαραίτητες για διασταύρωση, σύγκριση και επικύρωση των αναφερομένων του ασθενή, πολλές φορές δεν είναι ικανές να διευκρινήσουν

αντικειμενικά την κατάσταση του ασθενή για διάφορους λόγους.

Άλλην σημαντική διάσταση της ζωής του ασθενή είναι η Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη αυτού. Η Νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται να γνωρίσει, πως ο ασθενής ανετράφη και αν δοκίμασε ψυχοτραυματικές εμπειρίες κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Ποιά ήταν η οικογενειακή κατάσταση και ποια η σχέση του ασθενή με την οικογένειά του όταν ζούσε κοντά σε αυτή ; Ποιά ήταν τα χαρακτηριστικά της μαθητικής του ζωής ή και της ακαδημαϊκής του επιδόσεως καθώς και οι σχέσεις του με άλλα πρόσωπα κατά τη σχολική περίοδο και μετά από αυτήν, τόσο στο στενό όσο και στον ευρύ κύκλο του ; Αυτά αποτελούν σημαντικές περιοχές προς εξερεύνηση. Αλλά και η πείρα σοβαρής ασθένειας, μεγάλης εγχειρήσεως ή τυχόν αναπηρίας, ή μακρά νοσηλεία στο νοσοκομείο ή οποιοσδήποτε χωρισμός από την οικογένεια, η απώλεια προσφιλών προσώπων, και οι επανειλημμένες αποτυχίες πρέπει να ανιχνεύονται.

Αυτές οι πληροφορίες, προσφέρουν αντιπροσωπευτικό υλικό για την προσωπική ζωή του ασθενή. Άραγε οδηγούν στην επισήμανση ειδικών προβληματικών πλευρών, πιθανόν και στην αιτιολογική αρχή της νόσου.

Η παρούσα ψυχολογική κατάσταση του ασθενή αποτελεί ιδιαίτερη σημασία για τον προγραμματισμό της νοσηλείας του.

Σ'αυτή περιλαμβάνονται τα ακόλουθα :

Άφή της πραγματικότητας. Η έννοια αναφέρεται στην ορθή αντίληψη και εκτίμηση μιας καταστάσεως, την δυνατότητα προσαρμογής σε καθημερινές εμπειρίες και σχέσεις και στην ικανότητα διακρίσεως μεταξύ αυτού και του περιβάλλοντος. Επίσης ο προσανατολισμός στο χρόνο, το χώρο και τα πρόσωπα, αποδεικνύει την αντίληψη της πραγματικότητας. Διαταραχές στην περιοχή αυτή δυνατόν να

είναι ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, σύγχυση περί της ταυτότητάς του κ.α.

Συναισθηματικές αντιδράσεις. Περιλαμβάνουν την διάθεση του ασθενή, την παρουσία ή απουσία άγχους, υπερκινητικότητα, απόσυρση, μελαγχολία, ευφορική διάθεση κ.α. Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρατήρηση κατά πόσο οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή είναι ανάλογες με εκείνα, τα οποία λέει.

Αντίληψη, κρίση. Οι λειτουργίες αυτές πρέπει να αξιολογούνται σε συνάρτηση με άλλες λειτουργικές πλευρές του ασθενή. Όταν, παράδειγμα, ο ασθενής ενθαρρύνεται να μιλήσει για τις δυσκολίες του, η Νοσηλεύτρια μπορεί να εκτιμήσει πως αντιλαμβάνεται την ασθένειά του. Επίσης, η κρίση του φαίνεται από τους λόγους, στους οποίους αποδίδει την ασθένειά του ή την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Διαπροσωπικές σχέσεις . Κατά την αξιολόγηση των σχέσεων του ασθενή με την οικογένειά του και το περιβάλλον του αναζητούνται τα επικρατούντα στοιχεία όπως : αγάπη, στενή επαφή, εξάρτηση, εχθρικότητα, απόσταση, ή και απόσυρση. Ακόμη πρέπει να διερευνηθεί πως ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σε σύγκριση με τους άλλους. Τον θεωρεί, όμοι, ανώτερο, κατώτερο, ανεπαρκή ή και ανίκανο.

Διεργασία της σκέψεως και περιεχόμενο αυτή. Οι τρόποι συζητήσεως διαφόρων θεμάτων από τον ασθενή είναι δυνατόν να αποκαλύψουν κατά πόσο σκέπτεται λογικά ή μεταπηδά από την μια ιδέα στην άλλη. Παράδειγμα, ο μελαγχολικός ασθενής εμφανίζεται βραδύς και στατικός στην σκέψη. Ο μανιακός μεταπηδά γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο. Ενώ η σκέψη του σχιζοφρενή είναι αποδιοργανωμένη και χωρίς νόημα. Ο ασθενής δυνατόν να έχει παραλήρημα. Μπορεί να πιστεύει ότι οι άνθρωποι τον καταδιώκουν ή να έχει

σκέψεις αυτοκτονίας και να τις εκφράζει στην ομιλία του.

Άλλη άποψη προς μελέτη είναι η γενική εμφάνιση και συμπεριφορά του ασθενή. Έχει ήδη τονισθεί, ότι οι διαθέσεις, τα συναισθήματα και οι σκέψεις αντικατοπτρίζονται στην στάση του σώματος, τις χειρονομίες, την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής και τους τρόπους εκδηλώσεως του ατόμου. Σημασία έχει η παρατήρηση, κατά πόσο ο ασθενής φοράει ενδύματα καθαρά, επιμελείται την εμφάνισή του ή είναι ατημέλητος. Μήπως είναι υπερκινητικός και ανήσυχος ή παραμένει ακίνητος. Εάν η ομιλία του είναι γρήγορη, συνεσταλμένη και αποκλειστική ή ακόμη και ασυνάρτητη. Η εμφάνιση και η συμπεριφορά του ψυχικά ασθενή εκφράζουν περισσότερο από την προφορική περιγραφή της καταστάσεώς του. Γι'αυτό η άνευ λόγων επικοινωνία έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα στην αξιολόγηση του ψυχικά πάσχοντος.

Η εκτίμηση της σωματικής υγείας του ψυχικά ασθενή, από απόψεως παθολογικής, αποτελεί απαραίτητο μέρος της όλης αξιολογήσεώς του. Η αναζήτηση τυχόν δυσλειτουργιών και συμπτωμάτων πρέπει να στρέφεται ιδιαίτερα στα εξής συστήματα : αισθητήρια όργανα, αναπνευστικό, κυκλοφορικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, γεννητικό και νευρομυϊκό σύστημα.

Τα στοιχεία αυτά χρειάζονται για την ανίχνευση πιθανών αιτιών και παραγόντων, οι οποίοι περιπλέκουν την ψυχική νόσο, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχοσωματικών εκδηλώσεών της. Η αναγνώριση αυτή χρησιμεύει για τον προγραμματισμό της φροντίδας της σωματικής υγείας ως μέρους της ολοκληρωμένης νοσηλείας του ασθενή και στη συστηματική παρακολούθηση πιθανών παρενεργειών των ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Υπάρχουν όμως και υγιείς δυνατότητες του ασθενή και

της οικογένειάς του, οι οποίες πρέπει να ερευνηθούν. Άλλοστε τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας, κατά τη γνώμη πολλών κορυφαίων ψυχιάτρων, εκφράζουν όχι μόνο την ψυχοπαθολογία, αλλά και την τάση του ασθενή προς την ψυχική υγεία.

Η Νοσηλεύτρια ενώ μελετά τις διάφορες νοσηρές πλευρές του ασθενή, επισημαίνει συγχρόνως άλλες υγιής απόψεις αυτού. Όταν η ψυχολογική ανάπτυξη του ασθενή λαμβάνει χώρα εντός μιας ενωμένης και σταθερής οικογένειας, δεν παρατηρούνται σοβαρές ψυχοτραυματικές εμπειρίες, σημαντικές αποστερήσεις ή εμπόδια. Τότε η προσωπικότητα του ασθενή είναι δυνατόν να αντισταθεί στην αποδιοργάνωση, την οποία συνήθως επισπεύδει η ψυχική νόσος.

Υγιείς θετικές δυνάμεις να αναζητηθούν όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του. Η Ελληνική οικογένεια έχει σημαντικές δυνατότητες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη νοσηλευτική και θεραπευτική φροντίδα του ασθενή. Η εκφραστικότητα και οι στενοί συναισθηματικοί δεσμοί, οι οποίοι επικρατούν στην οικογενειακή ζωή, θεωρούνται παράγοντες υγείας. Η αποτυχία ή επιτυχία, η ασθένεια ή ανάρρωση ενός μέλους αποτελούν κοινή οικογενειακή υπόθεση και όλα τα μέλη συμμαχούν για την επιδίωξη κοινών σκοπών. Υπεράνω όλων, η υποστήριξη, η οποία παρέχεται από το στενό κύκλο στην οικογένεια, αποτελεί θετική άποψη στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι δυνάμεις αυτές, δεν αποκλείουν, βέβαια, την πιθανότητα ψυχοπαθολογίας, εντός της οικογένειας ούτε την ύπαρξη περιπτώσεων κατά τις οποίες ωρισμένες οικογένειες εγκαταλείπουν τον ασθενή μέσα στο ψυχιατρείο. Αυτά όμως συνήθως αντιστρέφονται, όταν η Νοσηλεύτρια ή ο γιατρός αφιερώσει χρόνο, για να συνομιλήσει με τα μέλη της οικογένειας και τους εξηγήσει, ότι πρόκειται για πρόβλημα

υγείας, το οποίο μπορεί να αντιμετωπισθεί με τη συνεργασία τους.

Εάν η Νοσηλεύτρια εκδηλώνει ειλικρινές ενδιαφέρον για τον ασθενή και την οικογένειά του, θεωρείται ως μέλος του στενού κύκλου. Η δε οικογένεια είναι έτοιμη να συνεργασθεί και να κάνει το καλύτερο για τη θεραπεία του ασθενή.

γ. Ποιο το πρόβλημα υγείας του ασθενή

Η νοσηλεύτρια μελετά τις πληροφορίες τις οποίες συγκέντρωσε και προσπαθεί να τις επαληθεύσει με την επικοινωνία της με τον ασθενή. Ιδιαίτερα επιδιώκει επιβεβαίωση των δικών της παρατηρήσεων για την εξασφάλιση μεγαλύτερης ακρίβειας. Στη συνέχεια προχωρεί στην ερμηνεία των δεδομένων στοιχείων με αναλογες υποθέσεις ή κριτικές σκέψεις σχετικά με το νόημα και την επικαιρότητα των στοιχείων αυτών για τη νοσηλευτική φροντίδα. Με άλλα λόγια η Νοσηλεύτρια επιδιώκει να επισημαίνει, ποιες αδυναμίες ή δυσμενείς εμπειρίες παρουσιάζει ο ασθενής. Επίσης, αν εκδηλωθεί ακατάλληλη συμπεριφορά κατά την προσπάθεια εκφράσεως και εκπληρώσεως των αναγκών του στην προσωπική και διαπροσωπική ζωή του, σε σχέση με το θέμα της υγείας.

Βέβαια, ο βαθμός, στον οποίο η Νοσηλεύτρια επιτυγχάνει να εξάγει αξιόπιστα συμπεράσματα ως προς τις ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή, κυμαίνεται. Κυρίως καθορίζεται από τη θεωρητική της κατάρτιση και την ικανότητά της να εφαρμόζει τις θεωρητικές αρχές στην ερμηνεία νοσηλευτικών περιστάσεων. Μετά την εξαγωγή των πρώτων σχετικών συμπερασμάτων, η Νοσηλεύτρια προχωρεί στην επαλήθευση αυτών με την επικοινωνία της με τον ασθενή και τη συνεχιζόμενη παρατήρηση αυτού. Άλλος τρόπος επικυρώσεως των συμπερασμάτων της Νοσηλεύτριας είναι η παρακολούθηση

της συμπεριφοράς του ασθενή και από άλλη Νοσηλεύτρια. Και στη συνέχεια η από κοινού συζήτηση των απόψεων τους βάση θεωρητικών αρχών. Οι παρατηρήσεις, οι οποίες εξάγονται με τη διασταύρωση των απόψεων, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ορθές.

2. Προγραμματισμός εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας προϋποθέτει διατύπωση των νοσηλευτικών σκοπών και επιλογή των τρόπων και μεθόδων εκπλήρωσής τους, με βάση την αξιολόγηση του ασθενή.

Οι παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήψη αποφάσεων για τη νοσηλεία του ασθενή είναι οι ακόλουθοι :

- Ο ασθενής ως ολότητα και η προσωπική έκφραση της ασθενείας του.
- Οι ειδικές πληροφορίες, που ελήφθησαν από τον ασθενή για τις ανάγκες, προβλήματα και δυνατότητες αυτού.
- Η μόρφωση, η πείρα, η φαντασία, η δημιουργικότητα και η αφοσίωση της Νοσηλεύτριας στη νοσηλεία του ασθενή.
- Η ικανότητα της Νοσηλεύτριας να συγκεντρώσει κατάλληλες πληροφορίες να εφαρμόζει τη θεωρία στην παρατήρηση, να ερμηνεύει τις παρατηρήσεις, να λαμβάνει νοσηλευτικές αποφάσεις, να χρησιμοποιεί και άλλες βοηθητικές πηγές για την φροντίδα του ασθενή.
- Το ειδικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής πρόκειται να νοσηλευθεί. Π.χ. οικογένεια, νοσοκομείο ή εξωτερικό ιατρείο.

Στην επόμενη σελίδα σας παρουσιάζουμε ένα σχετικό πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πληροφοριακή βάση

Πληροφορίες που ελήφθησαν με την επικοινωνία, παρατήρηση, μελέτη του Ιατρικού φακέλου του ασθενή και επαλήθευση αυτών.

Καθήφια.
Κλάμα.
Αισθήματα αναξιό-
τητας και απελπι-
σίας.
Απώλεια βάρους.
Μείωση του ενδια-
φέροντος για εργα-
σία & επικοινωνία.
Σκέψεις αυτοκτο-
νίας.

Αναγνώριση του προβλήματος του ασθενή

Δοκιμαστική ερμηνεία των πληροφοριών βάση θεωρητικών αρχών και επαλήθευση των συμπερασμάτων με τη συνεργασία άλλης Νοσηλεύτριας

Μελαγχολική συμπε-
ριφορά.

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών

Πρόληψη αυτοκτο-
νίας.
Εκδήλωση αποδοχής,
αγάπης, σεβασμού &

ετοιμότητα για
ακρόαση.

Εξασφάλιση επαρ-
κούς διατροφής.

Ενθάρρυνση επικοι-
νωνίας και δραστη-
ριότητας.

Ενίσχυση της οικο-
γενειακής επικοι-
νωνίας.

Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Εναρξη θεραπευτικού διαλόγου με τον ασθενή, στον οποίο επιδιώκονται τα ακόλουθα :

- Διάθεση χρόνου για παραμονή κοντά στον ασθενή.
- Αποδοχή του κλάματος του ασθενή. Μεταβίβαση γνήσιου ενδιαφέροντος και ψυχολογική ενίσχυση.
- Τόνωση του αισθήματος της προσωπικής του αξίας, προσφορά πρακτικής βοήθειας στην αυτοεξυπηρέτησή του και εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της αυτοκτονίας.
- Ενεργός επέμβαση για την παρεμπόδιση απόπειρας αυτοκτονίας.
- Ενθάρρυνση λήψεως τροφής με την παραμονή κοντά στον ασθενή και σεβασμός των προσωπικών συνηθειών και προτιμήσεων στο φαγητό.
- Προγραμματισμός των απασχολήσεων του ασθενή, εάν είναι δυνατόν σε συνεργασία με αυτόν, σχετικά με τις ανάγκες της καθημερινής ζωής (π.χ. φροντίδα της ατομικής υγιεινής).
- Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος με την πρόκληση θετικών βιωμάτων για την προαγωγή της υγείας.
- Διδασκαλία της οικογένειας του ασθενή πώς να αντιμετωπίζει τη μελαγχολική συμπεριφορά και ενθάρρυνση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και οικογένειας. Χρησιμοποίηση των υγιών δυνατοτήτων του ασθενή και της οικογένειας αυτού, κατά τη νοσηλεία του.
- Συνέχιση της παρατηρήσεως ωρισμένων παραμέτρων σχετιζόμενων με τη μελαγχολία, όπως είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, προβλήματα ύπνου, απώλεια βάρους κ.ά.

3. Νοσηλευτική φροντίδα εντός θεραπευτικού περιβάλλοντος

Το προτινόμενο πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατό να εκτελεσθεί σε οποιοδήποτε περιβάλλον. Οικογένεια, εξωτερικό ιατρείο ή νοσοκομείο, με ανάλογες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Ο ασθενής αποτελεί το κέντρο. Επομένως η συνεργασία του ασθενή είναι ευπρόσδεκτη και υποστηρίζεται σε οποιοδήποτε βαθμό και αν προσφέρεται. Αυτή είναι η φάση της συνεργασίας νοσηλεύτριας - ασθενούς, κατά την οποία, ο ασθενής εξωτερικεύει ελεύθερα τα προβλήματά του και ζητά βοήθεια, για να μάθει καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης της καθημερινής ζωής. Οι θετικές δυνάμεις του ασθενή, όπως είναι η συναίσθηση της καταστάσεώς του, η επαφή με την πραγματικότητα, η ικανότητα επικοινωνίας, τα κίνητρα για τη θεραπεία κ.α όταν υπάρχουν, χρησιμοποιούνται και ενισχύονται κατά τη νοσηλεία του.

Αξίζει να τονισθεί, ότι η Νοσηλεύτρια νοσηλεύει τον ασθενή σε συνεργασία με άλλες Νοσηλεύτριες, τον θεράποντα γιατρό και ειδικούς άλλων κλάδων εντός των διαστάσεων της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή. Επί πλέον, η Νοσηλεύτρια περιλαμβάνει και την οικογένεια του ασθενή στην όλη διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας και μάλιστα από την αρχή της αξιολογήσεως της καταστάσεώς του. Η μέθοδος αυτή όχι μόνο μεγενθύνει την ψυχοθεραπευτική επίδραση της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή, αλλά και αποτελεί τη νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας και κατ'επέκταση της κοινωνίας. Δια της μεθόδου αυτής επιδιώκεται η εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας, η ελάττωση του κοινωνικού στίγματος, το οποίο συνήθως προσδίδεται στην ψυχική νόσο, και η πρόληψη της ψυχικής νόσου. Ακόμη, η

προσέγγιση αυτή διευκολύνει την επιστροφή του ασθενή στην οικογένειά του, μόλις εισέλθει στη φάση της αποκατάστασης. Συγχρόνως ανοίγει και νέες προοπτικές για ευρύτερες μελλοντικές δυνατότητες φροντίδας των ψυχικών πασχόντων εντός της οικογένειας ή του στενού κύκλου.

Η αναγνώριση του θετικού δυναμικού και η φροντίδα της οικογένειας και των προσώπων του στενού κύκλου του ασθενή αποτελεί σημαντική παράμετρο του θεραπευτικού περιβάλλοντος. Αυτό σήμερα θεωρείται άριστη νοσηλευτική ψυχοθεραπευτική μέθοδος στη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος. Στο νοσοκομείο το θεραπευτικό περιβάλλον ενσωματώνει όλα τα πρόσωπα, τα οποία έρχονται σε επαφή με τον ασθενή, δηλαδή τους ασθενείς και το προσωπικό του συγκεκριμένου νοσηλευτικού τμήματος.

Θεραπευτικό καλείται το περιβάλλον, το οποίο δίνει άνεση στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του, τον βοηθά για την ανάπτυξη υγιών τρόπων συμπεριφοράς. Εντός του θεραπευτικού περιβάλλοντος ο ασθενής είναι δυνατό να αναπτύξει αυτοκατανόηση και να δοκιμάσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενισχύσεως, ψυχικής ανέσεως και προστασίας, ανάλογα με τις ατομικές του ανάγκες. Βέβαια είναι ευνόητο ότι, ότι σε παρόμοιο περιβάλλον λαμβάνονται υπ' όψιν όχι μόνο οι ανάγκες του ατόμου, αλλά και ολόκληρης της ομάδας των ασθενών.

Στον Ελλαδικό χώρο, η συμβολή της Νοσηλεύτριας στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος συνιστάται στην ανάπτυξη και διατήρηση οικογενειακής ατμόσφαιρας στο νοσηλευτικό τμήμα. Αυτό, προσπαθεί κυρίως η Νοσηλεύτρια με προσωπικό της ενδιαφέρον για κάθε ασθενή και την οικογένειά του. Πράγματι, το θεραπευτικό κλίμα του στενού κύκλου επαυξάνει τις θεραπευτικές δυνατότητες της

νοσηλευτικής φροντίδας όχι μόνο στο ψυχιατρείο, αλλά και σε οποιοδήποτε άλλο γενικό νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.

4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας

Η αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί ευθύνη της Νοσηλεύτριας. Είναι μια συνεχής διεργασία καθ'όλη την περίοδο της νοσηλείας και αφορά την παρακολούθηση της εκπλήρωσης των ειδικών σκοπών της φροντίδας για το συγκεκριμένο ασθενή.

Ο βαθμός εκπληρώσεως των σκοπών της νοσηλείας με επιδεξιότητα, ευσυνείδητη, και επιτυχή εκτέλεση όλων των νοσηλευτικών πράξεων από τη Νοσηλεύτρια, χρησιμοποιείται ως κριτήριο για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Βέβαια, η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών αποφάσεων και ενεργειών στηρίζεται στην αρχική πηγή πληροφοριών, δηλαδή στον ασθενή.

Κύριος σκοπός της αξιολογήσεως της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η δημιουργία αλλαγών, που βασίζονται σε νέες γνώσεις και στο βαθμό επιτυχίας των σκοπών της νοσηλείας του ασθενή. Μεταβολές στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατόν να προέλθουν όχι μόνο από αλλαγές της καταστάσεως του ασθενή και των αντιδράσεων αυτού, αλλά και από αλλαγές στην αντίληψη ή στις γνώσεις της Νοσηλεύτριας. Η διαπροσωπική νοσηλευτική διεργασία επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενή. Ο διάλογος λήγει όταν ο ασθενής εισέλθει στο στάδιο της ανάρρωσης, κατά το οποίο μπορεί να συμπεριφέρεται ικανοποιητικά χωρίς την υποστήριξη από την Νοσηλεύτρια.

Συνιστάται η έγκαιρη ενημέρωση του ασθενή για τους

λόγους της λήξεως της ειδικής θεραπευτικής σχέσεως με την Νοσηλεύτρια. Επίσης πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής, για να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του σχετικά με τη λήξη αυτή.

Πολλές φορές, λόγω της εξόδου του από το νοσοκομείο, ο ασθενής φοβάται να επιστρέψει στην οικογενειά του και αισθάνεται ανίκανος να αντιμετωπίσει τη ζωή με τις δυσκολίες της. Σ'αυτή την περίπτωση η Νοσηλεύτρια βοηθάει τον ασθενή να καταστρώσει σχέδια πραγματοποιήσιμα για την αντιμετώπιση του αναμενόμενου προβλήματος.

Όλοι οι νοσηλευτικοί διάλογοι μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς έχουν όρια. Και τα όρια αυτά καθορίζονται από την εκπλήρωση ειδικών νοσηλευτικών σκοπών και από τις περιστάσεις. Την αλήθεια αυτή πρέπει να κατανοήσει η Νοσηλεύτρια, ώστε να ετοιμάζει συναισθηματικά τον εαυτό της και τον ασθενή της για τη λήξη της θεραπευτικής σχέσεως.

Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Α

1ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Διάγνωση : Σχιζοφρενική διαταραχή μανιοκαταθλιπτικού τύπου

Στοιχεία ασθενή : Ονομ/μο : Σ.Χ.
Ηλικία : 42 ετών
Φύλο : Γυναίκα
Ημ. εισόδου: 10/3/92

Αναμνηστικό ιστορικό

Η πάθησή της αρχίζει από το 1975, δύο μήνες αφότου γέννησε το δεύτερο παιδί της. Παρουσίασε ξαφνικά μεγάλη ανορεξία, έμενε διαρκώς στο κρεβάτι (αναφέρεται ότι έχασε 23 κιλά). Μεταφέρθηκε από τους συγγενείς της στην Αθήνα και παρέμεινε στην κλινική του Βλάχου. Εκεί πήρε φαρμακευτική αγωγή και έκανε ηλεκτροσόκ. Έμεινε 40 μέρες, βγήκε κατά 10 κιλά παχύτερη με καλή διάθεση. Μεχρι πριν λίγο καιρό ήταν καλά, εργαζόταν στο σπίτι της (μοδίστρα), βοηθούσε το σύζυγό της στο μαγαζί.

Το 1982 την έπιασε νέα κρίση με ψυχοκινητικές διαταραχές, βωμολογίες, λογόροια. Νοσηλεύθηκε ξανά στην ίδια κλινική. Νέα παρόμοια κρίση παρουσίασε το 1986.

(Πληροφορίες από τον ατομικό φάκελο της ασθενή)

ΠΑΡΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εισαγωγικά στοιχεία :

Το πρόβλημα, για το οποίο νοσηλεύεται τώρα αρχίζει εδώ κι ένα μήνα. Προηγουμένως ήταν καλά. Για ένα χρόνο δεν έπαιρνε φάρμακα. Ξαφνικά παρουσίασε διέγερση,

ασυναρτησίες, έπαθε παραλήρημα (έβριζε τους οικείους της, είχε λογόροια).

Αναφέρεται ότι κάθε κρίση της, της συνέβαινε μετά από κάποια στεναχώρια που είχε σχέση με την οικογένειά της (π.χ. η πρώτη κρίση της συνέβη όταν η πεθερά δεν συμφώνησε με το όνομα που θα έδιναν στο παιδί της). Η τελευταία αιτία κρίσης αναφέρεται ως διένεξη που είχε με τον σύζυγό της.

Εμφάνιση και γενική συμπεριφορά :

Η ασθενής προσέρχεται σε συνέντευξη σχετικά επιμελημένη και αξιοπρεπής. Τα ρούχα της είναι αρκετά περιποιημένα αλλά η ίδια παραπονιέται ότι το φορέματά της είναι φτωχικά. Η κινητική συμπεριφορά της είναι καλή.

Ομιλία :

Η ομιλία της παρουσιάζει διακοπές. Μιλά αυθόρμητα, αλλά λέει πολλά και άσχετα πράγματα από αυτά που ερωτάται. Παρουσιάζει έντονη ασυναρτησία με παράξενες λέξεις ή νεολογισμούς.

Συναισθήματα :

Θυμός είναι το κυριώτερο συναίσθημα. Μετά από αρκετή συζήτηση, παραδέχεται ότι έχει πρόβλημα και δέχεται να αρχίσει φαρμακευτική αγωγή.

Αντιληπτικές διαταραχές (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις) :

Δεν αναφέρονται.

Συνειδησιακό επίπεδο :

Εγρήγορη. Διάσπαση της προσοχής.

Νοημοσύνη :

Καλή.

Κρίση :

Διαταραγμένη.

Περιεχόμενο σκέψης :

Φοβάται ότι το φαγητό της μπορεί να περιέχει δηλητήριο. Τρώει με δυσκολία. Δείχνει προσοχή σε λεπτομέρειες που έχουν σχέση με την καθαριότητα (π.χ. σκουπίζει τρεις και τέσσερις φορές τα ψίχουλα από το τραπέζι). Εκφράζει έμμονες ιδέες σχετικά με το παρελθόν και τη ζωή της.

Περιγραφή γεγονότων και συναισθημάτων :

Η ασθενής αναφέρει ότι έχει περάσει πολλά βάσανα. "Πριν 15,5 χρόνια ήμουν γερή. Σφουγγάριζα το σπίτι μου χειμώνα εποχή, Ξυπόλητη με κοντομάνικη μπλούζα. Δούλευα πολύ. Με έφαγε αυτός ο γιατρός ο Βλάχος. Με είχε ταραξεί στα φάρμακα και τα ηλεκτροσόκ. Γι' αυτό μη με λες κυρία. Δεν είναι κυρία. Ολα έχουν σχέση εδώ με τη ζωή. Και το χρώμα των επίπλων, και το τραπεζομάντηλο εδώ και ο καρδιογράφος του τμήματος. Την προηγούμενη φορά έκλεψα ένα τραπεζομάντηλο για να εκδικηθώ ένα γιατρό. Έχουν πάει ένα κέντημά μου στον Χουάν Κάρλος που παντρεύτηκε την πριγκήπισσα Ισαβέλλα.

(Πηγές από: Ατομικό Φάκελο ασθενή και συγγενών της).

2ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Διάγνωση :

Χρόνια ψυχωσική συνδρομή. Ολιγοφρενεια - Επιληψία.

Στοιχεία ασθενή :

Όνομα : Α.Σ.

Ηλικία : 28 ετών.

Ημ.εισόδου: 17/3/92

Αναμνηστικό Ιστορικό :

Πρόκειται για περίπτωση ατόμου με παθολογικά οργανικά στοιχεία. Αναφέρεται ότι από 10 ετών παρουσίασε επιληπτικές κρίσεις με συμπτώματα σπασμών και σιελιόρροιας. Η μητέρα του καθυστέρησε να τον πάει στους γιατρούς γιατί όπως, ισχυρίστηκε φοβόταν το "στίγμα" του δαιμονισμού. Σε ηλικία 13 ετών σταμάτησε το σχολείο γιατί τα άλλα παιδιά του δημιουργούσα πρόβλημα αποκαλώντας τον "καθυστερημένο". Είχε προσληφθεί στο νοσοκομείο του Ρίου ως βοηθητικό προσωπικό με γνώμονα κάποια πνευματική καθυστέρηση και με προτροπή της Κοινωνικής Πρόνοιας. Τελευταία φορά που παρουσίασε μανιακό επεισόδιο εν ώρα υπηρεσίας ήταν πριν 1 χρόνο.

(Πηγές από: Ατομικό φάκελο και συνέντευξη από τον (διο).

ΠΑΡΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εισαγωγικά στοιχεία :

Η μητέρα του αναφέρει ότι πριν 2 μέρες από την εισαγωγή του είχε προσπαθήσει ν'αυτοκτονήσει με ηρεμιστικά χάπια. Νοσηλεύθηκε για μια εβδομάδα στην Πανεπιστημιακή

Παθολογική Κλινική. Όταν ρωτήθηκε για το σχετικό συμβάν, δεν απέκρυψε τα στοιχεία που του ζητήθηκαν αλλά στο θέμα των αιτιών που τον οδήγησαν σε μια τέτοια απόπειρα, απάντησε με ασάφεια. Ισχυριζόταν ότι του "έκοψαν" ένα επίδομα από το μισθό που, ότι φοβόταν μήπως και δεν έρθει η μητέρα του να τον πάρει από την δουλειά κ.τ.λ.).

Αναφέρεται ότι πριν το επεισόδιο της απόπειρας είχε εμφανίσει επιθετική συμπεριφορά στον τόπο εργασίας του. "Εσκιζα τις αφίσες, έσπαγα τζαμαρίες" όπως λέει κι ο ίδιος.

Εμφάνιση και γενική συμπεριφορά :

Ο ασθενής προσέρχεται πρόθυμα στη συνέντευξη. Είναι περιποιημένος και καθαρός. Παρουσιάζει μετρίου βαθμού ψυχοκινητική ανησυχία χωρίς όμως να δημιουργεί προβλήματα με τους υπόλοιπους ασθενείς το νοσ/κό ή το ιατρικό προσωπικό.

Ομιλία :

Ο τρόπος ομιλίας του είναι κανονικός χωρίς ασυνταξίες ή νεολογισμούς αλλά κολλώδης. Οι ιδέες του είναι χωρίς βάθος και συνοχή. "Πετάει" από τη μια ιδέα στην άλλη χωρίς εμφανή σύνδεση μεταξύ τους. Ο λόγος του φτωχός σε λεξιλόγιο. Επαναλαμβάνει συνέχεια τα ίδια πράγματα, τις ίδιες εκφράσεις.

Συναισθήματα :

Τα συναισθήματά του μάλλον, ασαφή. Εκφράζει με λόγια τον θυμό του αλλά η έκφραση του προσώπου του δεν παίρνει τα χαρακτηριστικά του θυμού. Λέει ότι δεν πρόκειται να ξανακάνει απόπειρα γιατί φοβάται πλέον. Τα φάρμακα του τα παίρνει τακτικά, γιατί γνωρίζει ότι είναι μέρος της

θεραπείας του.

Αντιληπτικές διαταραχές (παραισθήσεις κ.τ.λ.).

Δεν αναφέρονται.

Συνειδησιακό επίπεδο :

Εγρήγορη.

Νοημοσύνη :

Κάτω του μετρίου.

Κριση :

Οχι διαταραγμένη αλλά με εμφανή ψυχωσικά στοιχεία.

Περιεχόμενο σκέψης :

Φοβάται ότι αν δεν κάνει μπάνιο μια μέρα το σώμα του θα γεμίσει "μυρμηγκιές". Λούζεται 4-5 φορές την ημέρα. "Θέλω να βρίσκομαι συνέχεια στο νερό" ή "Μου φαίνεται ότι μυρίζω από 10 μέτρα μακριά". Οι ψυχαναγκαστικές ιδέες του τον εμποδίζουν στην επαφή του με τους άλλους ασθενείς. Την ώρα που μιλά με τον γιατρό, σηκώνεται, ζητά συγνώμη και πάει και πλένει τα χέρια του στο μπάνιο.

Περιγραφή γεγονότων και συναισθημάτων :

Ο ασθενής αναφέρει ότι από την παιδική ηλικία του ακόμη, αισθανόταν ότι ξεχώριζε από τους άλλους. Μια μέρα που τον έπιασε επιληπτική κρίση στο σχολείο, όλοι φοβήθηκαν και τον αντιμετώπιζαν σα να ήταν το "κέντρο του κόσμου". "Μου άρεσε να με βλέπουν όλοι". "Έπαψαν να μου γυρίζουν την πλάτη". "Μήπως με αποφεύγουν επειδή μυρίζω" ;

(Πηγές από : Τον ατομικό φάκελο του ασθενή).

3ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Διάγνωση :

Ιδέες παρανοϊκού τύπου.

Στοιχεία ασθενή :

Όνομα : Τ.Σ.

Ηλικία : 30 ετών.

Ημ. εισόδου: 20/2/92

Αναμνηστικό ιστορικό :

Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας της ήταν εγώιστρια, ζωηρή, κοινωνική, πεισματάρα. Πήγαινε γυμνάσιο στα Τρίκαλα. Μετά ήρθε στην Αθήνα. Ήταν πολύ καλή μαθήτρια και στο σχολείο είχε καλή προσαρμογή. Ήθελε όμως πάντα να γίνεται το δικό της και αυτό ήταν που την έκανε λίγο εχθρική απέναντι στους άλλους.

Αργότερα φοίτησε στη σχολή Νοσηλευτριών του Νοσοκομείου Αγία Σοφία. Δεν διάβαζε αρκετά με αποτέλεσμα να μην τελειώσει τη σχολή. Εργάστηκε πέντε χρόνια στο νοσοκομείο. Επίσης, εργάστηκε σαν ταμίας σε σούπερμάρκετ.

Όταν άρχισε το πρόβλημα την φιλοξενούσε μια φίλη της στην Αθήνα για λίγες μέρες. Εκεί είχε έντονες συζητήσεις για προσωπικά θέματα. Στη συνέχεια ανέπτυξε παρανοϊκές ιδέες παρακολούθησης και δίωξης. Δεν εμπιστευόταν γνωστά πρόσωπα. Νόμιζε ότι θέλουν να κάνουν κακό σ'αυτή και τα παιδιά της.

(Πηγές από : Γονείς της ασθενή, σύζυγο και την ίδια).

ΠΑΡΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εισαγωγικά στοιχεία :

Η Τ.Σ. εισήλθε στην κλινική πριν από 2 μέρες, είχε ιδέες δίωξης, ψυχοκινητική ανησυχία, απνία, ψευδαισθήσεις, επιθετικότητα όταν αισθανόταν ότι απειλείται.

Ηρθε με τον άντρα της περίπου στις 5.30 μ.μ. Στην κλινική μπήκε μετά από πίεση των συγγενών της. Τώρα αποδέχεται την παραμονή της εδώ. Πριν, φοβόταν το νοσ/κο προσωπικό και κοίταζε με ένα απλανές βλέμμα, σα να έβλεπε κάτι άλλο ή κάποιους άλλους.

Εμφάνιση και γενική συμπεριφορά :

Όταν ήρθε στην κλινική ήταν ντυμένη προσεκτικά. Φαινόταν όμως πολύ προβληματισμένη. Νόμιζε ότι παρακολουθούν τον σύζυγό της και την αδελφή της για να διαλύσουν την οικογένειά της.

Ομιλία :

Η ομιλία της είναι καλή, με σωστή άρθρωση, σύνταξη και αρκετά υψηλού επιπέδου λεξιλόγιο.

Συναίσθημα :

Το κύριο συναίσθημα που κυριαρχεί σε μια συζήτηση μαζί της είναι ο φόβος. "Δεν είστε γιατροί, εδώ, δεν είναι νοσοκομείο, θέλω να μου δώσετε ναρκωτικά και να με κλείσετε μέσα". "Κοριοί μας παρακολουθούν, μου σταματούν τη σκέψη".

Αντιληπτικές διαταραχές (ψευδαισθήσεις κ.τ.λ.) :

Έχει παραληρητικές ιδέες παρακολούθησης και δίωξης.

Νόμιζε ότι παρακολουθούν τον σύζυγό της και την αδερφή της, για να διαλύσουν το σπίτι της.

Συνειδησιακό επίπεδο :

Εγρήγορη, χωρίς σαφή αντίληψη της πραγματικότητας.

Νοημοσύνη :

Καλή.

Κρίση :

Διαταραγμένη με σαφή στοιχεία παρανοϊκών ιδεών. Φαντασιώσεις δίωξης, φοβικές διαταραχές και παραλήρημα.

Περιεχόμενο σκέψης :

Η σκέψη της διακρίνεται από ιδέες καταδίωξης, λογόροια, φοβικό παραλήρημα. Δεν αντιλαμβάνεται που βρίσκεται, ποιοι είναι το νοσ/κο προσωπικό και ποιοι είναι οι ασθενείς. Δεν επικοινωνεί με τη λογική, έχει δικό της τρόπο σκέψης και κατανόησης της πραγματικότητας.

Περιγραφή γεγονότων και συναισθημάτων :

Δε θυμάται αρκετά καλά το παρελθόν της, δηλ. την περίοδο πριν την είσοδό της στην κλινική. Ως σημεία αναφοράς έχει κάποια γεγονότα που την επηρέασαν στον ψυχισμό και τα αναφέρει συχνά. "Έχουν βάλει ντεντέκτιβ για να με παρακολουθεί, να δουν αν απατώ τον άντρα μου" ή "θα μου διαλύσουν το σπίτι, βάζουν λόγια στα παιδιά μου". "Ποιοί είστε εσείς ;". "Δεν είναι νοσοκομείο εδώ, ξενοδοχείο είναι, γιατί με φέρατε εδώ ; θέλω να μπω στο νοσοκομείο να γίνω καλά".

(Πηγές από : Προσωπική επαφή με τηνα σθενή και στοιχεία από τον ατομικό της φάκελο).

Δ. Η ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΗΣ (ΤΟΥ) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ (-ΟΥ)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (ΤΗ) ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΗΣ (ΤΟΥ)
ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΗΣ (ΤΟΥ) ΚΑΙ Η ΠΡΑΚΤΙΚΗ
ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

Στο χώρο του Ελληνικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου μπορούμε να πούμε πως είναι καταστάσεις που απαιτούν εκείνο το είδος της νοσηλευτικής φροντίδας που περιλαμβάνει πλησίασμα, κατανόηση και ανακούφιση και που είναι δυνατόν να προσφέρεται με επιτυχία μόνο από άτομα με πολύ ανθρωπιά και αγάπη για τον συνάνθρωπο. Άτομα με ιδιαίτερες ικανότητες και προσόντα, με ταλέντο θα λεγάμε ενός ευαίσθητου ατόμου ικανό να παρατηρεί, να ακούει, να κρίνει αλλά και να μεταφέρει τα φανερά και τα κρυφά μηνύματα των ψυχικά αρρώστων στο ειδικό θεραπευτικό σχήμα της αντιμετώπισής του. Επίσης πρέπει να είναι ένα τόσο καλλιεργημένο και εκπαιδευμένο άτομο ώστε να είναι ικανό να δίνει απαντήσεις στα ερωτήματα των ανθρώπων αυτών, οι οποίες να μεταδίδουν αγάπη, παραδοχή, ανεση, ασφάλεια και κατανόηση σ'αυτά τα άτομα με ξεχωριστή το καθένα ψυχική κατάσταση.

1. ΕΣΤΙΕΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗΣ (κατά την εκπαίδευση της (του)
Νοσηλεύτριας (τη) στην Ψυχιατρική

1. Βασική αρχή πριν από κάθε επικέντρωση της (του) νοσηλεύτριας (τη) είναι να θυμάται ότι "όλη η ανθρώπινη συμπεριφορά έχει καποτε νόημα και ότι όλα τα ανθρώπινα όταν έχουν περισσότερες, ομοιότητες παρά ανομοιότητες" με τη διαφορά ότι "το κάθε άτομο έχει και την δική του ξεχωριστή και μοναδική αξία".

Πρώτη εστία επικέντρωσης για την εκπαίδευση γενικά

των μελών της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας θεωρείται η αυτογνώσια - αυτοκατανόηση. Έτσι μιλώντας για τη νοσηλεύτρια που θα ασχοληθεί με ψυχικά αρρώστους, αυτή πρώτα πρέπει να αποκτήσει συνείδηση για μερικές από τις δικές της βασικές αντιλήψεις πάνω στις εμπειρίες της ζωής.

Για να επιτύχει η (ο) ψυχιατρική (ος) νοσηλεύτρια (της) την αυτοκατανόηση, εκτός πολλών άλλων, απαραίτητη είναι και η θέσπιση ρεαλιστικών προσωπικών στόχων από τα χρόνια της (του) εκπαίδευσης ακόμα, αυξάνονται έτσι τις δεξιότητες της (του). Πρέπει λοιπόν να είναι άριστα ενημερωμένη (-ος) για τη σημασία της δικής της (του), συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς των ψυχικά άρρωστων της (του), έτσι ώστε να μπορέσει να τους βοηθήσει να αποβάλλουν κάποια δυσλειτουργία στην συμπεριφορά τους.

2. Δεύτερη εστία επικέντρωσης της εκπαίδευσης της (του) ψυχιατρικής (ου) νοσηλεύτριας (τη) είναι η ετερογνώσια - ετεροκατανόηση. Η (ο) νοσηλεύτριας (της) σαν γνώστης της δικής της (του) συμπεριφοράς και της σημασίας που υπάρχει σ'αυτήν είναι πλέον σε θέση να εκτιμήσει την συμπεριφορά των αρρώστων της (του) καθώς και τους παράγοντες που οδηγούν τα διάφορα άτομα, με τα ποικίλα προβλήματα και δυσλειτουργίες ώστε να βλέπουν τα πράγματα διαφορετικά.

Μέχρι τώρα μπορούμε να πούμε ότι η αυτογνώσια και η βαθειά προσπάθεια της ετερογνώσιας είναι οι στόχοι της (του) ψυχιατρικής (-ου) νοσοκόμου και τα ειδικά φυσικά προσόντα της (του) όπως και η επιστημονική και πρακτική μόρφωση της (του) είναι τα απαραίτητα εργαλεία της (του).

2. Η ΜΟΝΑΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΟΥ) ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (ΤΗ) ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ (ΤΟΥ)

Το να είναι κανείς νοσηλεύτριας (τρια) ψυχασθενών δεν πρέπει να θεωρείται ότι είναι τόσο απλό όσο δυστυχώς πολλοί ακόμη και σήμερα όχι απλώς νομίζουν αλλά "πιστεύουν".

Για να είναι όμως κανείς ικανός να θέτει στόχους οι οποίοι να είναι βοηθητικοί για τον ασθενή ζητώνται από αυτόν πληροφορίες για το πως σχεδιάζει να αντιμετωπίσει τον κόσμο και την έξοδό του από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, και να βοηθήσει επίσης τον ασθενή να βρίσκει πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να καταλαβαίνει τις ανάγκες του και να πραγματοποιεί τους στόχους του προϋποθέτει το άτομο αυτό να συνδυάζει γνώσεις, εκπαίδευση και ταλέντο, παράλληλα δε πολύ διάθεση και ενθουσιασμό θα έλεγα για προσφορά κοινωνικού ανθρωπιστικού έργου.

Η (ο) ψυχιατρική (-ος) Νοσηλεύτρια (της) με την αυξημένη ικανότητα που πρέπει να διαθέτει για να παρατηρεί καθημερινά τον ασθενή μέσα σ'οποιοδήποτε θεραπευτικό χώρο καθώς μένει κοντά του τον περισσότερο χρόνο από όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, είναι σε θέση να εφαρμόσει καλύτερα ένα δικό της θεραπευτικό σχήμα (το οποίο και γίνεται εκ των υστέρων παραδεκτό από τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας), με το οποίο σχήμα πιθανόν να δοκιμάσει μια καινούρια συμπεριφορά του αρρώστου.

Στη σημερινή εποχή που τόσα πολλά προβλήματα υπάρχουν στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και που τόσα πολλά και αυστηρά όρια επιβάλλονται από την θεραπευτική ομάδα είναι δύσκολο μερικές φορές να βρεις έναν και μοναδικό ρόλο για την (τον) Ψυχιατρική (ο) Νοσηλεύτρια (τη) κατά την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής ψυχιατρικής φροντίδας. Σε πάρα

πολλές περιπτώσεις βλέπουμε πως η δουλειά της (του) δεν φαίνεται να συμβαδίζει με το επίπεδο των ικανοτήτων της (του).

Είναι φορές που αναρωτιέται αν η δουλειά που κάνει δείχνει πως είναι νοσηλεύτρια (της) μέσα στο Ψυχιατρικό τμήμα, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, στις μονάδες αποκατάστασως χρόνιων αρρώστων, στην ερευνητική ομάδα και αλλού.

Ετσι και ο ρόλος της προϊσταμένης αδελφής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου που περιλαμβάνει δικαιώματα, καθήκοντα και πάρα πολλές υποχρεώσεις είναι και αυτός ρόλος πολύπλοκος.

Θα λέγαμε ότι η προϊσταμένη του ψυχιατρικού τμήματος:

1. Είναι υπεύθυνη για την ικανοποίηση των άμεσων ψυχολογικών ή άλλων αναγκών των ψυχικά αρρώστων της.
2. Αντιμετωπίζει πρώτη συνήθως με το υπόλοιπο προσωπικό του τμήματος (ή κλινικής της) τα καθημερινώς προκύπτοντα διοικητικά και νοσηλευτικά προβλήματα τα οποία και επιλύει αρμοδίως.
3. Ευρίσκεται σε στενή επαφή με τον (την) εργοθεραπευτή (τρια) σε ότι αφορά την οργάνωση του σχεδίου απασχόλησης των ασθενών της μέσα στο τμήμα.
4. Συνεργάζεται με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καθώς και με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες στην εφαρμογή του προγράμματος των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων.
5. Παρατηρεί και καταγράφει λεπτομερώς κάθε μεταβολή - αλλαγή της συμπεριφοράς των αρρώστων της και τούτο είναι σε θέση να το κάνει επιτυχώς μόνον με την επιστημονική κατάσταση και πείρα.
6. Κυρίως όμως δρα με την προσωπική της επέμβαση ευοδωτικώς στη διαδικασία της διασφάλισης της ψυχολογικής επαφής μεταξύ των ψυχικά αρρώστων της, της ψυχιατρικής ο-

μάδας αλλά και του υπόλοιπου προσωπικού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, γενικώτερα. Η προϊσταμένη αδελφή είναι ο πυρήνας μέσα στο τμήμα, είναι το κύτταρο, ο μοχλός, ο συνδετικός κρίκος του ασθενή και όλων των εργαζομένων γι' αυτόν.

Καθήκον λοιπόν της (του) Ψυχιατρικής (-ου) νοσηλεύτριας (του) γενικά είναι νάναι όσο το δυνατόν περισσότερο ανοιχτή προς τον ψυχικά ασθενή και να μοιράζεται τις σκέψεις της (του) με αυτόν. Για να μπορεί όμως να δεχθεί και να εκτιμήσει καλύτερα το νόημα της εμπειρίας του αρρώστου και της δυσλειτουργίας του, πρέπει να δίνει και να παίρνει φανερά ή κρυφά μηνύματα ώστε να βοηθάει τον ασθενή της (του) να διευκρινίζει και εξωτερικεύει τις δικές του σκέψεις και τα δικά του αισθήματα. Έτσι ο άρρωστος θα μπορέσει να αναπτύξει την επικοινωνία του με τους άλλους σε τέτοιο βαθμό, ώστε να κατορθώνει σιγά-σιγά να πραγματοποιεί τους στόχους του, να διασκεδάζει αλλά και να αντέχει τις κατά καιρούς αναπόφευκτες δυσκολίες και προβλήματα της ζωής του. Σημεία τέτοια αποδεικνύουν ότι έχει γυρίσει σε ομαλή ψυχική υγεία για μια χρήσιμη και αποτελεσματική ζωή.

Ε. ΙΔΙΑΖΟΝΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ
ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα ψυχιατρικά τμήματα ενός θεραπευτηρίου, είναι νοσηλευτικά τμήματα, που διέπονται από τελείως διάφορες συνθήκες και κανόνες λειτουργίας εκείνων των νοσηλευτικών τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων.

Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται στην ιδιομορφία της ψυχικής νόσου, στις θεραπείες αυτών των ψυχικών νόσων, στο μακροχρόνιο της παραμονής των ασθενών και στην ιδιαιτερότητα που παρουσιάζουν οι νοσηλευόμενοι σαν διαταραχές σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς.

Τα κυριώτερα προβλήματα, που παρουσιάζουν οι ψυχικές πάσχοντες είναι :

Δύσκολη προσαρμογή.

Ανησυχία.

Αυπνία.

Διαταραγμένη συμπεριφορά.

Αρση Αναστολών.

Υπερκινητικότητα.

Κατατονική εμβροντησία.

Κατατονική διέγερση.

Παλινδρόμηση.

Αυτοκτονία.

Αρνηση λήψης φαγητού και νερού.

Βουλιμία - Πνιγμονή.

Αρνηση φαρμάκων.

Φαρμακομανία.

Προβλήματα από παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων.

Κλινοφιλία.

Επιθετικότητα.

Τάσεις δραπέτευσης ή δραπέτευση.

Σωματικά προβλήματα και συνέπειες εκ της συναισθηματικής έκπτωσης.

Τα προβλήματα των ψυχικών ασθενών αρχίζουν με την εισαγωγή ενός νέου ασθενούς, οπότε τίθεται το πρόβλημα της προσαρμογής του στο χώρο του νοσηλευτικού τμήματος, στο κλίμα και την λειτουργία, στους κανόνες γενικά, που τηρούνται σε κάθε τμήμα για την σωστή του λειτουργία.

Η αδελφή πρέπει να αποκτά καλή επαφή με κάθε ασθενή της σε πολύ σύντομο διάστημα, η θετική και ιδιαίτερα προσεκτική της στάση απέναντί του, το ενδιαφέρον της, η προσοχή της και όλες οι ενέργειές της, να μεταδίδουν εμπιστοσύνη, ασφάλεια, για να μπορέσει να την εμπιστευθεί και να προσαρμοσθεί πιο ομαλά στο κλίμα του θεραπευτηρίου.

Θερμή και ανθρώπινη υποδοχή, απλότητα χωρίς επιτήδευση μεταβίβαση πραγματικού ενδιαφέροντος και αγάπης θα μαλακώσουν τον ασθενή, θα αισθανθεί πιο ασφαλής και θα αφεθεί μ' εμπιστοσύνη στην αδελφή.

Η ανησυχία, είναι ένα συχνό πρόβλημα των ψυχικών ασθενών. Η ανησυχία αυτή μπορεί να έχει διάφορες αιτίες (παραληρηματικές ιδέες, επιθετικότητα, παρενέργειες φαρμάκων, ψευδαισθήσεις, άγχος) και γενικότερα να είναι αιτία αλλαγής περιβάλλοντος και συνθηκών διαβίωσης.

Η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια πρέπει να βρει τρόπο να πλησιάσει τον ασθενή αυτόν και με την ικανότητά της για επικοινωνία και επαφή μαζί του θα μπορέσει να διαγνώσει την αιτία της ανησυχίας, για να μπορέσει και να την αντιμετωπίσει. Υποστηρικτική πάντα η θέση της, όταν πρόκειται για ανησυχία από ιδέες διώξεως, ενθαρρυντική και εμπνέουσα εμπιστοσύνη και ασφάλεια.

Αντιμετωπίζει με φαρμακευτική αγωγή, όταν πρόκειται για παρενέργεια ψυχοφαρμάκων, καθησυχάζει και ρυθμίζει

τυχόν διαφορές τους με τους συνασθενείς του.

Κατά την εισαγωγή των ψυχωσικών ασθενών στο θεραπευτήριο, αλλά και κατά την διάρκεια της νοσηλείας των, παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο. Η αυπνία βασανίζει πολύ τον ασθενή, τον εκνευρίζει, και επηρεάζει πολύ την όλη του συμπεριφορά και πολλές φορές είναι πολύ κακός σύμβουλος. Όταν υπάρξει αυπνία, παρακολουθείται και περιγράφεται λεπτομερικώς, (ύπνος διακεκομένος, ημερήσιος, φυγής από την πραγματικότητα κ.λ.π.). Η περιγραφή παίζει σπουδαίο ρόλο, όχι μόνο στην αντιμετώπισή της σαν σύμπτωμα, αλλά μπορεί να αποτελέσει μεγάλη βοήθεια, σαν διαγνωστικό κριτήριο για την μορφή της ψυχικής νόσου. Η αδελφή περιγράφει αντικειμενικά την αυπνία και φροντίζει παντοτε να ρυθμιστεί ο ύπνος του ασθενή.

Οι ψυχικά ασθενείς πολλές φορές παρουσιάζουν άρση αναστολών λόγω και έργω (χυδαιολογούν, εμφανίζονται με παραμελημένη εμφάνιση), δεν ελέγχουν τα λεγόμενά τους, μπορεί να βρίζουν τους συνασθενείς τους και να δημιουργήσουν ένα γενικό εκνευρισμό στο θάλαμο.

Η αδελφή δεν θυμώνει ποτέ για οποιονδήποτε ύβρη, πρέπει να βοηθάει τους ασθενείς αυτούς να εμφανίζονται ευπρεπισμένοι, να τους συμβουλεύει και να τους επανεκπαιδεύει στην συμπεριφορά και στον τρόπο της εμφάνισής των.

Πρέπει να φροντίζει τα πράγματα κάθε ενός από τους ασθενείς της, να προφυλάσσει τους υποβόλημους και άβουλους από τους υπόλοιπους, να αισθάνονται όλοι οι ασθενείς ασφαλείς και ότι σεβόμαστε το ιδιαίτερο περιβάλλον τους, που το αποτελούν τα ατομικά τους είδη, το κρεβάτι τους. Σε περίπτωση κλοπής πρέπει να επαναφέρει την τάξη στο θάλαμο. Η αδελφή με τη σωστή της στάση και δίκαιη προσπαθεί να

είναι αντικειμενική και να κατευνάσει τα πνεύματα.

Ο ψυχικά ασθενής μπορεί να είναι υπερβολικά κινητικός, να βηματίζει μέρα-νύχτα, να μπαίνει-βγαίνει στο θάλαμο και στο γραφείο. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη δημιουργία ενός εκνευρισμού και πολλές φορές την απώλεια βάρους και την ιδιαίτερη καταπόνηση του ασθενούς σωματική και ψυχική.

Η ψυχιατρική αδελφή παρατηρεί την κατάσταση του ασθενούς, η οποία πολλές φορές μπορεί να προαναγγέλει μια παρορμητική ενέργεια ή κατανοτική διέγερση, μπορεί να είναι μια φαρμακευτική παρενέργεια ή ψευδαισθησιολόγος συμπεριφορά.

Η αδελφή πρέπει να μπορεί να διακρίνει την αιτία και να φροντίζει να κατασταλεί η υπερκινητικότητα, πρέπει να βοηθηθεί ο ασθενής της και οι συνασθενείς του. Ένας τρόπος π.χ. είναι η απασχόλησή του με κάποια εργασία, που χρειάζεται κίνηση ή ενέργεια.

Κατατονική εμβροντησία στη βαρεία της μορφή ο ασθενής πέφτει σε πλήρη ακινητοποίηση. Δεν αντιδρά κινητικά, λεκτικά σε κανένα ερέθισμα. Αυτό μπορεί να κρατήσει από λίγα λεπτά μέχρι και ημέρες. Φυσικά ο ασθενής δεν τρώει, δεν πίνει, μπορεί να έχει ακράτεια ούρων ή επίσχεση.

Τα προβλήματα εδώ είναι άμεσα, γιατί υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς. Η αδελφή φροντίζει όσο είναι δυνατόν για την καλύτερη σύτιση του ασθενούς (διασωλήνωση), φροντίζει τις φυσικές του λειτουργίες, την καθαριότητά του, την αποφυγή συνεπειών από τη συνεχή κατακλιση του.

Η συμπεριφορά της αδελφής πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική, γιατί ο ασθενής τις περισσότερες φορές είναι σε θέση να παρακολουθεί τις κινήσεις της και τις πράξεις της. Η ψυχιατρική αδελφή ξέρει ότι ο ασθενής αυτός είναι

τελείως αφημένος στην καλή της θέληση, δεν μπορεί να βοηθήσει και πρέπει να βοηθηθεί για να ζήσει.

Κατατονική διέγερση είναι μία βίαιη υπερκινητική ακατανόητη συμπεριφορά, ο ασθενής γίνεται παράφορος και αδιάκριτα επιθετικός. Στη διάρκεια της διέγερσης ο ασθενής μπορεί να τραυματίσει, να σκοτώσει ή να αυτοκτονήσει.

Η αδελφή πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή και αν δυνατόν να προβλέψει την επερχόμενη διέγερση, αλλά και στη διέγερση πρέπει να φροντίσει η αδελφή την ασφάλεια του ίδιου του ασθενούς και των συνασθενών του. Ο ασθενής στην κατατονική διέγερση, πρέπει να απομονώνεται, να αφαιρούνται όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα από τον θάλαμό του και στην ανάγκη να καθηλώνεται για να προφυλαχθεί από σοβαρούς τραυματισμούς, που μπορούν να του στοιχίσουν τη ζωή του.

Παλινδρόμηση, και διάφορες βαθμίδες αυτής, από την ελαφρά παιδόμορφη συμπεριφορά.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το βαθμό της παλινδρόμησης βέβαια απώτερος σκοπός της ψυχιατρικής αδελφής, θα πρέπει να είναι πάντα - με την συμπεριφορά της και την στάση της - σιγά-σιγά να βοηθάει τον ασθενή της να μεγαλώνει και να συμπεριφέρεται σαν ενήλικος.

Στις περιπτώσεις βαριάς παλινδρόμησης η ψυχιατρική αδελφή βοηθάει τον ασθενή της με αγάπη μητρική, στην διατροφή του, την καθαριότητά του, φροντίζοντας να τον επανεκπαιδεύει και απαιτώντας όπως η μητέρα από το μικρό της παιδί να μεγαλώνει μέχρι να μπορέσει να αυτοεξυπηρετείται.

Ατομική υγιεινή, στις περισσότερες περιπτώσεις των ψυχικών ασθενών, παραμελείται η ατομική καθαριότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται άμεσος κίνδυνος για τον ίδιο

τον ασθενή και το περιβάλλον του (φθειρίαση, ερυσίπελη, μικροβιακές και άλλες λοιμώξεις).

Η αδελφή φροντίζει παροτρίνοντας ή βοηθώντας τον ασθενή για την ατομική καθαριότητα, επανεκπαιδεύει στην ατομική καθαριότητα με την επανάληψη των καθημερινών φροντίδων ατομικής περιποίησης (πλύσιμο προσώπου, χεριών, δοντιών κ.λ.π.), σέβεται απόλυτα την προσωπικότητα του ασθενή, τις αναστολές του κ.λ.π.

Αυτοκτονία, κάθε μελαγχολικός, που εισέρχεται στο Ψυχιατρείο, για την ψυχιατρική αδελφή είναι και ένας υποψήφιος αυτόχειρας, ανεξάρτητα αν ομολογεί ή όχι τάσεις ή ιδέες αυτοκτονίας και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται, αν θέλει η αδελφή να προλάβει δυσάρεστες καταστάσεις και να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή της.

Βέβαια το μυστικό της αντιμετώπισης ενός μελαγχολικού με τάσεις αυτοκτονίας ομολογούμενες ή μη, βρίσκεται στην επικοινωνία της με τον ασθενή, στη σωστή ερμηνεία των λεγομένων του και των πράξεών του και στην ιδιαίτερα διαισθητική ικανότητα που πρέπει να διαθέτει η ψυχιατρική αδελφή.

Αν έχει κατορθώσει να αποσπάσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς της, τότε ευκολώτερα θα της εμπιστευθεί τις ανησυχίες του και τους προβληματισμούς του. Βέβαια η παρακολούθηση αυτού του ασθενούς είναι στενή, η φαρμακευτική αγωγή, και η συμπαράσταση τελούνται με χριστιανική ευλάβεια. Καλή και πλήρη ενημερωμένη λογοδοσία, παράδοση του ασθενούς όλο το 24ωρο. Αυτοκτονία μπορεί να πραγματοποιήσει και ένας μη καταθλιπτικός ψυχωσικός ασθενής υπό την κατοχή ψευδαισθήσεων ή ένας ασθενής με γεροντική ψύχωση. Η καλή παρακολούθηση των ασθενών, η επισήμανση σημείων που θα δείχνουν πιθανές τάσεις, πρέπει εγκαίρως να επισημαίνονται από την αδελφή,

η δε συμπαράστασή της και η ψυχική στήριξη με την απεριόριστη διάθεση χρόνου γι'αυτούς είναι απαραίτητος. Εννοείται ότι η αδελφή έχει προβλέψει και αφαιρέσει κάθε τι που θα μπορούσε να χρησιμεύσει για το σκοπό αυτό στον ασθενή της.

Άρνηση λήψης τροφής και νερού, πολλοί ψυχωσικοί ασθενείς δεν θέλουν να λαμβάνουν τροφή, είτε διότι έχουν παραληρηματικές ιδέες (δηλητηριάσεις, ψευδαισθήσεις), είτε διότι θέλουν να πεθάνουν. Και εδώ είναι πολλές φορές άμεσο το πρόβλημα για την σωματική του υγεία κυρίως όταν συνυπάρχει άρνηση λήψης νερού. Ο ασθενής πολλές φορές μπορεί να πιεσθεί για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα αυτό. Η ψυχιατρική αδελφή πρέπει να συμπαρίσταται και να βοηθάει τον ασθενή αυτόν, επιβεβαιώνοντάς τον και αναλαμβάνοντας εκείνη την ευθύνη προκειμένου για παραληρηματικές ιδέες.

Σε περιπτώσεις μελαγχολικού ασθενούς με τάσεις αυτοκτονίας, τον βοηθάει και παραμένει κοντά του όση ώρα παίρνει το φαγητό του, τον ενθαρύνει και σε βαρύτερες καταστάσεις προετοιμάζει και βοηθά στη διασωλήνωση.

Βουλιμία - Πνιγμονή, πολλοί ψυχωσικοί ασθενής τρώνε με βουλιμία, άλλοτε λόγω της κακής στοματικής κατάστασης, υπερβολικής όρεξης, ασυναισθήτων ένεκα μείωσης κρίσης και λογικής, άλλοτε συνυπάρχει και ελλάτωση των αντανακλαστικών της κατάποσης, έτσι συχνά αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της πνιγμονής.

Η ψυχιατρική αδελφή την ώρα του φαγητού είναι κοντά στους ασθενείς της, τους προσέχει, τους συμβουλεύει και σε περιπτώσεις παλινδρόμησης τους επανεκπαιδεύει.

Σε περίπτωση όμως πνιγμονής ευρίσκεται σε ετοιμότητα και είναι σε θέση να απελευθερώσει τον λόξυγγα του ασθενή από τις αμάσητες τροφές, πριν είναι πολύ αργά. Εδώ η αδελφή επισημαίνει εγκαίρως αυτούς τους ασθενείς, τους

προφυλάσει και είναι υπεύθυνη για τη ζωή τους αφού οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να προφυλάξουν τους εαυτούς τους.

Αρνηση λήψης φαρμάκων, πολύ συχνό πρόβλημα των ψυχωσικών ασθενών, δεδομένου ότι οι περισσότεροι δεν πιστεύουν στην ύπαρξη νόσου. Έτσι οι ασθενείς αυτοί δεν θέλουν να λαμβάνουν τα φάρμακά τους. Βέβαια ο τρόπος χορήγησης των ψυχοφαρμάκων στα ψυχιατρικά τμήματα, παρέχει μια κάποια ασφάλεια, ότι λαμβάνονται από τους ασθενείς.

Όταν όμως υπάρχουν ενδείξεις, ότι ο ασθενής δεν λαμβάνει τα φάρμακά του (κι αυτό η αδελφή το διαπιστώνει από τη μη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης, την έλλειψη συνεργασίας, την έλλειψη παρενεργειών κ.λ.π.), ο ασθενής παρακολουθείται πιο στενά, ώστε η αδελφή να πεισθεί ότι ο ασθενής κάνει σωστή θεραπεία.

Βέβαια η παρακολούθηση αυτή είναι διαφορετική για κάθε έναν ασθενή και ο τρόπος της παρατήρησης ποικίλει, ανάλογα της ψυχικής κατάστασης, της νόσου του βαθμού και του επιπέδου επικοινωνίας. Σε περιπτώσεις μη ελεγχόμενες απόλυτα, δίδονται τριμμένα με μαρμελάδα, γίνεται παρεντερική χορήγηση κ.λ.π.

Όμως σκοπός της ψυχιατρικής αδελφής είναι να διδάξει τον ασθενή να παίρνει τα φάρμακά του, να πεισθεί ο ασθενής ότι η αποκατάστασή του και η αποδοσή του στην κοινωνία είναι συνάρτηση της σωστής του φαρμακοθεραπείας.

Η Νοσηλεύτρια με τη συχνή της επικοινωνία με τις γνώσεις της γύρω από τις ενέργειες και παρενέργειες των φαρμάκων, με την εμπιστοσύνη που θα αποσπάσει από τον ασθενή της, θα πρέπει να μπορέσει να τον πείσει, τονίζοντας σε κάθε της συνομιλία την αναγκαιότητα της φαρμακοθεραπείας.

Φαρμακομανία, αντίθετα μερικοί ασθενείς - για λόγους που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα - νομίζουν ότι

παίρνοντας πολλά και ποικίλα φάρμακα, μπορούν να γίνουν καλά. Έτσι πολλές φορές προσπαθούν να ξεφύγουν της προσοχής και ν'αφαιρέσουν μερικά φάρμακα, την ώρα της διανομής των. Αυτό έχει πολλές φορές δυσάρεστες επιπτώσεις για τον ασθενή αλλά και δημιουργεί άμεσα ηθικά και ποινικά θέματα για την Νοσηλεύτρια. Η Νοσηλεύτρια πρέπει με λογικά επιχειρήματα να πείσει τον ασθενή της να παραιτηθεί των εκτός λογικής και πραγματικότητας ιδεών, αποκρίνοντάς τον με τις γνώσεις της ήπια και με κατανόηση.

Παρενέργειες από τα ψυχοφάρμακα, είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζεται πολύ συχνά στους ψυχωσικούς ασθενείς και αποτελούν πολύ δυσάρεστες εμπειρίες γι'αυτούς.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει οποιανδήποτε από αυτές τις παρενέργειες και να γνωρίζει και να τις αντιμετωπίζει σίγουρα και σταθερά για να βοηθάει τον ασθενή όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Κλινοφιλία, είναι η παραμονή στο κρεβάτι σχεδόν όλες τις ώρες του 24ωρου. Μερικοί από τους ψυχωσικούς πάσχοντες αρέσκονται να παραμένουν όλες τις ώρες της ημέρας στο κρεβάτι, σηκώνονται μόνον για το φαγητό τους και τις φυσικές τους ανάγκες και δεν έχουν καμμία επικοινωνία με το περιβάλλον, κυρίως οι αντιστικοί ασθενείς.

Αυτό βέβαια είναι ένα πρόβλημα, που πρέπει η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια βοηθήσει τον ασθενή να το ξεπεράσει, αν θέλει ο ασθενής της βγαίνοντας από το θεραπευτήριο να μπορέσει να σταθεί στο σπίτι του και στην όποια εργασία μπορέσει να κάνει.

Η Νοσηλεύτρια βοηθάει τον ασθενή αυτόν κινητοποιώντας τον, δηλ. τον σηκώνει καθημερινά μια ορισμένη ώρα από το κρεβάτι, του αναθέτει διαφορες μικροεργασίες, τον συνοδεύει στην εργασιοθεραπεία, προσπαθεί να διακρίνει κάτι που θα τον ενδιέφερε και ανάλογα με τις ικανότητες

και τις γνώσεις του δημιουργεί κίνητρα για την κινητοποίησή του.

Επιθετικότητα, είναι συχνό πρόβλημα, κυρίως σε ασθενείς νεοεισερχόμενους, οπότε είναι μια αντίδραση στην εισαγωγή του στο Ψυχιατρείο. Σε υποτροπές της νόσου, οπότε οι ασθενείς βρίσκονται υπό την επίδραση ψευδαισθήσεως και παραληρητικών ιδεών, αλλά και σ'ανταπόδοση ενόχλησης συνασθενών του.

Η Νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει το πρόβλημα με βάση την αιτία που το προκάλεσε. Η σταθερή της στάση, η έλλειψη εκνευρισμού και άνευ λόγων αντιρρήσεων, η αγάπη της και το ενδιαφέρον, μαλακώνει και τους πιο επιθετικούς ασθενείς και τους κάνει να συζητούν το πρόβλημά τους. Η καλή επικοινωνία συνομιλία - συζήτηση με τον ασθενή, πάντοτε βοηθάει να ξεπεραστεί η οξεία αυτή αντίδρασή του.

Τασεις δραπέτευσης ή δραπέτευση στη φάση της προσαρμογής ή και κατά την διάρκεια της νοσηλείας μερικοί ασθενείς, φεύγουν από το θεραπεύτηριο. Αυτό είναι ένα πρόβλημα, γιατί πολλές φορές τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ίδιου του ασθενούς, ο οποίος δεν είναι σε θέση να διακρίνει κινδύνους ή έχοντας κατάθλιψη ή άλλες παραληρητικές διωκτικές ιδέες να επιδιώξει κακό στον εαυτό του.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να προφυλάξει αυτούς τους ασθενείς, στην αναγκη περιορίζοντάς τους στο τμήμα.

Η σωστή και καλή παρακολούθηση βοηθάει την ψυχιατρική Νοσηλεύτρια να διαγνώσει υποτροπές της νόσου, την καλή της επικοινωνία με τον ασθενή, βοηθάει πολλές φορές στην εκμυστήρευση των βαθύτερων επιθυμιών του. Έτσι θα μπορέσει να τον βοηθήσει καλύτερα και να τον προφυλάξει από βεβαιους κινδύνους.

Σωματικά προβλήματα και συνέπειες εκ της

συναισθηματικής έκπτωσης. Οι ψυχικά ασθενείς έχουν και πολλά σωματικά προβλήματα σαν βιολογικά όντα που είναι, τα οποία πολλές φορές δεν είναι σε θέση να παρουσιάσουν οι ίδιοι.

Στο ψυχικά υγιή άνθρωπο μια κάποια λειτουργική διαταραχή ενός οργάνου, προβάλλεται σαν νόσος. Ο ψυχικά υγιής παρακολουθεί πλήρως τις εξελίξεις της νόσου του, κάνει ιατρικές επισκέψεις, νοσηλείες, φάρμακα. Στον ψυχωσικό ασθενή, η εγκατάσταση και εξέλιξη μιας νόσου γίνεται αόρατα. Ο ψυχωσικός ασθενής παραμένει ασυγκίνητος από την κατάσταση της υγείας του, ακόμη και αν διατρέχει σοβαρό κίνδυνο. Η Νοσηλεύτρια καλείται εδώ να επισημάνει τέτοια σωματικά προβλήματα, που μπορούν να θέσουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς ή να τον καταστήσουν σωματικά ανάπηρο.

Η διάγνωση αυτή γίνεται από την Νοσηλεύτρια παρατηρώντας την συμπεριφορά του, την εμφάνισή του, την όψη του και γενικά τις αντιδράσεις του.

Η ψυχοσυγκινητική αδιαφορία των ψυχωσικών ασθενών έχει πολλές φορές σαν αποτέλεσμα και την μείωση του άγχους. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική ενασχόληση με τα ατομικά του εσωτερικά προβλήματα (αυτισμός ή σε συναισθηματική έκπτωση η οποία πολλάκις φθάνει μέχρι συναισθηματική επιπέδωση και συναισθηματική ερήμωση του ασθενούς).

Ετσι συχνά βρισκόμαστε μπροστά σε καμμένους ασθενείς π.χ. από τσιγάρο ή από καλοριφέρ, σε κατάγματα, τα οποία πολλές φορές τυχαίως ή μετά από πολλές ημέρες γίνονται αντιληπτά.

Πολλές φορές τα σωματικά προβλήματα προβάλλονται από τους ίδιους τους ασθενείς μέσα από το παραλήρημά τους, στις ιδέες τους και εκεί πρέπει η Νοσηλεύτρια να

ανακαλύψει το σωματικό πρόβλημα που υπάρχει.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη προστασίας και προφύλαξης μερικές φορές ομοίας της προστασίας και προφύλαξης βρεφών, χρειάζονται την επαγρύπνηση και το ενδιαφέρον της μητέρας ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας και εδώ η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια καλείται να παίξει αυτό το ρόλο.

ΣΤ. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ένα δημόσιο Ψυχιατρείο αποτελεί ένα ιδιαίτερο τύπο νοσηλεύτικου ιδρύματος. Δεν είναι ακριβώς νοσοκομείο ούτε πάλι άσυλο. Έχει όμως πολλές και χαρακτηριστικές ιδιότητες και των δύο.

Το νοσοκομείο λειτουργεί με αρρώστους που βρίσκονται εκεί για κάποιο χρονικό διάστημα, παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και σύμφωνα με την τελευταία λέξη της επιστήμης προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο έτσι ώστε να αποδίδει στην εργασία του και να ικανοποιείται απ'αυτήν.

Το άσυλο πάλι αποτελεί τόπο ασφάλειας και καταφύγιο για αρρώστους που ζουν εκεί για μακρό χρόνο, διατηρώντας την ελπίδα ότι δεν έκλεισε οριστικά η πόρτα πίσω τους. Εκεί μπορούν να αξιοποιήσουν τα περιθώρια που άφησε η αρρώστεια τους με σχετική ελευθερία και να ζήσουν τις όποιες χαρές μπορούν να γευτούν.

Στο Ψυχιατρείο ο χρόνος παραμονής των αρρώστων που μπαίνουν ή κλείνονται είναι κατά κανόνα μακρός ή και ισόβιος, η εκπαίδευση του προσωπικού είναι αποκλειστικά εμπειρική και παρά τις όποιες βελτιώσεις των τελευταίων δεκαετιών οι συνθήκες εργασίας και διαβίωσης είναι εξαιρετικά δύσκολες. Βέβαια αρκετοί από τους αρρώστους παίρνουν εξιτήριο (κάτι που θυμίζει την διακίνηση ενός νοσοκομείου) και πολλοί από τους εργαζόμενους σ'αυτό επιμένουν να εξαντλήσουν κάθε δυνατότητα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του, διαμονής και διαβίωσης των αρρώστων, μαχόμενοι ένα αγώνα που φαίνεται μάταιος, συντηρεί όμως την ελπίδα.

Μοιάζει ακόμη με άσυλο αφού πολλοί αρρώστοι βρίσκουν σ'αυτό καταφύγιο που φτιάχνουν τον κόσμο τους μια

απομίμηση του έξω κόσμου με τις φιλίες και έχθρες, ζήλεις και εμπαιξεις, χαρές και λύπες.

Με όλα όσα αναφέρθηκαν, ο χώρος της ψυχικής υγείας, όπως καλά το γνωρίζουν οι εργαζόμενοι σ' αυτόν, είναι φανερό ότι αποτελεί σημαντική αγχογόνο πηγή.

Η έννοια του άγχους έχει εκφρασθεί με ποικίλους τρόπους.

Χαρακτηρίζεται σαν δυσάρεστη και οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία εσωτερικής δυσφορίας και τάσης, συνήθως απότοκος ψυχολογικής έντασης. Συνοδεύεται από αίσθημα αβεβαιότητας και αδυναμίας και αποτελεί απειλή για το κέντρο της προσωπικότητας. Διαφέρει από τον φόβο αφού το χαρακτηρίζει ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας.

Η δομή και η λειτουργία του ιδρύματος προσδιορίζει και τον ιδιαίτερο χαρακτήρα του άγχους που προκαλεί.

Κύρια πηγή άγχους θεωρείται η φύση του αντικειμένου η οποία προσφέρει λίγη ή και καθόλου ικανοποίηση στους εργαζόμενους. Αφορά την συμβολή τους στην αποθεραπεία των αρρώστων που όμως δεν είναι σίγουρη ούτε και πάντοτε πλήρης. Η απαγοήτευση που προκαλεί η φαινομενικά μάταιη προσπάθεια, μεταβάλλεται σε δυσφορία και μετατρέπει την εργασία στο χώρο αυτό σε απωθητική.

Μια πρόσθετη απωθητικότητα του χώρου αφορά την διακπεραίωση διαφόρων πράξεων που είναι ιδιόζουσες και δύσκολες όπως η καθήλωση ορισμένων διεγερτικών ή επικίνδυνων (για τον εαυτό τους και για τους άλλους) αρρώστων ή η απομόνωσή τους που ακόμα και αν συχνά αποτελούν θεραπευτικές πράξεις (μείωση των εξωγενών ερεθισμάτων σε μανιακές διεγέρσεις ή αυτοτραυματισμοί ή επιθέσεις) δεν χάνουν τον βίαιο χαρακτήρα τους.

Τέτοιες πράξεις είναι δυνατό να ενισχύσουν τα ήδη υπάρχοντα άγχη του προσωπικού ή να τα διογκώσουν ή

τροποποιημένα να τα διοχετεύσουν αλλού. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως το προσωπικό του Ψυχιατρείου αποτελούν άτομα με ιδιωτική ζωή, προσωπικές στεναχώριες και προβλήματα, επομένως το όλο άγχος δεν είναι αποκλειστικά προερχόμενο από τον χώρο της εργασίας τους.

Συχνά τα άτομα που θέλουν να εργαστούν στο χώρο της ψυχικής υγείας κινούνται από την ανάγκη να αντιμετωπίσουν ή να ξεχάσουν τα δικά τους προβλήματα μέσα από την αλληλεπίδρασή τους με τους αρρώστους. Οι εσωτερικές συγκρούσεις που προκύπτουν απ'αυτά τα κίνητρα είναι μεγάλες, συχνά τόσο μεγάλες που απαιτείται επαγγελματική βοήθεια. Αυτό είναι κάτι που το βλέπει κανείς στο σχετικά νέο νοσηλευτικό προσωπικό. Απ'τη μια αγανακτούν για τον ρόλο του αστυνομικού που αναγκάζεται να παίξουν και από την άλλη προσπαθούν να περιορίσουν τους φόρους και τη μη ικανοποίηση από μια απελπισμένη προσπάθεια. Όλα αυτά εμπλουτισμένα από την μη εκπαίδευση και τη μη γνώση της ψυχοπαθολογίας και της διαταραγμένης συμπεριφοράς των αρρώστων. Φυσικό επόμενο είναι η προσαρμογή σ'αυτό το αδιέξοδο να παίρνει χαρακτήρα μισο-συμβιβασμού.

Η Νοσηλεύτρια εκτός από το δικό της άγχος καλείται από την φύση του παραδοσιακού της ρόλου να περιέξει το άγχος και τα stress των αρρώστων, των συγγενών τους (κοινωνική φύση της δουλειάς της) αλλά και των συναδέλφων και του Ιατρικού και Παραϊατρικού προσωπικού (η γνωστή τριαδική σχέση γιατρού - αδελφής - αρρώστου). Επειδή η ψυχιατρική νοσηλευτική εξασκείται σε μια ποικιλία χώρων είναι απαραίτητο για τις Νοσηλεύτριες έχουν τις ικανότητες που χρειάζονται για να συνεργάζονται με συγγενείς, άλλους φορείς και ειδικότητες. Δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτε με τον γέρο, αν δεν δούμε τα παιδιά του, με τον αλκοολικό, τον καθυστερημένο, τον σχιζοφρενή, αν δεν δούμε τις

οικογένειές τους.

Εξετάζοντας την περίπτωση κάποιου νεαρού σχιζοφρενή για παράδειγμα : Οι γονείς του δίχως να το καταλαβαίνουν τον βυθμίζουν όλο και περισσότερο, οι οικογενειακοί φίλοι συμβουλεύουν να μην τον δει ψυχίατρος γιατί θα τραυματιστεί ψυχολογικά. Ο δάσκαλος τον ειρωνεύεται στην τάξη. Ο παππούς ψιθυρίζει πως λίγο ξύλο θα τον έστρωνε. Όλοι έχουν τις απόψεις τους γι' αυτόν τον άρρωστο.

Έτσι βλέπουμε ότι για να φροντίσουμε πραγματικά έναν άρρωστο πρέπει να ξεκινήσουμε από όλους αυτούς που τον περιβάλλουν. Πως να κάνουμε όμως όλους αυτούς τους γύρω ν' αλλάξουν όταν καταλαβαίνουμε ότι δεν έχουν και πολλή όρεξη ;

Το νοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται ανυποστήρικτο και συγκεχυμένο σχετικά με την ψυχική κατάσταση των αρρώστων σε συναντήσεις γιατρών νοσοκόμων λόγω ελλείψεως γνώσεων ψυχοδυναμικής.

Ακόμα λόγω της έντονης ενασχόλησης και ανάμειξης με τα ιδιαίτερα ατομικά προβλήματα των αρρώστων δημιουργείται ένταση εξ αιτίας της εκδήλωσης ερωτικών αισθημάτων και μεταθέσεων σ' αυτήν, με συνέπεια έντονο άγχος λόγω δυσχέρειας ή ανικανότητας αλλαγής των αντιδράσεων αυτών. Το προσωπικό έχει να αναγνωρίσει και να παραδεχθεί τους φόβους του και τον θυμό του απέναντι στους αρρώστους.

Υπάρχει έντονη επιθυμία σε μεγάλο μέρος του προσωπικού για ένα σύστημα που θα προσφέρει υποστήριξη, φροντίδα και κατανόηση. Παρ' όλα αυτά αντιμετωπίζει το φόβο, την αβεβαιότητα και την εσωτερική διαμάχη σαν στοιχεία ικανά να προκαλέσουν χάος.

Το ψυχιατρείο είναι χώρος όπου βλέπει κανείς πρόσωπα άδεια, χωρίς ζωή, ανθρώπων που κοιτάζουν το κενό, ανίκανοι

να συντηρήσουν τον εαυτό τους σωματικά και ψυχικά.

Το προσωπικό αισθάνεται βομβαρδισμένο και υπερφορτωμένο στη μεγάλη του προσπάθεια για τη φροντίδα των ανθρώπων αυτών που φαίνεται να χάνονται. Έχει έντονο φόβο και απέχθεια για τη χρονιότητα την οποία καταπολεμά πολλές φορές με μεγάλη φροντίδα και συμπάθεια, αλλά καμιά φορά με σκληρότητα.

Η επαφή με τον ψυχωτικό κόσμο ή την τρέλα είναι πολύπλοκη και οδυνηρή. Μια τέτοια επαφή, απαιτεί την ικανότητα του κόσμου για να επιτρέψει την συνύπαρξη και των δύο κόσμων, του δικού μας και του αρρώστου. Ο ψυχωτικός κόσμος χρειάζεται το χώρο και το χρόνο έτσι ώστε να γίνει κατανοητός και να του δοθεί η δυνατότητα να τροποποιηθεί βαθμιαία και αβίαστα.

Αυτή μπορεί να είναι μια διπλά οδυνηρή δοκιμασία για το προσωπικό. Ο ψυχωτικός κόσμος μπορεί να ξεσηκώσει μία προσωπική πραγματικότητα που έχει καταπιεσθεί. Η αντίληψή του μπορεί να είναι προσβλητική και συγχρόνως να φέρει το προσωπικό αντιμέτωπο με δυσάρεστες αλήθειες επιπρόσθετα για τον ψυχωτικό του, να δεχθεί την "τρέλα" στο παρόν, το παρελθόν και το μέλλον του ή μ'αλλα λόγια την "καταστροφή" της ζωής του είναι μια οδυνηρή διαδικασία. Το μοίρασμα τέτοιων εμπειριών είναι επόμενο, να προκαλεί είναι επόμενο να προκαλεί και στο προσωπικό, παρόμοια οδυνηρά συναισθήματα.

Πολλά από τα παράπονα του προσωπικού εστιάζονται στις ελλείψεις στην οργάνωση και τον εξοπλισμό στην προσπάθειά του ίσως να ξεπεράσει την απωθητική καθημερινή πραγματικότητά του να ζει την "τρέλα".

Αυτό θα μπορούσε να είναι εκδήλωση μιας έλλειψης υπευθυνότητας και προσκόλλησης στην απλή διακπεραίωση προαποφασισμένου και προσχεδιασμένου έργου χωρίς τη δική

του ή με ελάχιστη δική του συμμετοχή στον σχεδιασμό.

Άλλοτε πάλι λόγω της αυστηρής πυραμδικής διάταξης της Ιεραρχίας ο ανταγωνισμός ανάμεσα σε ομοιόβαθμο προσωπικό και οι προστριβές με συναδέλφους του ίδιου κλάδου ή άλλων ειδικοτήτων παίρνει μεγάλες διαστάσεις. Συνοδές εκδηλώσεις θυμός ή απάθεια.

Το όλο σύστημα Ιεραρχίας βέβαια ωθεί το προσωπικό στην εκτέλεση έργου ρουτίνας και έτσι αυτό δεν βιώνει το αίσθημα της όποιας επιτυχημένης εργασίας και τη συνοδό ικανοποίηση απ'αυτή. Βιώνει όμως καθημερινά το αίσθημα της μονολιθικότητας της απώθησης και της υποταγής της Ιεραρχικής εξουσίας ούτως ωστε να της αποδίδουν το βάρος καθε ευθύνης. Ευθύνη που ίσως δεν έχουν για τους παραπάνω αναφερθέντες λόγους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

Α. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

1. Η ιδεολογία της κοινοτικής ψυχιατρικής

1α. Τι είναι κοινότητα ;

Η κοινοτική ψυχιατρική περιλαμβάνει την έννοια της κοινότητας. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε από τον Tonnis "Κοινότητα είναι μορφή κοινωνικού δεσμού που θεμελιώνεται στη φυσική βούληση που πηγάζει από το ένστικτο και τη βούληση. Τα κοινωνικά σύνολα που συνεχονται από αυτό το είδος κοινωνικού δεσμού χαρακτηρίζονται από άτυπες, άμεσες και προσωπικές σχέσεις και από παραδοσιακότητα".

Διακρίνουμε δύο κύρια είδη κοινότητας : Τη γεωγραφική και τη συναισθηματική κοινότητα. Από τον ορισμό αυτό είναι αντιληπτό ότι η ομάδα που εργάζεται στον τομέα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής δρα σ'ένα πεδίο, όπου ήδη έχουν αναπτυχθεί δεσμοί συναισθηματικοί, οικονομικοί, πολιτιστικοί, και διαμορφώνει την πολιτική της ανάλογα, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται από την κοινότητα και τροποποιεί τη σχέση της και την πολιτική της.

1β. Κοινότητα "τρέλα" και η αντιμετώπισή της

Αν η κοινότητα είναι το σύνολο των ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς και προσωπικές σχέσεις, τότε η ανάπτυξη παθολογικών σχέσεων ή συμπεριφορών από άτομο ή άτομα δημιουργεί αντιδραστικές συμπεριφορές της κοινότητας προς το συγκεκριμένο άτομο ή

άτομα το οποίο όμως αμύνεται με παθητική, αρνητική ή επιθετική συμπεριφορά που η κοινότητα τη θεωρεί ως "τρέλα ή ως κοινωνική απόκλιση". Έτσι ο άρρωστος φοβάται την κοινότητα. Η οικογένειά του φοβάται την κοινότητα, γιατί θα στιγματιστεί. Ο Ψυχίατρος, ο ίδιος έξω από την κοινότητα, φοβάται την κοινότητα την οποία δεν γνωρίζει, γιατί αυτή δεν εμπιστεύεται τον άρρωστο.

Η κοινότητα είναι ένα πεδίο στο οποίο ασκούνται αλληλεπιδράσεις διαφόρου μεγέθους και έντασης. Και ο άρρωστος ; Είναι ο παρατηρητής, ο δέκτης της απόριψης ή της επιθετικότητας ή ο εκλυτικός της παράγοντας.

γ. Η κοινότητα ως θεραπευτής

Η σχέση αυτή τοποθετείται σε δύο επίπεδα : ένα συνολικό και ένα ατομικό πεδίο παρέμβασης.

Συνολικό πεδίο παρέμβασης

Η προσπάθεια για την τροποποίηση της συμπεριφοράς της κοινότητας απέναντι στην τυχόν παρέκκλιση της συμπεριφοράς μελών της είναι ουσιαστικό έργο της ομάδας της κοινοτικής ψυχικής υγείας. Αναπτύσσει τη μεθοδολογία για την ευαισθητοποίηση των μελών της κοινότητας. Το έργο αυτό στην κοινότητα είναι πολυδιάστατο και ενισχυτικό συνάμα.

Ατομικό πεδίο παρέμβασης

Βασική υπόθεση είναι πως μπορεί να επηρεαστούν ανασταλτικά ως ένα ποσοστό όλοι εκείνοι οι παράγοντες που ευθύνονται ή ενοχοποιούνται στην έκρηξη ή στη διατήρηση μιας ψυχικής διαταραχής. Είναι αυτό ουτοπικό ή ως ένα

βαθμό εφικτό ; Η αντίληψη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων μέσα στο χρόνο και το χώρο υπερέχει από τη στατική θεώρηση του ατόμου ως μονάδας. Μέσα από την αμφίδρομη σχέση κοινότητας - θεραπευτή προσφέρονται εμπειρίες από το θεραπευτή [μαθαίνει από τις τοπικές πολιτιστικές συνθήκες και κινητοποιεί τις τοπικές δυνατότητες και πόρους] και στην κοινότητα την ίδια που δέχεται την επίδραση του θεραπευτή π.χ. απέναντι στην ανοχή ή την κατανόηση των αιτιών μιας περίεργης συμπεριφοράς ή στην ανάπτυξη υποστηρικτικού κοινοτικού συστήματος για το άτομο που είναι ανήμπορο να λειτουργήσει.

2. Κοινωνική Ψυχιατρική

2α. Τι είναι κοινωνική ψυχιατρική ;

Σύμφωνα με το Ψυχιατρικό Γλωσσάριο της Α.Ψ.Ε. του 1954, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην Κοινότητά του.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα παρά όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο Ψυχιατρείο ή στις συγκεντρωτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ειδική έμφαση αποδίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας.

Κοινωνική ψυχιατρική, κατά τον Ruesch, είναι ένα σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, αύξηση της επίγνωσης, δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων - πόρων

που εφαρμόζεται σε κοινοτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Duhl η Κοινοτική Ψυχιατρική έχει ως στόχο τη βελτίωση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχωκινωνικών επιδεξιοτήτων, όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης. Το άτομο δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ως η έκφραση μιας περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποτελεί ένα στοιχείο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και συνεισφέρει σ'αυτή το κλινικό σκέλος μέσα σ'ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από την διακλαδική ομάδα Ψυχικής Υγείας.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι τύπος πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Primary care).

3. Βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής

3α. Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Έτσι μπορεί να αποδοθεί ο όρος "comprehensiveness". Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

3β. Η αρχή της τομεοποίησης δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικά χώρο που, χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη.

3γ. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από τον ίδιο θεραπευτή που για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος

τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας.

Β. Η ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Ο ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ, Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1. Οι ρόλοι των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας στο Κ.Κ.Ψ.Υ.

1α. Γενικότητες

Τα βασικά μέλη της ομάδας της ψυχικής υγείας στην Κοινοτική ψυχική υγεία είναι ο/η ψυχολόγος, η/ο Κοινωνικός λειτουργός, η/ο επισκέπτης υγείας και η/ο εργοθεραπευτής που μαζί με τον ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα. Ως μέλη της ομάδας είναι επίσης ο νοσηλεύτης, ο λογοθεραπευτής, ο ψυχοπαιδαγωγός και άλλοι ειδικοί θεραπευτές.

Η θεραπευτική ομάδα

Η θεραπευτική ομάδα θα εργαστεί σε τρία επίπεδα, 1) το επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίσεις ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στα πλαίσια της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια, 2) το επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο

ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του και 3) το επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου. Το επίπεδο της αποκατάστασης είναι αυτονόητο ότι αφορά ειδικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ατόμων με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητά τους και χαλαρά ή ανύπαρκτο υποστηρικτικό σύστημα.

Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση : 1) της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο. Η επιδεξιότητα της επαφής είναι ίσως το βασικό στοιχείο της επιτυχίας στην Κοινοτική Ψυχιατρική, 2) της εκπαίδευσης και μάλιστα της εξειδίκευσης στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική, 3) της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, 4) της τήρησης των επαγγελματικών ορίων και 5) της αντίληψης της ομαδικότητας.

1β. Ο Ψυχίατρος

Ο Ψυχίατρος που εργάζεται στην Κοινοτική Νοσηλευτική έχει δύο επίπεδα εργασίας όπου θα επικεντρωθεί. Το επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα και το επίπεδο της ίδιας της Κοινότητας όπου ο Ψυχίατρος εργάζεται, με την έννοια της συμμετοχής του στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας.

Ο τύπος της εργασίας του Ψυχιάτρου στην Κοινοτική Ψυχιατρική, σε σύγκριση με εκείνη του Ψυχιάτρου που εργάζεται στο άσυλο, παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά που αφορούν τομείς εργασίας όπως : 1) την ιεραρχία, 2) τον

τόπο και τρόπο δράσης, 3) την προσέγγιση του αρρώστου, 4) τους θεραπευτικούς χειρισμούς, 5) τη θεραπευτική επαφή, 6) τον τρόπο λήψης απόφασης και 7) τη συνεργασία με τους άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς και τους τοπικούς φορείς και αρχές.

Η επιτυχία ενός Ψυχιάτρου στους τομείς αυτούς είναι αποτέλεσμα της ειδικής εκπαίδευσής του στη ειδικότητα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Ο κλάδος της Κοινωνικής - Κοινοτικής Ψυχιατρικής εκπαιδευτικά ανήκει στα πεδία των επιστημών Δημόσιας Υγείας, της Ψυχιατρικής περίθαλψης και τη θεωρία και πρακτική της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.

Η επιτυχημένη εργασία ενός Ψυχιάτρου Κοινοτικού είναι συνάρτηση της τήρησης των βασικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, της διαμόρφωσης συγκεκριμένης ιδεολογίας, έλειψης ελιτισμού, στην ίδια τη στάση του προς την κοινότητα και στις ικανότητές του. Θα πρέπει να σημειωθεί το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας. Η ευθυνοφοβία είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην εργασία ενός Ψυχιάτρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να παρει.

Η Ιεράρχηση των κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης είναι το άλλο σκέλος που πρέπει αυτό να προσδιορίζει τον Κοινοτικό Ψυχίατρο. Η δουλεία του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις.

1γ. Η/Ο Κοινωνικός λειτουργός

Η/Ο Κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των Κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινοτικών πολιτιστικών παραγόντων) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής αρρώστειας. Παράδειγμα, εργάζεται με την οικογένεια, με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής. Παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ως προς τον άρρωστο μέλος. Εργάζεται με την κοινότητα (φορείς, αρχές και οργανώσεις) και τους κινητοποιεί για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Ο/Η Κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στα προγράμματα Κοινοτικής παρέμβασης (πρόληψη ψυχικής αρρώστιας) και στις συγκεντρώσεις της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Μπορεί να αναλαμβάνει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων "περιπτώσεων". Μεσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου. Άσκει το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

1δ. Η/Ο επισκέπτης υγείας

Η/Ο επισκέπτης υγείας είναι το βασικό στέλεχος της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Εργάζεται με τον άρρωστο και με την κοινότητα.

1. Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητάς τους από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας. Είναι γνωστό ότι πολλοί χρόνιοι ψυχωσικοί διαμένουν σε τρώγλες κάτω από τραγικές συνθήκες, μέσα σε σωρούς απορριμάτων.

2. Ελέγχει την κατάσταση του αρρώστου από πλευράς

συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών της. Συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια του αρρώστου πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα και την ανταπόκριση του αρρώστου.

3. Συντονίζει το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας τις οποίες πιθανόν να χρησιμοποιεί ο άρρωστος π.χ. τις υπηρεσίες προστατευμένου εργαστηρίου, του μετανοσοκομειακού ξενώνα, του τμήματος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ο επισκέπτης υγείας επισκέπτεται το προσωπικό που είναι επιφορτισμένο με τον άρρωστο και τον ενημερώνει για τη νοσηλευτική και ψυχιατρική του κατάσταση στην κοινότητα, παράλληλα δε συμμετέχει στον προγραμματισμό της αποκατάστασής του.

1ε. Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια

Στην κοινοτική Ψυχιατρική, η δυνατότητα λειτουργίας ενός μικρού τμήματος εσωτερικής νοσηλείας στο Κ.Κ.Ψ.Υ. όπως συμβαίνει στην Ιταλία και σε μερικές περιπτώσεις στις Η.Π.Α. κάνει αναγκαία την παρουσία του Νοσηλευτή ή της Νοσηλεύτριας ως βασικού μέλους της θεραπευτικής ομάδας με επικέντρωση στο έργο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

1στ. Ο/Η Ψυχολόγος

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του Κ.Κ.Ψ.Υ είναι ουσιαστική. Εργάζεται στο επίπεδο : 1) της διερεύνησης των ποικίλων τύπων των ψυχολογικών διεργασιών του πελάτη του κέντρου με τη χρήση των ψυχομετρικών τεστ κ.λ.π., 2) της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο ή την οικογένειά του και 3) στο επίπεδο της κοινότητας συμμετέχοντας στα προγράμματα

πρόληψης, όπως είναι η διοργάνωση Σχολών Γονέων, οι ομάδες ευαισθητοποίησης και η συνεργασία με την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας.

Η κλινική εμπειρία του ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός πελάτη και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής. Η συνεισφορά του ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικο-ψυχολογικό περιεχόμενο ή και όχι αναγκαστικά ψυχιατρικό είναι μοναδική, αφού έτσι αποφεύγουμε την ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος η οποία με άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει τη σωστή αντιμετώπισή του.

1ζ. Η/Ο εργοθεραπευτής

Ο εργοθεραπευτής στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι το μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας που αναλαμβάνει : 1) την άσκηση των χρονίων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής αρρώστιας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ. Οι επιδεξιότητες αυτές προσφέρουν τη δυνατότητα ανεξάρτησης και αυτονομίας στο άτομο, ώστε να γίνει παραγωγικό και ανεξάρτητο, 2) τη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους μέσα από ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία, 3) την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης και 4) συμμετέχει στο γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης (συνθήκες διαμονής, εργασιακές σχέσεις).

Ο εργοθεραπευτής στοχεύει : 1) στην επίτευξη της ατομικής ανεξαρτητοποίησης του πελάτη, ώστε λειτουργικά να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και, γενικά, να αυτοεξυπηρετείται, 2) στην εργασιακή αποκατάσταση και 3) στην κοινωνικοποίησή του

μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες.

1η. Επιμελητής περιπτώσεων

Ο θεσμός του επιμελητή έχει προταθεί από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής των Η.Π.Α. ως ανάγκη για την αναπλήρωση του κενού που παρατηρείται από τον αυξημένο αριθμό χρόνιων ψυχικά αρρώστων και της έλλειψης ειδικών επαγγελματιών π.χ. κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι αναλαμβάνουν τις περιπτώσεις ως προς διάφορα θέματα, κυρίως προνοιακού χαρακτήρα. Σύμφωνα με τον ορισμό : Επιμέλεια περιπτώσεων είναι οι δραστηριότητες που συνδέουν το σύστημα υπηρεσιών με τον καταναλωτή του και συντονίζουν τα διαφορετικά του στοιχεία, ώστε να επιτευχθεί ένα πετυχημένο αποτέλεσμα. Ο κύριος στόχος είναι το θεραπευτικό συνεχές και η επίλυση προβλημάτων και, κυρίως, η μείωση της "ακαμψίας" των υπηρεσιών και της υπολειτουργικότητας μερικών υπηρεσιών.

Ο θεσμός του επιμελητή περιπτώσεων στις Η.Π.Α. έχει συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της θέσης και γενικά της ποιότητας της ζωής των χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων που έχουν βγει από τα ψυχιατρεία στη δεκαετία του 1970.

Γ. Η ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ

1. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κάθε άνθρωπος είναι ένα μοναδικό και ανεπανάληπτο γεγονός. Η γνώση των ποικίλων περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων επί της ψυχικής υγείας είναι θεμελιώδης για την ψυχιατρική νοσηλεύτρια, που εργάζεται στην κοινότητα.

1α. Φύλο

Εχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες με διάγνωση σχιζοφρένειας υπερβαίνουν αριθμητικά τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες υπερισχύουν των ανδρών ως προς την κατάθλιψη και τις νευρώσεις. Ερευνες στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Η.Π.Α. έδειξαν ότι οι γυναίκες εκθέτουν πιο εύκολα τα προβλήματά τους και καταφεύγουν πιο πρόθυμα στις υγειονομικές υπηρεσίες σε σχέση με τους άνδρες.

1β. Εγγαμη ζωή

Αν και η συζηγία προσφέρει κάποια προστασία και στα δύο φύλα, ο δείκτης κινδύνου στους άγαμους άνδρες είναι πολύ υψηλός ενώ στους έγγαμους περιορίζεται στο ελάχιστο. Αντίθετα, στις γυναίκες δεν υπάρχει τέτοια εντυπωσιακή διαφορά. Αν και σε οριζόντια σύγκριση μεταξύ άγαμων ανδρών και γυναικών, οι άγαμοι άνδρες είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στον κίνδυνο, συγκρίνονται κατά τον ίδιο τρόπο τους έγγαμους άνδρες και γυναίκες βλέπουμε ότι οι έγγαμες γυναίκες κινδυνεύουν πολύ περισσότερο από τους

άνδρες της ίδιας κατηγορίας. Ο COCHRANE υποστηρίζει ότι η συζυγία επιφέρει μεγάλες αλλαγές στο ρόλο της γυναίκας, πολλές φορές δραματικές, φορτίζοντάς τη συχνά με άγχος και ματαίωση των πόθων της.

1γ. Κοινωνική τάξη και περιοχή κατοικίας

Από μελέτες φαίνονται ότι υπάρχει πραγματική σχέση ανάμεσα στην χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και στην ψυχική νόσο ιδιαίτερα στο πεδίο της σχιζοφρένειας. Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι η ψυχική νόσος ευδοκιμεί περισσότερο στις πόλεις παρά στην ύπαιθρο. Η πιο πιθανή ερμηνεία είναι ότι ο τρόπος ζωής στις σύγχρονες πόλεις έχει ως αποτέλεσμα το αίσθημα της μοναξιάς, ενώ οι ψηλές οικοδομές με τα πολλά διαμερίσματα προβληματίζουν τις οικογένειες με μικρά παιδιά, αυξανοντας το άγχος και τα ψυχολογικά προβλήματα.

4. Ανεργία

Η εργασία προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα εκτός από το εισόδημα, τα οποία θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα εξής :

- α. Αίσθηση ταυτότητας
- β. Ευρύτερες σχέσεις, εκτός της οικογένειας
- γ. Πηγή δραστηριότητας
- δ. Χρησιμοποίηση του χρόνου
- ε. Ευκαιρία ανάπτυξης ικανοτήτων και δημιουργικότητας
- στ. Αίσθηση σκοπού και αυτοπεποίθησης

Πολλοί μελετητές βλέπουν πίσω από τα αυξανόμενα ψυχολογικά προβλήματα και τις περισσότερες περιπτώσεις αυτοκτονίας την ανεργία. Σε έρευνα αποδείχθηκε ότι οι άνεργοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη και σ' αυτό συντελεί η αβεβαιότητα για το μέλλον. Η ανεργία

επηρεάζει πολύ περισσότερο τους άνδρες παρά τις γυναίκες κι αυτό γιατί ο ρόλος τους ως μητέρες και νοικοκυρές είναι κοινωνικά αποδεκτός. Σε έρευνα των FAGIN και LITTLE διαπιστώθηκε ότι, σε οικογένειες όπου ο πατέρας ήταν άνεργος επικρατούσε άγχος και κατάθλιψη, προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα ψυχοσωματικές διαταραχές και αλλαγές στην υγεία των παιδιών.

1δ. Πολιτισμικές και εθνολογικές διαφορές

Για την κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλεύτριας που εργάζεται σε χώρες όπου κατοικούν διάφορες εθνότητες, το σημείο στο οποίο πρέπει να επιστήσει την προσοχή της είναι η ανίχνευση των διαφορών μεταξύ των διαφόρων εθνοτήτων, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι το πολιτιστικό υπόβαθρο και η εθνικότητα ασκούν κάποια επίδραση, έστω αμυδρά, στην ψυχική νόσο. Εξάλλου έχει διαπιστωθεί, ότι τα επίπεδα του άγχους είναι αυξημένα σε ομάδες μεταναστών που εντάσσονται σε μια καινούργια κοινωνία, η οποία στέκεται εχθρική απέναντί τους και οι προσφορές εργασίας είναι φτωχές. Οι πολιτισμικές και εθνολογικές διαφορές όμως δεν επηρεάζουν μόνο τη νόσο καθ'αυτή, αλλά και τον τρόπο της θεραπείας. Στους νέγρους και σ'αυτούς που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, η θεραπεία τους περιλαμβάνει ηλεκτροσόκ και ψυχοφάρμακα, ενώ στους Λευκούς προσφέρεται ψυχοθεραπεία.

1ε. Τα γεγονότα της ζωής

Τα γεγονότα της ζωής που προκαλούν αλλαγές στη δράση, τους ρόλους, τις σχέσεις και τις ιδέες, συμβαίνουν σε κάθε άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Τα γεγονότα αυτά θα μπορούσαν να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες, χωρίς

βέβαια να υπάρχουν μεταξύ τους στεγανά :

α. Γεγονότα που υπαγορεύονται από τη βιολογική εξέλιξη η αποχώριση από το πατρικό σπίτι στην ενηλικίωση, ο γάμος, η γέννηση παιδιών, η συνταξιοδότηση και η είσοδος στην τρίτη ηλικία.

Γεγονότα που συμβαίνουν αναπάντεχα και περιστασιακά, όπως μια ασθένεια, είναι ξαφνικός θάνατος ή διάλυση του γάμου ή μια αναπάντεχη επιτυχία στον επαγγελματικό ή κοινωνικό χώρο.

Δεν είναι αυτά καθαυτά τα γεγονότα που επηρεάζουν το άτομο, αλλά η σημασία που περικλείουν. Όταν ο κόσμος του ατόμου αλλάξει, τότε αλλάζει και ο τρόπος που το άτομο σκέφτεται και αισθάνεται για τον εαυτό του.

1στ. Οικογένεια

Η οικογένεια χαρακτηρίζεται σαν σύστημα. Ένα σύστημα δεν είναι απλώς το άθροισμα των μελών που το αποτελούν αλλά οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσά τους και οι στάσεις τους. Τα συστήματα διακρίνονται "σε κλειστά" ή "ανοικτά" ανάλογα με το βαθμό επικοινωνίας εντός του συστήματος και του συστήματος με το ευρύτερο περιβάλλον. Βάσει αυτού του διαχωρισμού και οι οικογένειες κατατάσσονται σε κλειστές ή ανοιχτές, ανάλογα με το βαθμό επικοινωνίας της οικογένειας με τα υπερσυνολά της (συγγένεια, κοινωνία) και τα υποσύνολά της (τα μέλη που την αποτελούν). Απόλυτα κλειστή οικογένεια δεν μπορεί να υπάρξει, γιατί η οικογένεια εξαρτάται από άλλους για την επιβίωσή της. Ο όρος ομοιόσταση στο οικογενειακό επίπεδο δηλώνει τους μηχανισμούς που αναπτύσσονται εντός της οικογένειας και οι οποίοι διατηρούν μια ισορροπία εντός αυτής. (π.χ. το παιδί κλαίει τη στιγμή που διαπληκτίζονται

οι γονείς). Ο βαθμός της ομοιόστασης στην οικογένεια βοηθά στη μελέτη της ψυχικής υγείας, καθώς εκφράζει τη δυνατότητα της οικογένειας να ανταποκρίνεται στις ενδεχόμενες αλλαγές.

Δ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (-ΤΗΣ)

Αν και κάθε νοσηλεύτρια μπορεί να εφαρμόσει διάφορες μεθόδους στην εκτέλεση του έργου της, ανάλογα με τα ενδιαφέροντά της, τη φιλοσοφία της ψυχικής υγείας που ακολουθεί και τις ικανότητές της, πάντοτε πρέπει να βλέπει τον ασθενή μέσα από την οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο.

1. Νοσηλευτική διεργασία

α. Εκτίμηση

Αντίθετα από την Ιατρική διάγνωση, η νοσηλεύτρια θα προσπαθήσει να δει τα προβλήματα από τη σκοπιά του ασθενή. Με την εκτίμηση εστιάζεται το πρόβλημα και δίδεται περισσότερη προσοχή σε ορισμένα σημεία παρά σε άλλα.

Αν και το πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η νοσηλεύτρια είναι μοναδικό, η ταξινόμηση σε μια από τις πιο κάτω κατηγορίες βοηθάει πολύ :

1. Προβλήματα διάθεσης
2. Ανώμαλες εμπειρίες
3. Ναρκωτικά ή αλκοολισμός
4. Διαπροσωπικές σχέσεις
5. Οικονομική - Οικογενειακή κατάσταση
6. Διαταραχές συμπεριφοράς
7. Χωρισμός

8. Άγχος

9. Μη ψυχολογικό πρόβλημα

Παράλληλα με τον διαχωρισμό των προβλημάτων, εξίσου χρήσιμη είναι η χρήση ενός οδηγού εκτίμησης.

Υπόδειγμα εκτίμησης

1. Πηγή αναφοράς
2. Περιγραφή του κύριου προβλήματος από τον ασθενή
3. Προηγούμενα προβλήματα
4. Οικογενειακό ιστορικό
5. Προσωπική ιστορία (παιδική, εφηβική ηλικία, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση κ.τ.λ.)
6. Η προσωπικότητά του
7. Παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης
8. Πληροφορίες από άλλες πηγές
9. Σύναψη των κυριότερων προβλημάτων.

Στη φάση της εκτίμησης, ένα σημείο πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Να μην συγχέουμε την ολιστική θεώρηση του ασθενούς ως ανθρώπου με μια τάση να μάθουμε τα πάντα γύρω απ'αυτόν. Σκοπός της εκτίμησης δεν είναι παρά η προαγωγή της φροντίδας.

β. Νοσηλευτική παρέμβαση

Μετά την ολοκλήρωση της εκτίμησης η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφασίσει ποιο είναι το κατάλληλο είδος της θεραπείας στο οποίο πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής και να τον παραπέμψει ανάλογα.

Δ. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (ΤΟΥ)
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΤΙΑ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ (ΤΟΥ) ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

1. Χρόνιοι ασθενείς

Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται υποστήριξη και παρακολούθηση. Ο όρος "τριτογενής πρόληψη" περιγράφει με ακρίβεια το έργο της κοινοτικής νοσηλεύτριας. Η πρόληψη αυτή περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξης στην κοινότητα. Οι κύριες ιδιότητες που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε πρόγραμμα είναι :

- α. Η συνέχεια και η σταθερότητα της παρακολούθησης
- β. Η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος σε περίπτωση ανάγκης.

Ειδικότερα η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενή, όπως :

- άγχος για το μέλλον,
- η καταπολέμιση ανώμαλων εμπειριών,
- φάρμακα και ιατρική παρακολούθηση
- διαπροσωπικά προβλήματα

Στους ανθρώπους αυτούς, εκείνο που πρέπει επειγόντως να τακτοποιηθεί είναι το πρόβλημα τροφής και στέγης, γιατί κανένα πρόβλημα δεν μπορεί να καρποφορήσει.

2. Οξεία περιστατικά

Αντίθετα με τα χρόνια περιστατικά, στα οξεία απαιτείται διαφορετικού είδους νοσηλευτική παρέμβαση, καθώς οι ασθενείς συνήθως δεν έχουν προγενέστερη επαφή με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Το πρόβλημα εδώ είναι συνήθως μια κρίση στην πορεία της ζωής ή ένα συναισθηματικό τραύμα. Το έργο της νοσηλεύτριας σ'αυτή την περίπτωση

περιγράφεται ως "δευτερογενής πρόληψη". Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται σε έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας.

3. Αλκοολισμός και ναρκωτικά

Το έργο της νοσηλεύτριας στους ασθενείς με προβλήματα αλκοολισμού και ναρκωτικών περιλαμβάνει έγκαιρη διαπίστωση, ενημέρωση - διαφώτιση, κατάλληλη θεραπεία, οικογενειακές συναντήσεις και υποστήριξη.

4. Ηλικιωμένοι

Εδώ τα προβλήματα είναι περιπλεγμένα, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού ζει μόνο του, συνήθως απομονωμένο από την υπόλοιπη κοινωνία. Οι σοβαρότερες διαταραχές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι οι παρανοϊκές καταστάσεις και η άνοια. Το έργο της νοσηλεύτριας θα στραφεί στην κάλυψη των αναγκών του ατόμου, στη μείωση της εξάρτησης και στη δυνατότητα εκλογής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

Α. Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν σκεφτούν όσοι εργάζονται στο χώρο της υγείας, ότι πρωταρχικός τους σκοπός είναι η επιτυχία του εμπλουτισμού της ανθρώπινης ζωής, δεν θα πρέπει να δυσκολευτούν να αντιμετωπίσουν την πρόσκληση της Τεχνολογικής εξέλιξης στο χώρο αυτό.

Η Τεχνολογική εξέλιξη επέδρασε καθοριστικά στη διαμόρφωση της σύγχρονης εποχής, γέννησε ελπίδες και προσδοκίες, απάλλαξε τον άνθρωπο από πολλούς κόπους και έκανε τη ζωή του πιο άνετη και πιο εύκολη.

Οι επιδράσεις της Τεχνολογικής εξέλιξης στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, επομένως και στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική, έγιναν πολύ αισθητές κυρίως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο κι αυτό, όχι μόνο γιατί ο ρυθμός της Τεχνολογικής ανάπτυξης ήταν αλματώδης, αλλά κυρίως γιατί άρχισαν να επικρατούν πιο ανθρωπιστικές τάσεις στη συλλογική ζωή των ανθρώπων.

Οι τάσεις αυτές επέφεραν αποφασιστικές αλλαγές στην Ψυχιατρική, έδωσαν τα κίνητρα για την αποδοτικότερη και σε ευρύτερη κλίμακα χρησιμοποίηση των Τεχνολογικών επιτευξέων στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, που μέχρι τότε υστερούσε σημαντικά σ' αυτό το θέμα, σε σχέση με άλλους κλάδους της κλινικής Ιατρικής.

Η θετική αυτή επίδραση της Τεχνολογίας δεν άφησε ανεπηρέαστο το προσφερόμενο έργο νοσηλευτικής φροντίδας στον ψυχικά άρρωστο και τίθενται ερωτήματα όπως :

Τι και πόσο κέρδισε η Ψυχιατρική Νοσηλευτική από την

σύγχρονη Τεχνολογία ;

Πόσο κέρδος εισπράττει νοσηλευτικά - θεραπευτικά ο άρρωστος ; Το σημαντικότερο, ο χρόνος που κερδίζεται είναι σε όφελος των διαπροσωπικών σχέσεων νοσηλεύτριας, αρρώστου;

2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πριν μερικά χρόνια το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο βρισκόταν εκτός της πόλεως, σε μεγάλη ακτίνα από την περιφέρειά της, εθεωρείτο άσυλο, και χώρος μακράς έως ισόβιας παραμονής των αρρώστων. Σήμερα, είναι θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων, Επιστημονικό και Εκπαιδευτικό Κέντρο.

Με τη σημερινή του μορφή και αποστολή, δεν έμεινε μακριά από την επιρροή και τη θετική επίδραση της Τεχνολογίας.

Τα νοσηλευτικά τμήματα με τους απέρριτους και αυστηρούς χώρους, όπου σχεδόν απουσίαζε η Τεχνολογία έστω και εκείνης της εποχής, διαδέχονται μικρες νοσηλευτικές μονάδες που επιδιώκουν να έχουν και να διατηρήσουν την ομοιότητα της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Αυτό φανερώνει και τη σημερινή ευαισθησία και την ψυχιατρική σκέψη, ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικά αρρώστου, σύμφωνα με τις νέες τάσεις και αντιλήψεις της Ψυχιατρικής. Βεβαίως από τις σημερινές ψυχιατρικές μονάδες - που τώρα έχουμε και στα γενικά νοσοκομεία - πέρα από τον σύγχρονο ξενοδοχειακό εξοπλισμό δεν θα πρέπει να απουσιάζει η ετοιμότητα από πλευράς υγειονομικού και νοσοκομειακού υλικού.

Ο σύγχρονος εξοπλισμός εξασφαλίζει τα μέσα και τις συνθήκες ώστε ο ψυχικά άρρωστος να διευκολύνεται στην

καθημερινή του διαβίωση, να προστατεύεται η ατομικότητά του και η σωματική του υγεία, να μην απομακρύνεται από κοινωνικές επιρροές και επιδράσεις, να δέχεται μηνύματα που διευρύνουν τον κόσμο γύρω του χωρίς να νιώθει απειλή και ανασφάλεια.

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, έχει σημασία το πόσο ποιοτική είναι η προσφορά υπηρεσιών σε ένα περιβάλλον, όπου ο ψυχικά άρρωστος μπορεί να αισθάνεται άνετα.

Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις Τεχνολογικές επιδράσεις σε άμεσες όπου γίνεται χρήση των προϊόντων της Τεχνολογίας στη Φροντίδα του ψυχικά αρρώστου και έμμεσες, όπου η ωφέλεια προέκυψε από τη γενικότερη άνοδο του βιοτικού επιπέδου, που συντελέστηκε με τη βοήθεια της Τεχνολογικής ανάπτυξης.

ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Στις άμεσες επιδράσεις μπορούν να αναφερθούν οι μεταβολές που έφερε η ανακάλυψη και η εφαρμογή νέων φαρμακευτικών ουσιών στην Ψυχιατρική Θεραπευτική, η ανάπτυξη νέων μεθόδων διάγνωσης, καθώς και η υλικο-τεχνική υποδομή του σύγχρονου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου ή της Ψυχιατρικής Μονάδας στο Γενικό Νοσοκομείο.

Το περιβάλλον του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, πρέπει όχι μόνο να παρέχει Νοσηλευτική και Ιατρική φροντίδα, αλλά είναι απαραίτητο η εμπειρία της ενδονοσοκομειακής παραμονής να ασκήσει τη μέγιστη δυνατή θεραπευτική επίδραση στον άρρωστο.

Οι ψυχικές διαταραχές δυσκολεύουν τον άρρωστο να προσαρμοσθεί, με αποτέλεσμα να είναι μακριά από τις απαιτήσεις της πραγματικότητας, να είναι αδύναμος, αδιάφορος, να μη διαθέτει την κρίση και τη βούληση

ν'αντιμετωπίσει περιβαλλοντικές δυσκολίες, να μη διαθέτει την κρίση και τη βούληση ν'αντιμετωπίσει περιβαλλοντικές δυσκολίες, να μη δέχεται εύκολα παρεμβάσεις, οι αλλαγές του προκαλούν άγχος και ανησυχία.

Επομένως η όλη προσπάθεια του σχεδιασμού και των μέσων της Τεχνολογίας θα πρέπει να ελαχιστοποιήσει τους παραπάνω παράγοντες.

Η Τεχνολογική Πρόοδος συντέλεσε στην παραγωγή φαρμακευτικών ουσιών και άλλων θεραπευτικών μέσων που βοήθησαν ώστε η περίοδος της έντονης συμπτωματολογίας να είναι πολύ πιο σύντομη. Ο ψυχικά άρρωστος με τη φαρμακευτική αγωγή καταστέλλεται, γίνεται προσιτός σε άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αυτό το στάδιο της προσιτότητας εκμεταλλεύεται η νοσηλεύτρια για διαπροσωπικό έργο, που όπως γνωρίζουμε αποτελεί την καρδιά της Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας.

Η προσέγγιση, η γνωριμία, η κατανόηση του ψυχικά αρρώστου και η ολιστική εξατομικευμένη νοσηλευτική του φροντίδα είναι πιο εύκολα, γιατί δεν παρεμβάλλονται εμπόδια από τις μη ελεγχόμενες από αυτόν συναισθηματικές αντιδράσεις και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς. Το διαπροσωπικό αυτό έργο επηρεάζεται από την Τεχνολογία ως προς την άνεση χρόνου και χώρου όχι προς τα στοιχεία που πρέπει να χαρακτηρίζεται, αυτά είναι ανθρώπινα και για ν'αποδώσουν καρπούς, πρέπει να διακατέχονται από υπομονή, φιλικότητα, σεβασμό, αποδοχή, επιείκεια γι'αυτό που είναι, και γι'αυτά που εκφράζει ο ψυχικά άρρωστος.

Στις άμεσες επιδράσεις μπορεί να αναφερθεί και όλο το σύγχρονο νοσοκομειακό υλικό μιας χρήσεως που εξασφαλίζει την ασηψία και την αποφυγή μολύνσεων στις οποίες ο ψυχικά άρρωστος είναι επιρρεπής.

Ακόμη η βελτίωση των διαδικασιών στην Τεχνική

διαφόρων νοσηλειών και θεραπειών, όπως η τεχνική του E.G.T. Το E.G.T. γίνεται σήμερα υπό νάρκωση και μυοχάλαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, όπου υπάρχουν όλες οι προϋποθέσεις διαφύλαξης της ατομικότητας και της σωματικής υγείας του αρρώστου με την αποτελεσματικότητα, που παρέχουν τα σύγχρονα μέσα.

Ένα άλλο κέρδος που προκύπτει από τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους είναι η ελαχιστοποίηση του χρόνου διάγνωσης, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος είναι επιφυλακτικός και καχύποπτος, δεν είναι σε θέση να συνεργαστεί και να δεχθεί πολύπλοκες διαδικασίες και χειρισμούς που τον φοβίζουν, και που αποτελούν μια επιπλέον απειλή, όταν (ο άρρωστος) πιέζεται και απειλείται από ιδέες και ψευδαισθήσεις.

Η γρήγορη διάγνωση και θεραπεία ενός σωματικού προβλήματος συνηγορεί στη βελτίωση και της ψυχικής του υγείας.

Ο άρρωστος με την ψυχιατρική συμπτωματολογία παρουσιάζεται άβουλος, άτολμος, δεν μπορεί να κρίνει και να υπολογίσει συνέπειες και κινδύνους. Η πρωτοβουλία και η ικανότητά του για αυτοπροστασία σχεδόν απουσιάζουν. Για παράδειγμα δεν αντιδρά στις καιρικές αλλαγές, το κρύο και η ζέση τον αφήνουν αδιάφορο.

Η επίτευξη σταθερής θερμοκρασίας με κλιματισμό τον προστατεύει από τις συνέπειες της θερμοπληξίας, στην οποία είναι ευάλωτος, λόγω και της ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής με μείζονα νευροληπτικά που προκαλούν διαταραχές στους θερμορρυθμιστικούς μηχανισμούς, τρικυκλικά, αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά που λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης αναστέλλουν την απέκριση ιδρώτα. Η διακοπή, η τροποποίηση ακόμη και η μείωση της ψυχιατρικής αγωγής με επακόλουθο την υποτροπή της νόσου,

μπορεί να αποφευχθούν, όταν εξασφαλίζονται οι περιβαλλοντικές συνθήκες που μειώνουν του κινδύνους θερμοπληξίας.

Γενικά οι κλιματιζόμενοι χώροι στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο κάνουν τη διαβίωση των νοσηλευομένων πιο άνετη και πιο ασφαλή. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, που τα δύο τελευταία χρόνια αντιμετωπίσαμε τον καύσωνα και τις συνέπειές του.

Η Νοσηλεύτρια ξεπερνά πολλές δυσκολίες συνεργασίας που αντιμετωπίζει με τον ψυχικό άρρωστο στην προσπάθειά της να προσφέρει την απαιτούμενη νοσηλευτική φροντίδα για την πρόληψη της θερμοπληξίας.

Ο χρόνος νοσηλείας του ψυχικά αρρώστου, δεν πρέπει να είναι περίοδος απουσίας από κοινωνικά ερεθίσματα, από τα μηνύματα των καιρών, από το ρυθμό της επικαιρότητας.

Η σύγχρονη τεχνολογία προσφέρει μέσα ενημέρωσης, όπως η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Σήμερα όλες οι νοσηλευτικές μονάδες διαθέτουν αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας και πληροφόρησης.

Ο ψυχικά άρρωστος δέχεται ερεθίσματα που τον επαναφέρουν στο παρόν, στη ροή των γεγονότων, παρακολουθεί την πραγματικότητα. Αποσπάται από τις νοσηρές του σκέψεις, όταν ασχολείται με πράγματα, με εικόνες και γεγονότα όπως η ψυχαγωγία, η εργασιοθεραπεία.

Η νοσηλεύτρια εκμεταλεύεται αυτά τα μέσα για τη διακοπή της απόσυρσης του αρρώστου, παρατηρεί τη συμμετοχή, την προσοχή του και βγάζει νοσηλευτικά συμπεράσματα χρήσιμα για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, π.χ. τι τον φοβίζει, τι ενισχύει τις διαπροσωπικές δεξιότητες, την επικοινωνία του με τους άλλους.

Στο τομέα της εργασιοθεραπείας η σύγχρονη τεχνολογία

παρέχει πολλά μέσα, ώστε με ελάχιστη πνευματική και φυσική προσπάθεια ο ψυχικά άρρωστος να είναι χρήσιμος, να παράγει έργο και έτσι ενισχύεται η αυτοεκτίμησή του και δεν υποβαθμίζεται η αξία του. Για παράδειγμα με το πάτημα ενός διακόπτη θέτει σε λειτουργία ένα πολύπλοκο μηχανισμό. Ακόμα σε άλλους τομείς της εργασιοθεραπείας με τα μέσα που παρέχει η τεχνολογία έχει τη δυνατότητα να καλλιεργήσει και ν'αναπτύξει το ταλέντο και το χόμπυ του.

Στη νοσηλευτική αντιμετώπιση του ψυχικά αρρώστου περιλαμβάνονται και μέτρα προστασίας από πτώσεις, τραυματισμούς, απόπειρες αυτοκαταστροφής. Με την παρακολούθηση, τη θεραπευτική σχέση και τη φαρμακευτική αγωγή επιδιώκεται αυτή η προστασία. Όταν όμως, η ψυχική κατάσταση του αρρώστου απαιτεί άλλα μέσα και άλλες μεθόδους για να προστατευθεί ο ίδιος και το περιβάλλον του, τότε πρέπει να εφαρμοσθούν πιο ρεαλιστικά μέτρα.

Ισως στη μνήμη μας υπάρχει ακόμα ο "ζουρλομανδύας" ως μέσο περιορισμού μιας άλλης εποχής.

Σήμερα με τη σύγχρονη τεχνολογία, ο ψυχικά άρρωστος περιορίζεται εάν χρειαστεί σε διαμορφωμένο χώρο, με ειδική επένδυση στους τοίχους και στο πάτωμα, με περιορισμένα αντικείμενα, ανάλογο ηλεκτρολογικό σχεδιασμό και παρακολουθείται από κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης.

Ο άρρωστος προστατεύεται από τραυματισμούς, διαφυλάσσεται η αξιοπρέπειά του, και έχει το δικαίωμα να εκφράσει την αρρώστια του χωρίς αμυντική στάση και κριτική από τους άλλους.

ΕΜΜΕΣΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Στις έμεσες επιδράσεις, θα μπορούσαν να αναφερθούν οι μεταβολές που προέκυψαν από τη γενική άνοδο του βιοτικού

επιπέδου. Η βελτίωση αυτή του βιοτικού επιπέδου μπήκε σιγά-σιγά και στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Αυξήθηκαν οι οικονομικές παροχές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ώστε να γίνει ανετώτερη και πιο ανθρώπινη η διαβίωση του αρρώστου.

Αναπτύχθηκαν προγράμματα αποκατάστασης και πρόληψης της ιδρυματοποίησης.

Οι ανθρωπιστικές τάσεις μαζί με τις νέες τεχνολογικές δυνατότητες (φάρμακα, εκμοντερνισμός, υλικο-τεχνική υποδομή) και την άνοδο του επιπέδου των συνθηκών διαβίωσης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, οδήγησαν στην επαναστατική μεταβολή, που ονομάστηκε αποϊδρυματοποίηση. Αυτή μεθοδεύτηκε με τη δημιουργία θεραπευτικής κοινότητας.

Σε αντίθεση με την επίδραση που ίσως είχαν οι τεχνολογικές εφαρμογές στις σχέσεις νοσηλευτών - αρρώστων στο γενικό νοσοκομείο, στο χώρο της ψυχικής υγείας παρατηρήθηκε μια αντίστροφη τάση. Έγινε προσπάθεια βελτίωσης των σχέσεων αυτών νοσηλευτών - αρρώστων.

Δόθηκε έμφαση στη μεγαλύτερη ιδιοκτητικότητα στους χώρους διαβίωσης του αρρώστου στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, στη μεγαλύτερη αντονόμησή του, καθώς και στη συμμετοχή του στις αποφάσεις που καθορίζουν τη ζωή του Νοσοκομείου.

Η αλματώδης τεχνολογική πρόοδος έδωσε ίσως την εντύπωση πως πολλά από τα προβλήματα υγείας θα μπορούσαν να λυθούν κυρίως με τη χρήση προηγμένης τεχνολογίας. Ίσως αυτό λειτούργησε και σαν άμυνα δηλαδή φυγή από το δυσκολότερο έργο της προαγωγής των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της υγείας, των σχέσεων δηλαδή που επηρεάζουν αποφασιστικά κάθε θεραπευτική διαδικασία.

Στις έμμεσες επιδράσεις είναι η σιγουριά και η ασφάλεια που νιώθει η νοσηλεύτρια όταν εργάζεται σε περιβάλλον που η σύγχρονη Τεχνολογία προστατεύει την ίδια και το έργο της, και δικαιώνονται οι προσπάθειές της.

Μειώνεται το stress της καθημερινότητας και η υπερβολική σωματική κόπωση, έτσι αυξάνεται το νοσηλευτικό θεραπευτικό δυναμικό της.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο
 'Ανδρας ___ Γυναίκα ___
2. Ηλικία _____
3. Τόπος γέννησης: _____
4. Τόπος μόνιμης κατοικίας: _____
5. Τίτλος σπουδών
- α. Μέσης επαγγελματικής σχολής ___
- β. Πτυχιούχος ανώτερης σχολής ___
- γ. Πτυχιούχος ιδιωτικής σχολής ___
- δ. Αν τίποτα απ' όλα αυτά, τότε ποιας άλλης σχολής;

6. Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο _____
7. Έχετε πάρει ειδικότητα στην άσκηση της ψυχιατρικής Νοσηλευτικής;
 ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___
8. Αν ναι, πού αποκτήσατε την ειδικότητα;
 Εσωτερικό ___ Εξωτερικό ___
 Για πόσους μήνες; _____
9. Πιστεύετε ότι η νοσηλεύτρια -της που εργάζεται σε ψυχιατρείο πρέπει να είναι ειδικευμένη -ος;
 ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___
 Αν ναι, γιατί; _____

10. Πιστεύετε ότι η σχολή που σπουδάσατε σας πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις που σας καθιστούν υπεύθυνους απέναντι στους ψυχασθενείς;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Θα μπορούσε η σχολή που σπουδάσατε να σας διδάξει περισσότερα για την Ψυχιατρική Νοσηλευτική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που δουλεύετε υπάρχουν νοσηλευτές-τριες ειδικευμένοι-ες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων των ψυχιατρείων είναι αυτή που αρμόζει κατά τη γνώμη σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι, γιατί; _____

14. Πώς θα μπορούσε η Πολιτεία να προσφέρει στον ψυχικά ασθενή;

15. Πιστεύετε ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι, γιατί; _____

16. Η θεραπεία των ασθενών στα ψυχιατρεία φέρει αποτελέσματα τέτοια που να πιστεύεται από το ευρύ κοινό πως το ψυχιατρείο είναι η μόνη λύση για έναν ψυχασθενή;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

17. Οι ασθενείς του τμήματός σας είναι στην πλειοψηφία τους άνδρες ή γυναίκες και ποιάς περίπου ηλικίας

Άνδρες _____ ηλικία: από _____ έως _____

Γυναίκες _____ ηλικία: από _____ έως _____

18. Ποιά ψυχιατρική νόσος κυριαρχεί στις μέρες μας μέσα στο ψυχιατρείο; _____

19. Από τη μέχρι τώρα πείρα σας υπάρχει μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών στους ψυχασθενείς;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

20. Οι υγειονομικοί (νοσηλευτές - γιατροί - βοηθητικό προσωπικό) των ψυχιατρείων πρέπει να βοηθούνται από την πολιτεία περισσότερο απ' ό,τι οι εργαζόμενοι σε άλλες υγειονομικές μονάδες;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

Αν ναι, γιατί και πώς; _____

21. Αυτά τα χρόνια που εργάζεστε σε ψυχιατρείο ή σε ψυχιατρική κλινική έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα σοβαρά με τους ψυχωτικούς ασθενείς;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

22. Όταν μάθατε ότι θα δουλέψετε σε ψυχιατρείο, φοβηθήκατε επειδή θα συναντούσατε ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

Αν ναι, γιατί;

α. Επειδή η θέση της κοινωνίας απέναντι στα ψυχιατρεία δεν είναι η σωστή; _____

β. Επειδή υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα περιστατικών; _____

γ. Επειδή πιστεύετε ότι υπάρχει ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού; _____

δ. Επειδή κινδυνεύει η προσωπική σας ακεραιότητα; _____

ε. Άλλοι λόγοι; _____

Απαντήστε σε όσες ερωτήσεις θέλετε

23. Ποιά θα ήταν η συμπεριφορά σας απέναντι σε αρρώστους που θα σας δημιουργούσαν κάποιο πρόβλημα;

α. Θα τους μιλούσατε άσχημα; _____

β. Θα προσπαθούσατε να τους ηρεμήσετε με καλό τρόπο; _____

γ. Θα φωνάζατε σε βοήθεια νοσηλευτές και γιατρούς; _____

δ. Θα κάνατε κάτι άλλο; _____

24. Οι ασθενείς των ψυχιατρείων σας επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική σας ζωή;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

Αν ναι, γιατί; _____

25. Πιστεύετε ότι η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή μπορεί να τον βοηθήσει στη θεραπεία του;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

26. Το γεγονός ότι εργάζεστε σε ψυχιατρείο το αποδίδετε σε ανθρωπιστικούς ή καθαρά επαγγελματικούς λόγους; _____

27. Σας αρέσει να φροντίζετε ασθενείς σχετικά ανεξάρτητους όσον αφορά τις βασικές ανάγκες (π.χ. αυτοεξυπηρέτηση στην καθαριότητα, ντύσιμο, φαγητό) όπως είναι οι περισσότεροι ψυχασθενείς;
ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

28. Τί νομίζετε ότι σας προσφέρει η εργασία σας στο ψυχιατρείο από προσωπική άποψη; _____

29. Ποιά η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ψυχασθενείς; _____

30. Ποιά η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ψυχιάτρους; _____

31. Ποιά η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ψυχολόγους; _____

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

I. ΑΝΔΡΕΣ

Η ηλικία των ερωτηθέντων νοσηλευτών στο Ψυχιατρείο κυμαίνεται μεταξύ 23 και 57 ετών με μέση ηλικία τα 32 έτη (Πίνακας 1Α).

Στην ερώτηση σχετικά με τον τόπο γέννησης των ερωτηθέντων νοσηλευτών, ένα ποσοστό 27% γεννήθηκε στην Αθήνα και διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα, ένα ποσοστό 10% αυτών γεννήθηκε στην Πάτρα και διαμένουν μόνιμα στην Πάτρα, ένα ποσοστό 10% αυτών γεννήθηκε στις Πυλές Θηβών και διαμένουν μόνιμα στις Πυλές Θηβών, ένα ποσοστό 18% αυτών γεννήθηκε σε πόλεις της Πελοποννήσου αλλά διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα, ένα ποσοστό 27% αυτών γεννήθηκε σε πόλεις της Στερεάς Ελλάδας-Εύβοιας εκτός Αττικής και διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα, και τέλος, ένα ποσοστό 8% αυτών γεννήθηκε σε πόλεις από την υπόλοιπη Ηπειρωτική Ελλάδα και διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα. Πράγμα που σημαίνει ότι 8 στους 10 νοσηλευτές μένουν μόνιμα στην Αθήνα.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών, ένα ποσοστό 18% αυτών είναι απόφοιτοι Μέσης

Επαγγελματικής Σχολής, ένα ποσοστό 18% αυτών είναι πτυχιούχοι Ανώτερης Σχολής, ένα ποσοστό 27% αυτών είναι πτυχιούχοι Ιδιωτικής Σχολής, και τέλος, ένα ποσοστό 37% αυτών είναι απόφοιτοι Δημοτικής εκπαίδευσης ή μέσης εκπαίδευσης. (Πίνακας 2Α).

Από τον Πίνακα 3Α προκύπτει ότι η μέση διάρκεια απασχόλησης στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα είναι τα 6 έτη.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν έχουν πάρει ειδικότητα στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, ένα ποσοστό 82% αυτών απάντησε αρνητικά και οι υπόλοιποι που απάντησαν θετικά απόκτησαν την ειδικότητά τους στο εσωτερικό.

Ένα ποσοστό 82% των ερωτηθέντων νοσηλευτών πιστεύουν ότι θα πρέπει οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Ψυχιατρείο να είναι ειδικευμένοι για τους παρακάτω λόγους:

α) πρόκειται για ιδιόμορφη εργασία,

β) η ειδίκευση θεωρείται απαραίτητη για την καλύτερη αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή, και

γ) η επιλογή των νοσηλευτών πρέπει να γίνεται με αυστηρά κριτήρια, λόγω της κρισιμότητας του λειτουργήματος,

ενώ, σε αντίθεση με τις παραπάνω απαντήσεις, ένα ποσοστό 18% των υπολοίπων νοσηλευτών θεωρούν την ειδίκευση όχι απαραίτητη σε όποιον εργάζεται σε Ψυχιατρείο.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν η σχολή που σπούδασαν οι νοσηλευτές τους προσέφερε τις απαραίτητες γνώσεις για να ασκήσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή σε Ψυχιατρείο, ένα ποσοστό 57% αυτών απάντησε αρνητικά, και ένα ποσοστό 43% αυτών έμεινε ικανοποιημένο από την εκπαίδευση που προσέφερε η

σχολή από την οποία αποφοίτησαν.

Στην ερώτηση που αφορά στο εάν η σχολή που αποφοίτησαν οι νοσηλευτές θα μπορούσε να τους προσφέρει περισσότερες γνώσεις για την Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ένα ποσοστό 29% αυτών είναι απαισιόδοξοι, ενώ ένα ποσοστό 71% βλέπει με θετικό μάτι την όλη προσπάθεια που καταβάλλει η σχολή.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν οι συνάδελφοι νοσηλευτές των ερωτηθέντων νοσηλευτών είναι ειδικευμένοι ή όχι, ένα ποσοστό 64% απάντησε αρνητικά και οι υπόλοιποι 36% θετικά, ενώ στην ίδια ερώτηση οι νοσηλεύτριες κατά 50% απάντησαν θετικά και κατά 50% αρνητικά, όπως θα δούμε αναλυτικά στην επόμενη παράγραφο.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν τα προβλήματα στα Ψυχιατρεία αντιμετωπίζονται κατάλληλα και αποτελεσματικά, ένα ποσοστό 10% απάντησε θετικά, ενώ οι υπόλοιποι αρνητικά για τους παρακάτω λόγους:

- α) ελλιπούς εκπαίδευση των νοσηλευτών,
- β) ύπαρξη ανιδεικευτων νοσηλευτών,
- γ) Δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι χώροι λειτουργίας των Ψυχιατρείων (π.χ. θάλαμοι, κήποι, κ.λ.π.),
- δ) ανεπάρκεια προσωπικού (λίγοι νοσηλευτές για πολλούς ασθενείς),
- ε) αδιαφορία της Πολιτείας και της κοινωνίας γενικότερα
- στ) Δεν υπάρχει η κατάλληλη οργάνωση για τη σωστή λειτουργία του Ψυχιατρείου.

Οι προτάσεις που προτείνουν οι νοσηλευτές για το πώς θα μπορούσε η Πολιτεία να προσφέρει στο ψυχικά ασθενή είναι

ποικίλες και ενδιαφέρουσες, οι κυριότερες των οποίων είναι:

- α) περισσότερη μέριμνα από την Πολιτεία,
- β) διορισμός επιστημονικού προσωπικού,
- γ) χορήγηση επιδόματος στο ψυχικά ασθενή,
- δ) δημιουργία καλύτερων συνθηκών διαβίωσης των ασθενών,
- ε) δημιουργία σύγχρονων κτιριακών εγκαταστάσεων για τη στέγαση των ασθενών,
- στ) χορήγηση περισσότερων κονδυλίων για τη συντήρηση και λειτουργία των Ψυχιατρείων, και
- ζ) δημιουργία εκείνων των προϋποθέσεων οι οποίες θα καθιστούν το ψυχικά ασθενή αποδεκτό στην κοινωνία.

Εντύπωση κάνει η απάντηση ορισμένων νοσηλευτών (ποσοστό 18%), οι οποίοι θεωρούν ότι το κράτος δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα στο ψυχικά ασθενή.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν οι ψυχικά ασθενείς μετά την αποθεραπεία τους θα μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία, ένα ποσοστό 82% απάντησε θετικά, ενώ όσοι απάντησαν αρνητικά αιτιολογούν την απάντησή τους ως εξής:

- α) απαιτείται οικογενειακή και κρατική βοήθεια, και
- β) η κοινωνία δεν είναι επαρκώς ενημερωμένη για τη ψυχική κατάσταση του ψυχασθενή, έτσι ώστε να του παρέχει την κατάλληλη βοήθεια.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν η θεραπεία των ασθενών στα Ψυχιατρεία φέρει αποτελέσματα τέτοια έτσι ώστε να έχει επικρατήσει η αντίληψη από το ευρύ κοινό ότι το Ψυχιατρείο είναι η μόνη λύση για έναν ψυχασθενή, ένα ποσοστό 45% αυτών απάντησε θετικά, ένα ποσοστό 8% αυτών δεν απάντησε

καθόλου, ένα ποσοστό 8% αυτών απάντησε ότι εξαρτάται από την περίπτωση του ασθενή, και τέλος ένα ποσοστό 39% απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο εάν η πλειοψηφία των ψυχασθενών είναι άνδρες ή γυναίκες, ένα ποσοστό 82% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε ότι η πλειοψηφία είναι άνδρες ηλικίας που κυμαίνεται από 16 έως 70 ετών, ένα ποσοστό 11% αυτών απάντησε ότι η πλειοψηφία είναι γυναίκες ηλικίας από 20 έως 40 ετών, ενώ ένα ποσοστό 7% δεν απάντησε καθόλου.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το ποια ψυχιατρική νόσος κυριαρχεί στις μέρες μας μέσα στα Ψυχιατρεία, η κύρια ψυχιατρική νόσος που κυριαρχεί ως επί το πλείστον είναι η σχιζοφρένεια και ύστερα ακολουθούν σε μικρότερη κλίμακα οι παρακάτω νόσοι:

- α) κατάθλιψη,
- β) ψύχωση,
- γ) ψυχωτικό σύνδρομο,
- δ) διανοητική καθυστέρηση,
- ε) παράνοια,
- στ) μανιοκατάθλιψη, και
- ζ) μελαγχολία.

Όλοι οι ερωτηθέντες νοσηλευτές στην ερώτησή μας που αφορά στο εάν στη μέχρι τώρα πείρα τους υπάρχει μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών στους ψυχικά ασθενείς απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 100%).

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν θα πρέπει οι υγιειονομικοί υπάλληλοι, όπως οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες,

γιατροί και το βοηθητικό προσωπικό, στα Ψυχιατρεία να βοηθούνται από την Πολιτεία περισσότερο από τους συναδέλφους τους σε άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, ένα ποσοστό 18% αυτών απάντησε αρνητικά, ενώ ένα ποσοστό 82% αυτών απάντησε θετικά για τους παρακάτω λόγους:

- α) να έχει ο υγειονομικός υπάλληλος τη δυνατότητα να αποδώσει καλύτερα το λειτούργημά του,
- β) τα προβλήματα στα Ψυχιατρεία είναι μεγαλύτερα και περισσότερα από ότι στα άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα,
- γ) πρόκειται για μία ιδιόμορφη εργασία,
- δ) ο υγειονομικός υπάλληλος προσφέρει κοινωνικό λειτούργημα, και
- ε) σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, οι παροχές που προσφέρει η Πολιτεία στους υγειονομικούς υπαλλήλους είναι πολύ χαμηλές.

Για τους παραπάνω λόγους, η Πολιτεία θα πρέπει να προβεί στις παρακάτω ενέργειες:

- α) να δοθούν κίνητρα, κυρίως οικονομικά, για την παραμονή στο επάγγελμα,
- β) εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, κυρίως το νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό, και
- γ) κατασκευή νέων και σύγχρονων κτιριακών εγκαταστάσεων.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν στη μέχρι τώρα επαγγελματική τους απασχόληση έχουν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα με τους ψυχικά ασθενείς, ένα ποσοστό 82% αυτών απάντησε θετικά, ενώ ένα ποσοστό 18% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο εάν αισθάνθηκαν φόβο όταν έμαθαν ότι θα δούλευαν σε Ψυχιατρείο και θα συναντούσαν άτομα με ψυχικά προβλήματα, ένα ποσοστό 55% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε αρνητικά, ενώ οι υπόλοιποι νοσηλευτές (ποσοστό 45%) απάντησαν θετικά για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους:

- α) επειδή η θέση της κοινωνίας απέναντι στα Ψυχιατρεία δεν είναι σωστή (ποσοστό 85%),
- β) επειδή υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα περιστατικών (ποσοστό 40%),
- γ) επειδή θεωρείται ότι υπάρχει ελλειπής εκπαίδευση του προσωπικού (ποσοστό 60%), και
- δ) επειδή κινδυνεύει η προσωπική ακεραιότητα του νοσηλευτή (ποσοστό 40%).

Στην ερώτησή μας σχετικά με το ποια θα ήταν η συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι σε ψυχικά άρρωστους οι οποίοι θα τους δημιουργούσαν κάποιο πρόβλημα, ένα ποσοστό 91% αυτών θα προσπαθούσαν να τους ηρεμήσουν με καλό τρόπο, ένα ποσοστό 36% αυτών θα καλούσαν σε βοήθεια συναδέλφους νοσηλευτές και γιατρούς. Όλοι συμφώνησαν ότι σε καμιά περίπτωση δε θα συμπεριφέρονταν και τους μιλούσαν άσχημα.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν οι ψυχασθενείς του Ψυχιατρείου επηρεάζουν τους νοσηλευτές ψυχολογικά στην προσωπική τους ζωή, ένα ποσοστό 64% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε αρνητικά, ενώ οι υπόλοιποι 36% αυτών απάντησαν καταφατικά και αυτό διότι ο νοσηλευτής είναι και αυτός άνθρωπος ο οποίος ακούσια και ασυνείδητα μεταφέρει τα

προβλήματα της δουλειάς του στο σπίτι.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές πιστεύουν ότι η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και ψυχικά ασθενή θα μπορέσει να τον βοηθήσει στη θεραπεία του, ένα ποσοστό 91% αυτών απάντησε θετικά, ενώ ένα ποσοστό 9% απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο εάν η απασχόληση των ερωτηθέντων νοσηλευτών στο Ψυχιατρείο οφείλεται σε καθαρά επαγγελματικούς λόγους ή ανθρωπιστικούς λόγους, ένα ποσοστό 73% αυτών απάντησε ότι η απασχόλησή τους οφείλεται σε καθαρά επαγγελματικούς λόγους, ένα ποσοστό 9% αυτών απάντησε ότι η απασχόλησή τους οφείλεται σε ανθρωπιστικούς λόγους, και ένα ποσοστό 18% αυτών απάντησε ότι η απασχόλησή τους οφείλεται σε συνδυασμό ανθρωπιστικών και επαγγελματικών λόγων.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν αρέσει στους ερωτηθέντες νοσηλευτές να φροντίζουν τους ψυχικά ασθενείς όσον αφορά στις βασικές ανάγκες (π.χ. αυτοεξυπηρέτηση στην καθαριότητα, ντύσιμο, φαγητό), ένα ποσοστό 64% αυτών απάντησε θετικά, ένα ποσοστό 18% αυτών απάντησε αρνητικά, ένα ποσοστό 9% απάντησε ότι αυτό εξαρτάται από την περίπτωση του κάθε ασθενή, ενώ ένα ποσοστό 9% αυτών δεν απάντησε καθόλου.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το τι προσφέρει η εργασία στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα στους νοσηλευτές, ένα ποσοστό 27% αυτών θεωρούν ότι τίποτα τελικά δεν τους προσέφερε η εργασία, ενώ ένα ποσοστό 73% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε ότι η εργασία τους στο Ψυχιατρείο τους προσέφερε

πάρα πολλά μεταξύ των οποίων τα παρακάτω:

- α) Δυνατότητα προσφοράς αγάπης στους ασθενείς,
- β) Δυνατότητα παρακολούθησης της ζωής από διαφορετική οπτική γωνία.
- γ) εμπειρία για καλύτερες κοινωνικές σχέσεις στην προσωπική ζωή, και
- δ) επαγγελματισμός που αποκτάται σταδιακά με το πέρασ του χρόνου.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο ποια είναι η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ψυχικά ασθενείς, ένα ποσοστό 9% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε ότι αντιμετωπίζονται ψυχρά, ένα ποσοστό 9% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά των ψυχασθενών απέναντί τους κακή, ένα ποσοστό 9% αυτών απάντησε ότι η συμπεριφορά των ψυχασθενών είναι γενικά μέτρια, ένα ποσοστό 9% αυτών απάντησε ότι η αντιμετώπιση των νοσηλευτών από τους ψυχασθενείς ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση του ασθενή, ένα ποσοστό 9% αυτών αρνήθηκε να απαντήσει, ένα ποσοστό 27% αυτών απάντησε ότι αντιμετωπίζονται καλά από τους ψυχασθενείς, και τέλος ένα ποσοστό 28% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε ότι οι ψυχασθενείς τους βλέπουν σα δικά τους άτομα επειδή περνούν πάρα πολύ ώρα μαζί τους και τους φροντίζουν και από τους νοσηλευτές θεωρούνται άτομα-άνθρωποι και όχι τόσο άτομα με ψυχικά προβλήματα.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το πώς αντιμετωπίζονται οι νοσηλευτές από τους ψυχιάτρους, ένα ποσοστό 9% των ερωτηθέντων νοσηλευτών δεν απάντησε, ένα ποσοστό 9% αυτών

χαρακτήρισε την αντιμετώπισή τους από τους ψυχιάτρους ως ουδέτερη, ένα ποσοστό 27% αυτών απάντησε ότι η συμπεριφορά των ψυχιάτρων απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι κακή, ένα ποσοστό 9% αυτών απάντησε ότι θεωρεί την αντιμετώπιση μέτρια, ένα ποσοστό 18% αυτών καλή, ένα ποσοστό 9% αυτών πιστεύουν ότι μεν θεωρούνται συνεργάτες από τους ψυχιάτρους αλλά οι συμβουλές τους δεν εισακούονται, ένα ποσοστό 18% αυτών απάντησε ότι η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ψυχιάτρων είναι άριστη.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο ποια είναι η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ψυχολόγους, ένα ποσοστό 27% των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησε ότι η αντιμετώπισή τους από τους ψυχολόγους είναι αδιάφορη, ένα ποσοστό 18% αυτών αρνήθηκε να απαντήσει, ένα ποσοστό 18% αυτών απάντησε ότι η συμπεριφορά των ψυχολόγων απέναντι στους νοσηλευτές είναι χάλια, ένα ποσοστό 18% αυτών χαρακτήρισαν την αντιμετώπιση ως καλή, και τέλος ένα ποσοστό 19% αυτών απάντησε ότι η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ψυχολόγων είναι άριστη.

II. ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η ηλικία των νοσηλευτριών στο Ψυχιατρείο κυμαίνεται μεταξύ 26 και 42 ετών με μέση ηλικία τα 33 έτη (Πίνακας 1Γ).

Από τις ερωτηθέντες νοσηλεύτριες, το 50% αυτών γεννήθηκαν σε πόλεις και χωριά της Πελοποννήσου από τις οποίες μόνο ένα ποσοστό 37.5% αυτών διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα και οι υπόλοιπες στην Πάτρα. Οι υπόλοιπες των ερωτηθέντων νοσηλευτριών, ένα ποσοστό 18.75% προέρχονται από την Αθήνα-Εύβοια, ένα ποσοστό 12.5% αυτών από νησιά του Αιγαίου ή του Ιονίου Πελάγους, ένα ποσοστό 12.5% από Μακεδονία-Θεσσαλία και ένα ποσοστό 6.25% από το εξωτερικό.

Το ποσοστό εκείνων που αποφοίτησαν από Μέση Επαγγελματική Σχολή ανέρχεται στο 25%, το ποσοστό εκείνων που είναι πτυχιούχοι Ανώτερης Σχολής ανέρχεται στο 37.5%, το ποσοστό εκείνων που είναι πτυχιούχοι Ιδιωτικής Σχολής ανέρχεται στο 18.75%, και τέλος το ποσοστό εκείνων που δεν έχουν φοιτήσει σε καμιά σχολή ανέρχεται στο 18.75% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών (Πίνακας 2Γ).

Από τον Πίνακα 3Γ προκύπτει ότι η μέση διάρκεια απασχόλησης σε Ψυχιατρικό Ίδρυμα είναι περίπου 7 χρόνια.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων νοσηλευτριών, ένα ποσοστό 18.75% αυτών έχουν ειδικευτεί στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, και μάλιστα στο εσωτερικό, ενώ οι υπόλοιπες (ποσοστό 81.25%) είναι ανιδεικτεες.

Όλες οι νοσηλεύτριες συμφωνούν ότι θα πρέπει οποιαδήποτε νοσηλεύτρια που εργάζεται στο Ψυχιατρείο να είναι ειδικευμένη για τους παρακάτω λόγους:

- α) για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού με τρόπο Ψυχιατρείου,
- β) οι τρόφιμοι Ψυχιατρείου πάσχουν ψυχικά και όχι τόσο σωματικά, και
- γ) οι συνθήκες εργασίας σε Ψυχιατρείο είναι ιδιαίτερα δύσκολες σε σχέση με άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Σε ότι αφορά την ερώτηση στο κατά πόσο η σχολή που αποφοίτησαν οι νοσηλεύτριες παρέχουν τις απαραίτητες γνώσεις που τις καθιστούν ικανές στην άσκηση των καθηκόντων τους στο Ψυχιατρείο, ένα ποσοστό 69.2% των αποφοιτησάντων νοσηλευτριών απάντησε αρνητικά και μόνο ένα ποσοστό 77.78% αυτών πιστεύουν ότι η σχολή θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερα για τη Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ενώ από τις υπόλοιπες που απάντησαν θετικά (ποσοστό 30.8%) μόνο ένα ποσοστό 50% αυτών θεωρούν ότι θα μπορούσαν να μάθουν περισσότερα για τη Ψυχιατρική Νοσηλευτική εφόσον του δίδασκαν κατάλληλα οι καθηγητές στη σχολή που αποφοίτησαν.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα ή τμήμα που εργάζονται υπάρχουν συνάδελφοι ειδικευμένοι, ένα ποσοστό 50% αυτών απάντησε θετικά και ένα ποσοστό 50% αυτών απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν τα προβλήματα στα Ψυχιατρεία αντιμετωπίζονται κατάλληλα, ένα ποσοστό 6.25% αυτών δεν απαντά, ενώ από τις υπόλοιπες ένα ποσοστό 66.7%

απαντούν αρνητικά για τους παρακάτω λόγους:

- α) ανεπάρκεια προσωπικού,
- β) οι επιδοτήσεις από το κράτος είναι χαμηλές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων,
- γ) ελλείψεις σε στρώματα, σεντόνια, κρεβάτια, ιματισμό
- δ) ελλιπής κατάρτιση προσωπικού,
- ε) αδιαφορία της Πολιτείας,
- στ) ο ψυχιατρικός χώρος είναι ακατάλληλος για την θεραπεία των ψυχασθενών, και
- ζ) αρνητική αντιμετώπιση των ψυχασθενών από την κοινωνία.

Όλες πιστεύουν ότι η Πολιτεία θα μπορούσε να προσφέρει πολλά στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή με τους παρακάτω τρόπους:

- α) μετά την έξοδό του από το Ψυχιατρικό Ίδρυμα για ορισμένο χρονικό διάστημα να φροντίζονται από άτομα τα οποία θα το βοηθήσουν να ενταχθεί ξανά στο κοινωνικό σύνολο, υγιήσπια,
- β) κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό,
- γ) εγκατάσταση νέων και σύγχρονων Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων
- δ) να μην υπερβαίνει το κάθε ψυχιατρικό τμήμα έναν συγκεκριμένο αριθμό των ψυχικά ασθενών (όπως συμβαίνει συχνά),
- ε) περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό,
- στ) να πάψει η περιθωριοποίηση των ψυχασθενών αποβάλλοντας τη νοοτροπία "ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ : ΤΡΕΛΟΣ",
- ζ) αύξηση των κονδυλίων για τα Ψυχιατρικά Ιδρύματα.

- η) δημιουργία επαγγελματικών εργαστηρίων για την απασχόληση των ψυχικά ασθενών,
- θ) χορήγηση επιδόματος στο ψυχικά ασθενή, και
- ι) καλύτερες συνθήκες θεραπευτικού χώρου.

Σε ότι αφορά την ερώτησή μας στο εάν μπορούν οι ψυχασθενείς μετά την αποθεραπεία τους να ενταχθούν ξανά στο κοινωνικό σύνολο, ένα ποσοστό 31.25% αυτών απαντά αρνητικά και αυτό για τους παρακάτω λόγους:

- α) μερικοί από αυτούς είναι βαριά ψυχικά άρρωστοι, άρα αθεράπευτοι,
- β) η κοινωνία είναι αρνητική απέναντί τους, και
- γ) αδυναμία αντιμετώπισης από την πλευρά τους, λόγω των κοινωνικών προβλημάτων που συναντούν.

Το 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών θεωρεί ότι το Ψυχιατρείο είναι η μόνη κοινωνικά αποδεκτή λύση για τη θεραπεία του ψυχασθενή, ενώ οι υπόλοιπες απαντούν αρνητικά.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων νοσηλευτριών σχετικά με την ερώτηση για το φύλο των ασθενών και την ηλικία τους, προκύπτει ότι άνδρες ψυχασθενείς που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα η ηλικία τους κυμαίνεται από 15 έως 80 ετών, ενώ η αντίστοιχη ηλικία των γυναικών ψυχασθενών κυμαίνεται από 13 έως 90 ετών.

Οι τρόφιμοι στα Ψυχιατρεία κυρίως πάσχουν από:

- α) σχιζοφρένεια,
- β) κατάθλιψη,
- γ) μελαγχολία,
- δ) επιληψία,

- ε) διανοητική καθυστέρηση,
- στ) αυτισμός,
- ζ) συναισθηματική διαταραχή,
- η) ψυχωσικό σύνδρομο, και
- θ) μανιοκαταθλιπτική ψύχωση

σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων νοσηλευτριών όσον αφορά στην ερώτηση "ποια ψυχιατρική νόσος κυριαρχεί στις μέρες μας στα Ψυχιατρεία".

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν το ποσοστό των αυτοκτονιών στους ψυχασθενείς κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, ένα ποσοστό 68.75% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών απάντησε αρνητικά σύμφωνα με τη μέχρι τώρα πείρα τους. Από εκείνες που απάντησαν θετικά, αξιοσημείωτο είναι ότι η διάρκεια απασχόλησής τους σε Ψυχιατρείο είναι 1, 5, 6 χρόνια, πράγμα που σημαίνει ότι η πείρα τους είναι πάρα πολύ μικρή για να κρίνουν, κατά τη γνώμη μας, εάν το ποσοστό αυτοκτονιών είναι υψηλό.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν θα πρέπει να βοηθούνται οι εργαζόμενοι των Ψυχιατρείων περισσότερο από τους εργαζόμενους σε άλλες Υγειονομικές Μονάδες από το κράτος, ένα ποσοστό 18.75% αυτών απάντησε αρνητικά, ένα ποσοστό 6.25% αυτών αρνήθηκε να απαντήσει, και ένα ποσοστό 75% απάντησαν θετικά για τους παρακάτω λόγους:

- α) δύσκολες συνθήκες εργασίας (ψυχική κούραση των εργαζομένων),
- β) τρόπος εργασίας διαφορετικός από τις άλλες Υγειονομικές Μονάδες,

- γ) οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται χρόνιες,
- δ) περισσότερη υπευθυνότητα των εργαζομένων για τη φροντίδα των ασθενών, και
- ε) αδυναμία πρόληψης μεταδόσεως των ασθενειών από το ψυχασθενή στον εργαζόμενο

και προτείνουν:

- α) αύξηση μισθού,
- β) συνταξιοδότηση νωρίτερα από τους άλλους συναδέλφους στα άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα,
- γ) χορήγηση επιδομάτων, και
- δ) περισσότερες άδειες.

Ένα ποσοστό 56.25% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών θεωρούν ότι στη μέχρι τώρα σταδιοδρομία τους στο Ψυχιατρείο έχουν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα από τους ψυχικά ασθενείς, ενώ οι υπόλοιπες νοσηλεύτριες (ποσοστό 43.75%) απάντησαν αρνητικά.

Όταν οι νοσηλεύτριες ρωτήθηκαν πώς αντέδρασαν μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε Ψυχιατρείο και θα συναντούσαν άτομα με ψυχικά προβλήματα, ένα ποσοστό 81.25% αυτών δεν αντέδρασαν καθόλου. Οι υπόλοιπες νοσηλεύτριες (ποσοστό 18.75%), που απάντησαν ότι φοβήθηκαν που θα έρχονταν σε επαφή με ψυχασθενείς, αποδίδουν την αντίδρασή τους στους παρακάτω λόγους:

- α) αρνητική θέση της κοινωνίας απέναντι στα ψυχιατρεία,
- β) κίνδυνος για την ακεραιότητά τους,
- γ) ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού,
- δ) προκατάληψη, και

ε) υπάρχει στίγμα από την πλευρά της κοινωνίας.

Παρόλα αυτά, η ΕΟΚ προσφέρει βοήθεια (κυρίως οικονομική) με τα προγράμματά της, η οποία βοήθεια μπορεί να καταστήσει τα Ψυχιατρικά Ιδρύματα αποτελεσματικά για την άσκηση των καθηκόντων των εργαζομένων απέναντι στους ψυχασθενείς χωρίς όμως αυτή η βοήθεια να λύνει τα περισσότερα και δύσκολα προβλήματα στα Ψυχιατρεία.

Σε ερώτησή μας "ποια θα ήταν η συμπεριφορά των νοσηλευτριών απέναντι σε ψυχασθενείς που θα τους δημιουργούσαν πρόβλημα στην άσκηση των καθηκόντων τους", καμία από τις νοσηλεύτριες που απάντησαν δε θα συμπεριφέρονταν άσχημα στον εν λόγω ασθενή. Ένα ποσοστό 37.5% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών θα προσπαθούσε να ηρεμήσει τον ασθενή που της δημιουργεί πρόβλημα και θα καλούσε σε βοήθεια συναδέλφους νοσηλευτές και γιατρούς. Ένα ποσοστό 37.5% αυτών θα προσπαθούσε να ηρεμήσει με καλό τρόπο τον ασθενή. Ένα ποσοστό 18.75% αυτών θα φώναζε σε βοήθεια συναδέλφους νοσηλευτές και γιατρούς. Ένα ποσοστό 6.25% αυτών πιστεύει ότι η συμπεριφορά της νοσηλεύτριας απέναντι σε ένα ψυχασθενή θα πρέπει να είναι ανάλογη με την περίπτωση του ψυχασθενή. Ένα ποσοστό 6.25% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών προτείνει τη χρήση ηρεμιστικών και ζουρλομανδύα εάν ο ψυχασθενής είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος.

Ένα ποσοστό 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτριών σχετικά με την ερώτηση που αφορά στο εάν πιστεύουν ότι οι ψυχασθενείς των Ψυχιατρείων τις επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική τους ζωή απάντησε αρνητικά. Ενώ οι υπόλοιπες νοσηλεύτριες (ποσοστό

50%), που απάντησαν θετικά, αιτιολογούν την απάντησή τους για τους παρακάτω λόγους:

- α) πρόκειται κυριώς για ψυχολογική επίδραση παρά για σωματική επίδραση,
- β) λόγω ευαισθησίας της νοσηλεύτριας απέναντι στο ψυχικά ασθενή, και
- γ) καταπίεση της προσωπικότητας της νοσηλεύτριας επειδή μερικές φορές αναγκάζεται να κάνει κάτι που αντιτίθεται στο χαρακτήρα της.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο εάν η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της νοσηλεύτριας και του ψυχασθενή ενεργεί ευεργετικά στην αποθεραπεία του, ένα ποσοστό 81.25% απάντησε θετικά, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (18.75%) απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το εάν η απασχόληση των ερωτηθέντων νοσηλευτριών στο Ψυχιατρείο οφείλεται σε ανθρωπιστικούς λόγους ή επαγγελματικούς λόγους, ένα ποσοστό 6.25% αυτών αρνήθηκε να απαντήσει, ένα ποσοστό 37.5% αυτών απάντησε ότι εργάζεται εκεί για καθαρά επαγγελματικούς λόγους, ένα ποσοστό 18.75% αυτών απάντησε ότι εργάζεται στο Ψυχιατρείο για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους, ένα ποσοστό 37.5% αυτών απάντησε ότι εργάζεται εκεί και για επαγγελματικούς και για ανθρωπιστικούς λόγους (αρχικά επαγγελματικοί λόγοι, στη συνέχεια ανθρωπιστικοί λόγοι).

Σε ότι αφορά την ερώτηση σχετικά με το εάν αρέσει στις ερωτηθέντες νοσηλεύτριες να περιποιούνται τους ψυχασθενείς (π.χ. να τους ντύνουν, να τους ταΐζουν, να τους πλένουν), ένα

ποσοστό 93.75% αυτών απάντησε θετικά, ενώ ένα ποσοστό 6.25% αυτών αρνήθηκε να απαντήσει.

Στην ερώτησή μας που αφορά στο τι τελικά παρέχει στη νοσηλεύτρια η εργασία, ένα ποσοστό 25% των ερωτηθέντων νοσηλεύτριων απάντησε τίποτα το ιδιαίτερο, ένα ποσοστό 18.75% αυτών δεν απάντησε καθόλου, ένα ποσοστό 56.25% αυτών απάντησε ότι η εργασία στο Ψυχιατρείο σε γενικές γραμμές τους πρόσφερε τα παρακάτω:

- α) βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων,
- β) ευαισθησία προς το συνάνθρωπο,
- γ) γνώσεις και εμπειρία σχετικά με τη ψυχική υγεία των ανθρώπων,
- δ) οικονομικά οφέλη,
- ε) ψυχική κούραση, και
- στ) ικανοποίηση στην άσκηση των καθηκόντων τους.

Οι περισσότερες νοσηλεύτριες στην ερώτησή μας σχετικά με το πώς αντιμετωπίζονται από τους ψυχασθενείς (ποσοστό 31.25%) θεωρούν ότι τη συμπεριφορά τους καλή, ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους μερικές φορές καλή και άλλες όχι, ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί λανθασμένη την ερώτησή μας, ένα ποσοστό 18.75% αυτών αρνείται να απαντήσει, ένα ποσοστό 12.5% αυτών θεωρεί ότι η συμπεριφορά των ψυχασθενών απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό διέπεται από βιαιότητα και είναι επικίνδυνοι, ενώ αντίθετα ένα ποσοστό 6.25% θεωρεί τη συμπεριφορά τους πολύ καλή, και τέλος ένα ποσοστό 18.75% αυτών θεωρεί ότι η συμπεριφορά των ψυχασθενών εξαρτάται από τη ψυχική διάθεση του στην εκάστοτε στιγμή και περίσταση,

καθώς και από τι πάσχουν, αλλά γενικά εμπιστεύονται τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες σα συγγενείς τους.

Στην ερώτησή μας σχετικά με το πώς αντιμετωπίζεται το νοσηλευτικό προσωπικό από τους ψυχιάτρους, ένα ποσοστό 31.25% αυτών αρνήθηκε να απαντήσει, ένα ποσοστό 12.5% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους πολύ καλή, ένα ποσοστό 18.75% τη θεωρεί καλή, ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους αρνητική, ένα ποσοστό 12.5% τη θεωρεί υπεροπτική, ένα ποσοστό 6.25% θεωρεί ότι η συμπεριφορά του ψυχιάτρου εξαρτάται από το χαρακτήρα του, ένα ποσοστό 6.25% θεωρεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που προσπαθεί να δημιουργήσει ένα φιλικό περιβάλλον μεταξύ των ψυχιάτρων και νοσηλευτών/νοσηλευτριών, και τέλος ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους γενικά φιλική και αυτό διότι ο διάλογος που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ψυχιάτρου αφορά κυρίως στους ψυχασθενείς.

Και τέλος, στην ερώτησή μας που αφορά στο τρόπο που αντιμετωπίζεται το νοσηλευτικό προσωπικό από τους ψυχολόγους, ένα ποσοστό 31.25% αυτών αρνήθηκαν να απαντήσουν, ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους πολύ καλή, ένα ποσοστό 25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους καλή, ένα ποσοστό 6.25% θεωρεί τη συμπεριφορά τους αρνητική, ένα ποσοστό 12.5% αυτών δε διακρίνει καμιά ιδιαίτερη σχέση μεταξύ των ψυχολόγων και νοσηλευτικού προσωπικού, ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά τους υπεροπτική, ένα ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί ότι η συμπεριφορά του κάθε ψυχολόγου απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από το χαρακτήρα του, και τέλος ένα

ποσοστό 6.25% αυτών θεωρεί τη συμπεριφορά των ψυχολόγων απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό πολύ καλύτερη σε σχέση με τη αντίστοιχη συμπεριφορά των ψυχιάτρων απέναντί τους.

П А Р А Р Т Н М А

ΠΙΝΑΚΑΣ 1Α

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ
(20,30)	30	55%
(30,40)	15	27%
(40,50)	5	9%
(50,60)	5	9%
	55	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2Α

ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ
Μ.Ε.Σ.	10	18%
Π.Α.Σ.	10	18%
Π.Ι.Σ.	15	27%
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	20	37%
	55	100%

Μ.Ε.Σ.: Μέση Επαγγελματική Σχολή

Π.Α.Σ.: Πτυχιούχος Ανώτερης Σχολής

Π.Ι.Σ.: Πτυχιούχος Ιδιωτικής Σχολής

ΠΙΝΑΚΑΣ 3Α

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ
-3 ΧΡ.	10	18%
4-6 ΧΡ.	20	36%
7-9 ΧΡ.	20	36%
10-12 ΧΡ.	5	10%
	55	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 1Γ

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ
(25,30)	15	18.75%
(30,35)	40	50.00%
(35,40)	20	25.00%
(40,45)	5	6.25%
	80	100.00%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2Γ

ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ
Μ.Ε.Σ.	20	25.00%
Π.Α.Σ.	30	37.50%
Π.Ι.Σ.	15	18.75%
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	15	18.75%
	80	100.00%

Μ.Ε.Σ.: Μέση Επαγγελματική Σχολή

Π.Α.Σ.: Πτυχιούχος Ανώτερης Σχολής

Π.Ι.Σ.: Πτυχιούχος Ιδιωτικής Σχολής

ΠΙΝΑΚΑΣ 3Γ

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ
-3 ΧΡ.	15	18.75%
4-6 ΧΡ.	30	37.50%
7-9 ΧΡ.	10	12.50%
10-12 ΧΡ.	15	18.75%
13+ ΧΡ.	10	12.50%
	80	100.00%

ΕΛΕΓΧΟΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ

Σε αυτό το μέρος της εργασίας επιθυμούμε να ελέγξουμε κατά πόσο, κυρίως, οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου μας εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων, και κατά δεύτερο λόγο, εάν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των απαντήσεων δύο διαφορετικών ερωτήσεων.

Στους ελέγχους ανεξαρτησίας θα χρησιμοποιήσουμε το επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 1\%$ πράγμα που σημαίνει ότι η πιθανότητα να απορρίψουμε τη Βασική Υπόθεση ενώ είναι σωστή είναι μόλις 1% . Ο λόγος που επιλέχθηκε ένα τόσο χαμηλό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας έγκειται στο γεγονός ότι θέλουμε να ελαχιστοποιήσουμε την πιθανότητα να διαπράξουμε στατιστικό σφάλμα.

Για τον υπολογισμό του χ χρησιμοποιούμε τον τύπο:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{εμπειρικές παρατηρήσεις} - \text{θεωρητικές παρατηρήσεις})^2}{\text{θεωρητικές παρατηρήσεις}}$$

Απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 1\%$ εάν η τιμή χ είναι μεγαλύτερη από την κριτική τιμή χ με $(\text{αριθμός γραμμών} - 1) * (\text{αριθμός στηλών} - 1)$ βαθμούς ελευθερίας. Στην αντίθετη περίπτωση την αποδεχόμαστε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 5 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 5 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	Μ.Ε.Σ.	Π.Α.Σ.	Π.Ι.Σ.	ΜΗ ΠΤΥ- ΧΙΟΥΧΟΣ	
ΑΝΔΡΑΣ	10	10	15	20	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	20	30	15	15	80
	30	40	30	35	135

Μ.Ε.Σ. : Μέση Επαγγελματική Σχολή

Π.Α.Σ. : Πτυχιούχος Ανώτερης Σχολής

Π.Ι.Σ. : Πτυχιούχος Ιδιωτικής Σχολής

12.22	16.30	12.22	14.26
17.78	23.70	17.78	20.74

$$\chi^2 = 0.4033 + 2.4350 + 0.6324 + 2.3105 + 0.2772 + 1.6747 + 0.4347 + 1.5886 = 9.7564$$

$\chi_{3,001}^2 = 11.34 > 9.7564$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 5 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης στο Ψυχιατρείο

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 6 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 6 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	-3 χρ.	4-6	7-9	10-12	13+ χρ.	
ΑΝΔΡΑΣ	10	20	20	5	0	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	15	30	10	15	10	80
	25	50	30	20	10	135

10.19	20.37	12.22	8.15	4.07
14.85	29.63	17.78	11.85	5.96

$$\chi^2 = 0.0035 + 0.0067 + 4.9532 + 1.2175 + 4.07 + 0.00151 + 0.0046 + 3.4043 + .08373 + 2.7385 = 17.2371$$

$\chi_{4,001}^2 = 13.28 < 17.2371$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 6 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 7: Έχετε πάρει ειδικότητα στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 7 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 7 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	10	45	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	15	65	80
	25	110	135

10.19	44.82
14.85	65.19

$$\chi^2 = 0.0035 + 0.0072 + 0.0015 + 0.006 = 0.0128$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 > 0.0128$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 7 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 9: Πιστεύετε ότι η/ο νοσηλεύτρια/της που εργάζεται σε Ψυχιατρείο πρέπει να είναι ειδικευμένη/ος;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 9 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 9 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	45	10	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	80	0	80
	125	10	135

50.93	4.07
74.07	5.96

$$\chi^2 = 0.6905 + 5.96 + 8.64 + 0.4747 = 15.7652$$

$\chi^2_{1,0.05} = 6.63 < 15.7652$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 9 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η σχολή που σπουδάσατε σας πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις που σας καθιστούν υπεύθυνους απέναντι στους ψυχασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	15	20	35
ΓΥΝΑΙΚΑ	20	45	65
	35	65	100

12.75	22.75
22.75	42.25

$$\chi^2 = 0.6173 + 0.3324 + 0.3324 + 0.179 = 1.4611$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 > 1.4611$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 11: Θα μπορούσε η σχολή που σπουδάσατε να σας διδάξει περισσότερα για τη Ψυχιατρική Νοσηλευτική;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	25	10	35
ΓΥΝΑΙΚΑ	45	20	65
	70	30	100

24.5	10.5
45.5	19.5

$$\chi^2 = 0.0102 + 0.0238 + 0.0055 + 0.0128 = 0.0523$$

$\chi^2_{0.05} = 6.63 > 0.0523$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 15: Πιστεύετε ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 15 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 15 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	45	10	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	55	25	80
	100	35	135

40.74	14.26
59.26	20.74

$$\chi^2 = 0.4455 + 1.2726 + 0.3062 + 0.8750 = 2.8993$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 > 2.8993$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 15 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 19: Από τη μέχρι τώρα πείρα σας υπάρχει μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών στους ψυχασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 19 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 19 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	0	55	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	25	55	80
	25	110	135

10.185	44.815
14.815	65.185

$$\chi^2 = 10.185 + 2.3147 + 7.002 + 1.5914 = 21.0931$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 < 21.0931$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 19 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 21: Αυτά τα χρόνια που εργάζεστε σε ψυχιατρείο ή σε ψυχιατρική κλινική έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα σοβαρά με τους ψυχωτικούς;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 21 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 21 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	45	10	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	45	35	80
	90	45	135

36.67	18.33
53.33	26.67

$$\chi^2 = 1.8923 + 3.7855 + 1.3011 + 2.6018 = 9.5807$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 < 9.5807$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 21 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 22: Όταν μάθατε ότι θα δουλέψετε σε ψυχιατρείο, φοβηθήκατε επειδή θα συναντούσατε ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 22 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 22 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	25	30	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	15	65	80
	40	95	135

16.30	38.70
23.70	56.30

$$\chi^2 = 4.6436 + 1.9558 + 3.1937 + 1.3444 = 11.1375$$

$\chi^2_{\alpha, \text{dof}} = 6.63 < 11.1375$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 22 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 24: Οι ασθενείς των ψυχιατρείων σας επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική σας ζωή;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 24 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 24 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	25	30	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	40	40	80
	65	70	135

26.48	28.52
38.52	41.48

$$\chi^2 = 0.0827 + 0.0768 + 0.569 + 0.0528 = 0.2692$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 < 0.2692$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 24 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 25: Πιστεύετε ότι η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή μπορεί να τον βοηθήσει στη θεραπεία του;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 25 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 25 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΑΣ	50	5	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	65	15	80
	115	20	135

46.85	8.15
68.15	11.85

$$\chi^2 = 0.2118 + 1.2175 + 0.1456 + 0.8373 = 2.4122$$

$\chi^2_{1,0.05} = 6.63 > 2.4122$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 25 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 26: Το γεγονός ότι εργάζεστε σε ψυχιατρείο το αποδίδετε σε ανθρωπιστικούς ή καθαρά επαγγελματικούς λόγους;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	ΑΝΘΡ/ΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΕΠΑΓΓ/ΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	ΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	
ΑΝΔΡΑΣ	5	40	10	0	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	15	30	30	5	80
	20	70	40	5	135

8.15	28.52	16.30	2.04
11.85	41.48	23.70	2.96

$$\chi^2 = 1.2175 + 4.6210 + 2.4350 + 2.0400 + 0.8373 + 3.1772 + 1.6747 + 1.4059 = 17.4086$$

$\chi_{3,005} = 11.34 < 17.4076$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Ερώτηση 1: Φύλο

Ερώτηση 30: Ποια η αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ψυχιάτρους;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 30 δεν εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 30 εξαρτώνται από το φύλο των ερωτηθέντων.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
ΑΝΔΡΑΣ	5	10	10	15	5	5	5	55
ΓΥΝΑΙΚΑ	25	10	20	15	5	5	0	80
	30	20	30	30	10	10	5	135

(1) : Μη Απάντηση

(2) : Πολύ Καλή

(3) : Καλή

(4) : Κακή

(5) : Εξαρτάται από το Ψυχίατρο

(6) : Ουδέτερη

(7) : Μέτρια

12.22	8.15	12.22	12.22	4.07	4.07	2.04
17.78	11.85	17.78	17.78	5.93	5.93	2.96

$$\chi^2 = 4.2658 + 0.4199 + 0.4033 + 0.6324 + 0.2125 + 4.2949 + 2.9319 + 0.2888 + 0.2772 + 0.4347 + 0.1459 + 0.1459 + 2.9600 = 17.6257$$

$\chi_{\alpha, df}^2 = 16.81 < 17.6257$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση
ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 30 δεν εξαρτώνται από το φύλο
των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1Α

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Βασική Υπόθεση: Τα χρόνια απασχόλησης στο ψυχιατρείο είναι ανεξάρτητα από την ηλικία των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Τα χρόνια απασχόλησης στο ψυχιατρείο εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	-3 χρ.	4-6	7-9	10-12	
[20,30)	1	15	12	2	30
[30,40)	9	1	3	2	15
[40,50)	0	2	3	0	5
[50,60)	0	2	2	1	5
	10	20	20	5	55

5.45	10.91	10.91	2.73
2.73	5.45	5.45	1.36
0.91	1.82	1.82	0.45
0.91	1.82	1.82	0.45

$$\chi^2 = 3.6335 + 1.5333 + 0.1089 + 0.1952 + 14.4003 + 3.6335 + 1.1014 + 0.3012 + 0.91 + 0.0178 + 0.7651 + 0.45 + 0.91 + 0.0178 + 0.0178 + 0.45 = 28.4458$$

$$\chi_{9,0.05} = 21.67 < 28.4458 \quad \text{Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση}$$

υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι τα χρόνια απασχόλησης σε
ψυχιατρείο εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2Α

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 22: Όταν μάθατε ότι θα δουλέυετε σε ψυχιατρείο, φοβηθήκατε επειδή θα συναντούσατε ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα;

Βασική Υπόθεση: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο δεν εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
[20,30)	10	20	30
[30,40)	10	5	15
[40,50)	3	2	5
[50,60)	2	3	5
	25	30	55

13.64	16.36
6.82	8.18
2.27	2.73
2.27	2.73

$$\chi^2 = 0.528 + 0.4408 + 1.4291 + 1.1931 + 3.9344 + 3.2802 + 0.1307 + 0.1089 = 11.0458$$

$$\chi_{3,0.01}^2 = 11.34 > 11.0458 \quad \text{Άρα απόδεχομαστε τη Βασική Υπόθεση}$$

ότι ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις πληροφορήθηκαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο δεν εξαρτάται από την ηλικία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3Α

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 23: Ποια θα ήταν η συμπεριφορά απέναντι σε αρρώστους που θα σας δημιουργούσαν κάποιο πρόβλημα;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 23 δεν εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 23 εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	B	B+Γ	
[20,30)	12	18	30
{30,40)	11	4	15
{40,50)	3	2	5
{50,60)	4	1	5
	30	25	55

B: Θα προσπαθούσατε να τους ηρεμήσετε με καλό τρόπο;

Γ: Θα φωνάζατε σε βοήθεια γιατρούς και νοσηλευτές;

B+Γ: Συνδυασμός των δύο παραπάνω.

16.36	13.64
8.18	6.82
2.73	2.27
2.73	2.27

$$\chi^2 = 1.1620 + 1.3937 + 0.9722 + 1.1660 + 0.0267 + 0.0321 + 0.5908 + 0.7105 = 6.054$$

$$\chi_{3,007}^2 = 11.34 > 6.054 \quad \text{Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση}$$

ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 23 δεν εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4Α

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 24: Οι ασθενείς των ψυχιατρείων σας επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική σας ζωή;

Βασική Υπόθεση: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στους νοσηλευτές είναι ανεξάρτητη από την ηλικία των ερωτηθέντων, έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στους νοσηλευτές εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
(20,30)	14	16	30
(30,40)	6	9	15
(40,50)	2	3	5
(50,60)	3	2	5
	25	30	55

13.64	16.36
6.82	8.18
2.27	2.73
2.27	2.73

$$\chi^2 = 0.0095 + 0.0079 + 0.0986 + 0.0822 + 0.0321 + 0.0267 + 0.2348 + 0.1952 = 0.657$$

$\chi^2_{3,001} = 11.34 > 0.657$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεξάρτητη από την ηλικία των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5Α

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 7: Έχετε πάρει ειδικότητα στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής;

Βασική Υπόθεση: Η λήψη ειδικότητας στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής είναι ανεξάρτητη από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η λήψη ειδικότητας στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	2	8	10
Π.Α.Σ.	4	6	10
Π.Ι.Σ.	3	12	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	1	19	20
	10	45	55

Μ.Ε.Σ.: Μέση Επαγγελματική Σχολή

Π.Α.Σ.: Πτυχιούχος Ανώτερης Σχολής

Π.Ι.Σ.: Πτυχιούχος Ιδιωτικής Σχολής

1.82	8.18
1.82	8.18
2.73	12.27
3.64	13.36

$$\chi^2 = 0.0178 + 0.0040 + 2.6112 + 0.5810 + 0.0267 + 0.0059 + 1.9147 + 0.4250 = 5.5873$$

$\chi_{3,001}^2 = 11.34 > 5.5873$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η λήψη ειδικότητας στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής δεν εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6Α

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η σχολή που σπουδάσατε σας πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις που σας καθιστούν υπεύθυνους απέναντι στους ψυχασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	2	8	10
Π.Α.Σ.	3	7	10
Π.Ι.Σ.	10	5	15
	15	20	35

4.29	5.71
4.29	5.71
6.43	8.57

$$\chi^2 = 1.2224 + 0.9184 + 0.3879 + 0.2914 + 1.9821 + 1.4872 = 6.2894$$

$\chi^2_{4,001} = 9.21 > 6.2894$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7Α

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 12: Στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που δουλεύετε υπάρχουν νοσηλευτές/τριες ειδικευμένοι/ες;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 12 είναι ανεξάρτητες από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 12 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	4	6	10
Π.Α.Σ.	1	9	10
Π.Ι.Σ.	11	4	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	4	16	20
	20	35	55

3.64	6.36
3.64	6.36
5.45	9.55
7.27	12.73

$$\chi^2 = 0.0356 + 0.0204 + 1.9147 + 1.0958 + 5.6518 + 3.2254 + 1.4708 + 0.8400 = 14.2545$$

$\chi^2_{3,001} = 11.34 < 14.2545$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 12 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8Α

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 22: Όταν μάθατε ότι θα δουλέψετε σε ψυχιατρείο, φοβηθήκατε επειδή θα συναντούσατε ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα;

Βασική Υπόθεση: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες όταν έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο δεν εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες όταν έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	3	7	10
Π.Α.Σ.	2	8	10
Π.Ι.Σ.	12	3	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	8	12	20
	25	30	55

4.55	5.45
4.55	5.45
6.82	8.18
9.09	10.91

$$\chi^2 = 0.5280 + 0.4408 + 1.4291 + 1.1931 + 3.9344 + 3.2802 + 0.1307 + 0.1089 = 11.0458$$

$\chi^2_{3,001} = 11.34 > 11.0458$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι ο τυχόν φόβος που ένιωσαν οι ερωτηθέντες όταν πληροφορήθηκαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο δεν εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9Α

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 26: Το γεγονός ότι εργάζεστε σε ψυχιατρείο το αποδίδετε σε ανθρωπιστικούς ή καθαρά επαγγελματικούς λόγους;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 είναι ανεξάρτητες από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΕΠΑΓΓ/ΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΑΝΘΡ/ΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ ΛΟΓΟΙ	
Μ.Ε.Σ.	5	1	4	10
Π.Α.Σ.	6	3	1	10
Π.Ι.Σ.	11	1	3	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	18	0	2	20
	40	5	10	55

7.27	0.91	1.82
7.27	0.91	1.82
10.91	1.36	2.73
14.55	1.82	3.64

$$\chi^2 = 0.7088 + 0.0089 + 2.6112 + 0.2219 + 4.8001 + 0.3695 + 0.0759 + 0.0953 + 0.0267 + 0.8180 + 1.8200 + 0.7389 = 12.9783$$

$\chi^2_{6,0.01} = 16.81 > 12.9783$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10Α

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 21: Αυτά τα χρόνια που εργάζεστε σε ψυχιατρείο ή σε ψυχιατρική κλινική έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα σοβαρά με τους ψυχωτικούς;

Βασική Υπόθεση: Το εάν το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει προβλήματα με τους ψυχασθενείς είναι ανεξάρτητο από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Το εάν το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει προβλήματα με τους ψυχασθενείς εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
-3 χρ.	3	7	10
4-6 χρ.	18	2	20
7-9 χρ.	20	0	20
10-12χρ.	4	1	5
	45	10	55

8.18	1.81
16.36	3.64
16.36	3.64
4.09	0.91

$$\chi^2 = 3.2802 + 14.8818 + 0.1644 + 0.7389 + 0.8099 + 3.6400 + 0.0020 + 0.0089 = 23.5261$$

$\chi^2_{3,0.05} = 11.34 < 23.5261$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι το εάν το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει προβλήματα με τους ψυχασθενείς εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11Α

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 23: Ποια θα ήταν η συμπεριφορά σας απέναντι σε αρρώστους που θα σας δημιουργούσαν κάποιο πρόβλημα;

Βασική Υπόθεση: Ο τρόπος αντιμετώπισης των ψυχασθενών που δημιουργούν προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο του νοσηλευτικού προσωπικού,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Ο τρόπος αντιμετώπισης των ψυχασθενών που δημιουργούν προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο του νοσηλευτικού προσωπικού.

	B	B+Γ	
-3 χρ.	6	4	10
4-6 χρ.	8	12	20
7-9 χρ.	13	7	20
10-12χρ.	3	2	5
	30	25	55

B: θα προσπαθούσατε να τους ηρεμήσετε με καλό τρόπο;

Γ: θα φωνάζατε σε βοήθεια νοσηλευτές και γιατρούς;

B+Γ: Συνδυασμός των δύο παραπάνω.

5.45	4.55
10.91	9.09
10.91	9.09
2.73	2.27

$$\chi^2 = 0.0555 + 0.0665 + 0.7762 + 0.9316 + 0.4004 + 0.4805 + 0.0267 + 0.0321 = 2.7695$$

$\chi^2_{3,0.1} = 11.34 > 2.7695$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η αντιμετώπιση των ψυχασθενών που δημιουργούν πρόβλημα στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεξάρτητη από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12Α

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 24: Οι ασθενείς των ψυχιατρείων σας επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική σας ζωή;

Βασική Υπόθεση: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ανεξάρτητη από τα χρόνια απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ψυχιατρείο,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο του νοσηλευτικού προσωπικού.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
-3 χρ.	2	8	10
4-6 χρ.	6	14	20
7-9 χρ.	13	7	20
10-12χρ.	4	1	5
	25	30	55

4.55	5.45
9.09	10.91
9.09	10.91
2.27	2.73

$$\chi^2 = 1.4291 + 1.1931 + 1.0504 + 0.8752 + 1.6819 + 1.4013 + 1.3185 + 1.0963 = 10.0458$$

$\chi^2_{3,001} = 11.34 > 10.0458$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού δεν εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13Α

Ερώτηση 7: Έχετε πάρει ειδικότητα στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής;

Ερώτηση 12: Στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που δουλεύετε υπάρχουν νοσηλευτές/τριες ειδικευμένοι/νες;

Βασική Υπόθεση: Το εάν υπάρχει στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεξάρτητο από το εάν ο ερωτηθέν νοσηλευτής είναι ειδικευμένος,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Το εάν υπάρχει στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από το εάν ο ερωτηθέν νοσηλευτής είναι ειδικευμένος.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	3	7	10
ΟΧΙ	17	28	45
	20	35	55

3.64	6.36
16.36	28.64

$$\chi^2 = 0.1125 + 0.0644 + 0.0250 + 0.0143 = 0.2162$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 > 0.2162$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι το εάν υπάρχει στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό δεν εξαρτάται από το εάν ο ερωτηθέν νοσηλευτής είναι ειδικευμένος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14Α

Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η σχολή που σπουδάσατε σας πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις που σας καθιστούν υπεύθυνους απέναντι στους ψυχασθενείς;

Ερώτηση 11: Θα μπορούσε η σχολή που σπουδάσατε να σας διδάξει περισσότερα για τη Ψυχιατρική Νοσηλευτική;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 είναι ανεξάρτητες από τις απαντήσεις στην ερώτηση 10.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 εξαρτώνται από τις απαντήσεις στην ερώτηση 10.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	12	3	15
ΟΧΙ	13	7	20
	25	10	35

10.71	4.29
14.29	5.71

$$\chi^2 = 0.1554 + 0.3879 + 0.1165 + 0.2914 = 0.9512$$

$\chi^2_{1,001} = 6.63 > 0.9512$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 δεν εξαρτώνται από τις απαντήσεις στην ερώτηση 10.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15Α

Ερώτηση 15: Πιστεύετε ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους;

Ερώτηση 25: Πιστεύετε ότι η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή μπορεί να τον βοηθήσει στη θεραπεία του;

Βασική Υπόθεση: Το ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους είναι ανεξάρτητο από τη συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτικού προσωπικού.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Το ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους εξαρτάται από τη συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	43	2	45
ΟΧΙ	7	3	10
	50	5	55

40.91	4.09
9.09	0.91

$$\chi^2 = 0.1068 + 1.0680 + 0.4805 + 4.8001 = 6.4554$$

$\chi^2_{\alpha, \infty} = 6.63 > 6.4554$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους δεν εξαρτάται από τη συναισθηματική

σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1Γ

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Βασική Υπόθεση: Τα χρόνια απασχόλησης στο ψυχιατρείο είναι ανεξάρτητα από την ηλικία των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Τα χρόνια απασχόλησης στο ψυχιατρείο εξαρτούνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	-3 χρ.	4-6	7-9	10-12	13+ χρ.	
{25,30)	8	3	1	2	1	15
{30,35)	1	17	9	11	2	40
{35,40)	4	10	0	1	5	20
{40,45)	2	0	0	1	2	5
	15	30	10	15	10	80

2.8125	5.6250	1.8750	2.8125	1.8750
7.5000	15.0000	5.0000	7.5000	5.0000
3.7500	7.5000	2.5000	3.7500	2.5000
0.1875	1.8750	0.6250	0.1875	0.6250

$$\chi^2 = 9.5681 + 1.2250 + 0.4083 + 0.2347 + 0.4083 + 5.6333 + 0.2667 + 3.2000 + 1.6333 + 1.8000 + 0.0167 + 0.8333 + 2.5000 + 2.0167 + 2.5000 + 17.5208 + 1.8750 + 0.6250 + 3.5265 + 3.0250 = 58.8167$$

$\chi^2_{12,0.01} = 26.22 < 58.8167$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι τα χρόνια απασχόλησης στο ψυχιατρείο εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2Γ

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 22: Όταν μάθατε ότι θα δουλέψετε σε ψυχιατρείο, φοβηθήκατε επειδή θα συναντούσατε ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα;

Βασική Υπόθεση: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις πληροφορήθηκαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο δεν εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων, έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις πληροφορήθηκαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
{25,30}	3	12	15
{30,35}	4	36	40
{35,40}	4	16	20
{40,45}	4	1	5
	15	65	80

2.8125	12.1875
7.5000	32.5000
3.7500	16.2500
0.9375	4.0625

$$\chi^2 = 0.01250 + 0.0029 + 1.6333 + 0.3769 + 0.0167 + 0.0039 + 10.0042 + 2.3087 = 14.3591$$

$\chi^2_{3, \alpha=0.05} = 11.34 < 14.3591$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις πληροφορήθηκαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3Γ

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 23: Ποια θα ήταν η συμπεριφορά σας απέναντι σε αρρώστους που θα σας δημιουργούσαν πρόβλημα;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 23 δεν εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 23 εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	B	Γ	B+Γ	ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΗ	Γ+Δ	
[25,30)	4	3	5	1	2	15
[30,35)	18	3	17	1	1	40
[35,40)	8	2	7	1	2	20
[40,45)	0	2	1	2	0	5
	30	10	30	5	5	80

B: θα προσπαθούσατε να τους ηρεμήσετε με καλό τρόπο;

Γ: θα φωνάζατε σε βοήθεια γιατρούς και νοσηλευτές;

Δ: θα κάνατε κάτι άλλο;

B+Γ: Συνδυασμός των B και Γ.

Γ+Δ: Συνδυασμός των Γ και Δ.

5.6250	1.8750	5.6250	0.9375	0.9375
15.0000	5.0000	15.0000	2.5000	2.5000
6.2500	2.5000	6.2500	1.2500	1.2500
1.8750	0.6250	1.8750	0.3125	0.3125

$$\begin{aligned}\chi^2 &= 0.4694 + 0.6750 + 0.0094 + 0.0042 + 1.2042 + 0.6000 + \\ &0.8000 + 0.2667 + 0.9000 + 0.9000 + 0.4900 + 0.1000 + 0.0900 \\ &+ 0.0500 + 0.4500 + 1.8750 + 3.0250 + 0.4083 + 9.1125 = \\ &21.4897\end{aligned}$$

$\chi_{12,0.01}^2 = 26.22 > 21.4897$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 23 δεν εξαρτώνται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4Γ

Ερώτηση 2: Ηλικία

Ερώτηση 24: Οι ασθενείς των ψυχιατρείων σας επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική σας ζωή;

Βασική Υπόθεση: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στους νοσηλευτές είναι ανεξάρτητη από την ηλικία των ερωτηθέντων, έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στους νοσηλευτές εξαρτάται από την ηλικία των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
[25,30)	11	4	15
[30,35)	23	17	40
[35,40)	2	18	20
[40,45)	4	1	5
	40	40	80

7.5	7.5
20.0	20.0
10.0	10.0
2.5	2.5

$$\chi^2 = 1.6333 + 1.6333 + 0.4500 + 0.4500 + 6.4000 + 6.4000 + 0.9000 + 0.9000 = 18.7666$$

$\chi^2_{3,0.05} = 11.34 < 18.7666$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στους νοσηλευτές εξαρτάται από την ηλικία των

ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5Γ

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 7: Έχετε πάρει ειδικότητα στην άσκηση της
Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής;

Βασική Υπόθεση: Η λήψη ειδικότητας στην άσκηση της
Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής είναι ανεξάρτητη από τον τίτλο
σπουδών των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η λήψη ειδικότητας στην
άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής εξαρτάται από τον τίτλο
σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	2	18	20
Π.Α.Σ.	7	23	30
Π.Ι.Σ.	2	13	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	4	11	15
	15	65	80

Μ.Ε.Σ.: Μέση Επαγγελματική Σχολή

Π.Α.Σ.: Πτυχιούχος Ανώτερης Σχολής

Π.Ι.Σ.: Πτυχιούχος Ιδιωτικής Σχολής

7.5000	16.2500
5.6250	24.3750
2.8125	12.1875
2.8125	12.1875

$$\chi^2 = 4.0333 + 0.1885 + 0.3361 + 0.0776 + 0.2347 + 0.0026 + 0.5014 + 0.1157 = 5.4899$$

$\chi^2_{3,0.05} = 11.34 > 5.4899$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η λήψη ειδικότητας στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής δεν εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6Γ

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η σχολή που σπουδάσατε σας πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις που σας καθιστούν υπεύθυνους απέναντι στους ψυχασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	9	11	20
Π.Α.Σ.	12	18	30
Π.Ι.Σ.	4	11	15
	25	40	65

7.69	12.31
11.54	18.46
5.77	9.23

$$\chi^2 = 0.2234 + 0.1394 + 0.0183 + 0.0115 + 0.5430 + 0.3394 = 1.273$$

$\chi^2_{2,\infty} = 9.21 > 1.273$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 10 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7Γ

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 12: Στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που δουλεύετε υπάρχουν νοσηλευτές/τριες ειδικευμένοι/ες;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 12 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 12 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	16	4	20
Π.Α.Σ.	21	9	30
Π.Ι.Σ.	2	13	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	1	14	15
	40	40	80

10.0	10.0
15.0	15.0
7.5	7.5
7.5	7.5

$$\chi^2 = 3.6000 + 3.6000 + 2.4000 + 2.4000 + 4.0333 + 4.0333 + 5.6333 + 5.6333 = 39.3332$$

$\chi^2_{3,20} = 11.34 < 39.3332$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 12 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8Γ

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 22: Όταν μάθατε ότι θα δουλέψετε σε ψυχιατρείο, φοβηθήκατε επειδή θα συναντούσατε ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα;

Βασική Υπόθεση: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν στο ψυχιατρείο δεν εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν στο ψυχιατρείο εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Μ.Ε.Σ.	1	19	20
Π.Α.Σ.	4	26	30
Π.Ι.Σ.	9	6	15
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	1	14	15
	15	65	80

7.5000	16.2500
5.6250	24.3750
2.8125	12.1875
2.8125	12.1875

$$\chi^2 = 5.6333 + 0.4654 + 0.4694 + 0.1083 + 13.6125 + 3.1413 + 1.1681 + 0.2696 = 24.8679$$

$\chi^2_{3,001} = 11.34 < 24.8679$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι ο τυχόν φόβος που αισθάνθηκαν οι ερωτηθέντες μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο εξαρτάται από τον τίτλο σπουδών τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9Γ

Ερώτηση 5: Τίτλος Σπουδών

Ερώτηση 26: Το γεγονός ότι εργάζεστε σε ψυχιατρείο το αποδίδετε σε ανθρωπιστικούς ή καθαρά επαγγελματικούς λόγους;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 δεν εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 26 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

	ΑΝΘΡ/ΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΕΠΑΓΓ/ΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	ΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	
Μ.Ε.Σ.	3	2	9	1	15
Π.Α.Σ.	1	9	16	4	30
Π.Ι.Σ.	0	8	2	0	10
ΜΗ ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	11	11	3	0	25
	15	30	30	5	80

2.8125	5.6250	5.6250	0.9375
5.6250	11.2500	11.2500	1.8750
1.8750	3.7500	3.7500	0.6250
4.6875	9.3750	9.3750	1.5625

$$\chi^2 = 0.0125 + 2.3361 + 2.0250 + 0.0042 + 3.8028 + 0.4500 + 2.0056 + 2.4083 + 1.8750 + 4.8167 + 0.8167 + 0.6250 + 0.0208 + 3.0816 + 7.4817 + 1.5625 = 33.3245$$

$\chi_{0,001}^2 = 21.67 < 33.3245$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση

26 εξαρτώνται από τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10Γ

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 19 : Από τη μέχρι τώρα πείρα σας υπάρχει μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών στους ψυχασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού αυτοκτονιών είναι ανεξάρτητη από τα χρόνια απασχολήσεως του νοσηλευτικού προσωπικού στο ψυχιατρείο,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού αυτοκτονιών εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης στο ψυχιατρείο του νοσηλευτικού προσωπικού.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
-3 χρ.	2	13	15
4-6 χρ.	17	13	30
7-9 χρ.	2	8	10
10-12χρ.	3	12	15
13+ χρ.	1	9	10
	25	55	80

4.6875	10.3125
9.3750	20.6250
3.1250	6.8750
4.6875	10.3125
3.1250	6.8750

$$\chi^2 = 1.5408 + 0.7004 + 6.2017 + 2.8189 + 0.4050 + 0.1841 + 0.6075 + 0.2761 + 1.4450 + 0.6568 = 14.8363$$

$\chi^2_{4,201} = 13.28 < 14.8363$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού αυτοκτονιών εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11Γ

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 21: Αυτά τα χρόνια που εργάζεστε σε ψυχιατρείο ή σε ψυχιατρική κλινική έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα σοβαρά με τους ψυχωτικούς ασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Το εάν οι ερωτηθέντες έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα σοβαρά με τους ψυχασθενείς δεν εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησής τους στο ψυχιατρείο.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Το εάν οι ερωτηθέντες έχουν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα με τους ψυχασθενείς εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησής τους στο ψυχιατρείο.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
-3 χρ.	2	13	15
4-6 χρ.	26	4	30
7-9 χρ.	9	1	10
10-12χρ.	3	12	15
13+ χρ.	5	5	10
	45	35	80

8.4375	6.5625
16.8750	13.1250
5.6250	4.3750
8.4375	6.5625
5.6250	4.3750

$$\chi^2 = 4.9116 + 6.3149 + 4.9343 + 6.3440 + 2.0250 + 2.6036 +$$

$$3.5042 + 4.5054 + 0.0694 + 0.0893 = 30.7975$$

$\chi^2_{4,001} = 13.28 < 30.7975$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης το ότι εάν οι ερωτηθέντες έχουν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα με τους ψυχασθενείς εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησής τους στο ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12Γ

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 23: Ποια θα ήταν η συμπεριφορά σας απέναντι σε αρρώστους που θα σας δημιουργούσαν κάποιο πρόβλημα;

Βασική Υπόθεση: Ο τρόπος αντιμετώπισης των ψυχασθενών που δημιουργούν προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο του νοσηλευτικού προσωπικού.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Ο τρόπος αντιμετώπισης των ψυχασθενών που δημιουργούν προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο του νοσηλευτικού προσωπικού.

	Β	Γ	Β+Γ	Γ+Δ	ΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	
-3 χρ.	1	4	8	1	1	15
4-6 χρ.	12	2	15	0	1	30
7-9 χρ.	4	2	3	0	1	10
10-12χρ.	7	2	2	2	2	15
13+ χρ.	6	0	2	2	0	10
	30	10	30	5	5	80

Β: Θα προσπαθούσατε να τους ηρεμήσετε με καλό τρόπο;

Γ: Θα φωνάζατε σε βοήθεια νοσηλευτές και γιατρούς;

Δ: Θα κάνατε κάτι άλλο;

Β+Γ: Συνδυασμός των Β και Γ.

Γ+Δ: Συνδυασμός των Γ και Δ.

5.6250	1.8750	5.6250	0.9375	0.9375
11.2500	3.7500	11.2500	1.8750	1.8750
3.7500	1.2500	3.7500	0.6250	0.6250
5.6250	1.8750	5.6250	0.9375	0.9375
3.7500	1.2500	3.7500	0.6250	0.6250

$$\chi^2 = 3.8028 + 2.4083 + 1.0028 + 0.0042 + 0.0042 + 0.0500 + 0.8167 + 1.2500 + 1.8750 + 0.4083 + 0.0167 + 0.4500 + 0.1500 + 0.6250 + 0.2250 + 0.3361 + 0.0083 + 2.3361 + 1.2042 + 1.2042 + 1.3500 + 1.2500 + 0.8167 + 3.0250 + 0.6250 = 24.4279$$

$\chi_{16,0.01}^2 = 31.99 > 24.4279$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι ο τρόπος αντιμετώπισης των ψυχασθενών που δημιουργούν προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13Γ

Ερώτηση 6: Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο

Ερώτηση 24: Οι ασθενείς των ψυχιατρείων σας επηρεάζουν ψυχολογικά στην προσωπική σας ζωή;

Βασική Υπόθεση: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχοασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ανεξάρτητη από τα χρόνια απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο ψυχιατρείο,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η επίδραση που ασκούν οι ψυχοασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο ψυχιατρείο.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
-3 χρ.	9	6	15
4-6 χρ.	17	13	30
7-9 χρ.	4	6	10
10-12χρ.	7	8	15
13+ χρ.	3	7	10
	40	40	80

7.5	7.5
15.0	15.0
5.0	5.0
7.5	7.5
5.0	5.0

$$\chi^2 = 0.3000 + 0.3000 + 0.2667 + 0.2667 + 0.2000 + 0.2000 + 0.0333 + 0.0333 + 0.8000 + 0.8000 = 3.2000$$

$\chi_{4,0.05}^2 = 13.28 > 3.2000$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η επίδραση που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού δεν εξαρτάται από τα χρόνια απασχόλησής του στο ψυχιατρείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14Γ

Ερώτηση 7: Έχετε πάρει ειδικότητα στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής;

Ερώτηση 12: Στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που δουλεύετε υπάρχουν νοσηλευτές/τριες ειδικευμένοι/νες;

Βασική Υπόθεση: Το εάν υπάρχει στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεξάρτητο από το εάν η ερωτηθείσα νοσηλεύτρια είναι ειδικευμένη,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Το εάν υπάρχει στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από το εάν η ερωτηθείσα νοσηλεύτρια είναι ειδικευμένη.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	11	4	15
ΟΧΙ	29	36	65
	40	40	80

7.5	7.5
32.5	32.5

$$\chi^2 = 1.6333 + 1.6333 + 0.3769 + 0.3769 = 4.0204$$

$\chi^2_{1,0.05} = 6.63 > 4.0204$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι το εάν υπάρχει στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεξάρτητο από το εάν η ερωτηθείσα νοσηλεύτρια είναι ειδικευμένη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15Γ

Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η σχολή που σπουδάσατε σας πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις που σας καθιστούν υπεύθυνους απέναντι στους ψυχασθενείς;

Ερώτηση 11: Θα μπορούσε η σχολή που σπουδάσατε να σας διδάξει περισσότερα για τη Ψυχιατρική Νοσηλευτική;

Βασική Υπόθεση: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 είναι ανεξάρτητες από τις απαντήσεις στην ερώτηση 10,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 εξαρτώνται από τις απαντήσεις στην ερώτηση 10.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	9	11	20
ΟΧΙ	36	9	45
	45	20	65

13.85	6.15
31.15	13.85

$$\chi^2 = 1.6984 + 3.8248 + 0.7551 + 1.6984 = 7.9767$$

$\chi^2_{\alpha,df} = 6.63 < 7.9767$ Άρα απορρίπτουμε τη Βασική Υπόθεση υπέρ της Εναλλακτικής Υπόθεσης ότι οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 εξαρτώνται από τις απαντήσεις στην ερώτηση 10.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16Γ

Ερώτηση 15: Πιστεύετε ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους;

Ερώτηση 19: Από τη μέχρι τώρα πείρα σας υπάρχει μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών στους ψυχασθενείς;

Βασική Υπόθεση: Η ένταξη ή όχι των ψυχασθενών στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους είναι ανεξάρτητη από το ποσοστό των αυτοκτονιών.

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Η ένταξη ή όχι των ψυχασθενών στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους εξαρτάται από το ποσοστό των αυτοκτονιών.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	13	42	55
ΟΧΙ	12	13	25
	25	55	80

17.1875	37.8125
7.8125	17.1875

$$\chi^2 = 1.0202 + 0.4637 + 2.2445 + 1.0202 = 4.7486$$

$\chi^2_{1,0.01} = 6.63 > 4.7486$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση ότι η ένταξη ή όχι των ψυχασθενών στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους δεν εξαρτάται από το ποσοστό των αυτοκτονιών που πραγματοποιείται μεταξύ των ψυχασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17Γ

Ερώτηση 15: Πιστεύετε ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους;

Ερώτηση 25: Πιστεύετε ότι η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή μπορεί να τον βοηθήσει στη θεραπεία του;

Βασική Υπόθεση: Το ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους είναι ανεξάρτητο από τη συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτικού προσωπικού,

έναντι της Εναλλακτικής Υπόθεσης: Το ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους εξαρτάται από τη συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτικού προσωπικού.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	43	12	55
ΟΧΙ	22	3	25
	65	15	80

	44.6875	10.3125
	20.3125	4.6875

$$\chi^2 = 0.0637 + 0.2761 + 0.1402 + 0.6075 = 1.0875$$

$\chi^2_{1,80} = 6.63 > 1.0875$ Άρα αποδεχόμαστε τη Βασική Υπόθεση το ότι οι ψυχασθενείς μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους δεν εξαρτάται από τη συναισθηματική

σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μέχρι τώρα ανάλυση έχει προκύψει ότι οι παρακάτω μεταβλητές είναι ανεξάρτητες από το φύλο των ερωτηθέντων: ο τίτλος σπουδών, η απόκτηση ή όχι ειδικότητας στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, η άποψη των ερωτηθέντων εάν η σχολή που αποφοίτησαν τους πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις έτσι ώστε να είναι υπεύθυνοι απέναντι στους ψυχασθενείς, η άποψη των ερωτηθέντων εάν η σχολή που αποφοίτησαν θα μπορούσε να τους διδάξει περισσότερα στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, η επίδραση που τυχόν ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, η άποψη των ερωτηθέντων εάν η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του ψυχασθενή μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία του.

Ενώ αντίθετα, για τις μεταβλητές που ακολουθούν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ αυτών και του φύλου των ερωτηθέντων: τα χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρείο (από τις παρατηρήσεις μας έχει προκύψει ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες εργάζονται περισσότερα χρόνια στο ψυχιατρείο από ότι οι άνδρες νοσηλευτές και αυτό διότι η Νοσηλευτική θεωρείται ένα κατά εξοχήν γυναικείο επάγγελμα), η άποψη των ερωτηθέντων εάν θα πρέπει να είναι ειδικευμένο το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων, εάν το ποσοστό των αυτοκτονιών που παρατηρούνται μεταξύ των ψυχασθενών είναι υψηλό ή όχι, εάν οι ψυχασθενείς προκαλούν σοβαρά προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό, εάν αισθάνθηκαν φόβο μόλις πληροφορηθήκανε ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο, το γεγονός ότι εργάζονται σε ψυχιατρείο οφείλεται

σε ανθρωπιστικούς ή καθαρά επαγγελματικούς λόγους, ο τρόπος αντιμετώπισής τους από τους ψυχιάτρους.

Από τους πίνακες 1Α και 1Γ προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και των χρόνων απασχόλησής των στο ψυχιατρείο.

Από τον πίνακα 2Α προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ της ηλικίας των ανδρών νοσηλευτών και εάν αισθάνθηκαν φόβο μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο, ενώ αντίθετα στις γυναίκες νοσηλεύτριες, σύμφωνα με τον πίνακα 2Γ, παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και εάν αισθάνθηκαν φόβο μόλις πληροφορήθηκαν το διορισμό τους σε ψυχιατρείο.

Από τους πίνακες 3Α και 3Γ προκύπτει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του τρόπου αντιμετώπισης ψυχασθενών που δημιουργούν προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Από τον πίνακα 4Α προκύπτει ανεξαρτησία μεταξύ της ηλικίας των ανδρών νοσηλευτών και της επίδρασης που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ αντίθετα στις γυναίκες νοσηλεύτριες, σύμφωνα με τον πίνακα 4Γ, προκύπτει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των και της επίδρασης που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Από τους πίνακες 5Α και 5Γ παρατηρείται ανεξαρτησία μεταξύ του τίτλου σπουδών των ερωτηθέντων και της ειδικότητας που τυχόν έχουν αποκτήσει για την άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Από τους πίνακες 6Α και 6Γ προκύπτει ανεξαρτησία μεταξύ του τίτλου σπουδών των ερωτηθέντων και της άποψής τους ότι η σχολή από την οποία αποφοίτησαν τους πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις έτσι ώστε να καταστούν υπεύθυνοι απέναντι τους ψυχασθενείς.

Από τους πίνακες 7Α και 7Γ προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του τίτλου σπουδών και εάν υπάρχει ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που δουλεύουν οι ερωτηθέντες.

Από τον πίνακα 8Α προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ του τίτλου σπουδών των ανδρών νοσηλευτών και εάν αισθάνθηκαν φόβο μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο και θα ερχόντουσαν σε επαφή με ψυχασθενείς, ενώ αντίθετα στις γυναίκες νοσηλεύτριες, σύμφωνα με τον πίνακα 8Γ, παρατηρείται συσχέτισή μεταξύ του τίτλου σπουδών τους και εάν αισθάνθηκαν φόβο μόλις έμαθαν ότι θα δούλευαν σε ψυχιατρείο και θα ερχόντουσαν σε επαφή με άτομα που πάσχουν από ψυχικά προβλήματα.

Από τον πίνακα 9Α προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ του τίτλου σπουδών των ανδρών νοσηλευτών και το γεγονός ότι εργάζονται σε ψυχιατρείο οφείλεται σε ανθρωπιστικούς ή καθαρά επαγγελματικούς λόγους, ενώ αντίθετα στις γυναίκες νοσηλεύτριες, σύμφωνα με τον πίνακα 9Γ, παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών.

Από τον πίνακα 10Γ προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των χρόνων απασχόλησης σε ψυχιατρείο και του ποσοστού αυτοκτονιών που παρατηρείται μεταξύ των ψυχασθενών, ενώ αντίθετα στους άνδρες νοσηλευτές δεν εξετάζεται εάν

υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών και αυτό διότι στη δεύτερη μεταβλητή όλοι οι νοσηλευτές απάντησαν αρνητικά.

Από τους πίνακες 10Α και 11Γ προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των χρόνων απασχόλησης σε ψυχιατρείο και των προβλημάτων που προκαλούν οι ψυχασθενείς στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Από τους πίνακες 11Α και 12Γ προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ των χρόνων απασχόλησης σε ψυχιατρείο και του τρόπου αντιμετώπισης των ψυχασθενών που δημιουργούν στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Από τους πίνακες 12Α και 13Γ προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ των χρόνων απασχόλησης των ερωτηθέντων στο ψυχιατρείο και της επίδρασης που ασκούν οι ψυχασθενείς στην προσωπική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Από τους πίνακες 13Α και 14Γ παρατηρείται ανεξαρτησία μεταξύ της απόκτησης ή όχι ειδίκευσης στην άσκηση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και εάν υπάρχει ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό τμήμα που εργάζονται οι ερωτηθέντες.

Από τον πίνακα 14Α προκύπτει ανεξαρτησία μεταξύ εάν οι αποφοιτήσαντες νοσηλευτές θεωρούν ότι η σχολή τους πρόσφερε τις απαραίτητες γνώσεις έτσι ώστε να καταστούν υπεύθυνοι απέναντι στους ψυχασθενείς, ενώ αντίθετα στις γυναίκες νοσηλεύτριες, σύμφωνα με τον πίνακα 15Γ, παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών.

Από τον πίνακα 16Γ προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία

μεταξύ της ένταξης των ψυχασθενών στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους και του ποσοστού αυτοκτονιών που παρατηρούνται μεταξύ των ψυχασθενών.

Από τους πίνακες 15Α και 17Γ προκύπτει ότι υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ της ένταξης των ψυχασθενών στην κοινωνία μετά την απόθεραπεία τους και εάν η συναισθηματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η έρευνα που διενεργήθηκε στην παρούσα εργασία αποτελεί ένα ελάχιστο δείγμα της ανάγκης για διερεύνηση του τομέα της ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

Πέρα από τον κυρίαρχο σκοπό μας, δηλαδή να ανακαλύψουμε τις σχέσεις που διέπουν το νοσηλευτικό, ιατρικό προσωπικό με τους ψυχασθενείς, στόχος μας ήταν επίσης να πάρουμε μια "γεύση" απ'αυτό που στην Ελλάδα αποτελεί κοινωνικό "στίγμα" : την ψύχωση σ'όλες της τις μορφές.

Ίσως να ήταν παράταιρο να αναφερθούμε με λεπτομέρειες στον τρόπο αντιμετώπισης μας από το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού, όμως θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι το επίπεδο γνώσεων, σπουδών και εμπειρίας των νοσηλευτών που εργάζονται αυτή τη στιγμή στα ψυχιατρεία είναι επικίνδυνα χαμηλό.

Παρά όμως, τα πρωτοφανή στοιχεία που συλλέξαμε με βάση τη μέθοδο του ερωτηματολογία, θα πρέπει να καταλάβουμε πως οι ερευνησεις της έρευνας παρέχουν μόνο έμμεσες πληροφορίες πως συλλέγουμε μόνο λεκτική συμπεριφορά κι όχι πραγματικές γνώμες που οι αποκρινόμενοι θεωρούν πως πρέπει να εκφράσουν, συναισθήματα που τα έχουν σαφώς συνειδητοποιημένα. Το είδος της λεκτικής συμπεριφοράς που συγκεντρώνουμε με ερωτηματολόγια είναι ένα κοινωνικό προϊόν που έχει δουλευτεί πολλές φορές και είναι σφραγισμένο από ολόκληρη την κοινωνική πείρα του ερωτώμενου αλλά και αυτού που τον ρωτάει.

Έτσι, λοιπόν, και τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, δε θα'πρέπενα τα δει κανείς ως ένα ενιαίο σύνολο, αυτόνομο αλλά ως προέκταση, ενός ερύτερου κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου σε καθορισμένο τόπο : Ελλάδα, και χρόνο : 1991-

1992.

Χρειάζεται πολλή μελέτη, έρευνα και εργασία προς την κατεύθυνση της Ψυχιατρικής. Γιατί η ψυχιατρική, ως επιστήμη, υπάρχει στην χώρα μας μόνο ως θεραπεία. Ελάχιστες είναι οι κλινικές που παρέχουν κάποια στοιχειώδη και ανθρώπινη μεταχείριση στους ψυχικά ασθενείς. Να μιλήσουμε έξω από τα δόντια ; Τα σημερινά ψυχιατρεία στην Ελλάδα αποτελούν άσυλα που δεν έχουν καμία σχέση με τους ανθρώπινους όρους διαβίωσης. Τι θα'πρέπε να γίνει γι'αυτό;

Πρώτα απ'όλα, να βγάλουμε τις "παρωπίδες" απί τα μάτια. Να πάψουμε να στρουθοκαμηλίζουμε. Να δούμε την κατάσταση που επικρατεί στα Ψυχιατρεία κατάματα. Είναι κι αυτό μια αρχή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξανδρίδης Αθανάσιος : "Μελέτη της έννοιας της συμβιωτικής παιδικής ψύχωσης", Εκδόσεις Χαντζηνικολή.

Ασπιώτη Αρ. : "Από τη σφαίρα του αρρώστου ψυχικού οργανισμού", Αθήνα 1955.

Βουγιούκας Α. : "Εσωτερική Παθολογία Ψυχωσικών", Θεσσαλονίκη 1976.

Γιαννοπούλου Αθηνά : "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1990.

Δεστούνη Γ. : "Η εξέλιξη της Παιδοψυχιατρικής, επιστήμης στην Ελλάδα" (1846-1969), Πρακτικά Ελληνικής Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας, Αθήνα 1-3-1971.

Μαδιανός Γ.Μιχάλης : "Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή", Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1989.

Μάνου Νίκος : "Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, University studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.

Πανελλήνιο 16ο Νοσηλευτικό Συνέδριο : "Τεχνολογία και Νοσηλευτική", Μάιος 1989.

Ραγιά Χρ.Αφροδίτη : "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Εκδόσεις Αδελφότητας "Ευνίκη", Αθήνα 1978.

Στεφάνης Κ. : "Θέματα Ψυχιατρικής", Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθή-

να 1973.

Τετράδια Ψυχιατρικής : "Αφιέρωμα στην Παιδοψυχιατρική" Πε-
ριοδική έκδοση επιστημονικής του Κ.Θ.Ψ.Α., Απρίλης -
Οκτώβρης 1989.

Χαρτοκόλης Π. : "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Εκδόσεις "Θε-
μέλιο", Αθήνα 1986.

