

| | |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 1173 |
|----------------------|------|

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Μέσα από την εργασία αυτή θέλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που βοήθησαν με ενθάρρυνση και συμβολή στο δύσκολο έργο της συγγραφής της παρούσας Πτυχιακής.

Ευχαριστώ θερμά όλους εκείνους που προθυμοποιήθηκαν να μου προσκομίσουν την απαραίτητη Βιβλιογραφία, η οποία και βοήθησε τόσο σημαντικά στην ανοικοδόμηση της Εργασίας μου.

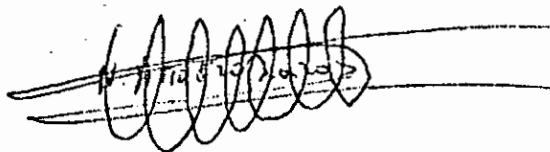
Ευχαριστώ θερμά τον υπεύθυνο Καθηγητή για την επιτάλεση της εργασίας μου κ. ΝΙΚΟΛΑΟ ΜΑΚΡΗ, όπου με τις γνώσεις του με βοήθησε σημαντικά στη δημιουργία της εργασίας μου αυτής.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την Δ/ντρια του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. Πατρών δ. ΝΑΝΟΥ, καθώς και όλες τις υπεύθυνες Καθηγήτριες της Σχολής για τις πάσης φύσεως συμβουλές και τη θετική συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Με τιμή

Ο ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΑΤΟΣ



Β Ι Σ Α Γ Ω Γ Η - Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η μελέτη αυτή έχει σαν αντικείμενο τον άνθρωπο όχι πλέον συγκεκριμένα σε κάποια όργανα ή συστήματα οργάνων αλλά ολόκληρο.

Βλέπουμε τον άνθρωπο σαν μια βιοψυχοκοινωνική ενότητα που αντιλαμβάνεται, σκέφτεται, αισθάνεται, εκφράζεται, συμπεριφέρεται.

Τον βλέπουμε με τις τωρινές βιολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές του ανάγκες, με τις αναπολήσεις, τις προσδοκίες του, και τους φόβους του για το μέλλον καθώς και με τους άρρικτους δεσμούς του με το άμεσο οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Τον άνθρωπο αυτό θα προσπαθήσουμε να πλησιάσουμε για να κά-
νουμε μια όσο το δυνατόν καλύτερη έρευνα του ψυχικού του κόσμου
σε όλες τις μορφές και εκδηλώσεις του ώστε να συντελέσουμε απο-
τελεσματικά στη θεραπεία του και γιατί όχι στην πρόληψη της ψυ-
χικής ασθένειας.

Σκοπός μας άρα και πρόληψη της ψυχικής νόσου.

Η μελέτη αυτή θα περιλαμβάνει :

Κεφάλαιο 1ο .: Βισαγωγή στην Ψυχιατρική σαν Επιστήμη.

Κεφάλαιο 2ο : Αίτια και παράγοντες που επηρεάζουν την κατανομή
των ψυχώσεων.

Κεφάλαιο 3ο : Ο ψυχικά άρρωστος και τι πρέπει να γνωρίζει ο νο-
σηλευτής.

Κεφάλαιο 4ο : Νοσηλευτική φροντίδα.

Κεφάλαιο 5ο : Θεραπεία .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 10

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΑΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Εισαγωγή στην Ψυχιατρική :

Ψυχιατρική : είναι εκείνος ο κλάδος των Ιατρικών Επιστημών που μελετά όλες τις καταστάσεις των οποίων τα συμπτώματα αφορούν διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών και γενικά την διαταραγμένη συμπεριφορά του ατόμου.

Το αντικείμενο της Ψυχιατρικής είναι η επισήμανση, η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Διαταραχές οι οποίες δεν αναφέρονται σε διάφορα όργανα και συστήματα οργάνων αλλά στην ενιαία βιοψυχοκοινωνική τους υπόσταση. Οι ψυχικές διαταραχές δεν εκφράζουν μόνο μεταβολές στο βιολογικό υπόστρωμα αλλά δείχνουν και την προσωπική ιστορία του ατόμου που δεν είναι άσχετη με το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο εκτυλίσσεται και διαμορφώνεται η ατομική ζωή.

Ιστορική Ανασκόπηση:

Η Ψυχιατρική από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας.

Πρωτόγονη εποχή. Ψυχικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις φιλολογίες και προπάντων στην Ελληνική, στον Όμηρο και τις Αττικές τραγωδίες. Επικρατεί παντού η ίδια άποψη ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα που στην Αρχαία Ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται σαν τις θεές μανία και λύσσα.

* Πρωτόγονοι ψυχίατροι ήσαν οι Δάμονες (χαρακτηριστικός τύπος ανθρώπων που ασχολείται με τους ψυχικά αρρώστους) και ήσαν μάγοι

και ιερείς. Στην Αρχαία Ελλάδα στη θέση του ψυχιάτρου είναι οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά έργα που ονομάζονταν Ασκληπιεία .

Πρώτος που ξεχώρισε τη θέση του σαν γιατρός ήταν ο Ιπποκράτης ο οποίος διακήρυξε ότι, όλες οι αρρώστιες αρχίζοντας από την ιερή ασθένεια της ανθρωπότητας, την επιληψία, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Κατά τον ίδιο οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση του σώματος.

Ο Πλάτωνας αποκλίνοντας από τις ιδέες του Ιπποκράτη, υποστήριξε ότι, οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής ανεξάρτητα από εξωτερικές επιδράσεις.

-Ρωμαϊκή εποχή : Γίνεται διαχωρισμός των ψυχικών ασθενειών σε οξείες και χρόνιες ξεχωρίζοντας τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στον πυρετό. Τονίστηκε η ατομικότητα του ανθρώπου και το χρέος του γιατρού να τον εξυπηρετεί και όχι να τον ελέγχει. Κύριος εκπρόσωπός της ο Γαληνός.

- Μεσαίωνας : Η αντίληψη για την Ψυχιατρική αρρώστεια είχε σα βάση της τη θρησκεία και ειδικότερα τη δαιμονολογία. Εδώ οι ψυχιατρικές διαταραχές παύουν ν' αποτελούν θέμα της ιατρικής επιστήμης.

- Αναγέννηση : Τον 13ο αιώνα στην κατάσταση που είχε δημιουργηθεί κατά τον Μεσαίωνα έρχονται να εναντιωθούν οι γιατροί..

Η ψυχιατρική στις μέρες μας :

Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρείας και κατά δεύτερο λό-

γο της ψυχοβιολογίας και του υπαρξισμού, παραμέρισαν κάπως την οργανική άποψη στην Ευρώπη και πολύ πιο ριζικά, ιδίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στην Αμερική. Πιο πρόσφατα ωστόσο η ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική ψυχοφαρμακευτική δραστηριότητα και η παράλληλη ανάπτυξη εργαστηριακών μεθόδων έρευνας του μηχανισμού της λειτουργίας του εγκεφάλου, έχουν προκαλέσει μια ανακατάταξη των κατευθύνσεων, δημιουργώντας το ενδεχόμενο μιας επιστροφής στην διπολική παράδοση της ψυχιατρικής: μιας οργανικής και μιας ψυχολογικής.

Αλλά δεδομένου ότι οι ψυχοδυναμικές και κοινωνιολογικές αρχές έχουν εν τω μεταξύ δεθεί λειτουργικά με την κλινική πράξη, μια τέτοια παλινδρομική εξέλιξη φαίνεται να αποκλείεται.

Αντίθετα όλες οι ενδείξεις υπόσχονται μια δημιουργική σύνθεση μάλλον, παρά μια καινούργια διαμάχη ή απλώς συνύπαρξη - τη δημιουργία μιας ενιαίας κοινωνικοψυχοβιολογικής επιστήμης.

(Σημ: έδρας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών)

Οργάνωση Ψυχιατρείου :

Εκκινώντας από την λειτουργία του Ψυχιατρείου πρέπει να τονίσουμε ότι απαιτεί και την σύγχρονη λειτουργία Γενικού Νοσοκομείου έχοντας όμως και ειδικά προβλήματα που θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε. Στα ειδικά αυτά Νοσοκομεία ο αριθμός των κλινών είναι συνήθως μεγάλος, αλλά οι θάλαμοι δεν πρέπει να είναι πολύ μεγάλοι.

Καλύτερα έχει εκτιμηθεί ότι είναι τα μονόκλινα δωμάτια ενώ αν αυτό δεν είναι λειτουργικά δυνατόν, καλύτερα είναι θάλαμοι τεσσάρων έως έξι κλινών.

Επίσης είναι απαραίτητο να υπάρχουν αίθουσες εργασιοθεραπείας, φυσιοθεραπείας, χώροι αθλητισμού και ψυχαγωγίας καθώς και μια μεγάλη αίθουσα διασκέψεων. Η τροφή είναι και μέσο αγωγής γι' αυτό και επιβάλλεται να είναι αισθητικά περιποιημένη και η τραπεζαρία να είναι εμφανίσιμη και ευχάριστη. Για το λόγο αυτό τα καθήκοντα του προσωπικού είναι επίπονα, πρέπει να υπάρχουν κατάλληλα γραφεία και αναπαυτήρια. Η ατμόσφαιρα πρέπει να είναι φιλική και να δίνει ευκαιρίες συμμετοχής στην κοινωνική ζωή.

Στοιχεία απαραίτητα στα καθιστικά δωμάτια είναι το φώς, ο ήλιος, τα λουλούδια, οι εφημερίδες, τα περιοδικά, η μουσική, τα χρώματα. Το ζεστό νερό να έχει σταθερή θερμοκρασία και να μην είναι πολύ καυτό. Να έχουν ληφθεί όλα τα μέτρα ασφαλείας για την απομάκρυνση των κινδύνων που αυξάνονται όταν οι άρρωστοι χάνουν τον έλεγχο των πράξεών τους. Γι' αυτό σκόπιμο είναι να αποφεύγονται οι ανοιχτοί εξώστες, τα παράθυρα να είναι ασφαλισμένα, τα σώματα θερμάνσεως να μην είναι προσιτά ή να προστατεύονται κατάλληλα. Το ίδιο και οι ηλεκτρικοί διακόπτες και γενικά οι διακόπτες παροχής ρεύματος. Τα κρεβάτια να είναι χαμηλά και τα κλινοσκεπάσματα να μην είναι δυνατόν να μετατραπούν σε βρόγχους.

Είναι άκρως απαραίτητο να παίρνονται όλα τα μέτρα ασφαλείας χωρίς όμως να παραβλέπεται η αισθητική του περιβάλλοντος και η ανθρωπιά που είναι πολύ απαραίτητα στη ζωή.

(Βιβλιογραφία Παπαοικονόμου-Αποστολόπουλου) .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Τα αίτια των Ψυχώσεων :

Στην αιτιολογία γενικά των ψυχώσεων λαμβάνουν μέρος παράγοντες κληρονομικού, ψυχογενούς και οργανικού χαρακτήρα που δρούν είτε ο καθένας ξεχωριστά είτε σε συνδιασμό μεταξύ τους.

Το βάρος του κληρονομικού παράγοντα δίνεται σε ψυχικές παθήσεις της πιο βαρειάς μορφής καθώς και στις ανωμαλίες της προσωπικότητας.

Η ομάδα των ψυχογενών παραγόντων χωρίζεται σε παράγοντες εξωγενείς και ενδογενείς.

Οι εξωγενείς παράγοντες απορρέουν κύρια από δυσμενείς συνθήκες στην οικογένεια κατά την αρχική περίοδο ανάπτυξης του ατόμου και τις μετέπειτα επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Οι παράγοντες ενδογενούς χαρακτήρα απορρέουν από τα ίδια τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου.

Στην ομάδα των οργανικών παραγόντων συμπεριλαμβάνονται όλες οι γνωστές παθολογικές καταστάσεις, τραυματικής, αγγειακής, τοξικής, φλεγμονώδους, εκφυλιστικής, μεταβολικής, ενδοκρινικής, νεοπλασματικής και συγγενούς αιτιολογίας. Με την επίδραση των παραπάνω παραγόντων δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ψυχικής νόσου.

Για την αποφυγή ψυχικής νόσου όμως αναπτύσσονται αντισταθμιστικάί μηχανισμοί που αποβλέπουν στο να προστατεύσουν την προσωπικότητα του ατόμου. Ανάπτυξη της νόσου θα έχουμε αν οι αιτιολο-

γικοί παράγοντες είναι πιο ισχυροί από τους αντισταθμιστικούς παράγοντες.

(Βιβλιογραφία Στεφανής : Θέματα Ψυχιατρικής σελ. 3).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανομή της ψυχικής αρρώστειας.

Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανομή των ψυχώσεων στον άνθρωπο αριθμούνται σε τέσσερις προ θα προσπαθήσουμε να τους δώσουμε με όσο το δυνατόν πιο συνοπτικό τρόπο:

- α) Το όριο της ηλικίας έχει αυξηθεί σημαντικά, οπότε έχουμε και μεγαλύτερο ποσοστό ασθενειών όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία.
- β) Ο εκσυγχρονισμός και η βιομηχανοποίηση της εποχής μας έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ψυχικής αρρώστειας σε σχέση με τις προηγούμενες εποχές.
- γ) Η κληρονομικότητα που επηρεάζει όλο και περισσότερο την ευαισθησία του ανθρώπινου οργανισμού όσον αφορά τις ψυχικές αδυναμίες και ασθένειες.

(Βιβλ.: Σημειώσεις Ψυχολογίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας) .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

1) Κατηγορίες ψυχικών αρρώστων.

Τον ψυχικά άρρωστο μπορούμε να τον ταξινομήσουμε προσωρινά σε μια από τις ακόλουθες κατηγορίες:

Στην πρώτη κατηγορία είναι ο άρρωστος που προέρχεται από το άγχος του, την κατάθλιψη, την έντονη δυσφορία, την αδυναμία να αποφασίσει για τα βασικά προβλήματα της ζωής του. Είναι ο τυπικά νευρωτικός άρρωστος.

Στην δεύτερη κατηγορία είναι ο άρρωστος που προέρχεται από τα ποικίλα σωματικά ενοχλήματα που καλύπτουν όλο το φάσμα των σωματικών λειτουργιών. Και εδώ έχουμε να κάνουμε με νευρωτικό άρρωστο του οποίου το άγχος όμως εκφράζεται με τα σωματικά του συμπτώματα.

Στην τρίτη κατηγορία είναι ο άρρωστος που συνήθως - όχι όμως πάντα - συνοδεύεται από κάποιον δικό του που συνήθως έχει και την πρωτοβουλία για την συνάντηση με τον γιατρό. Πρόκειται για ψυχικό άρρωστο μανιοκαταθληπτικό ή σχιζοφρενικό, ο ίδιος έχοντας χάσει τον έλεγχο της αντικειμενικής πραγματικότητας δεν πολυπιστεύει ότι είναι άρρωστος. Μπορεί όμως να παρακονεθεί για καταθληπτικό ή αδιάφορο συναίσθημα και για διαταραχές στις σωματικές αλλά κυρίως στις πνευματικές του λειτουργίες.

Στην τέταρτη κατηγορία είναι ο άρρωστος που απορρίπτει με αγανάκτηση τον ισχυρισμό των άλλων ότι είναι άρρωστος. Σπάνια θα έρθει με δικιά του πρωτοβουλία και αν έρθει θα το κάνει για λόγους άσχετους με τη βασική του διαταραχή. Κατά κανόνα στο γιατρό θα

τον φέρουν οι δικοί του, το σχολείο του ή η αστυνομία.

Δεν είναι ούτε νευροσικός ούτε ψυχωσικός. Είναι άτομο με διαταραχή προσωπικότητας. Δεν υποφέρει ο ίδιος αλλά με τη συμπεριφορά του κάνει τους άλλους να υποφέρουν.

Στην πέμπτη κατηγορία είναι ο τοξικομανής άρρωστος.

Στη χώρα μας η τοξικομανία δεν έχει τις διαστάσεις πρωτεύοντος κοινωνικού προβλήματος. Οι τοξικομανείς θα έρθουν στο γιατρό είτε από μόνοι τους, είτε γιατί θα τους φέρουν άλλοι.

Στην έκτη κατηγορία έχουμε να κάνουμε με άρρωστο που παρουσιάζει ένα πλήθος από διαταραχές της συμπεριφοράς που περιγράψαμε ως τώρα. Όμως στην περίπτωση αυτή οι ψυχικές διαταραχές απορρέουν στη συγκεκριμένη σωματική αρρώστεια που διαταράσσει τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Τα περιστατικά αυτά γίνονται όλο και πιο πολλά λόγω της αύξησης του μέσου όρου της ηλικίας.

Προδιαθεσικοί παράγοντες. Με πολύ συνοπτικό τρόπο θα προσπαθήσουμε να δώσουμε ορισμένους προδιαθεσικούς παράγοντες της ψυχικής αρρώστειας οι οποίοι κυρίως είναι :

Πρώτος παράγοντας είναι η κληρονομικότητα.

Δεύτερος παράγοντας είναι το κοινωνικό περιβάλλον, στο σπίτι, στο σχολείο και αργότερα στην εργασία.

Τρίτος παράγοντας είναι οι σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους που μας περιστοιχίζουν.

Άλλοι παράγοντες είναι : τραυματικές καταστάσεις, τοξικές καταστάσεις, μολύνσεις, οργανικές βλάβες του εγκεφάλου και διάφορες παθολογικές αλλαγές στην λειτουργία του σώματος όπως είναι οι ενδοκρινολογικές διαταραχές.

2) Συμπτώματα διαταραχής των ψυχικών λειτουργιών

Στην ψυχιατρική το αντικείμενο της μελέτης είναι το άτομο στο σύνολό του.

Η ψυχιατρική διαταραχή ανεξάρτητα με τα αίτια που την προκαλούν αναφέρεται στις σύμπλοκες λειτουργίες του ατόμου, τις βιο-ψυχοκοινωνικές δηλαδή λειτουργίες του.

Εκδηλώνεται : α) στην αντικειμενική συμπεριφορά (αυτή δηλαδή που υπόκειται στην παρατήρηση) και

β) στην υποκειμενική κατάσταση ή πιο σωστά στα βιώματα του ίδιου του ατόμου.

Α' Διαταραχές της συνείδησης

Οι διαταραχές της συνείδησης εμφανίζονται στην κλινική πράξη από ελαφρά σύγχυση μέχρι κώμα.

α) Σύγχυση : Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του προσανατολισμού και συγκεχυμένη αντίληψη των συμβαινόντων στο περιβάλλον. Η αντίδραση στα ερεθίσματα είναι βραδεία και νωθρή.

β) Θόλωση της συνείδησης : Είναι μια κατάσταση υπνηλίας καθώς οι ψυχοδιανοητικές λειτουργίες αμβλύνονται. Ο προσανατολισμός δεν είναι πλέον εφικτός, τα δε ερεθίσματα προκαλούν μεμονωμένες και ασυνάρτητες αντιδράσεις.

γ) Πρόκωμα : Στο στάδιο αυτό ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση που μοιάζει με ύπνο, αλλά δεν αντιδρά παρά μόνο σε πολύ επώδυνα ερεθίσματα με κινήσεις αμυντικού χαρακτήρα. Κατά διαστήματα είναι δυνατόν να εκτελεί ελάχιστες κινήσεις αυτόματου χαρακτήρα.

- δ) Κώμα : Είναι κατάσταση πλήρους και τελείας απώλειας της συνείδησης και όλων των εκδηλώσεων των λειτουργιών της ζωής.
- ε) Παραλήρημα : Είναι μια κατάσταση που η διαταραχή της συνείδησης αποτελεί αξονικό σύμπτωμα, συμμετέχουν όμως και άλλες διαταραχές ψυχικών λειτουργιών. Χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμού θόλωση της συνείδησης, πλήρη κατάργηση του προσανατολισμού, με παρουσία ψευδαισθήσεων, άγχους και φοβικών εκδηλώσεων.
- στ) Λυκοφωτικές διαταραχές : Αποτελούν διαταραχές της συνείδησης καθώς υπάρχει αλλοιωμένη αντίληψη των συνθηκών του περιβάλλοντος.

Β' Διαταραχές του προσανατολισμού

Αναφέρονται είτε με την έννοια έλλειψης προσανατολισμού, είτε με την έννοια εσφαλμένου προσανατολισμού στο χώρο, χρόνο και στην ταυτότητά του.

Παρατηρούνται κατά κανόνα σε οργανικές ψυχώσεις και γενικά σε διάχυτες οργανικές εγκεφαλικές βλάβες.

- α) Διαταραχές του προσανατολισμού στον τόπο : Ο ασθενής δεν γνωρίζει που βρίσκεται ή θεωρεί ότι βρίσκεται σε χώρο διαφορετικό του πραγματικού.
- β) Διαταραχές του προσανατολισμού στο χρόνο : Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να καθορίσει ώρα, ημερομηνία, έτος.
- γ) Διαταραχές του προσανατολισμού στον εαυτό του : Ο ασθενής αγνοεί. Ο ασθενής αγνοεί τα στοιχεία του ή θεωρεί τον εαυτό του ως πρόσωπο διαφορετικό. Δεν μπορεί να προσδιορίσει τα πρόσωπα του περιβάλλοντος και τις σχέσεις που τον συνδέουν με αυτά.

Γ' Διαταραχές της αντίληψης και συνειδητοποίησης :

- α) Παραισθήσεις : Είναι οι λανθασμένες βιώσεις ή αποτελούν παθολογική συνειδητοποίηση (αναγνώριση) εσωτερικών υπαρκτών ερεθισμάτων.
- β) Ψευδαίσθησεις : Είναι παθολογικά βιώματα χωρίς την παρουσία ερεθίσματος, ή είναι αισθήσεις ανυπάρχων ερεθισμάτων.
- γ) Αποπροσωποίηση : Είναι υποκειμενικό αίσθημα μεταβολές του εγώ με στοιχεία παραδοξότητας και εξωπραγματικά, σχετικά με τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την σωματική και ψυχική υπόσταση αυτού. Παρατηρείται συνήθως σε σχιζοφρένεια.
- δ) Αποπραγματοποίηση : Είναι υποκειμενική αίσθηση μεταξύ του περιβάλλοντος. Αίσθηση αποξέωσης συνέπεια της οποίας το περιβάλλον γίνεται για το άτομο ξένο και παράδοξο.
- ε) Διαταραχές του σωματικού εγώ : Είναι διαταραχές αναφερόμενες σε εσφαλμένες εκτιμήσεις και παραποίηση του σχήματος ή της συστάσεως και λειτουργίας οργάνων ή ολοκλήρου του σώματος. Βρίσκονται συνήθως στα αρχικά στάδια της σχιζοφρένειας καθώς επίσης και σε μελαγχολίες.

Δ' Διαταραχές της προσοχής και της συγκέντρωσης

- α) Δυσχέρεια προσκόλλησης και προσήλωσης της προσοχής.
Η δυσχέρεια προσκόλλησης της προσοχής αναφέρεται στην αδυναμία υποκίνησης της προσοχής προς μια υποκεινόμενη κατεύθυνση ενδιαφέροντος.
- β) Διάσπαση της προσοχής όταν η προσήλωση της προσοχής μεταφέρεται εύκολα από ένα αντικείμενο προς ένα παρεμβαλλόμενο ερέθισμα ανεξάρτητα της σπουδαιότητάς του.
- γ) Υπεροπροσεξία. Αποτελεί κατάσταση υπέρμετρου προσεκτικής ικανό-

Β' Διαταραχές του συναισθήματος

Αυτές οι διαταραχές είναι ποσοτικές εφ' όσον πρόκειται για επαύξηση ή ελάττωση της έντασης των συναισθηματικών αντιδράσεων ή ποιοτικές εφ' όσον αλλοιώνεται ο χαρακτήρας και η ποιότητα του συναισθήματος.

- α) Ευφορία (υπερευθυμία) : είναι κατάσταση υπέρμετρης ευθυμίας, χαράς, αισιοδοξίας και υπεραπασχόλησης χωρίς κανένα φαινομενικό αίτιο.
- β) Έξαρση : πρόκειται για συναισθηματική έξαρση μεγαλύτερου βαθμού από την ευφορία.
- γ) Έκσταση είναι βαρύτερη διαταραχή από τις προηγούμενες κατά την οποία ο ασθενής κατέχεται από αισθήματα απόλυτης παντοδυναμίας, πληρότητας και ευτυχίας.
- δ) Ονειρικό συναίσθημα είναι η τέλεια βίωση μακριά από την πραγματικότητα.
- ε) Κατάθλιψη : Είναι κατάσταση αντίθετη της ευφορίας με επικράτηση αρνητικών συναισθημάτων διαφόρων βαθμίδων.
- στ) Άγχος : Είναι υποκειμενικό συναίσθημα έντονης ανησυχίας και φόβου, το οποίο σε αντίθεση με τον συνηθισμένο φόβο, επέρχεται χωρίς εμφανή, εξωτερικό αίτιο, κίνδυνο ή απειλή.
- ζ) Συναισθηματική απροσφορότητα : είναι κατάσταση κατά την οποία το συναίσθημα δεν ανταποκρίνεται στην περίπτωση ή είναι διαφορετικό του αναμενόμενου. Παρατηρείται συχνά στις σχιζοφρένιες.
- η) Συναισθηματική απάθεια : πρόκειται για διαταραχή κατά την οποία οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι ανύπαρκτες και επί πεδομένες.

- θ) Συναίσθηματική ακράτεια : είναι έλλειψη ελέγχου της συγκινητικότητας, ώστε ο ασθενής να αντιδρά με υπερβολική συναίσθηματικότητα, ενώ οι αντιδράσεις είναι πρόσκαιρες, φευγαλέες και επιπόλαιες. Απαντάται σε οργανικές βλάβες του εγκεφάλου.
- ι) Η αμφιθυμία είναι εκδήλωση αντιθέτων συναισθημάτων για το ίδιο το γεγονός ή για το ίδιο το άτομο. Την συναντάμε σε σχιζοφρενείς και ψυχαναγκαστικούς ασθενείς.

ΣΤ. Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης

Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης αναφέρονται στην παραγωγή παθολογικών ιδεών οι οποίες διαποτίζουν ολόκληρο τον σκεπτικό μηχανισμό ώστε η σκέψη να γίνεται εξολοκλήρου εξωπραγματική.

- α) Παραληρητικές ιδέες : Είναι ιδέες εξωπραγματικές και εσφαλμένες, οι οποίες όμως για τον ασθενή είναι αναμφισβήτητες και αληθινές παρά την επεξεργασία αποδεικτικών μέσων ή κριτηρίων λογικής. Οι παραληρητικές ιδέες χωρίζονται σε :
- α) υποχονδρικές ιδέες,
 - β) ψυχαναγκαστικές ιδέες
 - γ) φοβίες και
 - δ) έμμονες ιδέες.

Ζ. Διαταραχές της πορείας (ειρμού) της σκέψης

Οι διαταραχές του ειρμού της σκέψης ή του συνειρμού των ιδεών γίνονται κλινικά εμφανείς σαν διαταραχές του ειρμού του λόγου.

- α) Επιτάχυνση του ειρμού και φυγή ιδεών : Αυτή παρατηρείται σε μανιακές και υπομανιακές καταστάσεις και χαρακτηρίζεται από

γρήγορη ανάπλαση και παραγωγή των ιδεών.

- β) Επιβράδυνση του ειρμού : Σ' αυτήν η ανάπλαση των παραστάσεων καθώς και η ταχύτητα του ειρμού της σκέψης επιβραδύνονται.
- γ) Εμμονή είναι η επόμονη προσκόλληση σε μια ιδέα και ως εκ τούτου επανάληψη της αυτής λέξης ή φράσης αναφερομένης στην παραπάνω ιδέα.
- δ) Ασυναρτησία είναι σοβαρή διαταραχή του συνειρμού των ιδεών ώστε η μία ιδέα να μεταπίπτει σε άλλη τελείως άσχετη και χωρίς καμία λογική σύνδεση.
- ε) Ανακοπή ή αναστολή της σκέψης. Είναι η ξαφνική χωρίς εμφανή λόγο, διακοπή της πορείας της σκέψης μετά αναστολή της ομιλίας στο βραχύ χρονικό διάστημα χωρίς διαταραχή της συνείδησης. Παρατηρείται στη σχιζοφρένεια.
(Βιβλ. Σημειώσεις Έδρας Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης της Ιατρικής Σχολής).

3) Οι ανάγκες του ασθενούς:

Οι ανάγκες που μπορεί να έχει ένας άρρωστος είναι ανάλογες με την περίπτωση και τα συμπτώματα κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Έτσι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες έχουν τις εξείς ανάγκες :

- α) την ανάγκη για ασφάλεια δηλ. την ανάγκη που έχει ο ασθενής να είναι σε θέση να προβλέπει ή να γνωρίζει οτιδήποτε του συμβεί και να είναι σε θέση να το αντιμετωπίσει επαρκώς.

Στην αντίθετη περίπτωση που ο άρρωστος νοιώθει ανασφάλεια, η ένταση και το άγχος του αυξάνονται σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα φυσικό την επιδείνωσή της κατάστασής του.

- β) Η εμπιστοσύνη η οποία είναι το πιο απαραίτητο στοιχείο το οποίο θα βοηθήσει τόν άρρωστο να νιώσει το αίσθημα της ασφάλειας πληρώντας βέβαια όλες τις ανάγκες του, οπότε ο ασθενής να νιώσει αυτή την εμπιστοσύνη προς το περιβάλλον του.
- γ) Η αυτοεκτίμηση η οποία αποκτά ο ασθενής όταν αισθάνεται ασφάλεια οπότε είναι ικανός να συνειδητοποιήσει και τις άλλες ψυχικές ανάγκες όπως είναι η ανάγκη να εκτιμηθεί, να αισθανθεί χρήσιμο για τους άλλους.
- δ) Η ανεξαρτησία η οποία αποκτά ο ασθενής με το πέρασμα του χρόνου, ανεξαρτησία ότι, ο ασθενής ξεπερνά διάφορα ψυχικά του προβλήματα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1) Βασικές αρχές και κατευθύνσεις :

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 νοσηλεύτη - ασθενούς. Αλλα αποτελεί και μέρος των επόμενων συναντήσεων καθ'όλην την περίοδο της φροντίδας του ασθενούς, εφ'όσον η κατάστασή του χρειάζεται αναθεώρηση και προσαρμογή.

Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική αξιολόγηση αντιπροσωπεύει την προσπάθεια του Νοσηλεύτη να πλησιάσει, να γνωρίσει, να κατανοήσει και εν συνεχεία να νοσηλεύσει τον ασθενή σαν ολότητα σαν βιοψυχοκοινωνική και μοναδική πνευματική ύπαρξη.

Ο ασθενής αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται, ενεργεί και αντιδρά μέσα στο φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον του. Ο ψυχικός 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 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 αρτιότερη και ευρύτερη θεωρητική κατάρτιση. Τα βασικότερα 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 με όλες τις αισθήσεις. Η παρατήρηση είναι υπεύθυνη αρμοδιότητα του Νοσηλευτή και η ανάπτυξή της απαιτεί πλατιά γνώση θεωρητικών αρχών από τις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες, σχετιζόμενες με τον άνθρωπο καθώς και γνώσεις νοσολογίας. Ο Νοσηλευτής κατά την παρατήρηση του ασθενούς πρέπει να γνωρίζει τι ζητάει ο ίδιος, πότε να το περιμένει και ποιά νοσηλευτικά μέτρα θα εφαρμόσει όταν εμφανισθεί παρατηρητικότητα, δεν σημαίνει απλή αναζήτηση σημαντικών στοιχείων και ανεύρεσή τους. Σημαίνει και συσχέτιση των παρατηρήσεων μεταξύ τους και με όσα λέει ο ασθενής. Δηλώνει ακόμη την αναγνώριση της παρουσίας ή της απουσίας ορισμένων καταστάσεων, διάκριση ορισμένων κρίσιμων σημείων, τους φυσιολογικούς παράγοντες και βάση αυτών διαπιστώνει τα υπάρχοντα προβλήματα. Εξάλλου οι διαπροσωπικές δεξιότητες επαληθεύουν και συμπληρώνουν τις νοσηλευτικές παρατηρήσεις, ιδιαίτερα η ακρόαση συνδυασμένη με ανοιχτές ερωτήσεις οι οποίες ενθαρρύνουν τον ασθενή να περιγράψει τις δυσκολίες του, είναι ο καλύτερος τρόπος για να γνωρίσει ο νοσηλευτής τον ασθενή σαν μοναδικό πρόσωπο.

Άξιο ιδιαίτερης προσοχής είναι και τα εξής : Μολονότι η αξιολόγηση του ασθενούς αποτελεί το θέμα συζήτησης κατά τις πρώτες συναντήσεις του νοσηλευτού και τους ασθενούς, η όλη διεργασία της συνέντευξης είναι μια δυναμική και μοναδική διαπροσωπική συναλλαγής σκοπός της η ελάττωση του άγχους του ασθενούς και ανάπτυξη θε-

τικού διαλόγου μαζί του. Αυτή είναι η φάση του προσανατολισμού, κατά την οποία ο νοσηλευτής και ο ασθενής ξέντοι μεταξύ τους συναντιούνται για να γνωριστούν και προωρούν σε μια συνεργασία προς όφελος πάντοτε το ασθενούς. Συνεπώς οι πρώτες επαφές ασκούν αποφασιστική επίδραση στην ανάπτυξη διαλόγου νοσηλευτή-ασθενή. Πραγματικά η φάση του προσανατολισμού θεωρείται κατάλληλη περίοδος για τη θεμελίωση της θεραπευτικής συμφωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.

Ο νοσηλευτής βρίσκει την ευκαιρία να διαβιβάσει ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής δεν αισθάνεται ότι χρησιμοποιείται σαν πηγή πληροφοριών για εξερεύνηση ή μεταβάλλεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα κάτω από το μικροσκόπιο προς μελέτη για την μορφωτική οφέλεια των άλλων.

Άλλο σπουδαίο σημείο είναι η περίπτωση κατά την οποία η αρχική αξιολόγηση του ασθενούς έγινε στον ψυχίατρο προή κατά την εισαγωγή του ασθενή στο Νοσοκομείο. Συνεπώς υπάρχουν ήδη πληροφορίες γύρω από τα προβλήματα του ασθενή. Στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις υπάρχουσες πληροφορίες για να κατατοπισθεί και δεν επαναλαμβάνει τη λήψη πληροφοριών οι οποίες ήδη συγκεντρώθηκαν από άλλους. Στρέφει τη νοσηλευτική του αξιολόγηση προς τις τρέχουσες ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενούς.

Ταυτότητα του ασθενούς :

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί η γνωριμία του ασθενή: όνομα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση, επάγγελμα, θρησκεία, καταγωγή.

Πέρα όμως από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενή είναι ανάγκη να διευρυνθεί το παρόν πρόβλημά του. Τόσο οι υποκειμενικές όσο και οι αντικειμενικές πληροφορίες είναι χρήσιμες για την κατανόηση των δυσκολιών του ασθενή. Τα σπουδαιότερα ερωτήματα τα οποία πρέπει να τεθούν είναι :

- Πότε άρχισαν τα προβλήματα της υγείας του ;
- Ποιό γεγονός ή ποιά κατάσταση επέσπευσε την εμφάνιση ή υποτροπή του αυτή τη φορά ;
- Κατά ποιό τρόπο το πρόβλημα επηρεάζει τη ζωή του ατόμου και το περιβάλλον του ;

Για να βρούμε όλες αυτές τις απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα απαραίτητη είναι η προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή, καθώς και η συνάντησή του με παρουσία της οικογένειάς του, η οποία μπορεί να επιβεβαιώσει, να συμπληρώσει, να διευκρινίσει ή να διαψεύσει πληροφορίες τις οποίες έδωσε ο ασθενής. Επί πλέον κατά την ευκαιρία αυτή η επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι δυνατόν να αποκαλύψει στοιχεία σχετικά με την επίδραση το προβλήματος του ασθενή στην οικογένεια ή και αντιθέτως.

Ο Νοσηλευτής πρέπει ακόμη να γνωρίζει ότι όσα ο ασθενής αναφέρει είναι δυνατόν να μην εκφράζουν την πραγματικότητα. Ενδεχομένως ο ασθενής μεγεθυώνει, υποτιμά ή μεταβάλλει την κατάσταση την οποία περιγράφει και τούτο λόγω διαταραχής της αντίληψης, παρεμβάσεως μηχανισμών άμυνας το εγώ, ελλείψεως γνώσεων γύρω από το ποιό σημείο είναι σημαντικό και άξιο περιγραφής.

Επίσης ο φόβος των συνέπειών των αποκαλύψεων τις οποίες θα

κάνει για τον εαυτό του και της συμπεριφοράς των άλλων προς αυτόν είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά όσα λέει και όσα αποφεύγει να πεί.

Παρομοίως τα μέλη της οικογενείας ή οι συνάδελφοι των οποίων οι πληροφορίες κρίνονται απαραίτητες για την διασταύρωση, σύγκριση και επικύρωση των αναφερομένων από τον ασθενή. Πολλές φορές δεν είναι ικανοί να διευκρινίσουν την κατάσταση για ορισμένους λόγους πχ. λόγω υπέρμετρης ανοχής της καταστάσεως του ασθενούς ή σκόπιμων επιφυλάξεων, προσωπικών και λανθασμένων ερμηνειών των γεγονότων.

Άλλη σημαντική διάσταση στη ζωή του ασθενή είναι η ψυχοκοινωνική ανάπτυξή του. Ο Νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίσει πώς ο ασθενής ανατράφηκε και αν δοκίμασε ψυχοτραυματικές εμπειρίες κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Ποιά ήταν η οικογένεια του όταν ζούσε μέσα σ' αυτήν. Ποιά ήταν τα χαρακτηριστικά της μαθητικής ζωής και η ακαδημαϊκή του επίσοδη καθώς και οι σχέσεις του με άλλα πρόσωπα κατά τη σχολική του περίοδο και μετά απ' αυτήν, τόσο στο στενό όσο και στο ευρύτερο κύκλο του.

Αυτά αποτελούν σημαντικές πληροφορίες. Επί, πλέον και η κείρα σοβαρής ασθένειας, μεγάλης εγχειρίσεως ή τυχόν αναπηρίας ή μακρά νοσηλεία στο Νοσοκομείο ή οποιοσδήποτε αποχωρισμός από την οικογένειά του ή απώλεια προσφιλών προσώπων και οι επανειλημμένες αποτυχίες, πρέπει να ανιχνεύονται με προσοχή. Πραγματικά η διερεύνηση παρόμοιων περιστατικών παρέχει χρήσιμα δεδομένα για τις ψυχικές καταπονήσεις και κρίσεις στην ζωή του ασθενούς. Άρα οδηγούν στην επισήμανση ειδικών προβληματικών πλευρών, πιθανώς δε και στην αιτιολογική αρχή της νόσου. Η παρούσα ψυχολογική κατά-

σταση παρουσιάζει μεγάλη σημασία για τον προγραμματισμό της νοσηλείας του. Σ' αυτήν την περίπτωση περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

Α) Αφή της πραγματικότητας : Η έννοια αυτή αναφέρεται στην ορθή αντίληψη και εκτίμηση μιας καταστάσεως, τη δυνατότητα προσαρμογής σε καθημερινές εμπειρίες και σχέσεις και στην δυνατότητα διακρίσεως μεταξύ εαυτού και του περιβάλλοντος. Επίσης ο προσανατολισμός στο χρόνο, το χώρο, και τα πρόσωπα αποδεικνύει την αντίληψη της πραγματικότητας. Διαταραχές σ' αυτή την περιοχή είναι δυνατόν να είναι ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, σύγχυση ταυτότητας κ.λ.π.

Β) Συναισθηματικές αντιδράσεις : Περιλαμβάνουν τη διάθεση του ασθενή, την παρουσία ή απουσία άγχους, υπερκινητικότητα, απόσυρση, μελαγχολία, ευφορική διάθεση κ.λ.π. Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρατήρηση κατά πόσο οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή είναι ανάλογες προς εκείνα που λέει π.χ. πρέπει να σημειωθεί, εάν ο ασθενής γελά ενώ μιλάει για καταθλιπτικά γεγονότα ή αντιθέτως.

Γ) Αντίληψη, κρίση, ευαίσθηση : Οι λειτουργίες αυτές πρέπει να αξιολογούνται σε συνάρτηση προς άλλες λειτουργικές πλευρές του ασθενή, όταν λόγου χάρη ο ασθενής ευθαρύνεται να μιλήσει για τις δυσκολίες του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει πως αντιλαμβάνεται την ασθένειά του. Κατά πόσο δηλαδή έχει συναίσθηση της ψυχικής του διαταραχής ή πιστεύει ότι δεν είναι ασθενής, αλλά η οικογένειά του τον θεωρεί ασθενή ή έχει ψευδαισθήσεις. Επίσης η κρίση του διαφαίνεται στα λόγια στα οποία αποδίδει την ασθένειά του ή την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο. Οι λειτουργίες αυτές συχνά υφίστανται διαταραχές στους ψυχικώς πάσχοντες.

Δ) Διαπροσωπικές σχέσεις : Κατά την αξιολόγηση των σχέσεων του ασθενή με την οικογένειά του και το περιβάλλον του, αναζητούνται τα στοιχεία εκείνα όπως : Αγάπη, συενή υποταγή, εξάρτηση, εχθρότητα, απόσταση ή απόσυρση. Ακόμη πρέπει να διερευνηθεί πώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σε σύγκριση με τους άλλους, τον θεωρεί όμοιο, κατώτερο, ανώτερο, ανεπαρκή ή ανίκανο και ποιός βάσεως είναι η αντίληψή του αυτή. Η διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις συνήθως είναι εξωτερική εκδήλωση σε όλες τις ψυχικές ασθένειες.

Ε) Διεργασία της σκέψης και περιεχόμενό της. Οι τρόποι αναζήτησης διάφορων θεμάτων του ασθενή είναι δυνατόν να αποκαλύψουν κατά πόσο σκέπτεται λογικά ή μεταπηδά από τη μία ιδέα στην άλλη χωρίς συνοχή. Άλλη άποψη για μελέτη είναι η γενική εμφάνιση και συμπεριφορά του ασθενή, οι διαθέσεις, τα συναισθήματα και οι σκέψεις αντικατοπτρίζονται στη στάση του σώματος, τις χειρονομίες την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής και τους τρόπους εκδήλωσης του ατόμου. Σημασία εδώ έχει η παρατήρηση.

ΣΤ) Η εκτίμηση της σωματικής υγείας του ασθενούς από άποψη παθολογική, αποτελεί αναμφιβόλως απαραίτητο μέρος της όλης αξιολόγησής του. Η αναζήτηση τυχόν δυσλειτουργικών και συμπτωμάτων πρέπει να στρέφεται ιδιαίτερα στα εξείς συστήματα, αισθητήρια όργανα, αναπνευστικό, κυκλοφορικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, γεννητικό, νευρομυϊκό σύστημα κ.λ.π. Τα στοιχεία αυτά χρειάζονται για την ανίχνευση πιθανών αιτίων και παραγόντων, οι οποίοι επισπεύδουν και περικλείουν την ψυχική νόσο συμπεριλαμβανομένων και των ψυχοσωματικών εκδηλώσεών της.

Η αναγνώριση δε αυτή χρησιμεύει για τον προγραμματισμό της φροντίδας της σωματικής υγείας του και μέρους μιας ολοκληρωμένης νοσηλείας του ασθενούς και στην συστηματική παρακολούθηση πιθανών παρενεργειών των ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Σαν παράδειγμα αναφέρεται μια μελέτη η οποία έγινε στο παθολογικό τμήμα του Δρομοκαΐτειου Ψυχιατρείου Αθηνών υπό τον Διευθυντή παθολόγο Δ. Λευκαδίτη. Σύμφωνα μ' αυτήν αποδείχθηκε ότι ορισμένα ψυχότροπα φάρμακα, όπως η χλωροπρομαζίνη (LARGACHL) επηρεάζουν δυσμενώς, δηλαδή αναζοπυρώνουν την πνευμονική φυματίωση. Εξ άλλου η ιατρπνοσηλευτική περίθαλψη του φυματικού ψυχικώς πάσχοντος καθίσταται προβληματική λόγω δυσχερειών στη συνεργασία από μέρους του ασθενούς.

Τα παραπάνω αποδεικνύουν το σημαντικό ρόλο του Νοσηλευτή στην έγκυρη αξιολόγηση των παθολογικών σωματικών προβλημάτων του ασθενούς και τον ανάλογο προγραμματισμό της φροντίδας του.

2) Έλεγχος των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν-Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας.

Το επόμενο βήμα του νοσηλευτή μετά από την συγκέντρωση των πληροφοριών είναι η εξακρίβωση αυτών των πληροφοριών με δικές του παρατηρήσεις. Προσπαθεί να ανακαλύψει με ανάλογες υποθέσεις και κριτική σκέψη, κάποια τυχόν ανεπάρκεια, αδυναμία ή δυσμενή εμπειρία που παρσιάζουν τα λεγόμενα του ασθενούς και της οικογενείας του. Επι πλέον παρατηρεί από κοντά τη συμπεριφορά του και την συγκρίνει πάντα με τα λεγόμενά του. Κατόπιν κάνει σύγκριση στις παρατηρήσεις του με την συμπεριφορά του ασθενή και καταλήγει σε ορθά συμπεράσματα, ενδεικτικά για την πραγματική κατάσταση.

Ο Νοσηλευτής όμως μπορεί να βγάλει σωστά συμπεράσματα μόνο όταν έχει θεωρητική κατάρτηση και ικανότητα να εφαρμόζει τις

θεωρητικές αρχές στην ερμηνεία των εκάστου νοσηλευτικών καταστάσεων π.χ. πρέπει να γνωρίζει ποιοί είναι οι δείκτες συμπεριφοράς του άγχους, πως αναγνωρίζονται και να διακρίνονται βάση παρατηρουμένων ενδεικτικών στοιχείων από άλλες συναισθηματικές καταστάσεις.

Α.- Προγραμματισμός εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Το πρόγραμμα της Νοσηλευτικής φροντίδας προϋποθέτει διατύπωση καλή των νοσηλευτικών σκοπών και καλή επιλογή τρόπων και μεθόδων εκπλήρωσής αυτών των σκοπών από την βάση της αξιολόγησης του ασθενούς.

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την λήψη των αποφάσεων στη Νοσηλεία του ασθενούς είναι οι εξείς :

- Ο ασθενής σαν ολότητα και η προσωπική έκφραση της ασθένειάς του.
- Οι ειδικές πληροφορίες που παίρνουμε από τον ασθενή για τις ανάγκες, τα προβλήματα και τις δυνατότητές του.
- Η μόρφωση, οι δεξιότητες, η πείρα, η φαντασία, η δημιουργικότητα και η αφοσίωση του νοσηλευτή στη νοσηλεία του ασθενή.
- Η ικανότητα του νοσηλευτή να συγκεντρώνει κατάλληλες και ακριβείς πληροφορίες, να εφαρμόζει τη θεωρία στην παρατήρηση, να ερμηνεύει τις παρατηρήσεις, να παίρνει νοσηλευτικές αποφάσεις, να χρησιμοποιεί και άλλες βοηθητικές πηγές στη φροντίδα του αρρώστου.
- Το ειδικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής πρόκειται να νοσηλευθεί, π.χ. οικογένεια, Νοσοκομείο κ.λπ.

α). Η Νοσηλευτική σαν διαπροσωπικό έργο.

Η Νοσηλευτική φροντίδα σε ψυχικές προβληματικές καταστά-

σεις πάντοτε αποτελεί δυναμική διαπροσωπική διεργασία. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή είναι σημαντική. Ο Νοσηλευτής έχει θέσει άξονα στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής ενέργειας, η οποία συντελεί στην πρόληψη, αναστολή ή θεραπεία της παθολογικής κατάστασης του ασθενή και γενικά στην επιτυχία των νοσηλευτικών σκοπών. Στη διαπροσωπική σχέση που έχει ο Νοσηλευτής με τον ασθενή τον γνωρίζει σαν πρόσωπο, σαν αδιαίρετη και ολοκληρωμένη ολότητα.

Εξακριβώνει και εντοπίζει το πρόβλημα της υγείας του. Εξετάζει πως το πρόβλημα επηρεάζει τη στάση του έναντι του εαυτού του, των άλλων και της ζωής του. Επισημαίνει και επιβεβαιώνει τις προσωπικές του δυνατότητες για την αντιμετώπιση της ασθένειάς του και τις νοσηλευτικές ανάγκες του για να προχωρήσει στην αποκατάσταση της υγείας του.

Προγραμματίζει και εξατομικεύει τη νοσηλεία του με στενή συνεργασία μαζί του. Αξιολογεί και επιβεβαιώνει με τον ασθενή το αποτέλεσμα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η Νοσηλευτική όταν θεωρείται και πραγματοποιείται σαν διαπροσωπικό έργο προάγει την εκτίμηση, την επαλήθευση και αντιμετώπιση των προβλημάτων και αναγκών της υγείας του ψυχικά αρρώστου. Παίρνει δε ευρύτερες διαστάσεις και πετυχαίνει σκοπούς ανωτέρου επιπέδου. Ο Νοσηλευτής ακόμη δημιουργεί ο ίδιος διαπροσωπικές συνθήκες. Σ' αυτές ο ψυχικά άρρωστος συμμετέχει στη λύση των προβλημάτων του με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων και την βαθύτερη κατανόηση της ασθένειάς του.

Η Νοσηλευτική σαν διαπροσωπική διεργασία επηρεάζει θετικά και την ψυχική υγεία του ασθενή, τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και τους φόβους του.

Η εξωτερίκευση του ασθενή μεταβιβάζει στον νοσηλευτή τον ψυχισμό του π.χ. τι αισθάνεται και τι σκέφτεται, πόσο υποφέρει λόγω της ασθενείας του και πως ερμηνεύει τη συγκεκριμένη κατάσταση του. Η αναγνώριση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή από τον ίδιο δίνει μεγάλο πεδίο για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές ενέργειες της νοσηλευτικής. Με την επικοινωνία η αντίληψη του ανθρώπου για τον εαυτό του, τους άλλους και ορισμένα γεγονότα επιβεβαιώνεται, τροποποιείται ή μεταβάλλεται. Επομένως η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον άρρωστο είναι μέσο για την επίτευξη της αλλαγής ψυχολογικής ανάπτυξης και μάθησης. Η μάθηση η οποία αποκτά ο νοσηλευτής με την επικοινωνία του με τους ασθενείς είναι πολλαπλή. Πράγματι έχει την μοναδική ευκαιρία να μαθαίνει από τους ανθρώπους περισσότερο από τα συγγράμματα νοσολογίας. Και αυτό γιατί ο άρρωστος υποφέρει και εκφράζει την ασθένειά του κατά μοναδικούς προσωπικούς τρόπους. Επίσης σπουδάζει την τέχνη και επιστήμη του διαλόγου και τις θεραπευτικές δυνατότητες του όσο χρόνο μιλάει με τον ασθενή.

β) Επικοινωνία με λόγια :

Η ομιλία δεν είναι απλώς μια λειτουργία μεταξύ πολλών άλλων ψυχολογικών λειτουργιών. Κατέχει την κεντρική θέση στον άνθρωπο. Η ομιλία ανοίγει νέες προοπτικές, διευρύνει και εμπλουτίζει την συγκεκριμένη πείρα του ανθρώπου. Διευκολύνει το σχηματισμό εννοιών και αρχών και την ανύψωση σε αφηρημένα επίπεδα. Ως εκ τούτου καλλιεργεί την ικανότητα αντικειμενικής και θεωρητικής αντιμετώπισης του κόσμου χωρίς την ομιλία δεν υπάρχει αντικειμενική τάξη πραγματικότητας.

Η ομιλία και η σκέψη θεωρούνται αλληλένδετες. Με την ομιλία

επιτυγχάνεται η συνεργασία μεταξύ των ανθρώπων και οι νέοι μαθαίνουν τα καθήκοντά τους και τις ευκαιρίες προόδου. Ο Νοσηλευτής χρησιμοποιεί το λόγο ποικιλοτρόπως στις σχέσεις του με τον ασθενή: με τους λόγους του νοσηλεύει και θεραπεύει. Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία και άλλες. Ερμηνεύει τη νοσηλευτική ιατρική αγωγή. Μπορεί να διατηρεί τον προσανατολισμό του ασθενή στα πλαίσια της πραγματικότητας με την αμοιβαία επιβεβαίωση, επαλήθευση, διαλύει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Ο νοσηλευτής μιλάει στον ασθενή σαν σύμβουλος, της υγείας του. Ενθαρύνει τον φοβισμένο, καταπραύνει τον αγχώδη ασθενή. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.

Για να μπορεί όμως ο Νοσηλευτής να χρησιμοποιεί τη θεραπευτική ομιλία, επιβάλλεται να γνωρίζει τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής και τα ουσιώδη στοιχεία από την γενική ιατρική, την ψυχολογία, την κοινωνιολογία και την ψυχιατρική.

Στην νοσηλευτική έχουν μεγάλη σημασία τα προσωπικά προτερήματα του νοσηλευτή. Γιατί αυτά επηρεάζουν τη θεραπευτική δυνατότητα των συνομιλιών του με τον άρρωστο.

Σαν σημαντικά στοιχεία στη θεραπευτική νοσηλευτική θεωρούνται η πνευματική ευαισθησία, ψυχική καλλιέργεια, η εφαρμογή του χρυσού κανόνα και συμπάθεια και ειλικρινές ενδιαφέρον για το καλό και την ευεξία του ασθενή.

γ) Επικοινωνία χωρίς λόγια :

Η φιλία είναι σημαντικός τρόπος επικοινωνίας αλλά όχι και ο μοναδικός. Πέρα από τα λόγια μας μεταβιβάζουμε συνεχώς τα πραγματικά συναισθήματα μας με την συμπεριφορά μας. Ολόκληρος ο άνθρωπος ασκεί μια επικοινωνία χωρίς λόγια και επαληθεύει η διάψευ-

δει έτσι όσα εκφράζονται με τα λόγια. Αυτή είναι η γλώσσα της ευαισθησίας η οποία αποκαλύπτει την αλήθεια σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις.

Ο Νοσηλευτής είναι απαραίτητο να γνωρίζει τα σιωπηλά σύμβολα της επικοινωνίας αυτής όπως είναι οι κινήσεις του σώματος οι διακυμάνσεις της φωνής, η τηρούμενη απόσταση μεταξύ των προσώπων που συνομιλούν και η ερμηνεία της.

Κατ' αυτόν τον τρόπο θα είναι σε θέση να κατανοεί την κατάσταση του ψυχικά ασθενή και τον εαυτό του βαθύτερα και πληρέστερα στις φιάφορες διαπροσωπικές περιστάσεις.

Η κατανόηση αυτή θα τον βοηθάει στην ευσυνείδητη χρήση της επικοινωνίας χωρίς λόγους και κατά συνέπεια στην αύξηση και διεύρυνση του θεραπευτικού δυναμικού της νοσηλείας του. Επίσης η φυσική απόσταση σαν τρόπος επικοινωνίας χωρίς λόγους κατανοείται και λαμβάνεται υπόψη από τον Νοσηλευτή και είναι δυνατόν να διακρίνει τις θεραπευτικές διαστάσεις της Νοσηλευτικής σαν διαπροσωπική εργασία.

δ) Συμβολική επικοινωνία:

Το ανθρώπινο σώμα μιλάει, μιλάνε οι κινήσεις μας, το ύψος της φωνής μας, οι άνθρωποι μιλούν και όταν ακόμα η γλώσσα τους σιωπάει, μιλούν με τη διάλεκτο του σώματος. Αυτή είναι η κινητική συμπεριφορά η οποία περιλαμβάνει ειδικούς ομιλητικούς τρόπους στάσεως, χειρονομιών και μορφασμών. Οι τρόποι αυτοί χαρακτηρίζουν ποιοτικά, διατηρούν, μεταβάλλουν, κατευθύνουν την διαπροσωπική σχέση. Οι χειρονομίες, η στάση, οι μομφασμοί, η κίνηση του σώματος και η εμφάνιση γενικά εκφράζουν ιδέες συναισθη-

ματα και διαθέσεις. Επομένως αποτελεί σπουδαίο προσόν για τον Νοσηλευτή η ικανότητα αναγνώρισης και ορθής ερμηνείας αυτών στις συνομιλίες του με τον ασθενή.

Η ολοκληρωμένη Νοσηλευτική αξιολόγηση της καταστάσεως και των αναγκών του ασθενή εξαρτάται σε ένα βαθμό από την αναγνώριση των σημάτων, τα οποία μεταβιβάζει χωρίς λόγους ο ασθενής. Παρόμοιες παρατηρήσεις βοηθάν στην αξιολόγηση του ασθενή ο οποίος δεν επικοινωνεί με λόγια. Έτσι έχει μεγάλη σημασία το γεγονός ότι και Νοσηλευτής μεταβιβάζει τα συναισθήματά του χωρίς λόγια.

Η κατανόηση των επιπτώσεων της συμβολικής επικοινωνίας έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα όταν ο Νοσηλευτής νοσηλεύει ψυχικά ασθενείς.

B.- Θεραπευτικός διάλογος Νοσηλευτή - ασθενή.

α) Διαπροσωπικό κλίμα : Χαρακτηριστικό στοιχείο του διαπροσωπικού κλίματος του θεραπευτικού διαλόγου είναι η αποδοχή. Αποδοχή του ασθενή σημαίνει θερμό ενδιαφέρον γι' αυτόν χωρίς όρους ανεξάρτητα από την κατάστασή του, την συμπεριφορά του, τα αισθήματα και τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του στην δεδομένη στιγμή. Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα. Στα πλαίσια αυτού του κλίματος ο ασθενής αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει, να διερευνήσει, να αξιολογήσει και να επιβεβαιώσει ιδέες, συναισθήματα, εμπειρίες και ειδικούς τρόπους επικοινωνίας. Δεν φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμαστεί.

Η επισιλική αυτή ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση ή και στη μείωση ή και στη διάλυση τυχόν φόβου, άγχους και αμυντικής στάσεως. Επίσης συντελεί στην αναστήλωση της αυτοεκκοίθησης

του ασθενούς και στην ενθάρυνση της συνεργασίας για την λύση του προβλήματός του.

Το διαπροσωπικό κλίμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί θεραπευτικός διάλογος νοσηλευτή-ασθενή πρέπει να είναι σύνθεση αγάπης χωρίς όρους σεβασμού, συμπαθούς κατανόησης και αποδοχής. Τα στοιχεία αυτά μεταβιβάζονται από το νοσηλευτή προς τον ασθενή με όλες τις μορφές επικοινωνίας.

Πιστεύεται ότι το κλίμα αυτό ενθαρύνει την αυτοέκφραση, την βαθύτερη αντίληψη και επίγνωση του εαυτού του και των άλλων, την πλέον αποτελεσματική επικοινωνία και την συνέχιση της προσωπικής του προόδου.

β) Ακρόαση ομιλία : Ο Νοσηλευτής ακροάται και στο θεραπευτικό διάλογο νοσηλευτή-ασθενή η ακρόαση αυτή υπερβαίνει στην αξία την απλή ακοή. Είναι σκόπιμη πράξη, είναι αγάπη, είναι ειδική μορφή προσφοράς γιατί απαιτεί κόπο. Ο Νοσηλευτής παρακολουθεί με άγρυπνη προσοχή, επιστρατεύει όλες τις δυνάμεις του μέλη την καρδιά του. Η ακρόαση είναι νοσηλεία με ψυχοθεραπευτικές δυνάμεις και ιδιότητες για τους εξείς δύο λόγους :

Π ρ ώ τ ο ν μεταβιβάζει προσοχή, σεβασμό και ενθάρυνση.

Δ ε ύ τ ε ρ ο ν η ακρόαση με θερμό ενδιαφέρον ενθαρύνει τον ασθενή να μιλήσει, ομιλία η οποία συμβάλλει στη θεραπεία κατά πολλούς τρόπους, όπως είναι η εξωτερίκευση των ψυχικών εντάσεων που είναι σε τελική ανάλυση ο καλός ακροατής στην προκειμένη περίπτωση είναι ο καλύτερος γιατρός για τον πάσχοντα στη σκέψη και στο συναίσθημα και την ψυχή και η ακρόαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν την καλύτερη νοσηλεία στους διαλόγους νοσηλευτή-ασθενή.

Η ομιλία του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι άμεση νοσηλεία που κύριος και απότερος σκοπός της είναι να βοηθήσει τον ασθενή α) να κατανοήσει την πείρα και το είδος του προβλήματός του, β) να αποκτήσει καθαρή αντίληψη του εαυτού του και των σχέσεών του με τους άλλους, και γ) να γίνει ικανότερος στη δημιουργία διαπροσωπικών επαφών και την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Βασικά λαμβάνονται υπόψη οι ανάγες και τα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενή.

Ο νοσηλευτής μιλάει λίγο, ενθαρύνει τον ασθενή με μικρή συμβουλή και τον αφήνει να κατευθύνει ο ίδιος το διάλογο και να εκφράζεται ελεύθερα και προσπαθεί να διατηρεί ανοικτό το διάλογο με το τροφοδοτικό σύστημα. Δηλαδή επαναλαμβάνει στον ασθενή όσα άκουσε για να τον βοηθήσει στη διευκρίνιση, ολοκλήρωση ή και μεταβολή της αρχικής του ιδέας. Όταν ο ασθενής πληροφορείται ποιά απίχηση είχαν τα λόγια του παρακινείται στη διόρθωσή τους.

Επίσης μαθαίνει να παρατηρεί την επίδραση που έχουν τα λόγια του και οι πράξεις του στους άλλους και να υπολογίζει της παρατηρήσεις αυτές στις επόμενες συνομιλίες του. Όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη μέθοδο της απλής επανάληψης για όσο ακούει και βλέπει στον ασθενή που παροτρύνει σε μεγαλύτερη διευκρίνιση.

Επίσης ο νοσηλευτής ενθαρύνει τον ασθενή στην αποσαφήνιση των αισθημάτων που εκφράζει όταν προβάλλει στον ασθενή το νόημα των όσων βλέπει και ακούει από αυτόν. Έτσι ο ασθενής παροτρύνεται να αποκαλύψει ότι αισθάνεται, σκέφτεται ή προσπαθεί να εκφράσει στην ανάλογη περίπτωση. Ενισχύεται να αναγνωρίσει το αίτιο στις εμπειρίες του. Η συγκέντρωση της προσοχής του νοσηλευτή στα εκφραζόμενα συναισθήματα του ασθενή και η προσπάθεια διευκρίνη-

σης αυτών μαζί του έχει μεγάλη θεραπευτική αξία. Και αυτό γιατί η διευκρίνιση των συναισθημάτων βοηθάει στην ελάττωση του άγχους, και παρακινεί προς την αυτοεξέταση, η οποία θα οδηγήσει στην αυτοκατανόηση και στην χρήσιμη μάθηση. Ορισμένοι ασθενείς δυσκολεύονται να κατευθύνουν την συζήτηση στο θέμα του ενδιαφέροντος του και αυτό συμβαίνει όταν οι ασθενείς έχουν διανοητική σύγχυση ή βρίσκονται σε ψυχολογική ένταση τέτοιου βαθμού ώστε δεν γνωρίζουν προς ποιά κατεύθυνση να κινηθούν ακόμη και όταν επιθυμούν την αποφυγή της αληθινής αυτοέκφρασης. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την πρωτοβουλία του διαλόγου με σκοπό να ξαναφέρει στον ίδιο προσανατολισμό προς παρόμοιους ασθενείς και προτείνει τη συζήτηση και επεξεργασία ενός θέματος.

Ο ασθενής αναλαμβάνει την πρωτοβουλία του διαλόγου με σκοπό να δείξει αν μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει την πρότασή του νοσηλευτή. Έτσι παρακινείται προς διασαφήνιση ενός θέματος και βαθμιαία μαθαίνει πως να αντιμετωπίζει δυσκολίες και σύγχυση μέσα του με την κατάστρωση ενός σχεδίου. Η προσπάθεια αυτή του νοσηλευτή συγκεντρώνεται σε ένα άλλο θέμα, ο νοσηλευτής την ξαναφέρει με εισήγηση άλλου θέματος εκτός αν το θέμα προκαλεί τόσο άγχος στον ασθενή, ώστε να παρεμποδίζεται οποιαδήποτε χρήσιμη και εποικοδομητική επικοινωνία.

Κατά το νοσηλευτικό διάλογο ο νοσηλευτής πάντοτε αποφεύγει με επιμέλεια την πρόκληση άγχους και προλαβαίνει ενεργητικά τη δημιουργία του. Κάτω από αυτήν την προοπτική αλλάζει σκοπίμως το θέμα της συζήτησης και παρέχει συνεχή ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή για να αναρρώσει από την εμπειρία του άγχους.

Πολλές φορές ο άρρωστος θέλοντας να αποφύγει τη συζήτηση για

τον εαυτό του προσπαθεί να κάνει το νοσηλευτή να μιλήσει αυτός για τον εαυτό του και τη ζωή του.

Ο νοσηλευτής δεν είναι υποχρεωμένος να απαντήσει. Μπορεί να πεί : "Η ώρα αυτή είναι για σας" ή "ας διαθέσουμε την ώρα αυτή για συζήτηση των προβλημάτων σας". Ακόμη μπορεί να ρωτήσει τον ασθενή για ποιά λόγο χρειάζεται αυτές τις πληροφορίες. Συνήθως μια απλή ερώτηση, όπως : "πέστε μου πως περάσατε χθές το βράδυ"; Είναι αρκετή για να ξαναφέρει το διάλογο εκεί που πρέπει.

Η νοσηλευτική αυτή προσέγγιση μεταβιβάζει ειλικρινά το ενδιαφέρον στον ασθενή και ανυψώνει την εκτίμησή που έχει στον εαυτό του. Επίσης τον βοηθάει να αισθάνεται ότι έχει αξία εφόσον ο νοσηλευτής διαθέτει χρόνο γι' αυτόν.

Σαν συμπέρασμα πρέπει να λεχθεί ότι η εκπαίδευση του νοσηλευτή στην ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου με τον ασθενή είναι πολύ δύσκολο και επίπονο έργο.

(Βιβλιογραφία : Ψυχιατρική Νοσηλευτική Α.Ραγιά σελ.114-124).

3) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1) Η διεργασία της Ομάδας :

Η σύγχρονη ψυχιατρική ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιεί την ομαδική ψυχοθεραπεία. Κύρια, γιατί η ψυχιατρική συμπτωματολογία έχει την αρχή της και εκδηλώνεται σε διαταραγμένες πολύ-συναλλακτικές διεργασίες μεταξύ ενδοψυχικών, διαπροσωπικών, διομαδικών και κοινωνικών μεταβλητών.

Επίσης κλινικές παρατηρήσεις ενισχύουν την άποψη, ότι η ψυχική λειτουργία μπορεί να βελτιωθεί με τις αμοιβαίες ψυχολογικές επιδράσεις πολλών προσώπων.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι κύρια κοινωνική και ψυχολογική διεργασία. Σε αυτή ορισμένα πρόσωπα συναντιούνται σε καθορισμένο τόπο και χρόνο για ορισμένη περίοδο με σκοπό την προσαγωγή της ψυχικής υγείας με ψυχολογικά μέσα.

Η μέθοδος αυτή αποβλέπει στην ταυτόχρονη θεραπεία πολλών προσώπων, τα οποία επικοινωνούν μέσα στην ομάδα. Έχει δε απεριόριστες θεραπευτικές δυνατότητες στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση μεγάλης ποικιλίας ατόμων. Ακόμη αποτελεί οικονομικό τρόπο βοήθειας μεγάλου αριθμού ασθενών με ολιγάριθμο επιστημονικό προσωπικό.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας. Διακρίνονται αναλόγως των ιδιοτήτων της ομάδας και των αρχών ή της θεωρίας, βάσει της οποίας λειτουργεί η ομάδα.

Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα είναι : η οικογενειακή θεραπεία, το ομαδικό ψυχόδραμα κ.ά.

Η ομαδική θεραπεία παρουσιάζεται με την πλατειά έννοιά της

σαν νοσηλευτική προσέγγιση αποβλέπει στην ωφέλεια του ασθενή. Κύριος θεραπευτικός σκοπός είναι η διαπροσωπική μάθηση με πολλές διαστάσεις. Όπως είναι : η ενστάλλαξη ελπίδας, η αντίληψη της γενικότητας ορισμένων προβλημάτων, η καλλιέργεια της φιλαλληλίας και η μιμική συμπεριφορά.

Επίσης επιδιώκονται η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας η ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, η ομαδική συνοχή.

Οι θεραπευτικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην ομαδική θεραπεία, συνήθως κινητοποιούνται όχι από τον νοσηλευτή-αρχηγό της ομάδας, αλλά από τους ίδιους τους ασθενείς. Αυτοί προσφέρουν την αποδοχή και την ψυχολογική υποστήριξη, την ελπίδα, την πείρα της γενικότητας άρα την αναγνώριση ότι τα προβλήματα του καθένα δεν είναι μοναδικά.

Οι ασθενείς δημιουργούν τις ευκαιρίες για την εκδήλωση αγάπης προς τους άλλους και την διαπροσωπική επικοινωνία, την αμοιβαία επιβεβαίωση της πραγματικότητας και την μάθηση. Έτσι η ομάδα είναι το θεραπευτικό όργανο, ο φορέας της ποθούμενης θετικής αλλαγής.

Η ομάδα της ψυχοθεραπείας μετά την αρχική φάση του προσανατολισμού, μπαίνει στη φάση της συνεργασίας, δηλαδή εξελίσσεται σ' ένα κοινωνικό μικροσκόπιο στο οποίο επιτυγχάνεται μεγαλύτερη επικοινωνία μεταξύ των μελών.

Μέσα στην ομάδα συντελείται η αμοιβαία επιβεβαίωση για το ποιόν και το αποτέλεσμα των λόγων και της συμπεριφοράς του κάθε μέλους και καλλιεργείται η αυτοπαρατήρηση.

Οι ασθενείς αποκτούν μεγαλύτερη επίγνωση των ικανοτήτων, των αδυναμιών και της απροσάρμοστης διαπροσωπικής συμπεριφοράς τους.

η οποία προκαλεί ανεπιθύμητες αντιδράσεις από μέρους των άλλων. Η ομάδα της θεραπείας ενθαρρύνει την ακρίβεια και σαφήνεια των λόγων, εμπνέει το ενδιαφέρον για διόρθωση, ενώ συγχρόνως διατηρεί υποστηρικτική στάση, η οποία σέβεται το πρόσωπο του ασθενή.

Ο άρρωστος οδηγείται στην επίγνωση των απαράδεκτων πλευρών της συμπεριφοράς του όχι τόσο από το θέμα της συζήτησης, αλλά κύρια από τον συναισθηματικό τόνο αυτής. Ανεξάρτητα από τα επιφανειακά χαρακτηριστικά, η ομαδική επικοινωνία είναι φορτισμένη με συναισθήματα, τα οποία ασκούν έντονη επίδραση στο άτομο και ενισχύουν την μάθηση.

Ο ασθενής παροτρύνεται να δοκιμάσει νέους τρόπους συμπεριφοράς και εξωτερικεύσεων. Καθώς οι άλλοι κρίνουν τη συμπεριφορά του σωστή και τον επιδοκιμάζουν, το κοινωνικό του άγχος ελαττώνεται και η αυτοεκτίμησή του ενισχύεται.

Επομένως, είναι δυνατόν να επαναλάβει και στο ευρύτερο περιβάλλον του την πρέπουσα κοινωνική συμπεριφορά, την οποία πέτυχε εντός της ομάδας.

Εφ' όσον η προσαρμογή της συμπεριφοράς ικανοποιεί ηθικά τον ασθενή, υπάρχει ελπίδα να συνεχίσει τη διαπροσωπική μάθηση κατά περισσότερο αυτόνομο τρόπο. Δηλαδή χωρίς άμεση εξάρτηση από την ομαδική θεραπεία, προκειμένου να κατανοήσει την ανώμαλη συμπεριφορά του. Αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η θεραπεία δεν είναι πια αναγκαία και ότι έφθασε ο καιρός για να μπει στην φάση της λήψεως της ομαδικής θεραπευτικής εμπειρίας.

Η παραπάνω περιγραφή αποτελεί παράδειγμα επιτυχούς διαπροσωπικής μάθησης, η οποία είναι δυνατόν να προέλθει από την πείρα της ομαδικής ψυχοθεραπείας, όχι μόνο για ένα ή δύο άτομα, αλλά

για τα περισσότερα μέλη της ομάδας.

Κατά τον προγραμματισμό της λειτουργίας μιας ομάδας ασθενών, πρέπει να ληφθούν ορισμένες αποφάσεις :

- Καθορισμός των σκοπών της ομάδας: Ορισμένοι από αυτούς είναι: η μάθηση της τέχνης της συνεργασίας, η αυτοέκφραση κατά τους κοινωνικούς παραδεκτούς τρόπους, η άσκηση στην λύση προβλημάτων, η επιτέλεση ορισμένου έργου, όπως είναι η διατύπωση κανόνων για την υγιεινή διαβίωση μέσα στο νοσηλευτικό τμήμα κ.ο.κ.

- Μέγεθος και σύνθεση ομάδας: Ομάδα από 10-15 μέλη θεωρείται κατάλληλη, ώστε όλα τα μέλη να συμμετέχουν και ο νοσηλευτής να προλαμβάνει να παρατηρεί τις αντιδράσεις και τις σχέσεις όλων των μελών.

Εννοείται, βεβαίως ότι τα κριτήρια επιλογής μελών για συμμετοχή σε μια ομάδα εξαρτώνται από τους καθορισμένους σκοπούς στην συγκεκριμένη ομάδα.

Είναι δυνατόν να ληφθεί νοσηλευτική απόφαση δημιουργίας μιας ομάδας μη ομιλούντων ψυχωτικών ασθενών. Ο σκοπός είναι να αισθανθούν οι ασθενείς αρχικά μεγαλύτερη άνεση μεταξύ άλλων ανθρώπων, όσο χρόνο ασχολούνται με την εκτέλεση μιας ομαδικής εργασίας και προοδευτικά να μιλήσουν στην ομάδα. Σε αυτή την περίπτωση το κριτήριο επιλογής είναι ότι όλοι οι ασθενείς θα παρουσιάζουν τό σύμπτωμα της αλλαλίας.

Κατ'επέκταση η δημιουργία κοινωνικών ή ψυχαγωγικών ομάδων, με απώτερο σκοπό την προαγωγή των διαπροσωπικών σχέσεων, απαιτεί ανάλογα κριτήρια συμμετοχής.

Γενικά δεν επιβάλλεται η ομάδα να είναι ομοιογενής από άποψης ηλικίας και διαγνώσεως, εάν ο σκοπός αφορά την διαπροσωπική

μάθηση.

Έχει παρατηρηθεί ότι ο συνδιασμός προσώπων με διάφορα προβλήματα διευκολύνει την ανάπτυξη θεραπευτικών συναλλαγών.

Συνιστάται όμως ο αποκλεισμός προσώπων, τα οποία δεν θα ωφεληθούν από την ομαδική εμπειρία ή πιθανόν θα ασκήσουν διασπαστική επίδραση πάνω στους άλλους.

Άλλες διαστάσεις, οι οποίες πρέπει να μελετηθούν, είναι ο προγραμματισμός των ημερών και ωρών των συναντήσεων, ο καθορισμός και η τακτοποίηση του χώρου και η ψυχολογική προετοιμασία των ασθενών για την ομαδική εμπειρία.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι για να πετύχει το πρόγραμμα των ομαδικών εμπειριών πρέπει να είναι ελαστικό. Να επιτρέπει δηλαδή αλλαγές και αυθορμητισμό, να συμπεριλαμβάνει τις προτάσεις των μελών, να είναι πρακτικό και να προσφέρει ποικίλες και ικανοποιητικές εμπειρίες.

2) Το έργο του αρχηγού της ομάδας:

... Κατά την πρώτη συνάντηση της ομάδας, ο νοσηλευτής, αρχηγός προσανατολίζει τα μέλη προς τους σκοπούς της ομαδικής θεραπείας. Δίνει γενικές πληροφορίες και απαντά στις ερωτήσεις των μελών.

Με τον θεωρητικό αυτό προσανατολισμό αποβλέπει στην καταστολή του άγχους των ασθενών σχετικά με την στάση μέσα στην ομάδα δυσκολίες, τις οποίες ίσως συναντήσουν.

Ο αρχηγός είναι η κύρια δύναμη της ομάδας. Έργο του είναι η βοήθεια της ομάδας να αναπτυχθεί σε συνεκτική μονάδα.

Συνοχή σημαίνει ενότητα, αμοιβαίος δεσμός μεταξύ των μελών, μέριμνα κάθε μέλους για τα άλλα μέλη της ομάδας, πράγμα το οποίο ευκολύνει την αμοιβαία θεραπευτική επίδραση.

Ο αρχηγός ενεργεί σαν καταλύτης. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, πληροφορίες και επικύρωση της πραγματικότητας.

Δεν κυβερνά, αλλά κατευθύνει τη συζήτηση και διευκολύνει την ψυχοσυναλλαγή μέσα στην ομάδα.

Διατηρεί με συνέπεια δημοκρατική στάση και ενισχύει την ανάπτυξη πνεύματος φιλίας, δραστηριότητας, πρωτοτυπίας και ομαδικής ατμόσφαιρας.

Μεταβιβάζει αποδοχή και επιείκεια. Ενθαρύνει με λόγους και χωρίς λόγους συμμετοχή αναγνωρίζει και σέβεται οποιαδήποτε συμβολή στην ομάδα.

Βάζει ερωτήσεις, που δεν απειλούν, αλλά παροτρύνουν προς οικοδομική συζήτηση. Επιτρέπει και ανέχεται την εκδήλωση κάποιων συγκρούσεων ή διαφωνιών στην ομάδα, αν εκφράζονται με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους. Εξ άλλου, ο αρχηγός της ομάδας παρακολουθεί με λεπτή ευαισθησία την χωρίς λόγους επικοινωνία, καθώς και τα μέλη τα οποία τείνουν να αποσύρονται από την συζήτησή ή να κυριαρχούν σε αυτή.

Προφυλάσσει τα μέλη από ψυχοτραυματισμούς μεταξύ τους και επεμβαίνει μόνο, όταν τα άλλα μέλη της ομάδας δεν μπορούν να χειριστούν την περίσταση.

Ο αρχηγός προσέχει, ώστε να μην απασχοληθεί με τις ανάγκες ενός μέλους και αμελήσει τις ανάγκες της ομάδας.

Επισημαίνει όμως προβλήματα συμπεριφοράς του κάθε ασθενή και συνεργάζεται προσωπικά με αυτόν των ενδιάμεσο χρόνο μεταξύ των ομαδικών συναντήσεων.

Ο νοσηλευτής αρχηγός έχει υπό όψη του ότι η εκτέλεση έργου διατηρεί την ομάδα, δηλαδή την συνέχιση ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων.

Μεταξύ άλλων μπορεί να προτείνει στην ομάδα ένα πρακτικό σκοπό για εκπλήρωση, π.χ. ομαδικό σχέδιο μιας εικόνας πάνω στον μαύρο πίνακα. Η τεχνική αυτή ανοίγει απρόσωπη επικοινωνία, που διευκολύνει τη διοχέτευση εντάσεων, συμπληρώνει και επαυξάνει τις διαπροσωπικές συναλλαγές.

Ποιές όμως φάσεις διέρχεται η ανάπτυξη της ομάδας ; Αξιόλογες συστηματικές παρατηρήσεις των εργασιών και των εκδηλώσεων συμπεριφοράς, που γίνονται μέσα στην ομάδα, οδήγησαν σε μια ενότητα από πολύτιμες γνώσεις με τον τίτλο "Δυναμική της Ομάδας". Διαλέγουμε να ασχοληθούμε μόνο με την ανάπτυξη του συνδέσμου μέσα στην ομάδα. Η ομάδα περνάει μια αρχική φάση, τη φάση του προσανατολισμού, κατά την οποία τα μέλη εμφανίζονται επιφυλακτικά και συνεσταλμένα. Επικρατεί μια συνηθισμένη κοινωνική επικοινωνία. Οι συζητήσεις είναι τυπικές και ουδέτερες. Μπορεί να παρατηρηθεί και εξάρτηση από τον αρχηγό για την εξασφάλιση του αισθήματος συμμετοχής στην ομάδα.

Προοδευτικά η ομάδα περνά στη φάση της συνεργασίας. Κατ' αυτήν τα μέλη αρχίζουν να μιλούν για τα προσωπικά προβλήματά τους. Δυνατόν είναι να παρουσιασθούν ανταγωνισμοί μεταξύ των μελών, καθώς κινούνται προς την ανάπτυξη ατομικότητας και την ικανοποίηση προσωπικών αναγκών, π.χ. της ανάγκης προσελκύσεως προσοχής, επιδείξεως, υπεροχής, αποδείξεως της προσωπικής αξίας κ.ο.κ. Με τη θεραπευτική όμως, άμεση παρέμβαση του αρχηγού της ομάδας, προχωρεί προς την ανάπτυξη αμοιβαιότητας και αγάπης. Πρωτεύουσα θέση έχουν η ισοότητα και η προσφορά παρά το να παίρνεις. Τα μέλη φτάνουν πλέον στο σημείο να επικοινωνούν ελεύθερα και ειλικρινά μεταξύ τους, συνεργάζονται για την επίλυση προβλημάτων και εξετάζουν

τους τρόπους συμπεριφοράς και εκδηλώσεώς τους στις διαπροσωπικές περιστάσεις.

Τέλος τα μέλη της ομάδας φτάνουν στη φάση της λήξης της ομαδικής θεραπείας, όταν σημειώνουν πρόοδο στην κατανόηση των δυσκολιών τους στην επικοινωνία. Ενδιαφέρονται να αναπτύξουν περισσότερο αποτελεσματικούς τρόπους διαπροσωπικής συναλλαγής με σχετική αυτονομία και ανεξαρτησία από το υποστηρικτικό θεραπευτικό περιβάλλον.

Επομένως, η εμπειρία της ομαδικής θεραπείας μπορεί να τερματισθεί.

(Βιβλιογραφία : Α. Ραγιά σελ. 124-129) .

4) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί ευθύνη του νοσηλευτή. Είναι μια συνεχής διεργασία καθ' όλη την περίοδο της θεραπείας και αφορά στην παρακολούθηση της εκπλήρωσης των ειδικών σκοπών της φροντίδας για τον συγκεκριμένο ασθενή. Κύριος σκοπός της αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η δημιουργία αλλαγών, βασιζομένων επί νέων γνώσεων και επί του βαθμού επιτυχίας των σκοπών της νοσηλείας του ασθενή. Μεταβολές στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να προέλθουν όχι μόνο από αλλαγές της κατάστασης και των αντιδράσεων του ασθενή, αλλά και από τις αλλαγές στις αντιλήψεις ή τις γνώσεις του νοσηλευτή. Η περιγραφείσα διαπροσωπική νοσηλευτική διεργασία επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη θερμού διαλόγου μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο διάλογος λήγει, όταν ο ασθενής μπει στη φάση της ανάρωσης, κατά την οποία μπορεί να συμπεριφέρεται

ικανοποιητικά χωρίς την υποστήριξη από μέρους του νοσηλευτή.

Συνιστάται η έγκαιρη ενημέρωση του ασθενή για τους λόγους της λήξης της ειδικής θεραπευτικής σχέσης μετά του νοσηλευτή επίσης, πρέπει να ενθαρύνεται ο ασθενής, για να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σχετικά με τη λήξη αυτή.

Πολλές φορές εν όψει της εξόδου του από νοσοκομείο, ο ασθενής φοβάται να επιστρέψει στην οικογένειά του και αισθάνεται ανίκανος να αντιμετωπίσει τη ζωή με τις δυσκολίες της.

Στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να καταστρώσει σχέδια πραγματοποιήσιμα προς αντιμετώπιση του αναμενόμενου προβλήματος. Όλοι οι νοσηλευτικοί διάλογοι έχουν όρια. Και τα όρια αυτά καθορίζονται από την εκπλήρωση ειδικών νοσηλευτικών σκοπών και από τις περιστάσεις.

Την αλήθεια αυτή πρέπει να καταναοήσει ο νοσηλευτής ώστε να ετοιμάζει συναισθηματικά τον εαυτό του και τον ασθενή του για τη λήξη της θεραπευτικής σχέσης.

5) ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ

Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή μπορεί να βοηθήσει την ψυχική κατάσταση του αρρώστου ή αντίθετα να την επηρεάσει αρνητικά.

Υπηρεσίες που προσφέρονται από τον νοσηλευτή να μεν αντιμετωπίζονται από όλουςσαν επάγγελμα, ουσιαστικά όμως είναι ένα λειτούργημα το οποίο δεν είναι δυνατόν να επωμιστούν όλα τα άτομα. Έτσι βασιζόμενος ο νοσηλευτής στην ικανοποίηση ψυχο-βιολογικών αναγκών του ασθενούς, πρέπει να φροντίζει έτσι ώστε:

- 1) Να δείχνει σεβασμό στον ασθενή και να δημιουργεί μια ζεστή και αποδεκτική σχέση.
- 2) Να αντικρύζει τον ασθενή χωρίς να ξεχνά όμως την ψυχική του ασθένεια.
- 3) Να προσπαθεί να αξιοποιήσει το δυναμικό του ασθενούς δίνοντας έμφαση στις ικανότητες που του έχουν απομείνει.
- 4) Να δημιουργεί μια σχέση επικοινωνίας δείχνοντας στον ασθενή εμπιστοσύνη έτσι ώστε να τον γνωρίσει σαν άνθρωπο με τις ικανότητες και τις αδυναμίες του.
- 5) Είναι ανάγκη ο νοσηλευτής να ξέρει τις συνειδητές και ασυνείδητες ψυχολογικές ανάγκες του, ώστε να μπορεί να ελέγξει κάθε φάση της συμπεριφοράς του σε σχέση με τον ασθενή του οποιου η συμπεριφορά παρουσιάζει παλινδρομήσεις.
- 6) Δεν πρέπει να δείχνει οίκτο προς τον ασθενή αλλά η συμπεριφορά του πρέπει να είναι σταθερή για να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.
- 7) Χρειάζεται ο νοσηλευτής να βοηθάει τον ασθενή να ξεπεράσει την αρρώστειά του και όχι να του δημιουργεί ανάγκες εξάρτησης από αυτόν.
- 8) Πρέπει να παρατηρεί και να καταγράφει την ακριβή συμπεριφορά του ασθενούς και κάθε αλλαγή της συμπεριφοράς του να την αναφέρει στους γιατρούς.
- 9) Να αισθάνεται ότι στο λειτούργημα που ασκεί είναι μέλος της νοσηλευτικής ομάδας στο πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται.
- 10) Οφείλει να παροτρύνει για θεραπεία τα άτομα που συναντά και αισθάνονται ντροπή για τα συμπτώματά τους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

1.- Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η καλή μελέτη του αρρώστου αποτελεί το πρώτο θεραπευτικό μέτρο.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ψυχωσικού αρρώστου χρειάζεται πριν απ' όλα σωστός σχεδιασμός της θεραπευτικής τακτικής που προϋποθέτει : εξονυχιστική μελέτη της προσωπικότητας, της οικογένειας, του κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος, της βιολογικής δομής και ευαισθησίας και γενικά όλων εκείνων των παραγόντων που συνθέτουν την βιολογική υπόσταση, την ιστορία και τις τωρινές ανάγκες του αρρώστου.

Η οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή που δεν απορέει από τη μελέτη αυτή του αρρώστου αλλά είναι προϊόν ιδεολογικών προκαταλήψεων και σχηματοποιημένων γενικεύσεων θα οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα.

Η θεραπεία αρχίζει με την ψυχιατρική συνέντευξη και τελειώνει με αυτή. Πρέπει δε να είναι εξατομικευμένη. Ηι αυτά γιατί ποτέ δύο ψυχικά άρρωστοι δεν απαντούν το ίδιο στους επεμβατικούς μας χειρισμούς. Οι υποκειμενικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών δεν συμπίπτουν πάντα με τις ανάγκες της θεραπευτικής δεοντολογίας. Ο ψυχικά ασθενής είναι δύσκολος άρρωστος με μακρόχρονη αρρώστεια. Η συναισθηματική υπερδοτικότητα του αρρώστου που εκφράζεται σε υπερδοτική συμπεριφορά ενισχύει πολλές φορές αντί να αποδυναμώσει τους παθολογικούς μηχανισμούς. Από την άλλη μεριά η μηχανιστική και ψυχρή αντιμετώπιση του αρρώστου μειώνει την απαντητικότητα του και ενισχύει τις αυτιστικές του τάσεις.

2) ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Χάρις σ' αυτές τις θεραπείες και ιδιαίτερα χάρις στα αντιψυχωτικά φάρμακα, άλλαξε η όψη του ψυχιατρικού σκηνικού και δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις της ψυχικής ασθένειας που όμως όσο σημαντικές και αν είναι, δεν παύουν να είναι συμπληρωματικές.

Τα ψυχοφάρμακα : Αποτελούν το πρωτεύουν και το πιο βασικό θεραπευτικό μέσο της ψύχωσης.

Τα πρώτα αποτελεσματικά φάρμακα εμφανίστηκαν στο θεραπευτικό προσκήνιο το 1952. Έκτοτε μια πληθώρα από νευροληπτικά φάρμακα με θεραπευτική αποτελεσματικότητα στις ψυχώσεις κατέκλυσαν τον κόσμο. Το γεγονός είναι ότι ο πυρετός φαρμακοπαραγωγής έπεσε μέσα στην πρώτη διετία και ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια η φαρμακοβιομηχανία δεν πρόσθεσε καμιά αξιόλογη -έξω από παραλλαγές των παλιών- χημική σύνθεση.

Δράση ψυχοφαρμάκων : Όλα τα φάρμακα προκαλούν πλήθος από βιοχημικές και άλλες βιολογικές μεταβολές και είναι δύσκολο να συσχετισθεί μια από αυτές με την αντιψύχωσική του ενέργεια. Το μεγάλο όμως πρόβλημα είναι ότι ξέρουμε περισσότερα για τα συμπτώματα και την απαντιτηκότητα των ασθενών στα διάφορα φάρμακα και πολύ λιγότερα για την ψύχωση την ίδια.

Επιλογή φαρμάκων : Για το πιο είναι το κατάλληλο φάρμακο σε κάθε ειδική περίπτωση δυστυχώς δεν υπάρχουν γενικά αποδεκτοί κανόνες. Η διαγνωστική κατηγορία δεν μας αρκεί ως κριτήριο για την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Η εκλογή ενός φαρμάκου ή του συνδυασμού φαρμάκων αποτελεί ερώτημα που απαντιέται μόνο με την εξατομικευμένη των περιπτώσεων. Θα ληφθούν υπόψη όλες οι πληροφορίες από την κλινική και κοινωνική διερεύνηση της περιπτώσεως

και την δικιά μας γενικώτερη κλινική εμπειρία.

Δοσολογία και χρόνος που θα δοθεί το φάρμακο: Οι δόσεις όλων των νευροληπτικών φαρμάκων είναι απόλυτα εξατομικευμένες. Σε μια περίπτωση μπορεί να χρειασθεί να δώσουμε 10πλάσια δόση φαρμάκου απ' αυτή που θα δώσουμε σε μια άλλη περίπτωση με την ίδια κλινική εικόνα. Δεν υπάρχουν γενικοί κανόνες στο θέμα των δόσεων. Ξέρουμε όμως πως ο λόγος που ένα ποσοστό αρρώστων δεν ανταποκρίνεται θετικά στην θεραπεία είναι η χαμηλότερη ή η ψηλότερη από την κανονική για την περίπτωση δοσολογία. Μέχρι τώρα πιστεύουμε ότι μόνο οι χαμηλές δόσεις είναι υπεύθυνες για την αποτυχία της θεραπείας. Πρόσφατες όμως εργασίες δείχνουν πως είναι υπεύθυνες για την αποτυχία της θεραπείας και οι υψηλές δόσεις που συνεπάγονται μερικές φορές τη συντήρηση ή και την επίδοση ορισμένων ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Η διάρκεια χορήγησης των νευροληπτικών φαρμάκων δεν υπόκειται κι αυτή σε γενικούς κανόνες. Είναι απόλυτα εξατομικευμένη και συναρτημένη με παράγοντες που δεν συνδέονται μόνο με την κλινική εικόνα. Όμως δεν είναι αρκετό να ανατάξουμε με χημικά μέσα μια διαταραγμένη λειτουργία αλλά χρειάζεται επί πλέον να εξασφαλίσουμε τις ψυχολογικές και κοινωνικές προϋποθέσεις που θα επιτρέψουν στο άτομο να αξιοποιήσει καλύτερα και αποδοτικότερα τις νεοαποκτηθείσες δυνατότητές του.

Για το λόγο αυτό έχουν δοκιμαστεί ορισμένα είδη ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της ψύχωσης. Οι κυριότερες δε από αυτές είναι :

- 1) Η κλασική Ψυχανάλυση : Αρκهτές περιπτώσεις ψυχώσεων κυρίως ψευδονευρωσικού τύπου έχουν ψυχαναλυθεί. Ορισμένες ψυχαναλυτικές σχολές, όπως του KLEIN και του ROSEN υποστηρίζουν πως

η ψυχανάλυση των ψυχωσικών αρρώστων είναι και τεχνικώς εφικτή και έχει ευνοϊκά αποτελέσματα.

Οι ψυχαναλυτικού προσδιορισμού θεραπείες, δεν αποσκοπούν στην αναδόμηση της προσωπικότητας αλλά στην ενίσχυση του εγώ που εξ ορισμού στον ψυχικά άρρωστο είναι ανίσχυρο και ευάλωτο στις αντίξοες περιβαλλοντολογικές συνθήκες. Μεγάλη έμφαση δίνεται στην αξιοποίηση των υγιών ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου.

2) Η υποστηρικτική ατομική θεραπεία : Είναι η κατ'εξοχήν εφαρμοζόμενη και κατά μερικούς η μόνη ενδεικνυόμενη για τον ψυχικά άρρωστο, μέθοδος ατομικής ψυχοθεραπείας. Βασικά της συστατικά: Βαθεία γνώση του περιστατικού, καθώς και των συνθηκών (οικογενειακών-κοινωνικών) κάτω από τις οποίες ζεί.

3) Η ομαδική ψυχοθεραπεία/: Είναι αρκετά διαδεδομένη μέθοδος εντός και εκτός του νοσοκομείου. Υποστηρίζεται ότι υπερέχει των ατομικών ψυχοθεραπειών.

4) Μετανοσοκομειακή φροντίδα: Ο ψυχασθενής που βγαίνει από το νοσοκομείο, χρειάζεται σταθερή και πολύπλευρη περίθαλψη για να περιορισθούν οι πιθανότητες υποτροπής της νόσου.

Βασικός παράγοντας στη μετανοσοκομειακή φροντίδα είναι η συνεπής και προσαρμοσμένη σε ατομικές ανάγκες του κάθε αρρώστου φαρμακοθεραπείας. Συμπληρωματικό ρόλο διαδραματίζουν η ατομική υποστηρικτική θεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία ρόλων, η θεραπεία οικογενείας κ.λ.π.

Τα στατιστικά δεδομένα είναι περίπου τα ακόλουθα:

Ο άρρωστος χωρίς μετανοσοκομειακή περίθαλψη μέσα στον πρώτο χρόνο έχει τέσσερις τουλάχιστον φορές περισσότερες πιθανότητες επανεισαγωγής στο νοσοκομείο σε σχέση με τον άρρωστο που έχει

σταθερή και άρτια περίθαλψη.

Ο άρρωστος που παίρνει μόνο φάρμακα αλλά δεν υποστηρίζεται ψυχολογικά με μια από τις ψυχολογικές θεραπείες έχει κατά 10-20ο/ο πιθανότητες επανεισαγωγής συγκριτικά με εκείνον που μένει χωρίς μετανοδοκομειακή περίθαλψη.

Το συμπέρασμα είναι ότι, ο συνδυασμός φάρμακα και ψυχολογική αντιμετώπιση αποτελεί το καλύτερο μέσο αποτροπής των επανεισαγωγών και πως οποιουδήποτε τύπου αγωγή που δεν περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα.

(Βιβλιογραφία: Στεφανής "Θέματα Ψυχιατρικής") .

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Πέρα από τον τομέα της δυαδικής σχέσεως με τον άρρωστο που πρέπει να έχουμε ως νοσηλευτές, η μελέτη αυτή μας βοηθά σε μια καλύτερη αντίληψη και συνεπέστερη άσκηση του ευρύτερου κοινωνικού μας ρόλου.

Όσο περισσότερο προετοιμασμένοι είμαστε να αντιμετωπίσουμε τον άρρωστο σαν βιοψυχοκοινωνική ενότητα, τόσο ασφαλέστερα θα οδηγηθούμε στην επισήμανση των ποικίλων μεταβλητών, που καθορίζουν τα συμβάντα -όχι μόνο τα βιολογικά- της ζωής του, που καταλήγουν στην αρρώστεια.

Ερχόμενοι σε επαφή με το άτομο που πάσχει ψυχικά, βρεθήκαμε αντιμέτωποι με όλο το πλέγμα των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων που -σε ένα βαθμό- αν όχι προκαλούν τουλάχιστον διαμορφώνουν την πάθησή του.

Επεμβαίνοντας διορθωτικά σ' αυτούς τους παράγοντες μετέχουμε ενεργητικά στην κοινωνία και διαμορφώνουμε τις ίδιες τις διαδικασίες κοινωνικοπολιτικών μεταβολών.

Όσο πληρέστερα εκτελούμε αυτό το ρόλο τον κοινωνικό, τόσο ακριβέστερα στοχεύουμε τον βασικό μας στόχο: τον ΑΝΘΡΩΠΟ. Αυτόν που δεν είναι εκτεθειμένος μόνο στην κακή βιολογική κληρονομιά, στις λοιμώξεις αλλά και στην ανία, στην συναισθηματική στέρηση και στην επιθετικότητα του συνανθρώπου του ή των θεσμών και κατοχυρώνουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Α. Ραγιά : Ψυχιατρική Νοσηλευτική
Θεμελιώδεις αρχές.
- Κ. Στεφανής : Θέματα Ψυχιατρικής
- Κ. Στεφανής : Μαθήματα Ψυχιατρικής - Τεύχος Α.
- Βαπαοικονόμου-
Αποστολόπουλου : Αποστολή και λειτουργία Υπηρεσιακών
Νοσοκομείων.
- Εημειώσεις Ψυχολογίας Νοσηλευτικής Τ. Ε. Ι. Πάτρας
- Εημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών.
- Εημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
-

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

| | | |
|--|-------|----|
| Α ν α γ ν ώ ρ ι σ η | Σελίς | 1 |
| Εισαγωγή - Πρόλογος | | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ον | | |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΑΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ | | 2 |
| 1. Εισαγωγή στην ψυχιατρική | | 2 |
| 2. Ιστορική ανασκόπηση | | 2 |
| 3. Η ψυχιατρική στις μέρες μας | | 3 |
| 4. Οργάνωση Ψυχιατρείου | | 4 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ον | | |
| ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ | | 6 |
| 1. Τα αίτια των ψυχώσεων | | 6 |
| 2. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανομή της ψυχικής ασθένειας | | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ον | | |
| Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | | 8 |
| 1. Κατηγορίες ψυχικών αρρώστων | | 8 |
| 2. Συμπτώματα διαταραχής των ψυχικών λειτουργιών | | 10 |
| 3. Οι ανάγκες του ασθενούς | | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ον | | |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | | 17 |
| 1. Βασικές αρχές κατευθ. ύνσεως | | 17 |
| 2. Έλεγχος των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν- -προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας. | | 24 |
| A. Προγραμματισμός εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας | | 25 |

| | | |
|--|-------|----|
| α. Η νοσηλευτική σαν διαπροσωπικό έργο | Σελίς | 25 |
| β. Επικοινωνία με τα λόγια | | 27 |
| γ. Επικοινωνία χωρίς λόγια | | 28 |
| δ. Συμβολική επικοινωνία | | 29 |
| B. Θεραπευτικός διάλογος νοσηλευτή-ασθενή | | 30 |
| α. Διαπροσωπικό Κλίμα | | 30 |
| β. Ακρόαση - ομιλία | | 31 |
| 3. Θεραπευτική ομαδική επικοινωνία | | 35 |
| 1. Η διεργασία της ομάδας | | 35 |
| 2. Το έργο του αρχηγού της ομάδας | | 39 |
| 4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Νοσηλευτικής φροντίδας | | 42 |
| 5. Νοσηλευτής και κοινωνικό λειτούργημα | | 43 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ον | | |
| 1. Θεραπεία | | 45 |
| 2. Βιολογικές θεραπείες | | 46 |
| - Επίλογος | | 50 |
| - Βιβλιογραφία | | 51 |
| - Περιεχόμενα | | 52 |

