

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α :

<< Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ  
ΑΡΩΓΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ  
ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΩΣΙΚΩΝ >>

ΥΠΕΥΘ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :

ΛΥΣΙΚΑΤΟΥ ΜΑΡΙΝΑ



ΠΑΤΡΑ 1995

ΕΠΙΣΤΟΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1593
------------------------	------



<<Η εργασία αυτή αφιερώνεται  
σε όλους όσους με τις προσπάθειές τους  
συμβάλλουν στο ΓΚΡΕΜΙΣΜΑ των επίγειων  
ανθρώπινων κολαστηρίων των  
Α Σ Υ Λ Ω Ν>>

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛΙΔΑ
1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
1. <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
Ψυχικές λειτουργίες - η έννοια του φυσιολογικού και του παθολογικού	5
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
2. <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
A. Αντιμετώπιση ψυχιατρικών ασθενειών	11
B. Άσυλο, πίσω από τα τείχη του	13
Γ. Δαφνί, η ελληνική πραγματικότητα	15
Δ. Η επίδραση της ζωής στο ίδρυμα	20
3. <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ</u>	
Άναγκαιότητα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ρόλος νοσηλευτικής	22
A. Σχέση νοσηλευτή - ψυχωσικού	25
B. Προσόντα νοσηλευτή - εκπαίδευση	26
Γ. Θεραπευτική ομάδα	
Δ. Νοσηλευτική διεργασία και αποασυλοποίηση	27
Ε. Συλλογή πληροφοριών	28
ΣΤ. Κριτήρια επιλογής - ασθενών - οικογένεια ασθενή και αποασυλοποίηση	29
Z. Διαδικασία αποασυλοποίησης	31
Η. Επανεκμάθηση συνηθειών	32
α. Προσωπική υγιεινή	33
β. Διατροφή και σίτιση ασθενών	35
γ. Κοινωνικές σχέσεις	36
δ. Απασχολησιοθεραπεία	37
ε. Αμοιβή για εργασία	39
στ. Ψυχαγωγικά προγράμματα	39
ζ. Άλλες δραστηριότητες	41
8. Οικογένεια - ψυχωσικός - αποασυλοποίηση	44

Ι. Εφαρμογή - αποτελέσματα αποσυαλοποίησης	46
Κ. ``Κοινωνική Ψυχιατρική - Κοινοτική νοσηλευτική``	52
Κα. Παράδειγμα αποϊδρυματισμού χρόνιου ψυχωτικού	55
9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	59
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

1.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η Ψυχιατρική, ως ειδικότητα της Ιατρικής -αν και οντότητα ασχολούμενη με εξαιρετικά ευρύ αριθμό ασθενών- υπήρξε η τελευταία ειδικότητα, που ενσωματώθηκε στο φάσμα της Ιατρικής, πριν από ενάμισυ αιώνα περίπου.

Συνοδοιπόρο στην εξελικτική της πορεία δοκίμασε την Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ειδικότητα της Νοσηλευτικής Επιστήμης, που, μολονότι προϋπήρχε όσο και η Ψυχιατρική, άργησε δυστυχώς να προσδιορίσει ευκρινώς το θεωρητικό της μοντέλο.

Εν τούτοις, η εξέλιξη της Ψυχιατρικής και της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ήταν σχεδόν παράλληλες, από τότε δηλαδή που επισημάνθηκε η ψυχική νόσος και τα πάσχοντα άτομα έχρηζαν φροντίδας και περίθαλψης. Άλλωστε δεν πρέπει να διαφεύγει από τη σκέψη κανενός ότι η Νοσηλευτική είναι επιστήμη ταγμένη στην υπηρεσία όσων βρίσκονται σε κατάσταση αδυναμίας, όσων δεν μπορούν να ικανοποιήσουν επαρκώς τις ανάγκες τους και χρειάζονται υποστήριξη σωματική και ψυχολογική.

Ειδικά στην Ελλάδα, μόλις το 1980 έγινε ο διαχωρισμός της Ψυχιατρικής από τη Νευρολογία και η Πολιτεία άρχισε να ασχολείται συστηματικότερα με την ψυχική υγεία, καθώς η νομοθεσία δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των Ψυχιατρείων, με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 του Ε.Σ.Υ. Έτσι άρχισαν να διαφαίνονται οι πρώτες ελπίδες για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και την αλλαγή της δομής και της λειτουργίας των Ψυχιατρείων.

Ποιά όμως είναι η συμβολή της Νοσηλευτικής επιστήμης σ' αυτήν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, που κύριος στόχος της τέθηκε η αποασυλοποίηση και αποκατάσταση των ψυχωσικών: Βοήθησε στη διαδικασία του αποϊδρυματισμού τους ή στάθηκε μετέωρη ανάμεσα στις παλαιές θεωρίες και στο ρεύμα της προόδου:

Στην Ελλάδα είναι βασικό ο Ψυχιατρικός νοσηλευτής να νιώσει την υψηλή ποιότητα του αντικειμένου μελέτης και εργασίας του, που δεν είναι μόνο η φροντίδα αλλά κυρίως η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή. Η νοοτροπία του νοσηλευτή ασύλων πρέπει οπωσδήποτε ν' αλλάξει: να μην υποτιμά το ρόλο του και η αυτοεκτίμησή του για τις δραστηριότητές του να μην είναι πολύ χαμηλή.

Αλλαγή πλεύσης λοιπόν και στροφή προς μια δυναμική παρουσία του νοσηλευτικού σώματος και συμβολή στην κατάργηση των επίγειων κολαστηρίων τύπου Λέρου.

2.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ψυχιατρική σήμερα είναι ένα ταχύτατα εξελισσόμενο πεδίο έρευνα, θεωριών, εφαρμογών και γνώσεων. Η Νοσηλευτική όμως με την κλινική της εμπειρία, την παρατήρηση και το θεωρητικό της υπόβαθρο αποτέλεσε τη δοκίμηση ολόκληρων θεωριών.

Πώς όμως ξεκίνησε η ψυχιατρική ειδικότητα της Νοσηλευτικής; Πώς και πότε διαμόρφωσε το θεωρητικό της μοντέλο, ώστε σήμερα να γίνεται λόγος γι' αυτήν και τη συμβολή της στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών;

Η ίδρυση μιας σχολής Νοσηλευτικής στο MC LEAN HOSPITAL το 1862 στη Βοστώνη είναι γενικά παραδεικτική, ως η γένεση της ειδικότητας αυτής. Το 1920 η MC MILLAN COMPANY εξέδωσε το πρώτο νοσηλευτικό ψυχιατρικό βιβλίο με τίτλο "NURSING MENTAL DISEASES" της HARRIET BAILLEYS. Το βιβλίο αναφερόταν περισσότερο στη φυσική φροντίδα των ψυχοπαθών και λιγότερο στην ψυχολογική τους προσέγγιση. Από τότε, μόλις το 1946 οργανώνονται προγράμματα Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής από το Εθνικό Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας. Το 1952 η HILDEGARD PEPLAU στο INTERPERSONAL RELATIONS ON NURSING διαγράφει το πρώτο θεωρητικό μοντέλο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Το έργο διαπραγματεύεται το θεραπευτικό ρόλο της Νοσηλευτικής. Η PEPLAU και μερικοί μαθητές της ξεκίνησαν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης των νοσηλευτών και εργάστηκαν μαζί τους σε μεγάλα δημόσια ινστιτούτα. Το 1963 κυκλοφορούν δύο νοσηλευτικές εφημερίδες με ψυχιατρική θεματολογία "PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE" και "THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH SERVICES". Το 1976 ο σύνδεσμος Αμερικανίδων Νοσηλευτών έδωσε τον ορισμό της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ως εξής: είναι η ειδικότητα της Νοσηλευτικής επιστήμης, που ασχολείται με την προσώθηση της ψυχικής υγείας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και τη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων, που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Κύριο στοιχείο της Νοσηλευτικής επιστήμης είναι ότι αντιμετωπίζει ανθρώπους και όχι νόσους και ότι το μεγαλύτερο προσόν του νοσηλευτή είναι η επαφή του με τον άρρωστο, τον



οποίο μελετά και σιέφτεται, σαν ένα μοναδικό άτομο, που χρειάζεται βοήθεια.

Στην περίπτωση όμως του ψυχικά ασθενή - που η φύση της ασθένειάς του τον οδήγησε στην κοινωνική απομόνωση - το νοσηλευτικό προσωπικό στάθηκε παρασάγγας μακριά με μια αντιμετώπιση μάλλον αδιάφορη.

Δυστυχώς και στην Ελλάδα η Νοσηλευτική επωμίστηκε το ρόλο του "εκτελεστή" εντολών του "ειδικού" γιατρού και του "φύλακα" των ψυχωσικών. Αποτέλεσμα ήταν η σχέση νοσηλευτή και αρρώστου να μην αποφαινεται προς όφελος του νοσηλευόμενου. Η αποκατάσταση, ο σημαντικότερος ρόλος του νοσηλευτή, ξεχάστηκε και παραγκωνίστηκε. Μπροστά όμως στο συνεχώς διογκούμενο αριθμό ασυλοποιημένων ασθενών και στο ελάχιστο επιστημονικό προσωπικό, συν την έλλειψη νέων "ασύλων", η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και ο όρος αποασυλοποίηση απέκτησαν νόημα στη συνείδηση των νοσηλευτών, οι οποίοι άρχισαν να καταβάλλουν προσπάθειες, ώστε να επιτευχθεί η αποκατάσταση πολλών ψυχωσικών και οι τελευταίοι να ανακαταλάβουν το ρόλο τους στην οικογένεια, την εργασία και την κοινωνία γενικότερα. Ο νοσηλευτής είναι το άτομο, που θα προάγει τη θετική τους εξέλιξη και θα εγγυηθεί και υπερασπιστεί την κοινωνική τους διάσταση.

Όμως η ίδρυση μερικών σύγχρονων μονάδων στα νοσοκομεία ή εκτός νοσοκομείων και η αναγγελία της λειτουργίας άλλων δε σημαίνει ότι κάτι άλλαξε αποφασιστικά στην ψυχιατρική περίθαλψη, κυρίως στον ελλαδικό χώρο. Βέβαια το επίσημο Κράτος έχει δείξει ενδιαφέρον ζητώντας την οικονομική συνδρομή της Ε.Ο.Κ. ήδη από το 1984. Η στάση επίσης του κοινωνικού συνόλου έχει αρχίσει ν' αλλάζει και να αποδέχεται την ψυχική νόσο (ανάλογα φυσικά με το μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο του κάθε ατόμου).

Τί άλλαξε όμως πραγματικά, όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχωσικών και πόσο η επιστήμη της Νοσηλευτικής βοήθησε στην αποκατάσταση και την αποσυλοποίησή τους;

## Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ - Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ

Η πεμπτουσία του μεγαλείου της δημιουργίας είναι οι ψυχικές λειτουργίες. Αυτές παρακολουθούν και κατευθύνουν την ανθρώπινη ζωή. Με τη μελέτη των ψυχικών λειτουργιών στο φυσιολογικό άτομο ασχολείται η ψυχολογία, ενώ με την εκτροπή τους, δηλαδή τις ψυχικές νόσους, ασχολείται η Ψυχιατρική.

Ενώ όμως όλη η Ιατρική συνέδραμε τους κάθε λογής αδυνάτους και σωματικά νοσούντες, εκείνοι οι οποίοι έπασχαν από ψυχικές νόσους, αφήνονταν αβοήθητοι, αποδίδοντας την ψυχική αυτή νόσο σε δεισιδαιμονίες και προλήψεις.

Έτσι μέχρι το τέλος του δέκατου ένατου (19ου) αιώνα, εκτός μεμονωμένων περιπτώσεων, εκείνοι που υπέφεραν από ψυχική διαταραχή, περιφρονούνταν ή γελοιοποιούνταν. Αν ήταν εμφανώς επικίνδυνοι για την κοινότητα, ανά τις εποχές εκτελούνταν, βασανίζονταν ή φυλακίζονταν, περνώντας σωματικά και ψυχολογικά μαρτύρια, ώστε να καταστούν εύκολοι στο χειρισμό τους. Σχεδόν πάντα προκαλούσαν τον φόβο και ενίοτε αμηχανία και συναισθήματα δέους, η αποδοχή τους δε αποτελούσε δύσκολη υπόθεση.

Ποιές όμως είναι οι ψυχικές αυτές λειτουργίες, των οποίων η εκτροπή από το φυσιολογικό οδηγεί στην "τρέλλα" και στην ψυχρή και απάνθρωπη αντιμετώπιση, όσων πάσχουν και έχουν διαίωμα ίασης και αποκατάστασης; Ποιά είναι η αντιπαράθεση με την έννοια του φυσιολογικού;

Κατ' αρχάς με τον όρο "ψυχικές λειτουργίες" εννοούμε τις εξής βασικές λειτουργίες ενός ατόμου:

α) Συνείδηση: Είναι η κατάσταση, που επιτρέπει στο άτομο την ανάπτυξη λειτουργιών, απαραίτητων για την αναγνώριση του περιβάλλοντός του, όσων συμβαίνουν γύρω του και μέσα στον εαυτό του.

β) Προσωπικότητα: Δεν υπάρχει ενιαία άποψη γι' αυτήν την

ψυχική λειτουργία. Είναι ένα πολυσύνθετο δεδομένο, που εμπειριέχει δυναμικά στοιχεία.

γ) Χαρακτήρας: Το εκφραστικό όργανο της προσωπικότητας. Είναι το σύνολο των διαθέσεων και των μορφών συμπεριφοράς, με τις οποίες το άτομο εκφράζει τον τρόπο της ύπαρξής του και αντιδρά απέναντι στον εξωτερικό κόσμο και τον εαυτό του.

δ) Συμπεριφορά: Είναι η παρατηρούμενη απάντηση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Είναι το εκτελεστικό όργανο της προσωπικότητας.

Όλες αυτές είναι οι ψυχικές λειτουργίες ενός φυσιολογικού ατόμου και η αρμονική τους σύνθεση χαρακτηρίζει το επίπεδο της ψυχικής του υγείας. Άλλωστε κατά τον ορισμό της ψυχικής υγείας, που έχει δοθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, αυτό που χαρακτηρίζει ένα ψυχικά υγιές άτομο είναι η πλήρης και αρμονική λειτουργία της προσωπικότητας.

Πού έγκειται όμως η διαφορά μεταξύ ψυχικής υγείας και νόσου; Μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού;

Συχνά, όταν πρόκειται για τη σωματική υγεία, προτιμάται να θεωρείται το φυσιολογικό σαν κάτι το ιδανικό ή το καλύτερο δυνατό, ενώ ένα ιδιαίζον χαρακτηριστικό ή κλινικό σύμπτωμα θεωρείται παθολογικό. Όσον αφορά όμως την ψυχική υγεία είναι δύσκολο να καθορισθεί το ιδανικό, χωρίς αναφορά στην κοινωνία. Έτσι ένα άτομο είναι ψυχικά υγιές, όταν καταφέρνει να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις που του επιβάλλει η κοινωνία, με τέτοιο τρόπο που να είναι ιδανικός και για την κοινωνία και για τον εαυτό του.

Νοσεί δε, στο βαθμό που αποτυγχάνει στην προσαρμογή του, με φθορά είτε της κοινωνίας είτε του εαυτού του.

Οι παράγοντες, που συντελούν στην δημιουργία ψυχικής νόσου, είναι κληρονομικοί, οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί), ενδοπροσωπικοί, διαπροσωπικοί - οικογενειακοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί. Στις ημέρες μας έχει επικρατήσει η πολυπαραγοντική άποψη.

Οι κύριες μορφές ψυχικών διαταραχών ταξινομήθηκαν άμεσα μετά την αναγνώρισή τους και η τελευταία κατάταξη τους

έγινε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, ανάλογα με τη φύση της κάθε διαταραχής και τα συμπτώματά της.

Οι ψυχικές διαταραχές λοιπόν έχουν περιγραφεί ως:

1) Ολιγοφρένειες και άνοιες: Οι πρώτες είναι συγγενείς ή επίκτητες περιπτώσεις διανοητικής ανεπάρκειας και εμφανίζονται στα παιδιά. Οι άνοιες αναφέρονται στην προοδευτική έκπτωση της διάνοιας σε ώριμα διανοητικά άτομα.

2) Οργανοψυχικές νόσοι: Σωματικές διαταραχές ποικίλης αιτιολογίας δημιουργούν ψυχοδιανοητικές διαταραχές, π.χ.

- α) λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδα)
- β) τοξικές ουσίες
- γ) χροτακτικές επεξεργασίες
- δ) μεταβολικά αίτια
- ε) αγγειακά.

3) Νευρώσεις: Παθολογικές αντιδράσεις της προσωπικότητας ανώριμων ατόμων, οφείλονται δε σε ασυνείδητα αίτια.

Διατηρείται η αντίληψη της νοσηρότητας και της πραγματικότητας. Διακρίνονται σε κατηγορίες, όπως: αγχώδης, φοβική, καταθλιπτική, υστερία και η ιδεοψυχαναστική νεύρωση.

4) Ψυχώσεις: Χαρακτηρίζονται από τέλεια αποδιοργάνωση του "εγώ" (εκτελεστικού και συντονιστικού οργάνου της προσωπικότητας, οι εμπειρίες ενός ατόμου), που σε βαριές μορφές καταλήγει στην τέλεια αποσύνθεσή του. Εδώ ανήκουν η μανιοκατάθλιψη, η σχιζοφρένεια (απλή, κατατονική, παρανοϊδής και ηβιφρενική) και η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση.

5) Ψυχανωμαλίες: Ενδιάμεσες των ψυχώσεων και νευρώσεων καταστάσεις, στις οποίες τα άτομα αστοχούν στην εκτέλεση καθηκόντων της ζωής.

6) Ψυχοσωματικές διαταραχές: Επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα: ψυχογενής ανορεξία και πολυφαγία, καρδιοσπασμος, βρογχικό άσθμα, σπαστική κολίτιδα.

Από τις παραπάνω ψυχικές διαταραχές οι ψυχώσεις είναι αυτές με τη βαρύτερη συμπτωματολογία, που οδηγούν τα πάσχοντα άτομα στο Ψυχιατρείο και στην ασυλοποίηση.

Ποιά όμως συγκεκριμένα είναι η συμπτωματολογία των ψυχωσιών;

Όσον αφορά τη σκέψη παρατηρείται αποδιοργάνωση, σημαντική δηλαδή διαταραχή της δομής και της οργάνωσης της, ο λόγος αλλοιώνεται, τα νοήματα γίνονται ασαφή και ακατάληπτα και η επικοινωνία με το περιβάλλον χάνεται.

Παρουσιάζονται επίσης έμμονες ιδέες, αναστολή ή ανακοπή της σκέψης, ασυναρτησία της σκέψης, νεολογισμοί, παλιλλογία.

Το περιεχόμενο της σκέψης παρουσιάζει διαταραχές, όπως υπερτικώμενες ιδέες, ιδεοληψίες και παραλήρημα διαφόρου μορφής (διώξεις, αυτομομφής, μεγαλείου, αναξιότητας, ζηλοτυπίας, υποχονδριακό, θρησκευτικό).

Το συναίσθημα διαταράσσεται κι αυτό σε μεγάλο βαθμό.

Έτσι εμφανίζονται οι εξής διαταραχές: ρηχότητα συναισθήματος ή συναισθηματική έκπτωση, συναίσθημα απώλειας του συναισθήματος, συναισθηματική ακαμψία, απροσφορότητα συναισθήματος.

Τέλος, κύριο σύμπτωμα ψύχωσης αποτελούν και οι διαταραχές της ταυτότητας του "εγώ", όπως αλλοιπροσωπία, ηθική αμβλύτητα, έκπτωση του προσανατολισμού και του επιπέδου μάθησης και αυτισμός.

Για να καταστεί όμως ακόμη πιο κατανοητή η παθολογία των ψυχικών νόσων, πρέπει πρωτίστως να ληφθεί υπόψη τι συμπεριλαμβάνεται στη ζωή ενός φυσιολογικού ενήλικα.

Έτσι, η φροντίδα του σώματος, απότοκος της προσωπικής υγιεινής, η ένδυση, η αποβολή των περιττωμάτων και μια φυσιολογική, υγιεινή διατροφή είναι παράμετροι, των οποίων η αδυναμία διατήρησης υποδηλώνει χαρακτηριστικά ψυχικά ασθενών.

Εξάλλου η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- α) Προσαρμογή στις συνθήκες εργασίας,
- β) συναγωνιστικότητα και συνεργατικότητα,
- γ) αισιοδοξία,
- δ) ανεξαρτησία,
- ε) οργάνωση και συστηματικότητα,
- στ) δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου,
- ζ) χειρισμός των κοινωνικών επαφών,
- η) προσαρμοστικότητα σχετικά με το άλλο φύλο και ταυτότητα ρόλου,
- θ) αυτοεκτίμηση,
- ι) ικανότητα λήψης αποφάσεων.

Με τη λήψη του ιστορικού είναι δυνατόν να ανακαλύψει ο νοσηλευτής γιατί ένας ασθενής δεν κατάφερε ν' αναπτυχθεί με φυσιολογικό τρόπο. Η κληρονομικότητα, οι πρώτες παιδικές εμπειρίες, η εκπαίδευση μπορεί να έχουν συμβάλει στη διαμόρφωση της κατάστασής του. Πρόσφατες στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να επέφεραν έναν κλονισμό, ενώ η προηγούμενη δομή της προσωπικότητάς του μπορεί να έχει επηρεάσει τον τρόπο αντίδρασης στις δυσκολίες, που αντιμετωπίζει στην κοινωνική προσαρμογή του. Αυτά που ονομάζονται συμπτώματα της διαταραχής του, είναι συχνά εκδηλώσεις κακής προσαρμογής. Μερικοί ασθενείς έχουν δυσκολίες στη φροντίδα του σώματος και στη διατήρηση της σωματικής υγείας. Χρειάζονται βοήθεια στο ντύσιμο, το πλύσιμο, το φαγητό. Άλλοι έχουν δυσκολίες προσαρμογής στις συνθήκες εργασίας ή στο να βρουν ενδιαφέρον σε οποιαδήποτε δραστηριότητα του ελεύθερου χρόνου. Μερικοί αποτυγχάνουν στη δημιουργία φιλιών και θεωρούν τις κοινωνικές σχέσεις φορτίο, παρά πηγή ικανοποίησης.

Όποιες κι αν είναι οι δυσκολίες ενός αρρώστου όμως, πρέπει να θεωρείται ότι τουλάχιστον κατά ένα βαθμό απορρέουν από τις υπερβολικές απαιτήσεις, που θέτει το περιβάλλον γι' αυτούς.

Η ψυχιατρική αντιμετώπιση περιλαμβάνει αρχικά μια κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου και κατά δεύτερο λόγο μια απλούστευση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος, ώστε να τις αντιμετωπίσει μ'επιτυχία. Συχνά αυτό πετυχαίνεται χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο. Όταν η νοσηλεία γίνει απαραίτητη, ο νοσηλευτής βοηθά να δημιουργηθεί στο τμήμα του νοσοκομείου μια φυσιολογική αλλά απλή, ευέλικτη ρουτίνα, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του αρρώστου. Σταδιακά ο τελευταίος βοηθιέται να μάθει πώς να αντιμετωπίσει μ'επιτυχία καταστάσεις ολοένα αυξανόμενης δυσκολίας. Συνεχώς ενθαρρύνεται να καταπιάνεται με πιο σύνθετα προβλήματα. Αν αποτύχει, προστατεύεται από τις συνέπειες και ενθαρρύνεται να ξαναδοκιμάσει. Όταν πετύχει την προσαρμογή του στη ζωή του νοσοκομείου, ο άρρωστος βοηθιέται να εκπληρώσει τις απαιτήσεις του κόσμου γενικά και να ζήσει μια γεμάτη και ικανοποιητική ζωή.

Τί συμβαίνει όμως με τους ασθενείς εκείνους, που ξεφεύ-

γουν της παρακολούθησης του επιστημονικού προσωπικού και οδηγούνται παθητικά στην ασυλοποίηση; Είναι εκείνοι που δεν μετέχουν σε δραστηριότητες, οι "δύσκολοι" ασθενείς, που συνήθως αφήνονται και καταλήγουν τελικά στην απομόνωση και την αποξένωση. Εδώ ο νοσηλευτής οφείλει να δράσει δυναμικά και με ενέργειές του επιστημονικές αλλά και ανθρώπινες, να βγάλει από το τέλμα αυτούς τους ανθρώπους και να τους ξαναδώσει τη χαμένη τους αξιοπρέπεια και ανθρώπινη υπόσταση.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

## Α. 'ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ'

Από τη στιγμή της αναγνώρισης των ψυχικών διαταραχών και της έναρξης αντιμετώπισής τους, η Νοσηλευτική επιστήμη ξεκίνησε τον αγώνα της για τη φροντίδα, όσων έπασχαν ψυχικά.

Στην αρχή τα πράγματα ήταν δύσκολα, δεδομένης και της αντιμετώπισης των ψυχωσιών από τους φυσιολογικούς ανθρώπους, η οποία ήταν απάνθρωπη. ο PINEL στη Γαλλία (1745-1826) και ο TUKE στη Ν. YORK (1732-1822) διακήρυξαν ότι ο ψυχοπαθής ήταν άνθρωπος, που θα ανταποκρινόταν στην καλοσύνη. Υπό την παρακολούθηση ενός δύσπιστου ακροατηρίου, ο PINEL έβγαλε τις αλυσίδες από τους ασθενείς του και έπεισε τους οπαδούς του ότι ο χρόνος είχε ωριμάσει πια, για μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπισή τους. Χρειάζονταν εκπαίδευση όμως τόσο εκείνοι που φρόντιζαν τους ψυχωσικούς όσο και το κοινωνικό σύνολο, πριν υποχωρήσει ένα μέρος του φόβου για τον ψυχωσικό και να αναπτυχθούν αισθήματα συμπόνιας και ενδιαφέροντος, ώστε να εγκαταλειφθεί ο περιορισμός. Το 1891 η πρώτη σειρά μαθημάτων οργανώθηκε στη χώρα αυτή, για όσους φρόντιζαν ψυχικά πάσχοντες.

Στην Αγγλία, το δέκατο ένατο αιώνα, με Κοινοβουλευτική Πράξη θεσμοθετήθηκε η προστασία των ψυχωσιών από όσους θα ήταν τόσο ασυνείδητοι, ώστε να εκμεταλλευτούν την αναπηρία τους. Παρ'όλα αυτά όμως, ο φόβος της ψυχικής νόσου και το στίγμα, που συνδέεται μ'αυτήν, εμπόδισαν τη διατήρηση του ενδιαφέροντος προς τους ασθενείς. Επιπλέον ο φόβος, η ντροπή και η ενοχή έκαναν τους συγγενείς του αρρώστου να καθυστερούν τον επίσημο χαρακτηρισμό του σαν ψυχοπαθούς, όσο περισσότερο γινόταν, αλλά από τη στιγμή που αυτός ήταν απαραίτητος, ξεχνούσαν γρήγορα τον ασθενή.

Το επισκεπτήριο ελαχιστοποιούνταν και η εισαγωγή θεωρείτο οριστική. Έτσι οι άρρωστοι άρχισαν να μαθαίνουν την ζωή του Ψυχιατρείου, απομονωμένοι από τον έξω κόσμο. Οδηγήθηκαν στην ασυλοποίηση και τα άσυλα με το μεγάλο, όμορφο περίγυρό



τους έγιναν αυτάρκειες κοινότητες και καταφύγια για τους ασθενείς από τον σκληρό έξω κόσμο. Οι νοσηλευτές κατήντησαν απλοί φύλακες και η νοσηλευτική φροντίδα και οι σκοποί της παραμελήθηκαν.

Για τους λόγους αυτούς, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έθεσε ως επίκεντρο της το πότε και πώς εγκλείεται ένας ασθενής στο ίδρυμα. Παρά την αύξηση του κοινωνικού ενδιαφέροντος στο επίπεδο παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών, η κατάσταση παραμένει αμετάβλητη και όλο και αυξανόμενος αριθμός ψυχωσικών "ξεχνιούνται" στα άσυλα. Έτσι ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης ενός ψυχωσικού είναι ο εγκλεισμός.

Και μόνο το γεγονός ότι κάποιος παραληρεί, ζει στο δικό του παθολογικό κόσμο, αποτελεί αιτία εγκλεισμού, πολλές φορές χωρίς την θέλησή του. Συχνά είναι η ίδια η οικογένεια, που επιδιώκει τον εγκλεισμό. Κουρασμένη και πανικόβλητη, οικονομικά εξαντλημένη, χωρίς καμιά ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς, κλείνει το άρρωστο μέλος της στο Ψυχιατρείο, ώστε το στίγμα της τρέλλας να εξαφανιστεί, να ξεχαστεί. Άλλες φορές ο αστυνομικός και οι εισαγγελικές αρχές εισηγούνται τον εγκλεισμό.

Και μετά τί; Η θεραπεία ή η ασυλοποίηση γι' αυτούς τους ανθρώπους είναι το επόμενο βήμα;

## B. "ΑΣΥΛΟ, ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΑ ΤΕΙΧΗ ΤΟΥ"

Το πρώτο μεγάλο πρόβλημα αυτού του είδους αντιμετώπισης των ψυχωσιικών ήταν η αποθήκευση των ασθενών στα άσυλα. Αφού οι εισαγωγές ήταν κατά πολύ περισσότερες από τις εξόδους, δημιουργήθηκε αδιέξοδος. Για πολλά χρόνια επικράτησε η αντίληψη να κτίζονται όλο και περισσότερα κτήρια, για να διατίθενται όλο και περισσότερα κρεβάτια για τους αρρώστους. Η χειρότερη λύση, που ευρέθη στη χώρα μας, ήταν η δημιουργία της αποικίας της Λέρου, επειδή απορρούσε τα "αζήτητα".

Από τον τρίτο μ.Χ. αιώνα λοιπόν, που κτίστηκε το πρώτο άσυλο στη FEZ και από το 1173 και το άσυλο της Βαγδάτης, λίγα πράγματα άλλαξαν. Τί είναι όμως ακριβώς αυτό το άσυλο;

Στην καθημερινή μας ζωή ο ύπνος, η εργασία και η διάθεση του ελεύθερου χρόνου λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικούς χώρους, με διαφορετικούς συμμετέχοντες, κάτω από διαφορετικές αρχές και χωρίς ένα συνολικό κοινό σχέδιο.

Το άσυλο καταργεί αυτό το βασικό κοινωνικό διακανονισμό, που θέλει διακριτές τις βασικές λειτουργίες της ζωής.

Έτσι:

α) Όλες οι εκφάνσεις της ζωής λαμβάνουν χώρα στον ίδιο τόπο και υπό την ίδια αρχή.

β) Ο προσωπικός χώρος του ατόμου καταργείται. Όλες οι λειτουργίες είναι συλλογικές,

γ) Όλες οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής είναι αυστηρά προγραμματισμένες και διέπονται από μια εσωτερική πειθαρχία, έτσι ώστε να εκπληρώνουν τους σκοπούς του ιδρύματος.

Οι σκοποί αυτοί είναι αφ'ενός μεν η θεραπεία των ασθενών, αφ'ετέρου δε η επιβολή ενός πλαισίου φυσιολογικής συμπεριφοράς σ' όλους εκείνους που παρεκκλίνουν από τις κοινωνικά αποδεκτές φόρμες. Μέσα στους τοίχους του ασύλου πλανάται ο στιγματισμός κάθε αποκλίνουσας συμπεριφοράς από τους κανόνες λειτουργίας του ιδρύματος σαν ιατρικού συμπτώματος, που θεραπεύεται σαν τέτοιο. Καθοριστικές παράμετροι για την σταδιοδρομία του ασθενή είναι:

α) Το ιστορικό - που ακολουθεί τον άρρωστο σε κάθε του βήμα,

β) Το φάρμακο, κέντρο της ζωής και της θεραπείας: "Ήρθε το φάρμακό του, πάει καλά". Η ύπαρξη και η συντήρηση του παραπάνω πλαισίου προϋποθέτει την παραγωγή και την αναπαραγωγή ορισμένων μορφών κοινωνικής οργάνωσης μέσα στο άσυλο.

Το άσυλο σαν κλειστό σύστημα είναι στεγανοποιημένο από τον έξω κόσμο· κάθε μετακίνηση μέσα και έξω από το άσυλο γίνεται υπό ειδικούς όρους. Η συμπεριφορά των ασθενών αναφέρεται σ'έναν εσωτερικό κώδικα πειθαρχίας υποχρεωτικό σε όλους: κάθε παραβίασή του συνεπάγεται την επιβολή πρόσθετων στερήσεων κάτω από ένα αμφισβητούμενο ιατρικό κάλυμμα (π.χ. επικινδυνότητα, πέρασμα σε κλειστό περίπτερο).

Μέσα από αυτές τις καταστάσεις, ο ασθενής αναπτύσσει ορισμένους τύπους συμπεριφοράς, που δεν μπορούν να γίνουν κατανοητοί παρά μόνο σε σχέση με το άσυλο, τη μόνη πραγματικότητα μέσα στη ζωή του. Όλη αυτή η διαδικασία έχει επικρατήσει να λέγεται ιδρυματοποίηση. Διαδικασία, που περνώντας μέσα από την πλήρη εξάρτηση του ασθενή σε σχέση με το ίδρυμα, οδηγεί σταδιακά στην απόσυρση, την αποπροσωποίηση και την κατάθλιψη. Έρευνα των WING και BROWN απέδειξε ότι:

α) Ο ιδρυματισμός προκαλείται από το στερητικό κοινωνικό περιβάλλον,

β) η πτώχυνση της προσωπικότητας του ασθενή και η πτώχυνση της κοινωνικής του συμπεριφοράς προχωρούν παράλληλα και

γ) ο βαθμός ιδρυματισμού είναι ανάλογος του χρόνου νοσηλείας.

### Γ. 'ΔΑΦΝΙ, Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ'

Η σύγχρονη Ψυχιατρική παρέλαβε τα Ψυχιατρεία σαν άσυλα και ξεκίνησε θεωρώντας την ψυχική αρρώστεια και κυρίως την σχιζοφρένεια, βασικά σαν ανίατη. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτής της κατάστασης στην Ελλάδα είναι το Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αθήνας, το μεγαλύτερο ψυχιατρικό νοσοκομείο της χώρας.

Το Δαφνί καθόριζε και καθορίζει ακόμα την ιδεολογική εικόνα, που έχει ο ελληνικός λαός για την τρέλλα. Έτσι, καμία προσπάθεια διάλυσης των ψυχιατρικών μύθων και αναμόρφωσης της ψυχιατρικής πραγματικότητας στην Ελλάδα δε μπορεί να γίνει, όσο το Δαφνί παραμένει όπως είναι, συντηρώντας και διαιωνίζοντας την παλιά κατάσταση πραγμάτων μαζί μ'ό,τι τη στηρίζει.

Στο Δαφνί νοσηλεύονται περί τους δυόμισυ χιλιάδες (2.500) ασθενείς, προερχόμενοι απ'όλα τα σημεία της Ελλάδας. Την σημερινή του μορφή την πήρε μεταπολεμικά και κυρίως μετά τη δεκαετία του εξήντα ('60). Η κοινωνικοπολιτική πραγματικότητα της Ελλάδας σ'αυτήν την περίοδο ευνόησε τη συντήρηση τόσο της δομής του όσο και του είδους της περίθαλψης, που προσφέρει.

Σα μονάδα λειτούργησε και λειτουργεί μέσα από μια βαθιά αντίφαση. Από τη μια μεριά προσπαθεί να παίξει ένα θεραπευτικό ρόλο, που η Πολιτεία του αποδίδει, ενώ από την άλλη μεριά λειτουργεί βασικά σαν τυπικό άσυλο. Από τη μια νοσηλεύει όλα τα περιστατικά από νευρώσεις μέχρι οξείες ψυχώσεις, που έχουν ανάγκη μόνο σύντομης θεραπείας και οι ασθενείς δεν διαθέτουν μια περιουσία για την ιδιωτική κλινική και από την άλλη έχει αρρώστους, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία, μένουν πολλά χρόνια, ίσως για όλη τους τη ζωή. Σε ορισμένα μάλιστα περίπτερα, ο ψυχιατρικός πληθυσμός είναι σχεδόν μόνιμος (60, 110, 150 κάτω, 10 περίπτερο).

Το μεγαλύτερο λοιπόν ψυχιατρικό νοσοκομείο της χώρας είναι ταυτόχρονα και το μεγαλύτερο άσυλο και μέσα απ'αυτόν το διττό του χαρακτήρα αναπτύσσεται η αδυναμία σωστής

λειτουργίας του, τόσο σαν ασύλου όσο και σαν νοσοκομείου. Γιατί ούτε σαν άσυλο επιτρέπει στους αρρώστους του να ζουν σ'ένα κλίμα ασφάλειας και καταφυγής αλλά και με τη διατήρηση της ελπίδας ότι η πόρτα δεν έκλεισε πίσω.

Ούτε βέβαια νοσοκομείο είναι, με την έννοια παροχής ιατρικών υπηρεσιών, όπου τα επιτεύγματα της επιστήμης είναι εύκολα προσιτά, όπου οι νέοι δρόμοι συνεχώς αναζητούνται, όπου όλοι εκπαιδεύουν και εκπαιδεύονται κι όπου ο ασθενής εισάγεται, για να βγει στο συντομότερο χρόνο, υποφέροντας λιγότερο.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα παρακάτω στοιχεία: Απλωμένο σε μια τεράστια έκταση 650 στρεμμάτων λειτουργεί σαν χώρος μειονότητας μέσα στον απάνθρωπο χώρο της πρωτεύουσας. Χωρισμένο από τον κόσμο με ψηλό τοίχο, κρατά απομονωμένο τον ιδιόμορφο πληθυσμό του από την υπόλοιπη κοινωνία. Τα είκοσι ένα μεγάλα κτήρια, που στεγάζουν τον πληθυσμό του είναι παλιά, με κάγκελα στα παράθυρα και κλειδωμένες τις περισσότερες ώρες τις πόρτες τους. Υγρά, με ανεπαρκή θέρμανση, με αποχέτευση που δε λειτουργεί, με ελάχιστα λουτρά, κατσαρίδες, μεγάλα ποντίκια και ψείρες, ξαναζωντανεύουν όλη την φρίκη των παραδοσιακών ασύλων, που σε άλλες χώρες ανήκουν πια στο παρελθόν.

Τα κρεβάτια είναι συνήθως λιγότερα από τους ασθενείς. Σε μια δύναμη 2.580 κλινών, που προβλέπονται από τον οργανισμό του νοσοκομείου, υπάρχει πάντα ένας αριθμός διακοσίων περίπου ασθενών, που κοιμούνται στο πάτωμα ή ανά δύο στο κρεβάτι.

Χωρίς αίθουσες ψυχαγωγίας ή άλλη απασχόληση, αμέτοχοι στην λήψη αποφάσεων, που τους αφορούν, περνούν τις ατέλειωτες ώρες της μοναξιάς τους μέσα στους απέραντους θαλάμους με τα κρεβάτια κολλημένα το ένα δίπλα στο άλλο, λόγω έλλειψης χώρου. Σε τέτοιες συνθήκες όχι μόνο η διατήρηση οποιασδήποτε ατομικότητας αποδειχνεται ανέφικτη αλλά και η φυσική ύπαρξη του αρρώστου δοκιμάζεται συνέχεια. Η θεραπεία, στην οποία υποβάλλονται, περιορίζεται κυρίως και σχεδόν για το σύνολο των ψυχωσικών στη φαρμακοθεραπεία και άλλες βιολογικού τύπου θεραπείες. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι μηδαμινή ως ανύπαρκτη. Ελάχιστα άτομα υποβάλλονται σε ουσιαστική

απασχολησιοθεραπεία, άλλωστε το μοναδικό υπάρχον τμήμα της υπολειπουργεί. Έτσι για την πλειοψηφία, η μόνη ίσως απασχόληση είναι οι βαριές δουλειές της καθαριότητας των θαλάμων, της μεταφοράς πραγμάτων και η διεκπεραίωση κάθε "χοντρής" δουλειάς.

Οι άρρωστοι εισάγονται στο νοσοκομείο για θεραπεία αλλά γρήγορα εκπαιδεύονται από τις συνθήκες στο ρόλο του χρόνιου, του "ιδρυματοποιημένου" ασθενή και αποκόπτονται ακόμη περισσότερο από την κοινωνία.

Το κυριώτερο πρόβλημα είναι η ανεύρεση εργασίας - ποιός εργοδότης σήμερα στην Ελλάδα δέχεται να προσλάβει πρώην νοσηλευθέντες σε Ψυχιατρείο, αφού άλλωστε κανένας νόμος δεν τον υποχρεώνει;

Από την άλλη μεριά η νοσηλεία ενός ασθενή παρατείνεται μέσα από συνεχείς αναβολές και γραφειοκρατικά εμπόδια. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανεβαίνει σε αδικαιολόγητα υψηλά επίπεδα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σε μια κλινική βρέθηκε ότι ο μέσος χρόνος νοσηλείας των αρρώστων της είναι τρία χρόνια.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεπαρκές και βασικά ανειδίκευτο. Στο σύνολο των 2.500 ασθενών αντιστοιχούν 209 άντρες νοσοκόμοι, 147 πρακτικές και 75 διπλωματούχοι νοσηλευτές. Οι άντρες διορίζονται αποκλειστικά σαν φύλακες ασθενών. Για τη δουλειά τους δεν χρειάζεται κανένα προσόν, καμία έφεση εκτός ίσως από την ανάγκη συμπλήρωσης του εισοδήματός τους ή μερικών συντάξιμων χρόνων.

Έτσι αυτοί οι άνθρωποι, όπως είναι φυσικό, παραμένουν πάντα ξένοι προς τον ασθενή και τα προβλήματά του, απορριπτικοί, γεμάτοι φόβο, που τον συντηρεί η άγνοια και οδηγεί σε επιθετική, εχθρική, καταπιεστική, βάνουση συμπεριφορά. Η σκληρότητα συντηρείται και αναπτύσσεται ακόμα περισσότερο από το διττό χαρακτήρα του νοσοκομείου. Σε αντίθεση με το άσυλο, όπου ο πληθυσμός είναι μόνιμος και επομένως οικείος, στο Δαφνί γίνονται συνεχώς νέες εισαγωγές. Το οξύ ψυχωσικό επεισόδιο με τη διέγερση του σπάζει το κλίμα οικειότητας ανάμεσα στο προσωπικό και τους χρόνιους ασθενείς, παρεμβαίνει

σαν ένας νέος άγνωστος σε μεγάλο βαθμό παράγων στη ζωή της κλινικής και τροφοδοτεί το φόβο για τον "τρελλό" και μέσα απ' αυτόν τη βαναυσότητα.

Μέσα απ' αυτόν τον φόβο, συντηρείται η αυστηρή κάθετη ιεραρχική δομή του Ψυχιατρείου και το προσωπικό κάνει απεριόριστη χρήση της εξουσίας του πάνω στον άρρωστο. Ενδεικτικό του μεγέθους βίας, που ασκείται, είναι ότι από το 1981 έχουν καταγγεληθεί στη διεύθυνση του νοσοκομείου αρκετές περιπτώσεις άσκησης βίας (κυρίως ξυλοδαμού) από το προσωπικό σε αρρώστους, μάλιστα μερικές αφορούσαν και παιδιά. Η επιθετικότητα ανοιχτή ή καλυμμένη διαπερνά τα πάντα. Η τάξη συνήθως επιβάλλεται με την απειλή της ένεσης ή του δεσίματος ή ακόμη της Λέρου. Οι άρρωστοι χωρίζονται σε "καλούς" (οι πειθήνιοι και παθητικοί) και σε "κακούς". Πολλοί ανήκουν στα "αζήτητα" και η τύχη τους είναι αρκετά συχνά το κολαστήριο της Λέρου.

Χαμένοι στο μεγάλο τους αριθμό, οι ασθενείς ενσαρκώνουν την εικόνα της τραγικής εγκατάλειψης ακόμα κι όταν πρόκειται για τα σωματικά τους προβλήματα. Συνήθως τα τελευταία γίνονται αντιληπτά, αφού προχωρήσουν σε βαθμό ώστε να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Το ποσοστό θνησιμότητας άλλωστε είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Η ασυλιακή πραγματικότητα του Δημόσιου Ψυχιατρείου, καρπός μιας ιστορικής εποχής, συνδέεται διαλεκτικά με την ιστορία του. Άρχισε να λειτουργεί το 1928 σαν άσυλο, παράρτημα του ασύλου της Αγίας Ελεούσας. Η μέχρι σήμερα δομή της ασυλιακής περίθαλψης, που παρέχει το Δαφνί, φαίνεται να υποβοηθήθηκε από συγκεκριμένους κοινωνικούς παράγοντες, από τη μετακίνηση του πληθυσμού, την αστυφιλία, τη διάλυση της μεγάλης αγροτικής οικογένειας. Ο ψυχωσικός που λαθροβιούσε στα χωριά γινόταν ανέκτος, ενταγμένος μάλιστα στο σύνολο. Η ψυχική αρρώστεια είχε κι έχει για το ευρύ κοινό έναν χαρακτήρα πρωτόγονο.

Ο φόβος για τον τρελλό δεν στηριζόταν πάντα στο αντικειμενικό κριτήριο της επικινδυνότητας. Ήταν ένας φόβος περισσότερο για το άγνωστο, την τρέλλα. Η στάση λοιπόν της κοινής γνώμης, τροφοδοτούμενη από το ότι η Ψυχιατρική

δεν έχει να προσφέρει συγκεκριμένες λύσεις, είναι ένας από τους κύριους παράγοντες, που διαιωνίζουν μια εικόνα του ψυχωσικού, κλεισμένου πίσω από υψηλούς τοίχους, επικίνδυνου για τη δημόσια ζωή, άχρηστου για την κοινωνία.

Χαρακτηριστική επίσης είναι η στάση του Τύπου, που με μορφή εκλαϊκευτικής καμπάνιας κοινωνικής, από τη μια μεριά καταγγέλει την κόλαση των "ζωντανών - νεκρών" στο Δαφνί, την δεσμοτηριακή πολιτική της και από την άλλη, όταν πρώτα ασθενείς κάνουν αξιόποινες πράξεις, όπως ο υπόλοιπος κόσμος, καταγγέλει πάλι το Ίδρυμα ότι με τις ελευθερίες που παρέχει, υπονομεύει την ασφάλεια του συνόλου και ζητά την παραδειγματική τιμωρία των ασύδοτων γιατρών και νοσηλευτών που αφήνουν απεριόριστους τους επικίνδυνους "τρελλούς".

Όλοι λοιπόν οι παράγοντες, που δημιουργούν και διαιωνίζουν τον ασυλικό τρόπο περίθαλψης των ψυχωσικών (οικονομικοί, επιστημονικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί), αποτελούν έναν φαύλο κύκλο, που οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν με δυναμικούς χειρισμούς.



#### Δ. "Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ"

Μερικοί ασθενείς, που έχουν δαπανήσει πολλά χρόνια σε Ψυχιατρεία, συμπεριφέρονται σαν ανοϊκοί, χωρίς αντίδραση στο περιβάλλον. Έχει αποδειχθεί όμως ότι η κατάστασή τους οφείλεται όχι στην ψυχιατρική διαταραχή, που προκάλεσε την εισαγωγή τους, αλλά ότι είναι το αποτέλεσμα της ίδιας τους της ζωής στο ίδρυμα. Οι όροι "ασυλοποίηση" και "ιδρυματική νεύρωση" χαρακτηρίζουν αυτήν την κατάσταση. Αξιοσημείωτη είναι η παραίτηση του αρρώστου, η έλλειψη δραστηριότητας, η ακινητοποίηση, η πλήξη, ως αποτέλεσμα μιας προοδευτικής απόσυρσής τους. Χαρακτηριστική είναι η εικόνα του ασθενή, που κάθεται βυθισμένος στην καρέκλα ή στέκεται σε γωνίες και περπατάει μ'ένα χαρακτηριστικό βάδισμα σκυφτός. Η έκφραση του προσώπου είναι κενή και ο ασθενής ελάχιστα ενδιαφέρεται για την προσωπική του εμφάνιση. Πολύ σπάνια εκδηλώνει κάποια ενεργητικότητα και υπακούει αμέσως στις εντολές και οδηγίες του προσωπικού.

Επειδή ο άρρωστος φαίνεται τόσο αδρανής, οι νοσηλευτές συχνά δεν έχουν επίγνωση των δυνητικών του ικανοτήτων. Ενεργούν γι'αυτόν, μιλούν γι'αυτόν και απαντούν εκ μέρους του. Συμπεραίνουν ότι ο ασθενής δεν καταλαβαίνει και μιλούν απροκάλυπτα μπροστά του για τη νόσο του. Οι ίδιοι οι νοσηλευτές νιώθουν ότι δεν επιτελούν σωστά τον σκοπό της εργασίας τους, νιώθουν ότι για την φροντίδα τους δεν υπάρχει σκοπός, αφού δεν υφίσταται η ενεργητική συμμετοχή εκ μέρους των αρρώστων. Αναλώνονται δε περισσότερο στη γραφική δουλειά, συγγραφή συνταγολογίων, φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων, στη "μακρινή" παρακολούθηση των ασθενών και τη ρουτίνα του τμήματος.

Συνοψίζοντας τα προαναφερθέντα, εξάγουμε τα εξής:

α) όσον αφορά τον ασθενή, τα αποτελέσματα της ιδρυματοποίησης είναι η αδράνεια, η αποξένωσή του από το περιβάλλον και την οικογένεια, η οικονομική εξαθλίωση (κατάχρηση χρημάτων του από συγγενείς - εκμετάλλευση) και η οπισθοδρόμηση της θεραπείας,

β) όσον αφορά το νοσηλευτή, ο τελευταίος επιβαρύνεται

με πρόσθετο άγχος και επειδή δεν υπάρχει ανταπόκριση από τον ψυχωσικό (ένδειξη για την κλινική του πορεία) με απαγοήτευση, που οδηγεί στην αδιαφορία, η οποία με τη σειρά της επιτείνει την ασυλοποίηση των ασθενών.

3.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

΄΄ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ΄΄

Τα τελευταία σαράντα χρόνια, η αποασυλοποίηση των χρονίων ψυχωσικών, η κοινωνική και προεπαγγελματική τους κατάρτιση και η κοινωνική τους επανένταξη αποτέλεσαν το αντικείμενο ενός αγώνα, που εξελίχθηκε στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα της Ελλάδας.

Οι εξελίξεις αυτές διαμορφώθηκαν υπό την αλληλεπίδραση ψυχιάτρων, νοσηλευτών, ασθενών και των συγγενών τους, της κοινής γνώμης, των μέσων μαζικής ενημέρωσης και της νομοθεσίας.

Η κοινωνική αποκατάσταση όμως όλων των αρρώστων σ'ένα μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τη στάση της οικογένειας και της κοινότητας, που διαβιώνουν. Και αντίστροφα, η στάση της οικογένειας και της κοινότητας εξαρτάται από την ικανότητα των ασθενών να προσαρμόζονται στις οικογενειακές και κοινοτικές απαιτήσεις.

Το πρώτο βήμα ήταν ο εξανθρωπισμός της ζωής μέσα στα άσυλα και η ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και των ΄΄άλλων΄΄. Η μεταστροφή της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού έγινε βαθμιαία. Σιγά-σιγά άρχισε να εμπιστεύεται τους αρρώστους και να τους βοηθά στις αποτυχημένες τους προσπάθειες δοκιμασίας της πραγματικότητας.

Αναγκαία προϋπόθεση για την ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών ικανοτήτων των ασθενών ήταν η βελτίωση της εμφάνισής τους και η αναμάθηση καλών συνηθειών συμπεριφοράς και υγιεινής. Η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων αποτέλεσε ένα θετικό και αποφασιστικό παράγοντα για την αποασυλοποίηση. Η οικονομική δυσπραγία αποτέλεσε όμως αρνητικό παράγοντα, όπως το ίδιο αποτέλεσαν και προβλήματα εξουσίας, εδαφικής κυριότητας, συνεργασίας και επικοινωνίας όλων όσων ασχολήθηκαν με το ζήτημα. Κάτω από τις συνθήκες αυτές, δεν έγινε δυνατό να εκπονηθεί ένα πανελλαδικό πρόγραμμα αποασυλοποίησης και ανάπτυξης κοινοτικών δομών, παρ'όλο που θεσμοθετήθηκε νομοθετικά.

Η αποασυλοποίηση ήταν αποτέλεσμα του Ν. ΨΜΒ/1862 "περί συστάσεως φρενοκομείων". Εφαρμόστηκε από τα Ψυχιατρεία Κέρκυρας, Δρομοκαΐτιου, από το 1887, και τα Δημόσια Αθηνών, Θεσσαλονίκης και Χανίων μετά τον Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, το Υπουργείο Υγείας σχεδόν κάθε δεκαετία συνιστούσε επιτροπές για την αναθεώρηση του Ψ.Μ.Β. Το 1957 ανέθεσε στην ΠΕΨΥΓ την παρασκευή νομοσχεδίου Ψυχικής Υγείας. Καταρτίστηκε εικοσιεξαμελής επιτροπή, που εργάστηκε δύομισυ συναπτά έτη. Το αποτέλεσμα ήταν ένα πλήρες νομοσχέδιο, που προέβλεπε όχι μόνο την τομεοποίηση των Ψυχιατρείων και εκούσιες εισαγωγές των ασθενών αλλά και Ψυχιατρικές Υπηρεσίες στα Γενικά Νοσοκομεία και κοινοτικές δομές σ' όλη τη χώρα: Κέντρα ψυχικής υγείας, νοσοκομεία ημέρας και εναλλακτικές λύσεις αποκατάστασης ασθενών στην κοινότητα, νομοθετικές ρυθμίσεις για την επαγγελματική κατάρτιση και ένταξή τους και για την ίδρυση σχολών νοσηλευτικής. Το μειονέκτημα του νομοσχεδίου ήταν η ανάθεση της εφαρμογής των διατάξεων, που απαιτούσαν οικονομικές δαπάνες σε υπουργικές αποφάσεις, που ποτέ δεν ελήφθησαν.

Εξετάζοντας τώρα την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών για αποασυλοποίηση ψυχωσικών, σε χώρες όπου έχουν εφαρμοσθεί προγράμματα, εκλαμβάνουμε τα θετικά στοιχεία και αποφεύγουμε τα αρνητικά. Όλοι όσοι ασχολούνται με τη διαδικασία της αποασυλοποίησης, οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, ιδίως οι νοσηλευτές, αφού αποτελούν τους στυλοβάτες όλων των προσπαθειών.

Επομένως πρέπει αρχικά να κατανοήσουν τους βασικούς σκοπούς της αποασυλοποίησης, ώστε όλες οι ενέργειές τους να έχουν αυτούς ως στόχο. Αυτοί οι σκοποί είναι:

α) Η απόλυση χρονίων ασθενών από τα νοσοκομεία (κύρια αποασυλοποίηση),

β) Η συντόμευση της νοσηλείας, με τη βοήθεια κοινοτικής περίθαλψης (υποασυλοποίηση) και

γ) Η αποφυγή εισαγωγής σε νοσοκομεία με τη δημιουργία σταθμών Πρώτων Βοηθειών και θεραπευτικών προγραμμάτων μέσα στην κοινότητα για τη συντήρηση ψυχωσικών έξω από τα ιδρύματα (μη-ασυλοποίηση).

Βασικότερος και αμεσότερος στόχος των προγραμμάτων ασυλοποίησης πάντως είναι η αποκατάσταση των ψυχωσιών, δηλαδή η διαδικασία επισήμανσης και πρόληψης ή ελάττωσης των πολλαπλών αιτίων, τα οποία οδηγούν σε σοβαρή κοινωνική μειονεκτικότητα, που συνοδεύει διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές και της ταυτόχρονης βοήθειας προς το άτομο, για να αναπτύξει τις ικανότητες του κι έτσι να αποκαταστήσει την αυτοπεποίθηση δια μέσου της επιτυχίας του σε κοινωνικούς ρόλους.

Βέβαια σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να νομισθεί ότι τα νοσοκομεία τα ψυχιατρικά θα πρέπει να καταργηθούν, εξαιτίας του φόβου της χρονιότητας. Όπωςδήποτε είναι αναγκαία, αφού είναι ο τόπος, όπου ο ψυχωσικός μπορεί να παραληρήσει ελεύθερα και να βοηθηθεί από το επιστημονικό προσωπικό να αποθεραπευθεί.

Για να μπορέσουμε όμως να απομονώσουμε το έργο του νοσηλευτή στο Ψυχιατρείο, πρέπει να εμβαθύνουμε σ' αυτόν τον ξεχωριστό ρόλο, που καλείται να παίξει την ξεχωριστή σχέση, που θα αναπτύξει με τον ψυχωσικό αλλά και στα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, που θα πρέπει να διαθέτει, ώστε να βοηθήσει τον ψυχωσικό να αποασυλοποιηθεί.-

## Α. ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ

Ο ρόλος του ασθενή κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι όμοιος με αυτή ενός παιδιού. Ο ασθενής οφείλει να είναι υπάκουος, ικανός να εμπιστεύεται και εξαρτημένος.

Η ανάγκη του για την προστασία, τον αναγκάζει να αποδώσει στους νοσηλευτές το ρόλο των γονέων. Έτσι ο νοσηλευτής αναλαμβάνει το ρόλο του γονέα με θετικά κυρίως αποτελέσματα για τον ασθενή. Ο ρόλος αυτός του παρέχει το στοιχείο της εξουσίας, αναλαμβάνοντας ορισμένες υποχρεώσεις.

Μέριμνα του νοσηλευτή είναι η ευημερία του ασθενή, οι σκέψεις, τα συναισθήματα, τα ενδιαφέροντα και τα προβλήματα του. Στο ρόλο αυτό πρέπει να αποδέχεται τον ασθενή, χωρίς όρους. Δίνει θάρρος και υποστήριξη, πάντοτε προσμένοντας την πιθανότητα καλύτερευσης και υπεροχής, γνωρίζοντας όμως ότι θα πρέπει να είναι ελαστικός και να αποδέχεται τις αποτυχίες. Ο ρόλος αυτός μπορεί να δώσει μεγάλη ικανοποίηση στο νοσηλευτή και τον ασθενή, τόσο ώστε ο τελευταίος να εμποδίζεται να ξεπεράσει την εξάρτησή του. Γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέχει, όσον αφορά την έννοια της αυξανόμενης ανεξαρτησίας των ασθενών, χωρίς αυταρχισμούς.

Για να μπορέσει όμως ο Νοσηλευτής να επιτελέσει το ρόλο του και κυρίως τις διαδικασίες για αποασυλοποίηση χρειάζεται να έχει κάποια προσόντα και μια αρκετά καλή εκπαίδευση.-

## Β. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Βασικό στοιχείο και βόηθημα για τις προσπάθειες του νοσηλευτή για αποασυλοποίηση αποτελεί η εκπαίδευσή του.

Η εκπαίδευση αυτή στοχεύει στο να εμφυσήσει στο νοσηλευτή το αίσθημα της υψηλής ποιότητας, του αντικειμένου μελέτης και εργασίας του, δηλαδή τη θεραπεία, την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ψυχωσικού. Ήδη στο Δρομοκαΐτιο Ψυχιατρείο λειτουργεί τμήμα, που χορηγεί μετά φοίτηση ενός έτους, την Ψυχιατρική ειδικότητα.

Πέρα όμως από την εκπαίδευση, ο Νοσηλευτής, θα πρέπει να διαθέτει και ορισμένα προσόντα, όπως υπομονή, επιμονή στις προσπάθειες, διορατικότητα, διαισθητική κατανόηση, αντικειμενική αξιολόγηση, κριτικό πνεύμα, υψηλό και ευρύ επίπεδο γνώσεων και φυσικά διάθεση πνεύματος συνεργασίας με τα υπόλοιπα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας.

Διαθέτοντας τα παραπάνω στοιχεία, ο νοσηλευτής θα μπορέσει να αποτελέσει δυναμικό στοιχείο για τη διαδικασία της αποασυλοποίησης.

#### Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Η παρατήρηση και η ακριβής καταγραφή είναι ανάμεσα στις πιο σπουδαίες λειτουργίες του ψυχιατρικού νοσηλευτή. Όμως η παρατήρηση όλων των λεπτομερειών είναι αδύνατη. Αυτό που παρατηρείται και ερμηνεύεται ως σημαντικό, εξαρτάται από την εμπειρία του νοσηλευτή και τις γνώσεις του. Είναι αδύνατο να καταγράφεται κάθε λεπτομέρεια από κάθε γεγονός αλλά η εκπαίδευση καθιστά το νοσηλευτή ικανό να διαλέγει τα πιο σχετικά και σημαντικά στοιχεία για τις καταγραφές της. Η παρατήρηση φυσικά αφορά την εμφάνιση, την ομιλία, την όρεξη, την αποβολή των περιττωμάτων και τον ύπνο, την εργασία, τις ασχολίες του ελεύθερου χρόνου και τα άλλα ενδιαφέροντα του ασθενή, τη στάση του απέναντι στο προσωπικό, τη στάση του προς τους επισκέπτες προς τους άλλους ασθενείς και τέλος τη στάση του απέναντι στη νόσο του.

Μετά την παρατήρηση και την καταγραφή των προβλημάτων του ψυχωσικού καταστρώνονται σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας ή αλλιώς η νοσηλευτική διεργασία.

Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα εξατομικευμένο συμβουλευτικό έγγραφο, το οποίο καταγράφει τις ανάγκες του ασθενή, σύμφωνα με την παρούσα κατάστασή του και στο οποίο βασίζονται οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας, που θα χορηγηθεί.

Η νοσηλευτική διεργασία εξασφαλίζει τη συνέχεια της προσέγγισης και την εξατομικευμένη προσοχή στον ασθενή, ιδιαίτερα όταν υπάρχει μια αλλαγή προσωπικού στο μέσο της ημέρας. Οι νοσηλευτικοί σκοποί που καταγράφονται στο σχέδιο είναι πιθανόν να διαφέρουν από ημέρα σε ημέρα, σύμφωνα με την κατάσταση του ασθενή, το είδος της μονάδας, στην οποία νοσηλεύεται και τα διαθέσιμα μέσα αλλά θα πρέπει να είναι κυρίως ρεαλιστικοί.



## Ε. ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Πριν από την κατάστροψη σχεδίου αποασυλοποίησης, πρέπει να ληφθούν οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς. Ο νοσηλευτής λαμβάνει αυτές τις πληροφορίες, όχι κάνοντας ερωτήσεις αλλά με έμμεσο τρόπο. Πρώτα δημιουργεί με τον ασθενή μια σχέση δείχνοντας ενδιαφέρον και προθυμία να τον ακούσει. Η πρώτη προσέγγιση είναι συνήθως μια ασήμαντη. Ο άρρωστος θέλει να σιγουρευτεί ότι ο νοσηλευτής αισθάνεται ενδιαφέρον γι' αυτόν και δεν τον χλευάζει ή κριτικάρει. Κάθε συνομιλία με τον άρρωστο δίνει κάποια ένδειξη για τη ζωή του, τη γενική ανατροφή του και τις εμπειρίες του από το παρελθόν.

Ο νοσηλευτής έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις διαλέγει τα κύρια στοιχεία πληροφόρησης και τα παρουσιάζει στη θεραπευτική ομάδα προς περαιτέρω αξιολόγηση και κατάστροψη θεραπευτικού προγράμματος.

ΣΤ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ  
ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Ένα πρόβλημα που πρέπει να λύσει ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα είναι ο αριθμός των αρρώστων, που θα λάβουν μέρος στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Οποσδήποτε δεν θα πρέπει να είναι μεγάλος, αφού η αποασυλοποίηση επιβάλλει τη στενή και συνεχή παρακολούθηση του ψυχωσικού από το νοσηλευτικό προσωπικό. Από δημοσιευμένες εργασίες και έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ένας αριθμός 50 ασθενών είναι αρκετά ικανοποιητικός.

Κριτήρια επιλογής αρρώστων για πρόγραμμα αποασυλοποίησης είναι:

1. Να μην έχουν συγγενείς ή αν έχουν, οι συγγενείς να μην έχουν εκδηλώσει κανένα ενδιαφέρον από χρόνια.
2. Να υποβάλλονται σε σταθερή φαρμακοθεραπεία και να έχουν σταθερή ψυχολογική κατάσταση από έτους.
3. Να είναι ικανοί για στοιχειώδη επικοινωνία με το προσωπικό του νοσοκομείου και τους άλλους αρρώστους.
4. Να μην πάσχουν από χρόνια σωματική νόσο ή βαριά αναπηρία (π.χ. κώφωση ή ακρωτηριασμό), που να απαιτεί συνεχή παρακολούθηση.
5. Να μην έχουν επιδείξει τάσεις αυτοκτονίας.
6. Να τηρούν στοιχειώδεις προσωπικές συνήθειες.

Στο τέλος του προγράμματος οι άρρωστοι αναμένεται να είναι ικανοί για: α) την καθημερινή φροντίδα του εαυτού τους, β) τη λειτουργία του νοικοκυριού τους, γ) κυκλοφορία στην κοινότητα και χρήση ποικιλίας κοινοτικών ευκολιών (μεταφορικών μέσων, Ταχυδρομείου, τηλεφώνων, καφετηρίας κ.λ.π.), δ) περιορισμό της ακατάλληλης συμπεριφοράς του σε επίπεδο ανεκτό στην κοινότητα και σε χώρους εργασίας, στ) ανάπτυξη επαγγελματικών ικανοτήτων. Οι ασθενείς στην ουσία βοηθούνται να αναγνωρίζουν και να χρησιμοποιούν τις υπάρχουσες ικανότητες και δυνάμεις τους.

Αφού επιλεγούν οι άρρωστοι με τη σύμφωνη γνώμη του Ψυχιάτρου, ο Νοσηλευτής πρέπει να σταθμίσει άλλους δύο παράγοντες: την οικογένειά του ψυχωσικού και τη μετέπειτα ζωή του έξω από το ίδρυμα. Όσον αφορά την οικογένειά του κάθε ασθενή, γίνεται παράλληλη προετοιμασία αποδοχής του. Για το λόγο αυτό, μπορούν να πραγματοποιηθούν επισκέψεις στην οικογένεια, ώστε να συζητηθούν τα προβλήματα, να λάβει γνώση ο νοσηλευτής του οικογενειακού περιβάλλοντος και της ανοχής του απέναντι στον άρρωστο.

Για τις διεξόδους μετά την αποασυλοποίηση, θα αναφερθούμε διεξοδικότερα, αφού καλύπτουν ένα νέο μεγάλο κεφάλαιο, την Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική.

Ας δούμε όμως τί απαιτείται, ώστε να δημιουργηθεί μια θεραπευτική ατμόσφαιρα αποασυλοποίησης στο Ψυχιατρείο. Τρεις είναι οι παράγοντες εκείνοι, που δημιουργούν ένα θεραπευτικό περιβάλλον:

- α) Η δομή και η διευθέτηση του τμήματος,
- β) Η συμπεριφορά του προσωπικού και
- γ) Το ηθικό της νοσοκομειακής κοινότητας σαν σύνολο.

Για τη δομή και διευθέτηση των τμημάτων, αυτό που προέχει είναι να μοιάζουν περισσότερο σαν σπίτι παρά σαν νοσοκομείο. Σκοπός είναι η δημιουργία άνεσης και ζεστασιάς και χαλάρωσης, καθαριότητας και τάξης. Το μέγεθος των τμημάτων για ένα πρόγραμμα αποασυλοποίησης είναι καλύτερα να είναι μικρό, αλλά τα τμήματα δομημένα σαν μικρές κοινότητες και με σύνθετο περιβάλλον, που να δίνει αρκετά ερεθίσματα στους ασθενείς.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού, ελέγχθησαν αρκετά στο κεφάλαιο ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ.

Τέλος, αναφορικά με το ηθικό της Κοινότητας του τμήματος σαν σύνολο, αρκεί να λεχθεί ότι η αρμονία στη συνεργασία του προσωπικού είναι αποτέλεσμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και εχεμύθειας. Όταν συμβαίνει αυτό, η συμπεριφορά των αρρώστων συνήθως εμφανίζει ελάχιστα προβλήματα και όσα εμφανίζονται, επιλύονται ταχύτητα.

## Ζ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η θεραπεία (αποασυλοποίηση) μέσα στο νοσοκομείο λαμβάνει χώρα στο κοινωνικό περιβάλλον του τμήματος. Όταν το περιβάλλον είναι θεραπευτικό, η πρόοδος του ασθενή γίνεται γρήγορα. Σε αντίθετη περίπτωση, δεν υπάρχει πρόοδος. Η μεγαλύτερη συνεισφορά του ψυχιατρικού νοσηλευτή βρίσκεται στην ικανότητα να δημιουργεί κλίμα, μέσα στο οποίο ο άρρωστος μπορεί να ιαθεί.

Το κύριο πρόβλημα που έχει να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής σχετικά με τους ιδρυματοποιημένους ασθενείς, είναι η έκπτωση της λειτουργικότητάς τους. Αυτή η λειτουργικότητα αφορά τομείς, όπως: την προσωπική ανεξαρτησία και αυτονομία, την εγκατάσταση και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων, την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, την ανάληψη και εκπλήρωση καθηκόντων και ρόλων (συζυγικού, γονεϊκού, εργασιακού κ.α.).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες, που ευθύνονται για τη μείωση των λειτουργικών ικανοτήτων ενός ψυχωσικού, είναι:

α. Η ψυχιατρική συμπτωματολογία (τα υπολειμματικά συμπτώματα).

β. Δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες (ανεπάρκεια υποστηρικτικού συστήματος, στιγματισμός, έλλειψη πόρων κ.α.).

γ. Η επίγνωση του ίδιου του ασθενή για τους δυο προηγούμενους παράγοντες και η απότοκη αντίδρασή του (μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, εξασθένιση κινήτρων και στόχων).

Η αξιολόγηση λοιπόν θα πραγματοποιηθεί μέσα από ένα φάσμα, που εκτείνεται από τη συμπτωματολογία μέχρι τους διάφορους τομείς λειτουργικότητας. Ο νοσηλευτής με την αξιολόγηση στοχεύει στα εξής: στην εκτίμηση του μεγέθους της ανάγκης για αποκατάσταση, στη διάκριση του βαθμού βελτίωσης μέσα από διαδοχικές αξιολογήσεις, ώστε να λάβει αποφάσεις, σχετικά με το αποασυλοποιητικό πρόγραμμα, στην εκτίμηση της αποδοτικότητας του προγράμματος, στην εξαγωγή συμπεράσματος για τη μορφή, την διάρκειά του, για κάθε κατηγορία ασθενών, καθώς επίσης και για την εντόπιση των πλευρών εκείνων των λειτουργικών ικανοτήτων, που σχετίζονται περισσότερο με τη μονιμότερη και αποτελεσματικότερη ή μη αποκατάσταση του ατόμου.-

## Η. ΕΠΑΝΕΚΜΑΘΗΣΗ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

Οι συνήθειες αποκτώνται με την εξάσκηση. Όταν εγκατασταθεί ικανοποιητικά μια συνήθεια, η λειτουργία εκτελείται χωρίς σκέψη, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, σε κάθε περίπτωση. Στη ζωή μας πολλά πράγματα γίνονται από συνήθεια, επιτρέποντας στις συνειδητές προσπάθειες να αφιερώνονται σε πιο σημαντικά και πολύπλοκα θέματα. Οι συνήθειες λοιπόν είναι χρήσιμες, επειδή εξοικονομούν πολλή προσπάθεια.

Όταν οι άρρωστοι νοσηλεύονται στο Ψυχιατρείο, στα πλαίσια της αποασυλοποίησης, θα πρέπει να εκπαιδευτούν προσεκτικά, ώστε να καθιερώσουν έναν τύπο συνηθειών.

Το πρώτο βήμα είναι ο σχηματισμός μικρών ομάδων ασθενών, στις οποίες υπεύθυνος θα είναι ο νοσηλευτής. Οι άρρωστοι θα πρέπει προηγουμένως να έχουν αξιολογηθεί, όσον αφορά το βαθμό ενεργητικότητάς τους. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη διαμόρφωση μιας ημερήσιας ρουτίνας που θα πρέπει να εφαρμόζεται, χωρίς την παραμικρή αλλαγή.

Σταδιακά, ένας-ένας ασθενής αποκτά τις συνήθειες, που ο νοσηλευτής προσπαθεί να διδάξει. Για κάθε άρρωστο γίνεται ακριβώς το ίδιο πράγμα, την ίδια στιγμή, κάθε μέρα. Για κάθε ασθενή το κριτήριο για επιτυχία πρέπει να καθορίζεται και είναι εξατομικευμένο, όπως και η επιβράβευσή του.

Ο ρυθμός της μάθησης μπορεί σημαντικά να αυξηθεί, αν οι νοσηλευτές είναι σταθεροί στην επιβράβευσή της επίθυμητης συμπεριφοράς. Η δραστηριότητα του ασθενή αυξάνεται σιγά-σιγά, μέχρις ότου να απασχολείται για το περισσότερο τμήμα της ημέρας. Σταδιακά μπορεί να επιτευχθεί, να δίνεται προσοχή σε πολλούς ασθενείς ταυτόχρονα, αν ο καθένας κάνει την ίδια πράξη, με τον ίδιο τρόπο, την ίδια ώρα (π.χ. πλύσιμο). Ένας άρρωστος, που είναι ικανός να πάρει πρωτοβουλία, μπορεί με τον καιρό να αναλάβει την αρχηγία της ομάδας.

Καθώς οι άρρωστοι βελτιώνονται, αυξάνουν τις προοπτικές τους και γίνονται πιο δραστήριοι και πιο ικανοί να φροντίζουν τις δικές τους ανάγκες και σταματούν να αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα. Μερικοί προοδεύουν πιο γρήγορα, άλλοι μπορεί να

είναι απαραίτητη. Εξαρτάται από την ικανότητα και κατανόηση του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο και αφορά το αν ένας νοσηλευτής εξακολουθεί να διδάσκει τα ίδια καθήκοντα σε διαδοχικές ομάδες ασθενών και οι τελευταίοι αποφοιτούν απ'αυτές προς πιο εξελιγμένες, καθώς προοδεύουν ή εάν κάθε νοσηλευτής θέτει σαν σκοπό την ανάπτυξη δραστηριοτήτων της δικής του ομάδας σε όλα τα στάδια.

Η εξάσκηση στις συνήθειες είναι κατά ένα μέρος μια διαδικασία καθιέρωσης εξαρτημένων αντανακλαστικών. Στόχος είναι να γίνει η ρουτίνα του τμήματος τόσο απλή, ώστε να την καταλαβαίνουν και να τη θυμούνται οι άρρωστοι και έξω από το Ψυχιατρείο. Έτσι μπορεί να καταστούν ικανοί για μια φυσιολογική ζωή στην κοινότητα.

Ο νοσηλευτής, για να απλουστεύσει τη διαδικασία της αποσυλοποίησης, τομεοποιεί την εργασία του. Ανάλογα δηλαδή με τους τομείς της ζωής ενός ενήλικα, οργανώνονται οι προσπάθειες αποϊδρυματισμού.

#### α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ - ΕΝΔΥΣΗ - ΑΠΟΒΟΛΗ ΠΕΡΙΤΤΩΜΑΤΩΝ

Ο πρώτος τομέας είναι αυτός της προσωπικής υγιεινής. Θα πρέπει να μάθει ο νοσηλευτής στον ψυχωσικό να πλένεται και πότε να σταματάει το πλύσιμο. Η προσοχή στην προσωπική υγιεινή του ασθενή απαιτεί επιδεξιότητα και κατανόηση και προσφέρει μοναδική ευκαιρία στη δημιουργία σχέσης, ώστε να συγκεντρωθεί πολύτιμο υλικό πληροφοριών και να δοθεί βοήθεια σ'αυτόν με προσωπικό τρόπο. Στην αρχή χρειάζεται μεγάλη υπομονή και δόση πειθούς, ώστε να οδηγηθεί ο ψυχωσικός στο μπάνιο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η παρουσία νοσηλευτή (σε άνδρες) και νοσηλεύτριας (σε γυναίκες) κατά την διάρκεια του μπάνιου είναι απαραίτητη για την παρατήρηση οποιωνδήποτε εκχυμώσεων, εξανθημάτων ή άλλων ανωμαλιών. Είναι βέβαια απαραίτητο να υπάρχει διακριτικότητα στη βοήθεια προς τον ασθενή, για να ξεπεράσει την αμηχανία, που του προκαλεί η παρουσία του νοσηλευτή.

Το μπάνιο είναι μια ευχάριστη δραστηριότητα και δεν θα πρέπει να γίνεται με βιασύνη. Σε μερικές περιπτώσεις το μπάνιο είναι ο μόνος χώρος, όπου ο ασθενής αισθάνεται αρκετά χαλαρός για να μιλήσει και να ομολογήσει προβλήματά του στο

νοσηλευτή. Το ξύρισμα επιβλέπεται ή ακόμη γίνεται από τον ίδιο τον νοσηλευτή. Τακτικό κούρεμα των ανδρών και προσοχή στο στυλ των μαλλιών των γυναικών είναι πολύ σημαντικά. Οι άρρωστες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να δοκιμάζουν κομμώσεις και καλλυντικά, ώστε να αποκτήσουν φιλαρέσκεια και να ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους.

Οι άρρωστοί βοηθούνται στην ένδυση. Επειδή τα ρούχα είναι στενά συνδεδεμένα με την εικόνα που έχει κανείς για τον εαυτό του και το σώμα του, είναι σημαντικό να ντύνονται όσο το δυνατόν καλύτερα και διακριτικά. Στην αρχή ο νοσηλευτής ντύνει και δείχνει τον τρόπο, αργότερα όμως προτρέπονται να διαλέξουν μόνοι τους ρούχα, να τα πλένουν να τα σιδερώνουν και να τα επιδιορθώνουν. Όταν οι ασθενείς εμφανίσουν σημαντική πρόοδο, μπορεί να οργανωθεί στο νοσοκομείο έκθεση ρούχων για αγορά από τους ασθενείς.

Όσον αφορά τέλος την αποβολή των περιττωμάτων, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει αν ο άρρωστος ουρεί και ενεργείται φυσιολογικά και σε προβλήματα να μεθοδεύει λύσεις.

Όλα αυτά βέβαια αφορούν ασθενείς που έχουν ως ένα βαθμό λειτουργικότητα και ενεργητικότητα. Τί γίνεται όμως με όσους ασθενείς έχουν χάσει όλη την ενεργητικότητά τους και παρουσιάζουν αισθητή απόσυρση;

Η εκπαίδευση συνηθειών σ' αυτούς τους ασθενείς σε μεγάλο βαθμό συνίσταται στην εγκαθίδρυση από την αρχή συνηθειών πλυσίματος, ντυσίματος και αυτόματης προσέλευσης -στην τουαλέτα χωρίς σκέψη ή υπενθύμιση. Από την πλευρά του νοσηλευτή χρειάζεται επαγρύπνηση, επιμονή και ευσυνείδητη ακρίβεια, ενθάρρυνση και της ελάχιστης προσπάθειας του ασθενή. Μερικοί ψυχωσικοί αρνούνται να ντυθούν. Καμία προσπάθεια δεν στρέφεται με επιτυχία, αν δεν είναι γνωστός ο λόγος, για τον οποίο το άτομο αρνείται και αν ο άρρωστος δεν πεισθεί ότι ο νοσηλευτής κατανοεί το λόγο αυτό. Στη περίπτωση αυτή είναι καλύτερο να περιμένει κανείς την αλλαγή της διάθεσης του ασθενή.

Η ακράτεια και η παραμέληση της εμφάνισης βρίσκονται συχνά στον ιδρυματοποιημένο ασθενή. Η ακράτεια μπορεί να είναι κανονικού τύπου, μπορεί να εμφανίζεται, όταν είναι μόνος ο άρρωστος ή όταν κάνει τη βάρδιά του ένας συγκεκριμένος νοση-

λευτής. Μπορεί να είναι μέσο προσέλιψης της προσοχής ή διαμαρτυρία. Ο νοσηλευτής μπορεί να ανακαλύψει ένα μήνυμα στην ακράτεια του ασθενή, δείχνοντας προσωπικό ενδιαφέρον και εμποδίζοντας περαιτέρω την εμφάνισή τους.

Σε πολλές περιπτώσεις η ακράτεια μειώνεται, όταν ο ασθενής είναι όρθιος ή ντυμένος. Άλλοι άρρωστοι έχουν απώλειες μόνο γιατί η τουαλέτα είναι τόσο μακριά, που δεν είναι έγκαιρη η πρόσβασή της. Μπορεί, εάν ο νοσηλευτής συζητήσει το πρόβλημα με όσους μπορούν να βοηθήσουν να βρεθούν ρούχα ειδικά σχεδιασμένα για εύκολη αλλαγή, μετά από απώλεια, να χρησιμοποιούνται πάνες ακράτειας και να γίνουν κατάλληλες προσαρμογές στο σπίτι αργότερα, για ευκολότερη προσέγγιση μετά την αποκατάσταση.

## β. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΙΤΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι νοσηλευτές στο νοσοκομείο έχουν επίγνωση του γεγονότος ότι δημιουργούν συναισθηματική σχέση με τον ασθενή, όταν του προσφέρουν φαγητό ή όταν πρέπει να τον ταΐσουν. Αναγνωρίζουν ότι έπαινοι του ασθενή για το φαγητό είναι μια γενικότερη αναγνώριση της φροντίδας που δέχεται.

Οι ασυλικοί ασθενείς συνήθως δεν τρώνε αρκετά ή καθόλου. Μερικοί πάλι τρώνε υπερβολικά ή πολύ γρήγορα. Άλλοι καταπίνουν το φαγητό αμάσητο. Είναι εκείνοι που δεν αποδίδουν πια καμία αξία στην τροφή, των οποίων οι τρόποι στο τραπέζι είναι αξιοκατάκριτοι ή που κάνουν τελετουργίες με τέτοιο τρόπο, ώστε το φαγητό δεν εξυπηρετεί πια τον σκοπό του.

Ο νοσηλευτής μπορεί να οργανώσει τις προσπάθειές του για τη σίτιση των ασθενών. Θα πρέπει να υπάρχει άφθονος χρόνος πριν τα γεύματα, ώστε οι ασθενείς να προετοιμάζονται γι' αυτά, δηλαδή να πλένουν τα χέρια τους και να τακτοποιούν το χώρο τους. Το ενδιαφέρον τους θα πρέπει να προσελκύεται με συζητήσεις γύρω από φαγητό. Όπου είναι δυνατόν και ανάλογα με το βαθμό ενεργητικότητάς τους οι άρρωστοι μπορούν να βοηθούν στην προετοιμασία των γευμάτων και το στρώσιμο του τραπεζιού. Το γεύμα θα πρέπει να είναι μια ευχάριστη ασχολία, που δεν θα δημιουργεί άγχος, οι διαφωνίες πρέπει ν' αποφεύγονται και γενικά η ατμόσφαιρα στην τραπεζαρία θα πρέπει να είναι αρμονική. Η αισθητική απόλαυση ενός ωραία στρωμένου τραπεζιού, ενός ευγευστου και αξιοπρεπώς σερβιρισμένου φαγητού δεν πρέπει να



αγνοούνται.

Όσον αφορά τους "δύσκολους" ασθενείς, η μέθοδος που υιοθετείται για να πείσει ο νοσηλευτής αυτούς τους αρρώστους να φάνε, εξαρτάται από το κίνητρο του ασθενή για άρνηση του φαγητού. Αυτοί οι ασθενείς δε θέλουν να απασχοληθούν, δεν είναι πεινασμένοι, δεν έχουν καμία επιθυμία για τροφή. Πολλές φορές για να διαφύγει της προσοχής του νοσηλευτή μπορεί να προσπαθήσει να φάει αλλά είναι τόσο αργός, ώστε δεν παίρνει μια ικανοποιητική δίαιτα.

Τακτικό ζύγισμα, προσεκτική φροντίδα της σωματικής υγείας παρατήρηση της λειτουργίας του εντέρου, προσοχή στο στόμα που μπορεί να στεγνώσει, εξαιτίας της έλλειψης υγρών και πολλές φορές ο σχηματισμός πινάκων, που δείχνουν την πρόσληψη και την αποβολή υγρών, αποτελεί ένδειξη της διαιτητικής κατάστασης του ψυχωσικού. Μπορεί επίσης να είναι απλά παθητικός αλλά η αντίσταση του να κάμπτεται στο τάισμα με κουτάλι. Το φαγητό μπορεί να χορηγείται με τη συνοδεία λέξεων, όπως: "περισσότερο φαγητό" ή ακόμα μια κουταλιά". Αργότερα ο νοσηλευτής προσεγγίζει το στάδιο, που ο άρρωστος ο ίδιος κάνει την πράξη, καθώς χρησιμοποιείται η κατάλληλη λέξη. Ο τόνος της φωνής του νοσηλευτή πρέπει απλώς να δίνει το σήμα και να μην δείχνει διαταγή αλλά να αποτελεί αποτελεσματικό ερέθισμα.

Γενικά ο άρρωστος χρειάζεται παρακίνηση σε κάθε γεύμα και κάθε φορά καινούργιοι και πειστικοί λόγοι μπορεί να χρειάζονται, ώστε να δικαιολογούν, γιατί ο ασθενής πρέπει να φάει και να τον πείθουν γι' αυτό.

#### γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Καθώς το πρόγραμμα αποασυλοποίησης προχωρά από την προσωπική υγιεινή στη σίτιση, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να σχεδιάσει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων αρχικά αρρώστων με το προσωπικό και κατόπιν αρρώστων μεταξύ τους.

Οι ασυλικοί άρρωστοι έχουν συνήθως χάσει κάθε βαθμό επικοινωνίας και έχουν "ξεχάσει" ακόμα και το μέσο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, το λόγο. Ο νοσηλευτής, σε συνεργασία με ένα λογοθεραπευτή, μπορεί ν' αρχίσει ένα πρόγραμμα επανεκμάθησης λέξεων και εννοιών, ώστε οι άρρωστοι να επανα-

κινήσουν την ικανότητα της συνομιλίας. Με τον καιρό η ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων ενθαρρύνεται και προωθείται πρόγραμμα επανακοινωνικοποίησης.

#### δ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε μεγάλο βαθμό η πρόοδος του ασθενή μπορεί να κριθεί από την προθυμία του και την ικανότητά του να εργαστεί. Βέβαια ο νοσηλευτής είναι αυτός, που θα δώσει ικανοποιητικά κίνητρα, για να αναλάβει ένας ασθενής εργασία. Η εφευρετικότητα του νοσηλευτή, αν προστεθεί σε οποιοδήποτε ειδικό ταλέντο, που μπορεί να έχει, συχνά είναι βοηθήματα στο κέντρισμα του ενδιαφέροντος του ασθενή. Κάθε ασθενής πριν να εκδηλώσει την ασθένειά του, είχε μια εργασία. Βέβαια άλλοι είχαν συχνές αλλαγές δουλειάς, άλλοι είχαν βαθμιαία χειροτέρευση σε απόδοση και προσέλευση, άλλοι διατηρούσαν εργασίες πολύ απλές και μονότονες.

Στο νοσοκομείο, παρ'όλο που δεν υπάρχει άμεση ανάγκη να δουλέψουν οι άρρωστοι, προτρέπονται να το κάνουν ως τμήμα του αποασυλοποιητικού προγράμματος. Οι ψυχωσικοί, όταν αποκτήσουν πια έναν ικανό βαθμό ενεργητικότητας, πρέπει να αρχίσουν να αποκτούν δεξιότητες, όσον αφορά μια εργασία, πράγμα που αργότερα θα τους ωφελήσει στην εύρεση εργασίας έξω στην κοινότητα.

Ως ανταμοιβή είναι η γνήσια αξία της ίδιας της δουλειάς, η αυξανόμενη εκτίμηση του εαυτού τους και η ευχαρίστηση, που δοκιμάζουν οι οικογένειές τους, βλέποντάς τους να βελτιώνονται.

Είναι ουσιαστικό να προγραμματίζεται η δουλειά όσο το δυνατόν πιο προσεκτικά από όλους όσους προσπαθούν να βοηθήσουν τον άρρωστο. Κάθε επιτυχία του πρέπει να αναγνωρίζεται και να του δίνεται η ευκαιρία ν'αυξήσει τις προοπτικές του. Ρεαλιστικές, ανάλογες με της φυσιολογικής ζωής συνθήκες εργασίας, αυξανόμενης δυσκολίας, χορηγούνται και ενθαρρύνεται να τις αντιμετωπίσει. Ωστόσο, αν αποτύχει, προφυλάσσεται από τις συνέπειες. Ενθαρρύνεται να αναμένει με χαρά τη ανάληψη κανονικής εργασίας και δεν θα πρέπει να του επιτραπεί η αίσθηση ότι θα ήταν καλύτερο να διακόψει την προσπάθεια.

Ο νοσηλευτής μπορεί να καθοδηγεί τους ασθενείς να παράγουν

διάφορα αντικείμενα για τον εαυτό τους ή σαν δώρα για τους άλλους. Αυτό δίνει μια ευκαιρία διατήρησης επικοινωνίας και ένα βαθμό υπευθυνότητας. Καθώς βελτιώνονται, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να δουλεύουν για το νοσοκομείο ή να βοηθούν άλλους ασθενείς. Η δουλειά τους θα πρέπει να αναγνωρίζεται και σε κάθε βήμα να έχουν επίγνωση της χρησιμότητάς τους.

Οποιαδήποτε δουλειά κι αν κάνουν, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν έναν συγκεκριμένο σκοπό. Στην ενθάρρυνση του ψυχωσικού να δουλέψει, χρειάζεται βοήθεια για την προσαρμογή των επιδιώξεών του. Ο νοσηλευτής μπορεί να τον βοηθήσει με λεπτομέρειες που τον απασχολούν, ώστε να εξασφαλίζει την επιτυχία. Μόνο πολύ βαθμιαία, θα πρέπει ο ασθενής να καθίσταται υπεύθυνος ν'αντιμετωπίζει τα λάθη του και τις δυσκολίες. Ο νοσηλευτής τέλος θα πρέπει να ξεκαθαρίσει εκ των προτέρων, αν θα περιμένει την τελειότητα από έναν συγκεκριμένο ασθενή ή θα αποδεχθεί κατώτερη δουλειά για χάρη της προσπάθειας.

Ο παράγων χρόνος είναι πολύ σημαντικός και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Για τα ψυχοπαθητικά άτομα η τακτική προσέλευση αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Γι'αυτό ο χρόνος της εργασίας θα πρέπει να προγραμματίζεται ατομικά για κάθε ασθενή και να προβλέπονται συχνές διακοπές ή αν χρειάζεται, απασχόληση καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας.

Η εργασία εκτός από την επαναδραστηριοποίηση συμβάλλει και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή. Μπορεί να δουλεύει αρχικά μόνος αλλά αργότερα σε συνεργασία με άλλους αρρώστους.

Οι ασυλοποιημένοι ασθενείς χρειάζονται επανεκπαίδευση στην οικιακή δουλειά, στο μαγείρεμα, τις καθημερινές αγορές. Οι δύο πρώτες δραστηριότητες μπορεί να γίνουν ομαδικά μέσα στο τμήμα και έξοδοι για την αγορά μπορούν να οργανωθούν σε δυάδες ή τριάδες, αρχικά μ'έναν νοσηλευτή καθώς επανέρχεται η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, μόνοι τους. Επεξηγήσεις για αλλαγές στο χρηματικό σύστημα και στο σύστημα βαρών και μέτρων απαιτούν υπομονή και προσπάθεια από το νοσηλευτή, πρώτου καταστούν ικανοί οι άρρωστοι να φέρνουν σε πέρας ακόμη και μικρές αγορές από μόνοι τους. Όσοι ασθενείς απορρίπτουν τη χειρωνακτική εργασία, ενθαρρύνονται να βοηθούν στη βιβλιοθήκη

και στη δακτυλογράφηση ή όσοι έχουν ένα επίπεδο μόρφωσης - και δεν έχει επηρεαστεί - κάνουν μαθήματα στους άλλους ασθενείς.

Αυτό όμως που προέχει για όσους ασθενείς υπόκεινται σε πρόγραμμα αποασυλοποίησης, είναι κάτι πιο ζωτικό. Είναι η επαγγελματική επανεκπαίδευση, η οποία θα καταστήσει τον ψυχωσικό ικανό να εκτελεί εργασία για καθαρά βιοποριστικούς λόγους. Έτσι ο νοσηλευτής σε συνεννόηση με υπεύθυνους εργασιακών μονάδων και με τη Διεύθυνση του Νοσοκομείου, μπορούν να καθοδηγήσουν τους ψυχωσικούς σε εργαστήρια επαγγελματικά, κάνοντας συμβόλαια για επαγγελματική δουλειά, για την οποία οι άρρωστοι θα πληρώνονται. Η αξία π.χ. της δουλειάς σ' ένα εργοστάσιο, όταν οι ασθενείς προέρχονται από βιομηχανοποιημένη περιοχή, βρίσκεται όχι μόνο στη διδαχή των ασθενών μιας επαναλαμβανόμενης χειρωνακτικής δουλειάς, με την οποία θα μπορούν να εξοικονομούν τα έξοδά τους. Ο κύριος σκοπός της βρίσκεται στο να ωθεί τους αρρώστους να συνηθίζουν στην ατμόσφαιρα ενός πραγματικού τύπου εργασίας, μακριά απ' όσους και ό,τι θυμίζουν την αρρώστια.

Έτσι ένας ασθενής μπορεί να αναπτύξει τακτικές συνήθειες εργασίας, να αποδεχθεί τις οδηγίες του επικεφαλής, να μάθει, να ελέγχει το χρόνο προσέλευσης και αποχώρησης και να ευαισθητοποιηθεί στους άγραφους κανόνες για την ταχύτητα της δουλειάς, τα διαλείμματα, το κάπνισμα. Πιο σπουδαίο απ' όλα αρχίζει να ενημερώνεται για τη δική του αξία στη ζωή και αυτό τον βοηθά να απομακρύνει μέρος της παθητικότητάς του.

#### ε. ΑΜΟΙΒΗ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καθώς οι ασθενείς προοδεύουν γίνεται λόγος για τη χορήγηση αμοιβής για την εργασία τους. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί η αμοιβή μπορεί να αποτελέσει κίνητρο ενεργοποίησης. Σταδιακά, με κατάλληλη υποστήριξη, αποκτάται η ικανότητα του χειρισμού χρημάτων σαν μέσο συνδιαλλαγής, όσο μικρό κι αν είναι το ποσό, της κατανάλωσής τους ή της αποταμίευσής τους. Η ευκαιρία για αποκατάσταση αυξάνεται, όταν ο άρρωστος μπορεί να ρυθμίζει τα οικονομικά του ζητήματα.

#### στ. ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ - ΣΤΟΧΟΣ Η ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Για την αποκατάσταση των ασθενών δεν χρειάζονται μόνο προγράμματα επανεκπαίδευσης και εκμάθησης συνηθειών αλλά και ψυ-

χαγωγικά προγράμματα, που θα προάγουν την κοινωνικοποίησή τους. Άλλωστε όλοι οι άνθρωποι χρειάζονται τη χαλάρωση, που προσφέρει η ψυχαγωγία. Την τελευταία μπορεί να προσφέρει το νοσοκομείο με οργάνωση εκδηλώσεων και ο νοσηλευτής ωθεί τους αρρώστους να πάρουν μέρος σ'αυτές. Η μουσική ή η τηλεόραση μπορεί να προσφέρει στους αρρώστους αρκετή ικανοποίηση.

Σε όλες τις περιπτώσεις, πρέπει να σταθμίζονται το πολιτιστικό υπόβαθρο των ασθενών, τα ενδιαφέροντα και οι ικανότητές τους. Πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια, για να ενθαρρύνονται να αποκτούν καινούργια ενδιαφέροντα και χόμπις και να δοκιμάζουν στο νοσοκομείο δραστηριότητες χρήσιμες για μετά την έξοδό τους.

Συγχρόνως με την πρόοδο των ασθενών και το βαθμό της επανενεργοποίησής τους μπορούν να οργανώνονται στο νοσοκομείο ερασιτεχνικές θεατρικές παραστάσεις, ομάδες μουσικής απόλαυσης, ενδοτηματικές συζητήσεις, μαθήματα χορού και γυμναστικής.

Σε καμία ψυχαγωγική εκδήλωση οι ασθενείς δεν πρέπει να μένουν παθητικοί. Οι κοινωνικές συγκεντρώσεις θα πρέπει να οργανώνονται από αρρώστους με τη σειρά. Πολλοί άρρωστοι παίρνουν ικανοποίηση από την οργάνωση μιας συγκέντρωσης, παίζοντας το ρόλο του οικοδεσπότη. Η εμπειρία της εργασίας για έναν κοινό σκοπό δημιουργεί ένα δεσμό ανάμεσα στα μέλη του τμήματος, δίνει μια αίσθηση ενότητας και αλληλεγγύησης και βοηθά στην άνοδο του ηθικού του τμήματος.

Δίσκοι, ραδιόφωνο και τηλεόραση δίνουν μεγάλη ευχαρίστηση σε ασθενείς αλλά η επιλογή του προγράμματος απαιτεί προσεκτική σκέψη, ανάλογα με την ηλικία και τις προτιμήσεις των ασθενών.

Εκεί όπου επιτρέπει ο χώρος, μπορεί να είναι επιβοηθητικό να κρατηθεί ένα δωμάτιο ή τμήμα δωματίου για όσους παρακολουθούν τηλεόραση και να γίνεται συζήτηση και επιλογή προγραμμάτων.

Άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες ενθαρρύνονται, όπως το σκάκι, τα παζλ, επίλυση σταυρόλεξων.

Επίσης είναι σημαντικό να γιορτάζονται οι γιορτές και τα γενέθλια των ασθενών, επειδή τότε αισθάνονται πως είναι το κέντρο της προσοχής.

Καθώς οι άρρωστοι βελτιώνονται, περισσότερος μη οργανωμένος χρόνος απαιτείται για τις ιδιωτικές και προσωπικές επιδιώξεις τους. Το διάβασμα των εφημερίδων, η αλληλογραφία, το διάβασμα βιβλίων ή οι μικροσυζητήσεις με άλλους ασθενείς μπορεί να γίνουν πιο σπουδαίες απ'ό,τι οι οργανωμένες δραστηριότητες.

Η ύπαρξη βιβλιοθηκών ή αναγνωστηρίων στα νοσοκομεία μπορεί να είναι πολύτιμη και μερικές φορές οι άρρωστοι μπορούν να βρουν ηρεμία στο τμήμα όσο οι άλλοι βρίσκονται στην δουλειά ή μακριά από το τμήμα σε οργανωμένες ψυχαγωγίες.

#### Ζ. ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΑΝΑΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο νοσηλευτής, εκτός από τις ενέργειες που κάνει, ώστε οι άρρωστοι να επανακτήσουν τον κατάλληλο βαθμό ενεργητικότητας, ενδιαφέρεται και για σωματική τους υγεία. Αυτή μπορεί να προαχθεί αρχικά με την εκμάθηση των κανόνων προσωπικής υγιεινής, για τους οποίους προαναφέραμε και κατά δεύτερο λόγο με την αναγκαία ανάπαυση και ύπνο καθώς και τη σωματική άσκηση.

Όσον αφορά την ανάπαυση και τον ύπνο, είναι σημαντικό να καταναλώνεται ικανοποιητικός χρόνος σ'αυτά. Η αϋπνία σ' αυτούς τους αρρώστους είναι συχνή. Αυτό καταπονεί τους ασθενείς και οι προσπάθειές του νοσηλευτή για επαναδραστηριοποίηση δεν αποδίδουν. Γι'αυτόν τον λόγο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σταθμίζει τους παράγοντες, που ευθύνονται για την αϋπνία των αρρώστων και να προσπαθεί να άρει τα αίτιά της.

Πολλές διαταραχές του ύπνου είναι συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής. Συχνά ωστόσο, η ανικανότητα του αρρώστου να κοιμηθεί προκαλείται από τις συνθήκες, που επικρατούν στο τμήμα. Οι περισσότεροι βρίσκουν ενοχλητικό να κοιμούνται σε δωμάτιο με άλλους, ξένους. Το κρεβάτι, το στρώμα, τα μαξιλάρια μπορεί να είναι άβολα, οι κουβέρτες λίγες ή πολλές.

Είναι το πρώτο και κυριότερο καθήκον του νυχτερινού νοσηλευτή να ελαχιστοποιήσει τους ενοχλητικούς παράγοντες στο τμήμα και να αντιληφθεί ότι αυτοί δεν είναι ίδιοι για όλους τους αρρώστους.

Φυσικά δε χρειάζεται να τονιστεί η σημασία της ησυχίας στο τμήμα του εξαερισμού και της ζέστης, της άνεσης των κα-

λοστρωμένων κρεβατιών. Οι άρρωστοι δεν πρέπει να πεινούν ή να διψάνε κι ένα ζεστό αφέψημα ή γάλα μπορεί να βοηθήσει στον καθουχασμό τους.

Εάν, παρ'όλα τα νοσηλευτικά μέτρα, οι άρρωστοι συνεχίζουν να έχουν διαταραγμένο ύπνο, ο νοσηλευτής κρατά μια προσεκτική αναφορά. Στην αναφορά αυτή θα πρέπει να αναφέρει τον αριθμό των ωρών του ύπνου και να δίνει μια περιγραφή του ύπνου και της ποιότητας.

Εάν χρησιμοποιούνται ηρεμιστικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει αν το ηρεμιστικό, που έχει συστηθεί για έναν άρρωστο, είναι ταχείας ή βραδείας δράσης κι αν έχει παρατεταμένα αποτελέσματα ή όχι. Σταδιακά ο άρρωστος θα πρέπει να μάθει τη χρήση αυτών των φαρμάκων, τις ιδιότητές τους και πότε χρησιμοποιούνται, ώστε αργότερα να τα χρησιμοποιεί μ'επιτυχία και στο σπίτι του.

Εκτός από τη μέριμνα για έναν καλό ύπνο, ο νοσηλευτής σχεδιάζει και διαστήματα ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό θα βοηθήσει τους αρρώστους να προγραμματίζουν τέτοιου είδους διαλείμματα και στο σπίτι τους, ώστε να ξεκουράζονται από την οποιαδήποτε εργασία τους.

Όμως στον αντίποδα του ύπνου και της ανάπαυσης βρίσκεται η σωματική άσκηση, η οποία βοηθά στην επαναδραστηριοποίηση των ασθενών, συγχρόνως με την εκμάθηση συνηθειών και την απασχολησιοθεραπεία.

Άσκηση κάποιου είδους είναι απαραίτητη για όλους τους ανθρώπους. Μερικοί ασθενείς μπορεί να έχουν αρκετή άσκηση κατά την διάρκεια της ημέρας. Θεραπευτές, γυμναστές ή φυσιοθεραπευτές μπορεί να είναι δυνατόν να οργανώσουν μαθήματα, αγώνες ή παιχνίδια, τα οποία και ασκούν και ευχαριστούν. Καλή παρατήρηση και επίμονη ενθάρρυνση μπορούν να επιδειχθούν από το νοσηλευτή, για να βοηθήσει έναν ασθενή να ασκεί όλες του τις αρθρώσεις κατά τη διάρκεια των συνηθισμένων ημερήσιων δραστηριοτήτων. Όμως, αγκώνας και καρπός για παράδειγμα, χρησιμοποιούνται στο χτένισμα των μαλλιών. Το να παίρνει κανείς βιβλία από τα ράφια είναι μια πολύ καλή καμπτική ή εκτακτική άσκηση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι προσεχτικός όμως, για

να μην προκαλέσει ενόχληση ή υπερβολική κούραση και να φροντίσει ώστε η άσκηση να είναι κατάλληλη για την υγεία και την ηλικία του ασθενή.

Μερικές δραστηριότητες εξωτερικού χώρου μπορεί να αποτελούν κομμάτι της διαδικασίας αποασυλοποίησης. Αντί να περιφέρονται οι ασθενείς εδώ κι εκεί, είναι καλύτερο να διοργανώνονται αθλήματα, όπως ποδόσφαιρο, μπάσκετ, βόλλεϋ, αγώνες δρόμου ταχύτητας. Η συμμετοχή σ' αυτά τα σπορ είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων αλλά και για την σωματική άσκηση των αρρώστων.

Μπορούν επίσης να διοργανωθούν περίπατοι στην εξοχή σαν άθληση ή πεζοπορία στην πόλη. Αυτοί οι περίπατοι αποτελούν μια γέφυρα με τον εξωτερικό κόσμο και ένα ενδιάμεσο βήμα προς την έξοδο. Συχνά είναι υπευθυνότητα του νοσηλευτή να αποφασίσει ποιός θα συμμετέχει σ' έναν περίπατο και η επιτυχία της εξόρμησης εξαρτάται από την ακρίβεια της επιλογής του. Είναι συνήθως ασφαλές να υπάρχουν δύο νοσηλευτές για μια ομάδα είκοσι ασθενών. Αφού αξιολογηθεί η φυσική αντοχή των αρρώστων, σχεδιάζεται το δρομολόγιο. Εάν είναι δυνατό, υπολογίζεται ο χρόνος και η απόσταση. Οι άρρωστοι θα πρέπει να γνωρίζουν τον προορισμό και μπορεί να προηγηθεί μια προκαταρκτική συζήτηση. Θα πρέπει να υπάρχει ένας συγκεκριμένος σκοπός, ένα μέρος επιλεγμένο για την ομορφιά του και την καταλληλότητά του για μια εκδρομή ή για το ιστορικό του ενδιαφέρον. Με την επιστροφή ο περίπατος παραμένει για ορισμένο χρόνο ένα θέμα συζητήσεων και οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον ενθουσιασμό των ασθενών, για να κεντρίσουν το ενδιαφέρον άλλων για μελλοντικούς περιπάτους, προετοιμάζοντας το έδαφος για την ολοκληρωτική απαγκίστρωση του ψυχωσικού από το Ψυχιατρείο-άσυλο.-

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



## 8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΨΥΧΩΣΙΚΟΣ - ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Το πιο σπουδαίο στοιχείο της αποκατάστασης αφορά τη σχέση του ασθενή με τους ανθρώπους έξω από το νοσοκομείο, ιδίως με την οικογένεια, αν υπάρχει.

Η ψυχική νόσος διαταράσσει σε μεγάλο βαθμό τη σχέση του ψυχωσικού με την οικογένειά του. Τα μέλη της αντιμετωπίζουν με φόβο τον ασθενή, δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν, μερικές φορές το μορφωτικό τους επίπεδο είναι πολύ χαμηλό και δεν κατανοούν τη νόσο. Η αποδοχή πάντως του ασθενή είναι δύσκολη. Σε όλα αυτά προστίθενται και τα οικονομικά προβλήματα για τα φαρμακευτικά έξοδά του και όλοι οι παράγοντες οδηγούν στην αποξένωση και τον εγκλεισμό του ασθενή στο άσυλο.

Το χρόνο που βρίσκονται οι ασθενείς στο νοσοκομείο, χρειάζεται η βοήθεια του νοσηλευτή, για να ξεπεραστεί από τους συγγενείς η αμηχανία και το άγχος της πρώτης επίσκεψης μετά από καιρό. Οι συγγενείς μπορεί να αναστατώνονται πολύ, εάν δεν αντιδρά αμέσως ο ασθενής και μπορεί να πιστεύουν πως οι επισκέψεις τους δεν αξίζει τον κόπο να διατηρηθούν. Μπορεί επίσης να μην καταλαβαίνουν ότι είναι καλό για τον άρρωστο να συμμετέχει στα προβλήματα της οικογένειας. Από λάθος μπορεί να πιστεύουν ότι θα πρέπει να μην ανησυχούν τον ασθενή ή να τον αναστατώνουν μιλώντας για τον εαυτό τους. Στην πρώτη επίσκεψη είναι καλό ο νοσηλευτής να είναι παρών, ώστε να βοηθήσει να εγκαθιδρυθεί μία επικοινωνία πιο εύκολα και να διατηρήσει το ενδιαφέρον ζωντανό και από τις δύο πλευρές.

Η οικογένεια παρακινείται να ενδιαφέρεται και συζητούνται τα προβλήματα, ώστε να επιλυθούν. Έτσι η οικογένεια θα πρέπει να προετοιμάζεται σταδιακά να δεχθεί ξανά τον άρρωστο στους κόλπους της. Κάθε φορά επισημαίνεται η βελτίωση και η πρόοδος του αρρώστου.

Συγχρόνως λοιπόν με τη βελτίωσή του, θα πρέπει να προωθούνται οι σχέσεις του με τους συγγενείς, βγαίνοντας έξω για περίπατο ή για επίσκεψη στο σπίτι. Η εξάσκηση στο να ζει κανείς στο συγκεκριμένο χώρο ενός ιδιωτικού σπιτιού και να μοιράζεται τη φυσιολογική ζωή της οικογένειας, δίνει μεγάλη βοήθεια. Ο άρρωστος και οι συγγε-

νείς του

μπορεί να ενθαρρύνονται να επικοινωνούν με το Ταχυδρομείο. Οι περισσότεροι άρρωστοι ικανοποιούνται, όταν λαμβάνουν γράμματα και κάρτες και πρέπει να παροτρύνονται να απαντούν.

Γενικότερα ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ψυχωσικό και τους συγγενείς του αλλά και τον κοινωνικό περίγυρο ευρύτερα. Οι συχνές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή είναι αναγκαίες για την προετοιμασία της οικογένειας και του περιβάλλοντος για την υποδοχή του μετά το πρόγραμμα αποσυλοποίησης, την αποκατάσταση του και την επανάκτηση ενός ρόλου στην κοινωνία.

## Ι. "ΕΦΑΡΜΟΓΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ"

Ένα ζωντανό παράδειγμα αποασυλοποιητικού προγράμματος είναι αυτό του 12ου Πειραματικού Προγράμματος της Ε.Ο.Κ. για την κατά ομάδες αποασυλοποίηση ιδρύματοποιημένων ψυχωσικών στο Δρομοκαΐτιο.

Η φιλοσοφία του προγράμματος ξεκίνησε από παρατηρήσεις συμπτωματικής συνεργασίας και αλληλεγγύης μεταξύ χρόνιων ψυχωσικών κατά τα μακρά έτη διαβίωσης τους στο Ψυχιατρείο. Θεωρήθηκε ότι αν ψυχωσικοί, που αποκαθίστανται ένας-ένας στην κοινότητα, συχνά υποτροπιάζουν και συμβάλλουν στο γνωστό φαινόμενο της "περιστροφόμενης πόρτας", μερικές ομάδες ψυχωσικών εγκαταλελειμμένων στα ψυχιατρεία μπορούν να εκπαιδευτούν με μεγαλύτερη επιτυχία για σταθερή ομαδική αποκατάσταση στην κοινότητα.

Μια προκαταρκτική εργασία έγινε στο Δρομοκαΐτιο με ομάδα 19 γυναικών, για να αποδειχθεί η δυνατότητα ανάπτυξης της αλληλεγγύης και αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των αρρώστων με παράλληλο περιορισμό της παρεχόμενης νοσηλευτικής και ψυχιατρικής φροντίδας. Στη συνέχεια 64 χρόνιοι ιδρύματοποιημένοι έλαβαν μέρος στο 12ο πρόγραμμα. Οι μισοί αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και οι άλλοι μισοί την ομάδα ελέγχου. Οι δύο ομάδες ήταν ταιριασμένες κατά φύλο, ηλικία, αστική κατάσταση και κοινωνικοοικονομική τάξη. Η πειραματική ομάδα διαιρέθηκε σε δύο ανεξάρτητες υποομάδες και 16 από την ομάδα ελέγχου εγκαταστάθηκαν σε νεόκτιστο κτήριο, άνδρες και γυναίκες μαζί, κάτω από την ίδια στέγη, αλλά σε χωριστά δωμάτια των τεσσάρων κρεβατιών. Οι υπόλοιποι δέκα έξι (16) της ομάδας ελέγχου, παρέμειναν στα παλιά τους κτήρια. Όλοι οι ασθενείς κατοικούσαν στο ίδρυμα την τελευταία δεκαετία τουλάχιστον. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 45,3 χρόνια.

Σκοπός του προγράμματος ήταν η αποκατάσταση στην κοινότητα ανεξάρτητων μικρών ομάδων ψυχωσικών και η προεπαγγελματική τους αποκατάσταση.

Οι ασθενείς βοηθήθηκαν να αναγνωρίζουν και να χρησιμοποιούν τις υπάρχουσες ικανότητες και δυνάμεις τους, καθώς και ν'αναπτύσσουν νέες ικανότητες και πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς. Στην ουσία, κάθε άρρωστος βοηθιόνταν να ξαναφτιάξει την ταυτότητα του μέσα από ατομικές και διαπροσωπικές εμπειρίες. Τέτοιες σχέσεις παρείχαν στους αρρώστους θερμή υποστήριξη, εξισορροπημένη με δημιουργική καθοδήγηση και κριτική. Οι ιδρυματοποιημένοι ασθενείς ήταν τρωτοί, αφού είχαν δοκιμάσει την αποτυχία σε όλες τις σφαίρες της ζωής τους. Ήταν βραδείς και δεν διακινδύνευαν περισσότερο πισωγυρίσματα και ταπεινώσεις.

Στην αρχή δεν ήθελαν να ξαναδοκιμάσουν την πραγματικότητα. Με τη βοήθεια των νοσηλευτών, υπέστησαν συστηματική εκπαίδευση, για ν'αποκτήσουν παραδεκτή κοινωνική συμπεριφορά τους. Σ'αυτό διευκολύνθηκαν οι νοσηλευτές, επειδή οι ασθενείς είχαν περισσότερα αρνητικά συμπτώματα (απόσυρση, βραδυψυχισμό) παρά θετικά (παραληρήματα, ψευδαισθήσεις).

Η ψυχοκοινωνική εκπαίδευση της πειραματικής ομάδας γινόταν από μία ομάδα πολλών ειδικοτήτων, όπως ψυχιάτρων, ψυχολόγου, εργασιοθεραπευτή, με κύριο όμως στοιχείο το νοσηλευτικό προσωπικό. Όλοι συγκεντρωνόντουσαν σε εβδομαδιαίες, δημοκρατικές συναντήσεις και εξέφραζαν ελεύθερα την άποψη τους. Έτσι ο καθένας είχε ολοκληρωμένη εικόνα για κάθε ασθενή.

Στο τμήμα με βάση το πρόγραμμα, οι ασθενείς σηκώνονταν νωρίς το πρωί και μάθαιναν τις πρωινές "καλές" συνήθειες (να πλένονται, να ντύνονται και να στρώνουν τα κρεβάτια τους). Στη συνέχεια αναπτύχθηκε κατανομή εργασίας μεταξύ των ασθενών των ανεξάρτητων πειραματικών υποομάδων. Κάθε εβδομάδα άλλαζαν οι ασθενείς, που είχαν την υποχρέωση να φέρνουν και να μοιράζουν το πρωινό ρόφημα, να στρώνουν τα τράπεζια, να πλένουν τα πιάτα κ.ο.κ. Περιπτώσεις αλληλεγγύης ενθαρρύνθηκαν, όπως π.χ όταν ένας ασθενής προσφερόταν να στρώσει το κρεβάτι του συγκατοίκου του, που αποτύγχανε στην εκμάθηση αυτής της συνήθειας. Σε κάθε πειραματική υποομάδα εθελοντές άρρωστοι αναλάμβαναν με τη σειρά: το μαγείρεμα ενός φαγητού ή ενός γλυκού για όλη την υποομάδα και με τον καιρό όλο και περισσότεροι εθελοντές προσφέρονταν να μάθουν μαγειρική. Οι συγκατοίκοι κάθε δωματίου γευμάτιζαν στο ίδιο τραπέζι και μάθαιναν καλούς τρόπους κατά το γεύμα (δηλ. πως να τρώνε, να χρησιμοποιού-

ούν σωστά τα μαχαιρόπηρουνα, την χαρτοπετσέτα κ.λ.π) και να ελέγχουν τη βουλιμία τους ή την ανορεξία τους (διαταραχές διατροφής).

Το ενδιαφέρον των αρρώστων για τον εξωνοσοκομειακό κόσμο στην αρχή ήταν περιορισμένο. Οι άρρωστοι απέφευγαν με διάφορες προφάσεις να διαβάζουν εφημερίδες και εκλογίκευαν ότι δεν έχουν τα γυαλιά τους ή ότι τα γράμματα είναι μικρά ή το φως ανεπαρκές. Το ενδιαφέρον τους αναπτύχθηκε, όταν άρχισαν να μαζεύονται σε παρέες και ένας ασθενής διάβαζε μεγαλόφωνα τα νέα και οι υπόλοιποι άκουγαν και κατόπιν σχολίαζαν. Μετά από λίγο παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι ήθελαν να παίρνουν φύλλα εφημερίδας και να διαβάζουν μεγαλόφωνα και οι άλλοι να τους προσέχουν. Σ' ένα επόμενο στάδιο οι άρρωστοι διάβαζαν μόνοι τους εφημερίδα και μετά ο καθένας έλεγε μία περίληψη.

Αξιοσημείωτες ήταν οι εργασίες για την ανάπτυξη της κινητικότητας των αρρώστων. Εκτός από τις συνήθεις γυμναστικές ασκήσεις, εφαρμόσθηκε μέθοδος της χορευτικής κινησιοθεραπείας. Στην αρχή μαζεύονταν σ' έναν κύκλο και έκαναν επανειλημμένες κινήσεις αναγνώρισης του σωματικού τους εγώ (μηρών, γονάτων, κνημών κ.ο.κ.) Η άσκηση για τη διόρθωση των μειονεκτημάτων κίνησης δεν γινόταν με υποδείξεις ή πιεστικές παροτρύνσεις αλλά αυτόματα με χορευτικές κινήσεις και μουσική υπόκρουση. Οι άρρωστοι έβλεπαν τα μειονεκτήματά τους σαν σε καθρέφτη στον εκπαιδευτή τους και στους άλλους αρρώστους. Οι περισσότεροι άρρωστοι είχαν ελαφρύ βάδισμα, μειωμένη έκπτυξη κινήσεων, δυσκαμψία κορμού και βραδείες περιφερικές κινήσεις.

Η χορευτική κινησιοθεραπεία αποδείχθηκε δημοφιλής, η προσέλευση των αρρώστων ήταν εκούσια και πολλοί ασθενείς προθυμοποιήθηκαν να κάνουν την άσκηση τους στην εξοχή.

Οι περισσότεροι άρρωστοι για πολλά χρόνια δεν είχαν έξοδο απ' το νοσοκομείο. Χρειάστηκε να μάθουν ένας-ένας και κατά μικρές ομάδες να διασχίζουν την Ιερά οδό (λεωφόρο ταχείας κυκλοφορίας), που περνά έξω από την είσοδο του νοσοκομείου. Επίσης χρειάστηκε να μάθουν να περνούν από τα φανάρια της πλησιέστερης διασταύρωσης. Μετά από εβδομάδες καθημερινής άσκησης, ξεπέρασαν τους φόβους τους και με τον καιρό όλοι οι άρρωστοι έβγαιναν μόνοι ή σε μικρές ομάδες στο κέντρο της παρακείμενης κοινότητας του Χαϊδαρίου αλλά και στην Αθήνα και τον Πειραιά, εκτός από

τρεις που έβγαιναν μόνο στις εκδρομές. Η μάθηση και η αναμάθηση ικανοτήτων ομαδικής κυκλοφορίας στους πολυσύχναστους δρόμους της πόλης πέτυχε, ακόμη και σε δύσκολους αρρώστους.

Τακτική αλληλοϋποστήριξη έμαθαν και επεδείκνυαν οι περισσότεροι άρρωστοι κατά την έξοδο στην πόλη. Όταν έβγαιναν σε μικρές παρέες 2-5 ατόμων, ο ένας μάθαινε να προφυλάσσει τον άλλον. Άρρωστοι άνδρες, που συνόδευαν άρρωστες, τις βοηθούσαν να ανέβουν στο λεωφορείο, τις υποστήριζαν, όταν έχαναν την ισορροπία τους σε απότομα φρεναρίσματα λεωφορείου και οι πιο κυριαρχικοί ενδιαφέρονταν για τη συνοχή και την ασφάλεια της παρέας.

Με την πάροδο του καιρού μάθαιναν να επικοινωνούν με τους άλλους και να συναλλάσσονται στην κοινότητα. Σε μερικές παρέες αρρώστων δινόταν η πρωτοβουλία να βρίσκουν μόνοι τους μια καφετηρία, να παραγγέλνουν και να πληρώνουν το ποτό τους, να κουβεντιάζουν μεταξύ τους και να συμπεριφέρονται χωρίς να διακρίνονται από τους άλλους θαμώνες.

Κατά τη συναλλαγή με τους άλλους, ευθαρρύνθηκαν να αναπτύξουν πρωτοβουλίες, να αλληλοπροστατεύονται ή να προστατεύουν τον εαυτό τους. Στις επισκέψεις μιας πινακοθήκης κι ενός μουσείου έμαθαν να ζητούν πληροφορίες για τα εκθέματα από τους φύλακες ή τους πλησίοντές τους.

Η προεπαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών στηρίχθηκε σε μεθόδους βελτίωσης της στάσης ή των αισθημάτων των ασθενών και ειδικότερα της στάσης προς τους επιτηρητές κατά τη διάρκεια της εργασίας, της κινητοποίησής τους, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και την αναμάθηση των ικανοτήτων τους κατά την εκτέλεση της εργασίας.

#### Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α

Οι πρώτες εντυπώσεις και τα αποτελέσματα ήταν άκρως ευθαρρυντικά. Έκτοτε αρκετά προγράμματα άρχισαν να εφαρμόζονται με γνώμονα το δικαίωμα του αρρώστου για αποκατάσταση. Η κοινή γνώμη διευκολύνεται στις ημέρες μας στην αντίληψη της σημερινής πραγματικότητας: δεν είναι η επικινδυνότητα του ασθενή, που τον καθιστά υποψήφιο για ασυλοποίηση αλλά η πιθανότητα βελτίωσης της ψυχικής του υγείας, που τον υποχρεώνει σε αναγκαστική νοσηλεία περιορισμένης χρονικής διάρκειας, με σκοπό να τον αποκαταστήσει.

Επομένως, οι ασθενείς, που αποασυλοποιούνται, γίνονται ικανοί για μια αξιοπρεπή ζωή στην κοινότητα.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η αποκατάσταση των ψυχωσικών και η επανένταξή τους στην κοινότητα επιφέρει αποτελέσματα ψυχολογικά για τον ασθενή - και το νοσηλευτή - κοινωνικά, οικονομικά.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις στον άρρωστο είναι άκρως θετικές. Ο ίδιος καθίσταται ενεργητικότερος, με καλύτερη διάθεση, αποκαθίστανται οι σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους και η ψυχική του υγεία βελτιώνεται, τουλάχιστον στις περισσότερες περιπτώσεις.

Από την άλλη μεριά ο νοσηλευτής γι' αυτήν την αμφίδρομη σχέση "νοσηλευτή - ασθενή" αισθάνεται την επιτυχία του αρρώστου σαν δική του, ολοκληρώνεται ως επιστήμονας βλέποντας τη δυναμική της αποκατάστασης και η νοσηλευτική φροντίδα, που παρέχει, αποκτά κάποιο νόημα. Όλα αυτά τον ωθούν σε περισσότερη προσπάθεια για επιμόρφωση προς εμπλουτισμό των γνώσεων του και προς καλυτέρευση των μεθόδων και της νοσηλευτικής διεργασίας, που χρησιμοποιεί.

Κοινωνικά οι ασθενείς μετά την αποασυλοποίησή τους συνήθως πετυχαίνουν να αναλάβουν εκ νέου τον ρόλο τους και να προσαρμοστούν. Η αναμάθηση των συνηθειών υγιεινής, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και η επαγγελματική εκπαίδευση τους καθιστούν ικανούς να ζήσουν μια σχεδόν φυσιολογική ζωή, χωρίς να διακρίνονται στην κοινότητα εξαιτίας της χρονιότητας της ψυχικής τους νόσου. Οι άρρωστοι πλέον αποκτούν αυτοπεποίθηση και η κοινότητα τους αντιμετωπίζει εντελώς διαφορετικά. Παύουν να είναι οι αποδιοπομπαίοι.

Η αποασυλοποίηση όμως επιφέρει και οικονομικές συνέπειες. Οι άρρωστοι γίνονται παραγωγικά μέλη μιας οικονομικής κοινότητας και εξοικονομούν τα προς το "ζην". Μπορούν πλέον να εργαστούν και να γίνουν ανεξάρτητοι οικονομικά, βοηθώντας και τους ίδιους αλλά και το κράτος. Το τελευταίο δεν αναγκάζεται πλέον να χορηγεί κονδύλια για τη νοσηλεία ασυλοποιημένων, γύρω στις 30.000 το μήνα - αλλά μπορούν τα χρήματα αυτά να χρησιμοποιούνται για προγράμματα επανεκπαίδευσης ψυχωσικών και

κοινωνικής αποκατάστασής τους. Επίσης μπορούν να χρησιμοποιούνται για την επιμόρφωση του επιστημονικού προσωπικού, που ασχολείται με τους ψυχωσικούς αλλά και την ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής, όπου οι άρρωστοι θα μπορούν ν'αποτανθούν για οποιονδήποτε λόγο.

Πέρα όμως από όλες αυτές τις συνέπειες, που είναι ορατές, υπάρχουν και κάποιες άλλες αθέατες κι αυτές είναι ηθικές. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τον παράγοντα άνθρωπο και το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να ζήσει μια αξιοπρεπή και υγιή ζωή. Άρα δεν πρέπει να στερήσουμε από τους ψυχωσικούς αυτήν την ευκαιρία αλλά και την ευκαιρία της αποθεραπείας τους, ξεχνώντας τους στα άσυλα και γυρίζοντας την πλάτη στη νόσο και τα προβλήματα της.-



Κ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ“ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ - ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ”

Η επανάσταση στη σύγχρονη Ψυχιατρική, σημειώθηκε με την εφαρμογή προγραμμάτων Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η αναγκαιότητα των προγραμμάτων αυτών επισημάνθηκε με την αποασυλοποίηση των ψυχωσικών και την εύρεση διεξόδου μετά τη φυγή τους από τα άσυλα.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική, σύμφωνα με τον Αμερικανό Ψυχίατρο SOUTHARD, “προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του κοινωνικού και της Ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για την διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και έχει σκοπό τη χρησιμοποίηση χαρακτηριστικών και ηθολογικών ταξινομήσεων και των δεδομένων της ψυχολογίας και των συναφών κλάδων”. Η Κοινωνική Ψυχιατρική συνίσταται στη διερεύνηση της κοινωνικής προσαρμογής των ατόμων και των ομάδων, ενώ από θεραπευτική σκοπιά προσφέρει έναν κοινωνικό προσδιορισμό στις ψυχικές νόσους σε σχέση με τη στάση του κοινού πάνω σ’αυτές. Διερευνά την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό περιβάλλον και είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων, που στρέφονται προς:

- 1) την κοινωνιολογική και ανθρωπολογική θεώρηση, δηλαδή την μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, λειτουργιών, αξιών, θεσμών,
- 2) την επιδημιολογική, οικολογική άποψη με τη μελέτη των κοινωνικοπεριβαλλοντικών παραγόντων,
- 3) την προληπτική άποψη μέσα από τη διαμόρφωση της νομικής, κοινωνικής και προσωπικής πολιτικής και
- 4) τη θεραπευτική άποψη απέναντι στην κοινωνική θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά αρρώστων.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική εξυπηρετεί τον σκοπό της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Σε συνεργασία με τους ψυχιάτρους περιθάλπει τους ψυχωσικούς στην κοινότητα, μέσα στο φυσικό τους περιβάλλον.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική εφαρμόζεται ως εξής:

**A) ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΑΣ:** Καταλαμβάνουν τον σημαντικό ενδιαμέσο χώρο μεταξύ ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Διατηρώντας την επαφή του ατόμου με την κοινότητα ελαττώνουν τον κίνδυνο της ασυλοποίησης και του στίγματος. Αποφεύγεται επίσης η διάλυση της οικογένειας και ο ασθενής διατηρεί τον καθημερινό "φυσιολογικό" του ρόλο.

Τα Κέντρα Ημέρας διαφέρουν από τα Νοσοκομεία Ημέρας στο ότι δεν έχουν ιατρικό προσωπικό. Οι στόχοι ενός Νοσοκομείου Ημέρας είναι για διατήρηση της επαφής του ασθενή με το φυσιολογικό κοινοτικό περιβάλλον ακόμη και κατά τη διάρκεια οξέων επεισοδίων, την πρόληψη τυχόντων υποτροπών και της κοινωνικής απομόνωσης. Οι δραστηριότητες μια Μονάδας Ημέρας περιλαμβάνουν: α) Κοινωνικό πρόγραμμα, β) Ιατρική θεραπεία, γ) Επαγγελματική εκπαίδευση, δ) Εκπαίδευση σε καθημερινές δραστηριότητες, ε) Συναντήσεις, στ) Εργασιοθεραπεία οικιακής ή βιομηχανικής φύσης.

**B) ΕΙΔΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:**

Οι ανάγκες ενός ψυχωσικού, που ζει σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον είναι:

1) Ένα αποδεκτό κοινωνικό περιβάλλον, με ένα λογικό επίπεδο διαμονής σε προσιτή τιμή, με ισορροπία μεταξύ ανεξαρτησίας και υποστήριξης,

2) Προφύλαξη από το άγχος, που σχετίζεται με τη διαμονή,

3) Ανεκτικότητα πιθανής ασυνήθιστης συμπεριφοράς,

4) Βοήθεια σε μερικά από τα πρακτικά προβλήματα της καθημερινής ζωής,

5) Αποβολή πιθανού κοινωνικού στίγματος.

Διάφοροι τύποι κατοικίας αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια:

α) Ξενώνας: α<sub>1</sub>) Βραχείας διαμονής. Στόχος η ενθάρρυνση στην απόκτηση της μέγιστης ανεξαρτησίας, α<sub>2</sub>) Μακροχρόνιας διαμονής: είναι τα λεγόμενα Οικοτροφεία.

**Β) Ομαδικές κατοικίες:** Οι ένοικοι είναι σε πολύ καλή κατάσταση και χρειάζονται ένα μόνιμο τόπο διαμονής. Οι ασθενείς βοηθιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό με μια εντατική παρακολούθηση, που σταδιακά ελαττώνεται με τον καιρό.

**Γ) ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ:** Ο αριθμός των ενοίκων είναι 1-100, οι ένοικοι είναι "παλιοί" ασθενείς ψυχιατρείων και "νέοι" και οι κατοικίες είναι ανοιχτές και παρέχουν κοινούς χώρους, τρία γεύματα καθημερινά, φάρμακα και ελάχιστη επίβλεψη από το νοσηλευτικό προσωπικό.

**Δ) "ΕΠΙΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ" ΚΑΤΟΙΚΙΕΣ:** Οι άρρωστοι είναι σε καλή κατάσταση και υπάρχει επίβλεψη μέσω επισκέψεων από τον Κοινοτικό Νοσηλευτή.

Προγράμματα Επαγγελματικής εκπαίδευσης και Αποκατάστασης έχουν ξεκινήσει τα τελευταία χρόνια στα περισσότερα ελληνικά ψυχιατρεία της Αθήνας, Θεσ/νίκης, Χανίων, Τρίπολης, Πέτρας Ολύμπου.

Αξιόλογο πρόγραμμα εκπονείται στις ημέρες μας από ομάδα ψυχιάτρων και νοσηλευτών στο νομό Φθιώτιδος με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινότητα. Οι νοσηλευτές έχουν εδώ τον πρωταρχικό ρόλο και η φροντίδα, που παρέχουν, είναι εξατομικευμένη και στα πλαίσια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Οι άρρωστοι προερχόμενοι από αγροτικές περιοχές, επανεκπαιδεύονται στην εργασία τους, οι οικογένειες υπόκεινται σε πρόγραμμα αποδοχής τους και από μελέτες φαίνεται πως το πρόγραμμα στέφεται με επιτυχία.

Όλες οι παραπάνω προτάσεις αποτελούν την απάντηση στο ερώτημα, που διοχετεύονται οι αποασυλοποιημένοι άρρωστοι και πως θα παρακολουθούνται στην κοινότητα.

**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ****ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ**

Περιγράφεται η διαδικασία αποασυλοποίησης ενός χρονίου ψυχωτικού 56 ετών με διάστημα παραμονής στο Ψ.Ν.Α. 15 έτη.

Ο Π.Κ. νοσηλευόταν στο Ψ.Ν.Α. (ΔΑΦΝΙ) από τον Ιούνιο του 1977 με ένδειξη εισαγωγής χρόνια ψυχωτική συνδρομή. Ο άρρωστος ήταν αποσυρμένος, εμφάνιζε έκπτωση των λειτουργιών και ο βαθμός επικοινωνίας του ήταν ανεπαρκής.

Επισκεπτήριο είχε να δεχτεί 8 έτη.

Ο άρρωστος εντάχθηκε στο πρόγραμμα αποασυλοποίησης του Ψ.Ν.Α. και αρχικά επιδιώχθηκε η τοποθέτησή του σε "ομάδα".

Το θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης αποσκοπούσε:

α) Στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και αυτονομίας του αρρώστου.

β) Στην κοινωνικοποίησή του και την επανένταξή του στην κοινότητα.

γ) Στην επαγγελματική του αποκατάσταση.

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

α) Η μεγάλη ηλικία

β) Η μεγάλη διάρκεια εγκλεισμού

γ) Έλλειψη επαγγελματικής εκπαίδευσης

δ) Συνύπαρξη σωματικών νόσων όπως διαβήτης, καταρράκτης

ε) Η αρνητική στάση των συγγενών

στ) Η έλλειψη ευαισθητοποίησης άλλων δημόσιων φορέων.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

Η κύρια κατεύθυνση ήταν η κινητοποίηση και δραστηριοποίηση του αρρώστου.

Έγιναν προσπάθειες επανεκπαίδευσης σε ατομικές αρχικά και αργότερα σε κοινωνικές δεξιότητες με στόχο την έξοδο από την ιδρυματική παθητικότητα.

Στόχος ήταν η κινητοποίηση όποιου υγιούς μέρους του "ΕΓΩ" του ασθενή.

Η εργασία έγινε σε ημερήσιο και εβδομαδιαίο πρόγραμμα.

Σιγά-σιγά με την επίμονη προσπάθεια κυρίως από μέρους των νοσηλευτών, ο άρρωστος ανέπτυξε ικανοποιητικά τις βασικές ατομικές δεξιότητες, έτσι ώστε να κάνει μόνος του μπάνιο, να κάνει χρήση της τουαλέτας, να ξυρίζεται καθημερινά.

Μετά από διάστημα τριών (3) εβδομάδων ο ασθενής παρουσίασε ικανοποιητική πορεία και το πρόγραμμα προχώρησε στη διεισπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και εργασιών.

Καθαρισμός δωματίου, στρώσιμο και τακτοποίηση του κρεβατιού, βοήθεια στην προετοιμασία των γευμάτων.

Το θεωρητικό πρόγραμμα είχε επίσης στόχο τη βελτίωση της λεκτικής επικοινωνίας, της έκφρασης και γενικότερα των γνωστικών λειτουργιών μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής, του χορού, των απλών κατασκευών.

Ο άρρωστος συμμετείχε ενεργά σε όλες τις εκδηλώσεις και ο βαθμός κοινωνικοποίησης του αυξανόταν μέρα με την ημέρα.

Βέβαια πάντα υπήρχε ο φόβος μιας πιθανής παλινδρόμησης, η οποία σε κάποιο βαθμό ήταν αναμενόμενη (Ασυλικός ασθενής).

Ο άρρωστος μετά από 6 μήνες προεργασίας, μεταφέρθηκε σε ξενώνα μακράς διάρκειας (ξενώνας που ανήκει στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο) με στόχο την επανένταξή του στην κοινότητα.

Με κατεύθυνση τη σταδιακή ενσωμάτωση του στην κοινότητα συμμετείχε σε τακτικές θεραπευτικές ομάδες συζητήσεις, έβγαίνε εκτός του ξενώνα με τους άλλους ασθενείς και την ψυχοθεραπευτική ομάδα με στόχο την γνώση των κοινωνικών αγαθών (συγκοινωνία, χρήματα, αγορά).

Σιγά-σιγά, ο ασθενής παρουσίαζε προοδευτική βελτίωση στις σχέσεις του με την θεραπευτική ομάδα και τους ασθενείς.

Η διοργάνωση τακτικών ψυχαγωγικών εκδηλώσεων στον ξενώνα, στις οποίες προσκαλούνται συγγενείς και άτομα από την γειτονιά και τα χωριά των αρρώστων συνέβαλε στην κοινωνικοποίησή τους.

Ο συγκεκριμένος ασθενής είχε έναν αδελφό, ο οποίος στις παρεναίσεις μου ανταποκρίθηκε κατά κάποιο ευνοϊκά αν και είχε να επισκεφθεί τον αδελφό του πολλά χρόνια (λόγω της ασυλοποίησης του τελευταίου).

Τελευταία κατεύθυνση ήταν η επαγγελματική αποκατάσταση και η εργασιακή απασχόληση.

Επιχειρήθηκε η απασχόληση καθημερινά σε προστατευόμενη εργασία, σε κηπευτικές καλλιέργειες στο Κ.Ε.Π. (κέντρο επαγγελματικής προεκπαιδύσεως στο Νοσοκομείο "Σωτηρία") και σε οικιακές δραστηριότητες.

Ο ασθενής αποδείχθηκε άριστος κηπουρός, ήταν μια ασχολία που του άρεσε ιδιαίτερα, γιατί όπως έλεγε "δημιουργούσε".

Η επιλογή αγροτικών καλλιεργειών σαν κύριο αντικείμενο απασχόλησής μου, έγινε γιατί ελήφθη υπόψη η αγροτική φυσιογνωμία του τόπου καταγωγής του αρρώστου, τις εικόνες και τις μνήμες του σε σχέση με τη γη. Το ευχάριστο και άνετο περιβάλλον άσκησης το ό,τι δεν ήταν αναγκαία η χρήση πολύπλοκων μηχανημάτων. Η αμοιβή αποτελούσε ένα ουσιώδες κίνητρο. Με την βοήθεια της τοπικής αυτοδιοίκησης εκδόθηκε άδεια στο όνομα του ασθενούς για την πώληση των αγαθών σε λαϊκή αγορά κάθε Τρίτη. Τέλος, δόθηκε έμφαση στην κοινωνική επανένταξη. Οι δυσκολίες κοινωνικής ένταξης γίνονται κατανοητές, αν ληφθεί υπόψη ότι:

- α) Ο ασθενής ήταν χρόνια εγκαταλελειμένος,
- β) Υπήρξε το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής αρρώστιας.

Η εργασία με τον αδελφό του ασθενή αποδείχθηκε ιδιαίτερα επίπονη. Δουλέψαμε στην κατεύθυνση της συναισθηματικής σχέσης με τον ασθενή και στόχος ήταν η μείωση της απειλής και η απενεχοποίησή.

Αρχικά στόχος ήταν η επανασύνδεση και όχι υποχρεωτικά η επάνοδος του ασθενή στην οικογένεια.

Δυστυχώς όμως οι πιθανότητες μιας τέτοιας αποκατάστασης φαίνονται σήμερα περιορισμένες.

Οι διαπιστώσεις ήταν:

- α) Η μη αποδοχή της ψυχικής αρρώστιας,
- β) Η άρνηση ύπαρξης του ψυχωτικού ασθενούς μέλους της οικογένειας.
- γ) Άρνηση οποιασδήποτε δικής τους ευθύνης απέναντι στον χρόνιο εγκλεισμό και στην εγκατάλειψη του αρρώστου.
- δ) Έμμεση άρνηση οποιωνδήποτε ευθυνών για την ανάληψη και το μέλλον του ασθενή.

ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο συγκεκριμένος άρρωστος τελικά μπόρεσε να εγκατασταθεί σε σπίτι δίπλα στον αδελφό του, ο οποίος τον επέβλεπε και του ανέθεσε δουλειά στο καφενείο του. Μετά από ένα χρόνο ο ασθενής συνεχίζει να παίρνει τα φάρμακά του και να εργάζεται στο καφενείο. Η περίπτωση αυτού του ασθενή όμως είναι μια από τις λίγες με αίσιο τέλος.

Οι άρρωστοι λόγω της μεγάλης ηλικίας τους, της σωματικής κατάστασής τους, της ελάχιστης εκπαίδευσής τους και της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας τους ακολουθούν την διαδικασία αποασυλοποίησης με αργό ρυθμό.

Η πρόοδός τους είναι δύσκολη και η οπισθοδρόμηση είναι εύκολη.

Η προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης των ασθενών για να πετύχει έχει ανάγκη από ένα πλέγμα κατάλληλων τομεοποιημένων υποστηρικτικών υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής. Οι νοσηλευτές μπορούν ν' αποδειχθούν στυλοβάτες και εμπνευστές του όλου έργου.-

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η αγάπη προς το συνάνθρωπο και η διάθεση υποστήριξης του σε δύσκολες στιγμές χαρακτηρίζουν το έργο της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Στην περίπτωση του χρόνιου ψυχωσικού ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει στον αποϊδρωματισμό του επιδεικνύοντας επιμονή, υπομονή, γνώσεις και ενδιαφέρον.

Οι προσπάθειές του στοχεύουν στην κοινωνική αποκατάσταση του ήδη ασυλιακού ασθενή. Ποιές όμως είναι οι προτάσεις της Νοσηλευτικής για τους ψυχωσικούς, που είναι υποψήφιοι εισαγωγής σε ένα άσυλο;

Οι δημιουργούμενες ανάγκες στην προσπάθεια αποασυλοποίησης και αποκατάστασης των αρρώστων αλλά και στην πρόληψη της ασυλοποίησης δίνουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στο Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Οι λόγοι, που επιβάλλουν κάτι τέτοιο είναι οι ακόλουθοι:

1) Η δυνατότητα παροχής από το νοσοκομείο όλων των βαθμίδων θεραπείας και πρόληψης.

2) Η διασύνδεση του Τμήματος με άλλες ειδικότητες για τη σφαιρικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων των αρρώστων.

3) Η κεντρική θέση, που κατά κανόνα έχει ένα Γενικό Νοσοκομείο στη κοινότητα.

Η ανάληψη ενός τέτοιου ρόλου από το Ψυχιατρικό Τμήμα ενός Γενικού Νοσοκομείου προϋποθέτει τη βαθμιαία ανάπτυξη των παρακάτω τεσσάρων σταδίων:

- α. Στελέχωση από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό,
- β. Αποδοχή από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας του μειωμένου ρόλου του ασύλου στην παροχή υπηρεσιών,
- γ. Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση των νέων αναγκών, που δημιουργούνται από την ασυλοποίηση,
- δ. Αποφυγή ασκόπων πειραματισμών και εφαρμογή προγραμμάτων, τα οποία έχουν καθιερωθεί και πετύχει σε χώρους με μεγαλύτερη εμπειρία.



Η αποασυλοποίηση αποτελεί την ελπίδα χιλιάδων ψυχωσιικών, που στοιβάζονται στα άστυλα. Όμως δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί κοινωνική επανένταξη τους, αν η ίδια η κοινότητα δεν έχει ευαισθητοποιηθεί. Η διαδικασία της ευαισθητοποίησης μπορεί να γίνει από τον Κοινοτικό Νοσηλευτή και πρέπει να είναι ευσυνείδητη, βαθιά και συνεπής. Δεν είναι δυνατόν να επιτύχει κοινωνική επανένταξη, εάν δεν υπάρχουν άλλες σύγχρονες δομές ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η διαδικασία τέλος της εξωλοποίησης πρέπει να διαρκεί 3-5 μήνες σύμφωνα με την βαρύτητα των περιπτώσεων.

Όμως το βασικότερο όπλο επιτυχίας της αποασυλοποίησης είναι η πίστη σ' αυτήν και τα αποτελέσματά της. Την πίστη αυτή πρέπει να επιδείξει όλο το επιστημονικό προσωπικό, που ασχολείται με τους ψυχωσιικούς και κυρίως ο Νοσηλευτής.

Γ ι α τ ί "... Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι δεν υπάρχει πράγμα δυσκολότερο, μήτε πιο αμφίβολης επιτυχίας, μήτε πιο επικίνδυνο στην εφαρμογή του, από το να εισάγεις νέους θεσμούς. Γιατί ο καινοτόμος έχει εχθρούς, όσους ωφελούνταν από τους παλιούς θεσμούς και χλιαρούς υποστηρικτές όσους από τους νέους περιμένουν όφελος. Κι η χλιαρότητα αυτή προέρχεται κατά ένα μέρος από τον φόβο των αντιπάλων, οι οποίοι προέρχονται από το παλιό καθεστώς και κατά ένα άλλο μέρος από τη δυσπιστία των ανθρώπων, που δεν πιστεύουν στ' αλήθεια στη νέα κατάσταση, αν δεν τη δουν σίγουρα στην εφαρμογή". Ν. ΜΑΚΙΑΒΕΛΙ.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ, ΜΑΝΩΛΕΣΟΣ Γ., ΛΙΑΚΟΣ Α.: Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 24: σελ. 154-158 Αθήνα 1987
- ΑΡΙΤΖΗ ΣΟΦΙΑ: Εμπειρίες από την εφαρμογή προγράμματος αποασυλοποίησης ιδρυματοποιημένων σχιζοφρενών.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 25: σελ. 10-13 Αθήνα 1987
- ΒΟΣΤΑΝΗΣ ΠΑΝ.: Αποκατάσταση ψυχιατρικών ασθενών.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 26: σελ. 17-103 Αθήνα 1989
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ.: Ψυχιατρική Νοσηλευτική  
ΤΑΘΙΒΑ. Αθήνα 1986
- ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β., ΜΑΡΚΙΔΗΣ Μ., ΒΑΣΛΑΜΑΤΖΗΣ Γ., κ.α.: Η φυγή των σχιζοφρενών από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Κοινωνικές, δημογραφικές και ψυχοπαθολογικές παράμετροι.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 23: σελ. 1-5 Αθήνα 1986
- ΚΟΥΡΟΣ ΔΗΜ.: Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 19: σελ. 372-374 Αθήνα 1982
- ΛΙΑΚΟΣ ΑΡ.: Η χρήση συγγενικής υποστήριξης σαν βοηθητικό μέσο νοσηλείας σε ανοιχτό ψυχιατρικό τμήμα.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 25: σελ. 7-9 Αθήνα 1988
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΜΑΔΙΑΝΟΥ Δ., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. κ.α.: Η στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστεια σε δύο δήμους της Αθήνας: Δημογραφικές και κοινωνικές επιδράσεις.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 21: σελ. 162-167 Αθήνα 1984
- ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ., ΠΑΡΙΤΣΗΣ Ν., κ.α.: Επαγγελματική εκπαίδευση νοσηλευομένων σε ψυχιατρεία σε ειδικές μονάδες εκτός ψυχιατρείων.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 28: σελ. 19-22 Αθήνα 1986
- ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Ι., ΛΑΔΑΣ Κ., ΑΥΓΕΡΙΔΗΣ Δ., ΣΑΚΕΛΛΑΡΗΣ Ν., ΔΕΓΛΕΡΣΗ Ν., ΤΣΙΑΡΑΣ Κ.: Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές.  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 25: σελ. 13-16 Αθήνα 1988
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.: Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη. Δημοσίευση στα ψυχολογικά θέματα.  
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ τόμος 2: τεύχος 1 Φωκίδα 1989

- ΣΑΡΑΝΤΙΔΗΣ Δ., ΓΕΩΡΓΟΤΑΣ Α.: Ο ρόλος του ψυχιατρικού τμήματος του γενικού νοσοκομείου στην αποκατάσταση ψυχικών αρρώστων. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 22: σελ. 31-33 Αθήνα 1988
- ΤΟΜΑΡΑΣ Β., ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ.: Πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης χρόνιων σχιζοφρενών στην κοινότητα: μέθοδος αξιολόγησης. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 25: σελ. 112-188 Αθήνα 1988
- ΤΟΜΑΡΑΣ Β., ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ.: Επαγγελματική αποκατάσταση ψυχιατρικών αρρώστων. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 23: σελ. 194-202 Αθήνα 1986
- ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ Π.: Αποασυλοποίηση: Μέσα ή έξω από το άσυλο. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ τεύχος 25: σελ. 5-7 Αθήνα 1988