

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΟΤΣΑΛΗ ΜΑΡΙΑ

A.M. 3958

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ



ΠΑΤΡΑ 1997

ΑΡΙΘΜΟΣ	224
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΟΤΣΑΛΗ ΜΑΡΙΑ

A.M. 3958

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 1997

στους γονείς μου

στους καθηγητές μου

στους συμφοιτητές μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

- Εισαγωγή σελ. 1
- Πρόλογος σελ. 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

- Ιστορική Αναδρομή της Ψύχωσης σελ. 3
 - A.1 Αρχαίοι Χρόνοι σελ. 3
(Από των αρχών του πολιτισμού μέχρι και το Β΄ αιώνα μ.Χ.).
 - A.2 Μεσαίωνας και Αναγέννηση σελ. 4
 - A.3 19ος αιώνας σελ. 5
 - A.4 20ος αιώνας σελ. 6
 - A.5 Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα σελ. 8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ σελ. 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

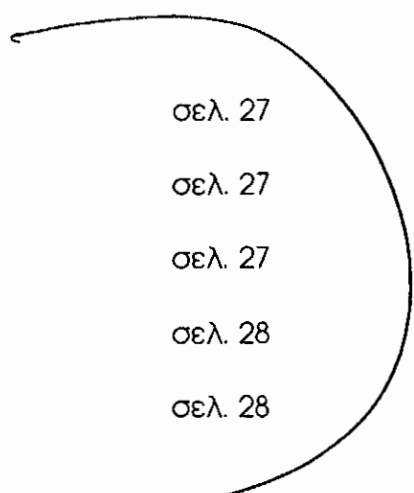
- A.1.1 Ιστορική αναδρομή της Σχιζοφρένειας σελ. 10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

- B.1 Επιδημιολογία της Σχιζοφρένειας σελ. 15
- B.2 Επίπτωση και Επιπολασμός της Σχιζοφρένειας σελ. 17
- B.3 Εμφάνιση της Σχιζοφρένειας σε σχέση με το φύλο-ηλικία σελ. 19
- B.4 Κοινωνικο-οικονομική τάξη και Σχιζοφρένεια σελ. 19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

Γ.1	Διάγνωση της Σχιζοφρένειας	σελ. 21
•	Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια (κατά DSM-III-R)	σελ. 21
Γ.2	Διαφορική Διάγνωση	σελ. 23
	- Διαταραχές της Διάθεσης	σελ. 23
	- Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	σελ. 24
	- Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή	σελ. 24
	- Παραληρητική (Παρανοειδής) Διαταραχή	σελ. 24
	- Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές	σελ. 24
	- Διαταραχές της Προσωπικότητας και συγκεκριμένα σε Σχιζότυπη, Μετ αιχμακή, Σχιζοειδή και Παρανοειδή	σελ. 25
	- Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση	σελ. 25
	- Ψυχοαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Υποχονδρίαση και πιο σπάνια Φοβική Διαταραχή	σελ. 25
	- Αυτιστική Διαταραχή και Διανοητική Καθυστέρηση	σελ. 25
	- Ακατανόητα Προσωπική Διαταραχή με Ψυχολογικά Συμπτώματα	σελ. 25
	- Η επιληψία	σελ. 25
	- Η υστερία	σελ. 26
Γ.3	Αιτιοπαθογένεια	
	α) Προψυχωτική Προσωπικότητα	σελ. 27
	β) Σωματική ιδιοσυγκρασία	σελ. 27
	γ) Κοινωνικοί παράγοντες	σελ. 27
	δ) Γενετικοί παράγοντες	σελ. 28
	ε) Βιοχημικοί παράγοντες	σελ. 28



	στ) Ψυχοδυναμικοί παράγοντες	σελ. 29
	ζ) Εκλυτικοί παράγοντες	σελ. 29
Γ.4	Πορεία και Πρόγνωση	σελ. 30
Γ.5	Χαρακτηριστικά Συμπτώματα	σελ. 32
	.Σκέψη	σελ. 32
	Αντίληψη	σελ. 32
	Συναίσθημα	σελ. 33
	Αίσθηση του εαυτού	σελ. 33
	Βούληση	σελ. 34
	Διαπροσωπικές Σχέσεις	σελ. 34
	Ψυχοκινητικότητα	σελ. 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

Δ.1	Κλινικοί Τύποι της Σχιζοφρένειας	σελ. 35
	α) Παρανοϊκός Τύπος	σελ. 35
	β) Κατατονικός Τύπος	σελ. 36
	γ) Αποδιοργανωμένος Τύπος	σελ. 37
	δ) Αδιαφοροποίητος Τύπος	σελ. 38
	ε) Υπολειμματικός Τύπος	σελ. 38
	στ) Άλλοι Τύποι Σχιζοφρένειας	σελ. 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

	• Σύγχρονοι Μέθοδοι <u>Θεραπείας</u> – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	σελ. 40
Ε.1	Γενικά	
Ε.2	Αντιψυχωτικά Φάρμακα	σελ. 41
	- Αποτελέσματα αντιψυχωτικών φαρμάκων	σελ. 42

- Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας	σελ. 42
- Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας	σελ. 42
-Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την χορήγηση των Αντιψυχωτικών φαρμάκων	σελ. 43
E.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	σελ. 46
Επιπλοκές E.C.T.	σελ. 46
Ενδείξεις E.C.T.	σελ. 46
Αντενδείξεις	σελ. 47
Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	σελ. 47
E.3 Χειρουργική Θεραπεία (Λοβεκτομή-Λευκοτομή)	σελ. 50
Αλλαγές προσωπικότητας μετά την επέμβαση	σελ. 50
Προεγχειρητική, Μετεγχειρητική, Νοσηλευτική Παρέμβαση	σελ. 51
E.4 Ψυχοθεραπεία	σελ. 52
Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ψυχοθεραπεία	σελ. 54
E.5 Ινσουλινοθεραπεία	σελ. 55
Ενδείξεις ινσουλινοθεραπείας	σελ. 55
Αντενδείξεις	σελ. 56
Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ινσουλινοθεραπεία	σελ. 57
E.6 Απασχολησιοθεραπεία ή Εργασιοθεραπεία	σελ. 58
Σκοποί απασχολησιοθεραπείας	σελ. 58
Τομείς απασχολησιοθεραπείας	σελ. 59
Αντενδείξεις απασχολησιοθεραπείας	σελ. 59
Νοσηλευτική Παρέμβαση στην απασχολησιοθεραπεία	σελ. 60
E.7 Αναψυχή	σελ. 61
E.8 Μετανοσοκομειακή φροντίδα	σελ. 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΣΤ.1	Η επιδημιολογία των ψυχολογικών διαταραχών	σελ. 64
ΣΤ.2	Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους	σελ. 66
ΣΤ.3	Παιδιά και Σχιζοφρένεια	σελ. 67
ΣΤ.4	Μέθοδοι θεραπείας της παιδικής Σχιζοφρένειας	σελ. 67

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ σελ. 70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

A.2.1	Ψυχιατρική Νοσηλευτική	σελ. 71
A.2.2	Θεωρητικές Βάσεις της Ψυχιατρικής – Νοσηλευτικής	σελ. 72
✓	Ψυχική Υγεία – Ψυχική αρρώστεια	σελ. 72
	– Κριτήρια της Ψυχικής αρρώστειας	σελ. 74
	– Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία Ψυχιατρικής αρρώστειας	σελ. 75
A.2.3	Θεωρητικά πλαίσια της Νοσηλευτικής για την Ψυχική Υγεία	σελ. 76
	– Το βιολογικό πλαίσιο-μοντέλο	σελ. 76
	– Το ψυχολογικό πλαίσιο-μοντέλο	σελ. 76
	– Το συμπεριφορολογικό πλαίσιο-μοντέλο	σελ. 77
	– Το κοινωνικό πλαίσιο-μοντέλο	σελ. 78
A.2.4	Νοσηλευτική Εφαρμογή των Θεωρητικών Πλαισίων-Μοντέλων (Σκοπός : Η Ψυχική αποκατάσταση του αρρώστου)	σελ. 80
A.2.5	Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική	σελ. 83
A.2.6	Ο ρόλος του Κοινωνικού Ψυχιατρικού Νοσηλευτή-τριας	σελ. 84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Β.21 Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών

Νοσηλευτική Συμβολή

σελ. 85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

• Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου με

Σχιζοφρένεια

σελ. 90

Γ.21 Γενικές αρχές νοσηλευτικής προσεγγίσεως αρρώστων με ψυχικά νοσήματα

σελ. 90 ✓

– Αποδοχή

σελ. 90

– Τιμιότητα

σελ. 90

– Ηρεμία και Προγραμματισμός

σελ. 90

– Διαβεβαίωση

σελ. 90

– Συνέπεια

σελ. 90

– Ζεστασιά και Φροντίδα

σελ. 91

– Ανοχή

σελ. 91

– Αντικειμενική παρακολούθηση

σελ. 91

– Σεβασμός

σελ. 91

– Προσφορά προτύπου

σελ. 91

Γ.22 Γενικές Αρχές Νοσηλευτικής Φροντίδας Αρρώστου με

Σχιζοφρένεια

σελ. 92

Γ.23 Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστων με

Σχιζοφρένεια

σελ. 93

Γ.24 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς Παρανοϊκού Τύπου

σελ. 94

Γ.25 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς Κατατονικού Τύπου

σελ. 95

Γ.26 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με υπερδιέγερση

σελ. 96

Γ.2.7	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με τάσεις αυτοκτονίας	σελ. 98
Γ.2.8	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς που αρνείται να πάρει τροφή	σελ. 99
Γ.2.9	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις	σελ. 101
Γ.2.10	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με λεκτικά προβλήματα	σελ. 102
Γ.2.11	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με αντικοινωνική συμπεριφορά	σελ. 103
Γ.2.12	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με ανεπαρκή οικογενειακή υποστήριξη	σελ. 105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

•	Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Παρέμβαση με εφαρμογή της Μεθόδου της Νοσηλευτικής Διεργασίας	σελ. 106
Δ.2.1	Γενικά	σελ. 106
Δ.2.2	Αξιολόγηση Αρρώστου	σελ. 107
Δ.2.3	Αντικειμενικός Σκοπός	σελ. 108
Δ.2.4	Ο Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	σελ. 108
Δ.2.5	Η Εφαρμογή της Νοσηλευτικής Φροντίδας	σελ. 109
Δ.2.6	Εκτίμηση Αποτελέσματος	σελ. 110
Δ.2.7	Η σημασία και τα προβλήματα της νοσηλευτικής διεργασίας	σελ. 110
Δ.2.8	Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενών Αρρώστων με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	σελ. 111

Α΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Δ.2.9 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενών Αρρώστων με τη μέθοδο

της Νοσηλευτικής Διεργασίας

σελ. 119

Β΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

- Επίλογος σελ. 127
- Βιβλιογραφία σελ. 128

Εισαγωγή

Ο Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει το θέμα "Σχιζοφρένεια-Νοσηλευτική Παρέμβαση". Είναι έντονη η πεποίθηση όλων ότι η Ψυχιατρική Νοσηλευτική μπορεί ουσιαστικά να συμβάλλει στην αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας. Η εργασία αυτή αναφέρεται σε όλους αυτούς που ήδη ασχολούνται με Σχιζοφρενικούς και γενικότερα Ψυχιατρικούς αρρώστους και σε όλους όσους πρόκειται να ασχοληθούν στο μέλλον.

Πρόλογος

Η Σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια, η οποία ταλαιπωρεί πάρα πολλούς ανθρώπους. Η ύπαρξή της είναι γνωστή από τους Αρχαίους Χρόνους, μόνο που κατά καιρούς έπαιρνε διαφορετικά ονόματα. Η πρόγνωσή της συνήθως δεν είναι ευνοϊκή και η θεραπεία της δεν είναι πάντα επιτυχής. Το μεγάλο πρόβλημα των Σχιζοφρενών είναι ότι μετά το πέρας της θεραπείας τους είναι πολύ εύκολο να υποτροπιάσουν και έτσι να συνεχίζεται ένας φαύλος κύκλος. Η ελπίδα όμως πάντα υπάρχει..

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε δύο Μέρη : Το Γενικό, Ιατρικό Μέρος και το Ειδικό, Νοσηλευτικό Μέρος. Στο Ιατρικό Μέρος αναφέρεται μια Ιστορική Αναδρομή της Σχιζοφρένειας, επιδημιολογικά Στοιχεία, Διάγνωση Σχιζοφρένειας και Διαφορική Διάγνωση, Κλινικοί Τύποι της Σχιζοφρένειας και η θεραπεία αυτής, με τις ανάλογες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις. Επίσης υπάρχει και μια μικρή αναφορά για το παιδί και τη Σχιζοφρένεια.

Στο δεύτερο μέρος, το νοσηλευτικό, αναφέρονται οι θεωρητικές βάσεις της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και τα θεωρητικά πλαίσια της καθώς και η εφαρμογή των πλαισίων. Επίσης αναφέρονται η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, η Νοσηλευτική Φροντίδα των Σχιζοφρενών και η Νοσηλευτική Διεργασία αυτών.

Η εργασία αυτή ξεκινά με την ελπίδα ότι θα προσθέσει ένα μικρό λιθαράκι στην Νοσηλευτική Φροντίδα των Σχιζοφρενών ειδικά, και γενικότερα των Ψυχιατρικών αρρώστων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΙστορική Αναδρομή της ΨυχιατρικήςΑ.1 Αρχαίοι Χρόνοι

(Από των αρχών του πολιτισμού μέχρι και τον Β΄ αιώνα μ.Χ.)

Οι μέχρι του Ιπποκράτους¹ χρόνοι είναι περίοδος αγνοίας και δεισιδαιμονίας. Η ψυχοπάθεια εθεωρείτο ως κατοχή του ανθρώπου από κάποια θεότητα, η οποία είτε τον ευεργετούσε είτε τον τιμωρούσε. Ορισμένοι ψυχοπαθείς θεωρούνταν φίλοι των θεών και τους απέδιδαν μαντικές ικανότητες. Η θεραπεία των ψυχοπαθών ανετίθετο στους ιερείς, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν για το σκοπό αυτό τη μαγεία σε συνδυασμό με θεάματα, μουσική, περιπάτους, λουτρά, γυμναστική κ.λ.π.

Τον 5ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμία σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό τη δαιμονική αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων.

Η ψυχική ασθένεια κατ'αυτόν είναι διαταραχή τεσσάρων παραγόντων της θερμότητας, του ψύχους, της υγρασίας και της ξηρασίας. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες : τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα. Οι περιγραφές του έφεραν στο φως αρκετά από τα κλασσικά συμπτώματα της επιληψίας, της μανίας, της μελαγχολίας και της παράνοιας. Για τη θεραπεία των ψυχοπαθειών χρησιμοποιούσε τις αφαιμάξεις, τα καθαρκτικά, τα

¹ Ο Ιπποκράτης, ο θνητός πατέρας της Ιατρικής, γεννήθηκε στην Κω το 460 π.Χ. και πέθανε στη Λάρισα σε ηλικία 90 χρονών. Άλλοι υποστηρίζουν ότι πέθανε 104 χρονών και άλλοι 109 χρονών.

εμετικά, τα λουτρά, τη φυτική διαίτα, τις ασκήσεις, τη μουσική, τα ταξίδια κ.λπ. και συνιστούσε το γάμο ως το καλύτερο φάρμακο για την υστερία.

Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του υπήρξαν οι πρώτοι ιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες δίδοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση ακολουθώντας το παράδειγμά τους ασχολήθηκαν σοβαρά με την Ψυχιατρική.

Οι ελληνорωμαϊκοί χρόνοι συνδέονται με τα ονόματα του Ασκληπιάδου, του Κέλσου, του Αρεταίου, του Σωρανού, του Καιλίου Αυρηλιανού και του Γαληνού,² με την εργασία του οποίου η ιατρική σκέψη φτάνει σε υψηλό βαθμό. Αυτός ανακάλυψε ότι η ύπαρξη ενός συμπτώματος δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το όργανο ή το μέρος του σώματος, δια του οποίου εκδηλώθηκε το σύμπτωμα, είναι το προσβεβλημένο. Τα πειράματά του και οι μελέτες του πάνω στις διανοητικές διαταράξεις τον οδήγησαν στη δημιουργία της θεωρίας περί των δύο μερών της ψυχής, ενός εξωτερικού και ενός εσωτερικού. Το εξωτερικό συνιστούσαν οι πέντε αισθήσεις, ενώ οι λειτουργίες του εσωτερικού ήταν η φαντασία, η κρίση, η αντίληψη και η κίνηση. Όπως και ο Πλάτων, ο Γαληνός δεχόταν ότι ο εγκέφαλος και όχι η καρδιά είναι η έδρα της Ψυχής.

A.2 Μεσαίωνας και Αναγέννηση

Μετά το θάνατο του Γαληνού, η πρωτόγονος περί της ψυχοπάθειας αντίληψη, επέστρεψε. Η μαγεία και η δαιμονολογία κυριάρχησαν στην ιατρική σκέψη του μεσαίωνα και συνέχισαν να ασκούν επίδραση μέχρι και τον 19ο αιώνα. Μέχρι του 14ου

² Γαληνός. 130–200 μ.Χ. Καταγόταν από την Πέργαμο. Ήταν, μετά τον Ιπποκράτη, ο μεγαλύτερος γιατρός της αρχαιότητας και ο πρώτος Χριστιανός γιατρός, όπως λέγει ο ίδιος «δει δε ημάς τους Χριστιανούς». Το όνομά του ήταν Εύδοξος, και στα λατινικά Clarus ή Clarissimus. Ο πατέρας του τον ονόμασε Γαληνό, με την ελπίδα ότι ίσως το όνομα αυτό θα επιδρούσε στο χαρακτήρα του, ώστε να γίνει πράος και γαλήνιος. Έγραψε γύρω στις 800 πραγματείες με θέμα την Ιατρική, τη Φιλοσοφία και τη Ρητορική.

αιώνα επιστεύετο, ότι οι ψυχικά πάσχοντες ήταν μάγοι. Η εντύπωση, ότι το μυαλό του ανθρώπου επηρεάζεται από τη σελήνη ήταν εμφανής και ως εκ τούτου ο όρος σεληνιασμός εχρησιμοποιείτο για να περιγράψει ένα πρόσωπο με ψυχική ασθένεια.

Την εποχή αυτή, οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών παραμένουν αξιοθρήντες. Μόνον κατόπιν αποφάσεως της Γαλλικής Βουλής το 1600 άρχισαν να εισάγονται οι ψυχοπαθείς της Γαλλίας στο HOTEL-DIEU, όπου διετέθησαν γι' αυτούς δύο μικρές σάλες, αλλά αν εντός ορισμένου χρόνου δεν θεραπεύονταν, θεωρούνταν ανίατοι και μεταφερόταν σε ειδικά οικήματα, όπου κακώς τρεφόμενοι, δεμένοι με αλυσίδες, ρακένδυτοι, ζούσαν άθλια ζωή, έκθετοι στη θέα και τους εμπαιγμούς του κοινού.

Με την αναστολή όμως του 19ου αιώνα με την επίδραση μιας ομάδας φιλοσόφων με πρώτον τον Βάκωνα, κάνει πάλι την εμφάνισή της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της Ιατρικής.

A.3 19ος αιώνας

Παράλληλα με την επανεμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχοπαθείς. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ίδρυση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη χρήση πιο ανθρωπιστικών μεθόδων θεραπείας. Η πρόοδος αυτή συντελέστηκε κυρίως χάρη στους αγώνες του Γάλλου ιατρού Pinel (1745-1826) ο οποίος κατήργησε τις αλυσίδες και τα υπόλοιπα βάνουσα μέσα και αντικατέστησε τις σκοτεινές φυλακές, όπου μέχρι τότε τοποθετούνταν οι ψυχοπαθείς, με ευήλια δωμάτια. Παρόμοιοι αγώνες διεξήγαγε στην Αγγλία ο William Tuke και ο γιος του Henry και στις Ηνωμένες Πολιτείες η Dorothea Dix. Οι Tukes με τη βοήθεια της SOCIETY OF FRIENDS ιδρύουν το 1796 την YORK RETREAT για την ανθρώπινη μεταχείριση των

ψυχοπαθών. Το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, ενώ το 1862, στις 22 Μαρτίου ψηφίζεται στην Ελλάδα ειδικός νόμος «Περί συστάσεως φρενοκομείων». Το πρώτο ψυχιατρείο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα το 1866.

A.4 20ος αιώνας

Το ψυχαναλυτικό κίνημα αποτέλεσε οπωσδήποτε τη μεγάλη επανάσταση στην ψυχιατρική του 20ου αιώνα. Ιδρυτής του ήταν ο Sigmund Freud (1856–1939).

Ο Freud γεννήθηκε στο Freiberg της Τσεχοσλοβακίας από φτωχούς Εβραίους γονείς. Από νωρίς φάνηκε ότι ήταν μεγαλοφυΐα. Σπούδασε γιατρός, μετά νευρολόγος. Το 1896 εισάγει τον όρο «ψυχανάλυση». Το 1907 ιδρύει την Ψυχαναλυτική Εταιρία της Βιέννης μαζί και με άλλους επιφανείς επιστήμονες. Έγραψε πάρα πολλά βιβλία σε όλη τη διάρκεια της ζωής του και συνέχισε να γράφει σχεδόν μέχρι το θάνατό του στο Λονδίνο το 1939. Αν και πολλά από αυτά που ανακάλυψε ο Freud είχαν αναφερθεί και νωρίτερα, η ευφυΐα του ήταν, ότι οργάνωσε μία θεωρία αντίληψης και κατανόησης της ψυχής του ανθρώπου της οποίας η σαφήνεια και η πληρότητα δεν έχουν ακόμα ξεπεραστεί. Οι νέες απόψεις και οι νέες θεραπείες που εφαρμόζει δημιουργούν ελπίδες για θεραπεία των ψυχασθενών. Στην Αμερική έχουμε τη δημιουργία κέντρων ψυχανάλυσης και προγραμμάτων άσκησης αυτής. Η ψυχανάλυση επηρέασε πολύ την ψυχιατρική στην Αμερική μέχρι και μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και παραμένει μια σπουδαία θεραπευτική μέθοδος μέχρι σήμερα.

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο η ανανέωση του ενδιαφέροντος της κοινωνίας για τους ψυχοπαθείς προήλθε από διάφορες αιτίες :

- a) Βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό νέων ήταν συναισθηματικά ακατάλληλο για να προσέλθει στις τάξεις του στρατού κατά την διάρκεια του πολέμου.

- β) Στρατιώτες με ψυχικά προβλήματα, επιστρέφοντας από τον πόλεμο, είχαν ανάγκη καινούργιας θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης.
- γ) Κριτική της πρωτόγονης και μερικές φορές απάνθρωπης θεραπείας των ψυχοπαθών.

Το 1946 ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας.

Σε αυτή περίπου τη χρονική στιγμή αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική σαν Κλινική Ειδικότητα. Η έρευνα επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα των ψυχασθενών και τις θεραπευτικές μεθόδους. Η παραγωγή και η αποτελεσματική χρήση των φενοθειαζινών και των ηρεμιστικών δίνουν την ελπίδα ότι τα σοβαρότερα συμπτώματα των ψυχώσεων θα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Πράγματι η χρήση των φαρμάκων αυτών βοήθησε στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενούς και καθώς ο ασθενής έγινε λιγότερο επικίνδυνος για τους γύρω του, επετράπη η ελεύθερη διακίνηση αρρώστων και επισκεπτών στο νοσοκομείο και έγινε αποδεκτή η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας στο νοσοκομείο.

Από το 1960 και μετά, η ιδέα της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, που άρχισε να διαδίδεται, σημείωσε μια σημαντική αλλαγή. Η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος αρρώστου μεταφέρθηκε από τα ιδρύματα - ψυχιατρεία, στις υπηρεσίες της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας.

Στην Αμερική το 1963 ψηφίζεται ο νόμος που προβλέπει την δημιουργία και λειτουργία των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Στα κέντρα αυτά παρέχονται πέντε ειδών υπηρεσίες :

- α) Επείγοντα Περιστατικά
- β) Εισαγωγή στο κέντρο για την παροχή φροντίδας
- γ) Εισαγωγή στο νοσοκομείο για λίγο διάστημα, όταν χρειάζεται
- δ) Συμβουλευτικός ρόλος

Έμφαση δίδεται στην συνεχή φροντίδα, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και στη χρήση της θεραπευτικής ομάδας.

Συνοπτικά αυτή ήταν η ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής και τα στάδια από τα οποία πέρασε μέχρι να διαμορφωθεί σε πραγματική επιστήμη. Χιλιάδες ψυχασθενείς έχουν εναποθέσει τις ελπίδες τους στην Ψυχιατρική και στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική για πραγματική ίαση. Γι'αυτό το λόγο και οι δύο αυτές επιστήμες θα πρέπει να συνεχίσουν να εξελίσσονται και μάλιστα με γρήγορους ρυθμούς.

A.5 Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα

Όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα η ασυλιακή ψυχιατρική εγκαταστάθηκε στο 19ο κυρίως αιώνα. Ενώ όμως σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική ο 20ος αιώνας έφερε την ανάπτυξη καινούργιων διαστάσεων της ψυχιατρικής, όπως η ψυχανάλυση, η κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, το φάσμα των ψυχοθεραπειών, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία και κέντρων ψυχικής υγείας «ανοιχτή δηλαδή ψυχιατρική περίθαλψη», η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών. Το αποτέλεσμα ήταν, η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά και η ψυχιατρική γενικότερα μόνο πολύ πρόσφατα επιτελούς ν'αρχίσουν να κινούνται προς την κατεύθυνση των άλλων χωρών.

Έτσι, μόλις στη δεκαετία του 1980 η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας κ.λ.π.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

A.1.1 Ιστορική αναδρομή της Σχιζοφρένειας

Όλα τα υπάρχοντα στοιχεία μας πείθουν πως η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στο σημερινό όρο Σχιζοφρένεια υπήρχε ανέκαθεν. Γραπτά σχετικά κείμενα ανάγονται στον 14ο αιώνα π.Χ. Ο Αρεταίος από την Καπαδοκία τον 1ο αιώνα π.Χ. επιχείρησε μάλιστα και να τη διαχωρίσει σε διάφορες μορφές. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι με επικρατούντες αυτούς που ανταποκρίνονται στο νόημα που έχουν οι κοινοί ελληνικοί όροι, μανία, τρέλλα ή παραφροσύνη. Όσο για την προέλευση της παθολογικής αυτής καταστάσεως κάθε λαός σε κάθε εποχή είχε τις δοξασίες του περιγεγραμμένες μέσα σε θρησκευτικομαγικά κατά κανόνα πλαίσια. Η αντίληψη της δαιμονοκατοχής ή της θεϊκής τιμωρίας κυριάρχησε στο Μεσαίωνα και διατηρήθηκε σχεδόν σε όλο τον κόσμο μέχρι τις αρχές του 18ου αιώνα.

Η ιατρική αντίληψη της "παραφροσύνης", άρχισε να διαμορφώνεται με την εισαγωγή των μεταρρυθμιστικών ιδεών του Pinel και του μαθητή του Esquirol στα Φρενοκομεία της Γαλλίας γύρω στο 1800 για να επιβληθεί οριστικά πενήντα χρόνια αργότερα. Τότε άρχισαν και οι πρώτες επιστημονικές περιγραφές των περιπτώσεων "παραφροσύνης" και η εφαρμογή διαφοροδιαγνωστικών κριτηρίων για την υπαγωγή τους σε ειδικές νοσολογικές κατηγορίες.

Από τότε ως σήμερα περάσαμε από τους ακόλουθους βασικούς ιστορικούς σταθμούς :

- Ο Βέλγος Ψυχίατρος Morel το 1857 εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο "πρώιμος άνοια" για να περιλάβει όλες εκείνες τις περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από

ανακοπή της ψυχογονικής αναπτύξεως και από προοδευτική πορεία προς την άνοια, "λόγω κληρονομικής επιρρέπειας στον εκφυλισμό".

- Ο Γερμανός Ψυχίατρος K.Kahlbaum, λίγο αργότερα περιέγραψε πρώτα (το 1863) την ψύχωση της εφηβείας που της έδωσε το όνομα "paraphrenia hebefica" και μετά (το 1874) μία περίπτωση κατατονίας που της έδωσε το όνομα (Spanungs-Irrsinn, παραφροσύνη τάσεως). Και για τις δύο αυτές μορφές ο Kahlbaum πίστευε πως είναι προϊόντα οργανικής εγκεφαλικής βλάβης με προοδευτική εξέλιξη. (Έναρξη με ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές, εξέλιξη σε μανία και κατάληξη σε άνοια).

- Ο W.Sandler το 1868 περιέγραψε περιπτώσεις παρανοειδών ψυχωσικών καταστάσεων με τόση περιγραφική λεπτομέρεια που ένα αιώνα αργότερα πολύ λίγα θα μπορούσε να προσθέσει κανένας.

- Ο E. Hecker συνεργάτης του Kahlbaum περιέγραψε το 1871 την ηβηφρένεια μ' όλες τις κλινικές της λεπτομέρειες. Τόνισε ιδιαίτερα τη βαθμιαία εγκατάσταση της με συναισθηματικού τύπου διαταραχές (κυρίως κατάθλιψη) την εξέλιξή της σε ανόητη και διεγερτική συμπεριφορά και την κατάληξή της σε νοητική έκπτωση.

- Ο Laseque τον ίδιο χρόνο περιέγραψε μια τυπική περίπτωση παραληρήματος καταδιώξεως.

- Ο E. Kraepelin αποτελεί τον μεγάλο σταθμό στην εξέλιξη των ψυχιατρικών αντιλήψεων στον τομέα των ψυχώσεων. Αυτός καθιέρωσε πρώτος τη νοσολογική ενότητα των ψυχοπαθολογικών εκείνων καταστάσεων που εμπίπτουν στο πλαίσιο του σημερινού όρου "Σχιζοφρένεια". Όμως αντίθετα απ'ότι νομίζεται και αναφέρεται συχνά σε πολλά εγχειρίδια Ψυχιατρικής αυτό δεν έγινε παρά σταδιακά.

- Ο E. Bleuler το 1911 δημοσίευσε την κλασσική του μονογραφία "Η πρώιμος άνοια και η ομάδα των Σχιζοφρενειών". Διαπιστώνει πως μόνο ένα μέρος από τις περιπτώσεις που από πλευράς συμπτωματολογίου εμπίπτουν στο περιγραφικό πλαίσιο του "πρώιμης άνοιας" είναι πράγματι πρώιμες και καταλήγουν πράγματι σε άνοια. Εισάγει

τον ελληνικό όρο Σχιζοφρένεια για να χαρακτηρίσει την διαγνωστική αυτή κατηγορία υποδηλώνοντας μ' αυτό τον τρόπο πρώτον, ότι η άνοια δεν αποτελεί αναγκαστική κατάληξη της νόσου και δεύτερο ότι κύριο χαρακτηριστικό της έχει το σύμπτωμα της "σχίσεως" των ψυχονοητικών λειτουργιών. Επιπλέον ο Bleuler πραγματοποίησε μια συστηματοποίηση των διαφόρων συμπτωμάτων ιεραρχώντας τα με βάση την παθογνωμονική για τη νόσο αξία τους. Έτσι, διέκρινε πρωταρχικά και δευτερεύοντα συμπτώματα.

Στα πρωταρχικά συμπτώματα περιέλαβε τις διαταραχές του συναισθήματος (ιδιαίτερα την αμφιθυμία και τη συστηματική αμβλύτητα), την αποδιοργάνωση (χάλαση) του συνειρμού, τον αυτισμό και την αβουλησία. Στα δευτερεύοντα περιέλαβε τα περισσότερα απ' αυτά που θεωρούσε ο Kraepelin σαν πρωταρχικά, δηλαδή τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες, τον αρνητισμό, την κατατονία κ.λ.π. Τόσο ο όρος Σχιζοφρένεια, όσο και το σύστημα κατατάξεως των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων του Bleuler υιοθετήθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα.

- Ο S. Freud το 1896 με αφορμή μία περίπτωση παρανοειδούς μορφής Σχιζοφρένειας, περιέγραψε το μηχανισμό προβολής και ενοχοποίησε πρώιμες εμπειρίες (σεξουαλική κυρίως φύσεως) στον καθορισμό του περιεχομένου του παραληρήματος. Το 1881 ανέλυσε την περίπτωση Schreber με βάση την αυτοβιογραφία του παρανοϊκού αυτού αρρώστου και συνέδεσε το δικτυικό παραλήρημα με λανθάνουσες φιλομόφυλες τάσεις. Διατύπωσε την άποψη πως η διαταραχή στις αντικειμενότροπες σχέσεις και η προσπάθεια ανακτήσεως του αντικειμένου καθορίζουν το περιεχόμενο της Σχιζοφρενικής Νόσου. Μετά το 1915 επεξεργάζεται συστηματικότερα τις αντιλήψεις του αυτές για τον παθογενετικό ρόλο στη Σχιζοφρένεια.

Πρέπει να τονιστεί, πως ο Freud, έστρεψε την κύρια προσπάθεια της ψυχοπαθολογικής έρευνας προς τη Νεύρωση και πως όταν ασχολήθηκε με τη

Σχιζοφρένεια ασχολήθηκε κυρίως με τους μηχανισμούς που καθορίζουν το περιεχόμενό τους και όχι την αιτιολογία της.

- O R. Jung στην Μονογραφία του "Η ψυχολογία της πρώιμης Άνοιας" το 1903 προλαβαίνει τον Bleuler στην περιγραφή των διαταραχών του συνειρμού σαν βασικού συμπτώματος στη Σχιζοφρένεια και τον Freud στον παραλληλισμό ονείρου και Σχιζοφρένειας. "Σκέψου τον ονειρευόμενο να περπατάει και να ενεργεί σαν να ήταν ξύπνιος και έχεις αμέσως την κλινική εικόνα της πρώιμης άνοιας", γράφει στη Μονογραφία του.

- O K. Abraham το 1908 συνέδεσε τόσο τις παραληρητικές ιδέες όσο και τις ψευδισθήσεις των Σχιζοφρενών με τις πρώιμες παιδικές εμπειρίες.

- O Adolf Meyer ο Ελβετοαμερικανός Ψυχίατρος που θεωρείται σαν πατέρας της Ψυχιατρικής στις Η.Π.Α. ιδρυτής της Ψυχοβιολογικής Σχολής το 1905, διετύπωσε την άποψη, ότι η Σχιζοφρένεια (τότε ακόμα γνωστή σαν πρώιμη άνοια) και οι άλλες ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν νόσο αλλά δυσπροσαρμοστική αντίδραση στις κτηθείσες εμπειρίες ζωής και στις τρέχουσες συνθήκες του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με αυτή την άποψη η Σχιζοφρένεια πρέπει να αξιολογηθεί στο πλαίσιο μιας "καθ'έξη αποργάνωσης" που προκύπτει από προοδευτική δυσπροσαρμοστικότητα και που σαν κύριο χαρακτηριστικό της έχει την αντιμετώπιση των δυσκολιών της ζωής όχι με αποφασιστική δράση, αλλά με τη συνεχή υποκατάσταση των παλαιότερων αποτυχημένων και σφαλερών προσπαθειών με καινούργιες εξ'ίσου ή περισσότερο ατελέσφορες και σφαλερές.

- O J. Ravelin στις εργασίες του μετά το 1920 υποστηρίζει πως η Σχιζοφρένεια είναι μία χρόνια ύπνωση.

- O Sakel το 1933 εισάγει στη θεραπεία της Σχιζοφρένειας το βαθύ ινσουλινικό κώμα.

- Ο Von Meduna το 1935 εισάγει στη θεραπεία της Σχιζοφρένειας τη σπασμοθεραπεία (με χημικά μέσα) τρία χρόνια δε αργότερα ο Cerletti εισάγει την ηλεκτροσπασμοθεραπεία.
- Ο Kretschmer το 1936 διατυπώνει τη θεωρία του για τη σχιζοφρενική ιδιοσυστασία. Καθιερώνει τον όρο σχιζοειδής προσωπικότητα που τη συνδέει με το λεπτόσωμο ιδιοσυστασιακό τύπο.
- Ο Kalhmann το 1938 στη Γερμανία και το 1952 διεξάγει τις γενετικές του έρευνες στη Σχιζοφρένεια και διατυπώνει την άποψη ότι είναι νόσος κληρονομική μεταδιδόμενη με τον υπολειπόμενο τύπο.
- Ο H. S. Sullivan από το 1935 μέχρι το θάνατό του υποστηρίζει τη Νεοφροϋδική άποψη, ότι η Σχιζοφρενική ψύχωση, τις καταβολές της δεν τις έχει σε ενδοψυχικά αίτια αλλά σε διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (γονέων-παιδιών).
- Τα ψυχοφάρμακα εισάγονται το 1952 στη θεραπεία της Σχιζοφρένειας και αλλάζουν ριζικά τόσο την εικόνα της όσο και τους ερευνητικούς προσανατολισμούς για την αιτιοπαθογένειά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

B.1 Επιδημιολογία της Σχιζοφρένειας

Η Σχιζοφρένεια βρίσκεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Η Σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και άνδρες και γυναίκες και διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι λόγοι για το τελευταίο δεν είναι διευκρινισμένοι (έχουν προταθεί η στροφή προς χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, εξαιτίας των επιπτώσεων της αρρώστειας, τα στρες των χαμηλότερων τάξεων, όπως η φτώχεια κ.α.).

Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη Σχιζοφρένεια στην όψιμη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Υπάρχει όμως και έναρξη της Σχιζοφρένειας σε πιο όψιμα χρόνια ακόμα και μετά από τα 45 χρόνια. Στις γυναίκες η Σχιζοφρένεια φαίνεται να αρχίζει αργότερα.

Η επιδημιολογία της Σχιζοφρένειας αντιμετωπίζει πρόβλημα, όχι μόνο γιατί η διάγνωσή της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, για πρώτη ή για πολλοστή φορά, και ο άρρωστος να νοσηλεύεται ή όχι κατά την περίοδο που ερευνά η μελέτη ή να μην έχει νοσηλευτεί ποτέ. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά Σχιζοφρενικούς αρρώστους.

Προνοσηρή Προσωπικότητα. Οι προνοσιακές προσωπικότητες των ατόμων που αναπτύσσουν Σχιζοφρένεια συχνά περιγράφονται σαν καχύποπτες, εσωστρεφείς, αποσυρμένες ή εκκεντρικές.

Θνησιμότητα Η θνησιμότητα των Σχιζοφρενών είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Ως αιτίες θεωρούνται η αυτοκτονία, τα ατυχήματα, το υπερβολικό κάπνισμα, η κατάχρηση της αλκοόλης, η αδιαφορία για την ατομική υγιεινή και οι κακές συνθήκες διαβίωσης.

B.2 Επίπτωση και Επιπολασμός της Σχιζοφρένειας

Συστηματικές και σχετικά μεθοδολογικά άρτιες μελέτες είναι μέχρι τώρα γνωστές μόνο από Δυτικοευρωπαϊκού τύπου πολιτισμικές περιοχές. Με βάση αυτές τις μελέτες, που όμως ως επί το πλείστον εξάγουν τα στατιστικά τους αποτελέσματα συγκρίνοντας τον πληθυσμό μιας ορισμένης περιοχής φρενών, μπορούμε να δεχθούμε σαν πιο αξιόπιστα τα ακόλουθα δεδομένα :

α) Στους δέκα χιλιάδες κατοίκους και για διάστημα ενός χρόνου, 5 μέχρι 25 άτομα προσβάλλονται από Σχιζοφρένεια. Ο μέσος όρος είναι γύρω στα 15 άτομα στους δέκα χιλιάδες κατοίκους. Ο επιπολασμός, δηλαδή ο αριθμός των σχιζοφρενικών σε κάθε δεδομένη στιγμή στον πληθυσμό είναι 30 στους δέκα χιλιάδες κατοίκους και απ' αυτούς οι μισοί, οι 15 δηλαδή, νοσηλεύονται.

β) Υπολογίζεται ότι 15-20 νεογέννητα στα χίλια θα νοσηλευτούν κάποτε στη ζωή τους για Σχιζοφρένεια. Τα ποσοστά αυτά, ιδιαίτερα εκείνα που αναφέρονται στη νοσηλεία έχουν τελευταία - μετά την προσπάθεια εξωνοσοκομειακής θεραπείας - τροποποιηθεί και υπολογίζεται πως η πιθανότητα νοσηλείας για Σχιζοφρένεια σε κάθε άνθρωπο που θα ζήσει μέχρι τα 45 του χρόνια είναι περίπου 1%.

γ) Στις περισσότερες χώρες και σε κάθε δεδομένη στιγμή περίπου τα 25% του συνόλου των Νοσοκομειακών κλινών καταλαμβάνονται από αρρώστους νοσηλευόμενους για Σχιζοφρένεια. Ένας στους τέσσερις αρρώστους που εισάγεται για πρώτη φορά σε Νοσοκομείο για ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζεται σαν Σχιζοφρενής.

Στα παραπάνω αποτελέσματα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας :

α) Ένα ποσοστό σχιζοφρενικών αρρώστων ιδιαίτερα αυτών που ανήκουν στην κατηγορία της απλής μορφής Σχιζοφρένειας, όχι μόνο δεν νοσηλεύεται, αλλά

είναι δύσκολο να επισημανθεί στον πληθυσμό. Πολλοί από αυτούς βρίσκονται σε φυλακές, σε οίκους ανοχής ή χαρακτηρίζονται ιδιότροποι ή ψυχανώμαλοι.

β) Ένα ποσοστό διαφεύγει τη στατιστική αξιολόγηση γιατί παρουσιάζουν παροδικά επεισόδια, αντιμετωπιζόμενα με επιτυχία σε βραχύ χρονικό διάστημα με τα υπάρχοντα σήμερα μέσα.

γ) Η Σχιζοφρένεια εξακολουθεί να αποτελεί κοινωνικό στίγμα και οι προσπάθειες μη αποκαλύψεως της νόσου από την οικογένεια (ιδιαίτερα των ανωτέρω κοινωνικών τάξεων) είναι σε σημαντικό ποσοστό επιτυχείς.

B.3 Εμφάνιση της Σχιζοφρένειας σε σχέση με το φύλο – ηλικία

Η Σχιζοφρένεια προσβάλλει με ίση συχνότητα και τα δύο φύλα. Διαπιστώθηκε όμως πως σε ορισμένες περιοχές (Αγγλία π.χ.) τα συμπτώματα παρουσιάζονται νωρίτερα στον άρρενα πληθυσμό. Η Σχιζοφρένεια είναι νόσος της νεότητας. Το 60% των νοσηλευομένων είναι κάτω από την ηλικία των 35 χρόνων και λιγότεροι από 1% υπερβαίνουν την ηλικία των 65 χρόνων. Σχεδόν το σύνολο των αρρώστων όταν πρωτοεισάγονται σε Νοσοκομείο έχουν ηλικία 15 μέχρι 40 ετών. Στις περισσότερες περιπτώσεις μεσολαβεί ικανό χρονικό διάστημα από την εκδήλωση των συμπτωμάτων μέχρι την εισαγωγή στο Νοσοκομείο.

B.4 Κοινωνικο-οικονομική τάξη και Σχιζοφρένεια

Συστηματικές επιδημιολογικές μελέτες στο Σικάγο έδειξαν πως η συχνότητα εισαγωγής Σχιζοφρενών στα Ψυχιατρεία ήταν σημαντικά υψηλότερη στις κεντρικές παρά στις προαστικές συνοικίες της πόλης αυτής. Το κύριο κοινωνικό χαρακτηριστικό των κεντρικών συνοικιών ήταν ότι οι κάτοικοι ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις με μεγάλη πληθυσμιακή κινητικότητα (μετανάστες κ.τ.λ.). Το συμπέρασμα ήταν πως η συχνότητα της Σχιζοφρένειας είναι τόσο πιο υψηλή, όσο πιο χαμηλή είναι η κοινωνικοοικονομική τάξη και όσο πιο κινητός είναι ο πληθυσμός. Πολλές άλλες μελέτες φαίνεται να ενισχύουν αυτή την άποψη. Η πιο εντυπωσιακή σε αποτελέσματα είναι η μελέτη των Hollingshead και Redlich το 1958 που αποκάλυψε εννιαπλάσια επίπτωση της Σχιζοφρένειας στις κατώτατες κοινωνικοοικονομικές τάξεις σε σχέση με τις ανώτατες.

Μεταγενέστερες όμως μελέτες αμφισβητούν και το ύψος αυτών των διαφορών και την αξία τους από πλευράς αίτιοπαθογενετικής. Μέχρι σήμερα δεν

υπάρχει απόλυτα έγκυρη μελέτη που να δίνει αποφασιστική απάντηση στο πρόβλημα. Εξ'άλλου η επίδραση της βιομηχανοποίησης και της τεχνολογικής εξελίξεως δεν φαίνεται να είναι σημαντική στη συχνότητα της Σχιζοφρένειας όπως προκύπτει από τις μέχρι τώρα σχετικές μελέτες. Δεν φαίνεται επίσης να ασκούν σημαντική επίδραση οι πολιτιστικές μεταβολές σε ένα δεδομένο τύπο. Παρά τη διάχυτη αντίληψη ότι ο τεχνολογικός πολιτισμός συντελεί στην αύξηση της Σχιζοφρένειας τα στατιστικά δεδομένα αποδεικνύουν μια σταθερότητα της συχνότητας μέσα στα τελευταία σαράντα χρόνια. Προβλέπεται παρά ταύτα μια κάποια αύξηση στα ερχόμενα χρόνια με βάση την αύξηση της γαμηλιότητας και γεννητικότητας του σχιζοφρενικού πληθυσμού.

Πρέπει να διευκρινισθεί πως τα παραπάνω στοιχεία αναφέρονται στην επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στη νόσο και σε μία μόνο παράμετρο, τη συχνότητα. Δεν αναφέρονται στην επίδραση που ασκούν στο άτομο, λαμβανόμενο σαν μονάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΓ.1 Διάγνωση της Σχιζοφρένειας

Για δεκαετίες ερευνητές σε όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη Σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνυσή της είναι τόσο σημαντική για τη γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου.

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια είναι αυτή του DSM-III και DSM-III-R. Η προσπάθεια αυτή κατ'αρχήν αποκλείσε διαταραχές όπως «Λανθάνουσα σχιζοφρένεια», «Μετ αιχμιακή σχιζοφρένεια» ή «Απλή Σχιζοφρένεια», γιατί δεν παρουσιάζουν σαφή και φανερά ψυχωτικά συμπτώματα. Κατόπιν προσπάθησε να περιγράψει σαφή χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα και έβαλε διαγνωστικούς περιορισμούς όπως η απώλεια της λειτουργικότητας, η διάρκεια πάνω από έξι μήνες και ο αποκλεισμός άλλων ψυχικών διαταραχών.

Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια (κατά DSM-III-R)

- A. Παρουσία χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση.
 - α) παραληρητικές ιδέες.
 - β) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις.
 - γ) ασυναρτησία, χάλαση των συνειρμών.
 - δ) κατατονική συμπεριφορά.
 - ε) επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα.

- Β. Στη διάρκεια της πορείας της διαταραχής, η λειτουργικότητα σε περιοχές όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα είναι εξηשמασμένα κάτω από το ψηλότερο επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη της διαταραχής.
- Γ. Έχουν αποκλεισθεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία.
- Δ. Συνεχή σημεία της διαταραχής τουλάχιστον για έξι μήνες.
- Ε. Δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι ένας οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή.
- ΣΤ. Εάν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας τίθεται μόνον όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

Γ.2 Διαφορική Διάγνωση

Η ακριβής διάγνωση της Σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσής της, οπότε η σύγχυσή της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές π.χ. Διπολική Διαταραχή, μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του αρρώστου και της οικογένειάς του με οδυνηρές συνέπειες. Επιπλέον, όμως, η ακριβής διάγνωση προετοιμάζει τον άρρωστο, την οικογένεια και τον κλινικό για την αποτελεσματική άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία. Υπάρχουν πολλές διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τη Σχιζοφρένεια. Αναφέρουμε τις κυριότερες :

Διαταραχές της Διάθεσης : Μανία και ψυχωτική κατάθλιψη συχνά παρουσιάζονται με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απόσυρση, έκπτωση της λειτουργικότητας κ.λ.π., συμπτώματα δηλαδή και σημεία που είναι ανάλογα της Σχιζοφρένειας. Η διαφοροδιάγνωση πολλές φορές είναι δύσκολη και θέλει προσοχή και λεπτομερή κλινική εξέταση. Τα σημεία που κατευθύνουν τη διάγνωση προς τη Διαταραχή της Διάθεσης είναι :

- α) Όταν ο άρρωστος αναπτύσσει έντονα συμπτώματα κατάθλιψης ή μανίας πριν ή μαζί με την έναρξη της ψύχωσης. Οι σχιζοφρενικοί συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή μανίας, αλλά αυτά συμβαίνουν μετά την ανάπτυξη της ψύχωσης, συχνά σαν αντίδραση σ' αυτήν.
- β) Όταν ο άρρωστος εμφανίζει πλήρη ύφεση και λειτουργεί φυσιολογικά ανάμεσα στα ψυχωτικά επεισόδια.
- γ) Όταν ο άρρωστος έχει ένα βιολογικό συγγενή με ιστορικό υφιέμενης ψυχωτικής διαταραχής, γιατί αυτό υποδηλώνει πιθανότατα Διαταραχή της Διάθεσης.
- δ) Όταν η διάρκεια των επεισοδίων του συνδρόμου διαταραχής της διάθεσης είναι βραχεία.

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η διαφοροδιάγνωση μεταξύ Σχιζοφρένειας και Διαταραχής της Διάθεσης είναι σχεδόν αδύνατη, γιατί τα συμπτώματα και των δύο είναι έντονα. Παλιότερα, όταν ο κλινικός δεν μπορούσε να κάνει το διαχωρισμό έβαζε τη διάγνωση Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Το DSM-III-R όμως προσδιόρισε κριτήρια και για τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, τα οποία βοηθούν στην αναγνώριση αυτής της συγκεκριμένης πια κλινικής οντότητας.

Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή. Η βάση για τη διαφοροδιάγνωση είναι ότι το διάστημα που υπάρχει συνέχεια η διαταραχή πρέπει να είναι λιγότερο από έξι μήνες.

Παραληρητική (Παρανοειδής) Διαταραχή. Διαφοροδιαγιγνώσκεται από τη Σχιζοφρένεια επειδή απουσιάζουν οι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις, η ασυναρτησία ή η εκσεσημασμένη χάλαση των συνειρμών και κυρίως επειδή απουσιάζουν οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, όπως ελέγχου, εκπομπής σκέψης κ.λπ. Και γενικότερα, όμως τόσο το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, όσο και η συμπεριφορά δεν είναι παράξενη και αλλόκοτη όπως στη Σχιζοφρένεια.

Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές. Οργανικές ψυχώσεις μπορεί να παρουσιάζονται με συμπτώματα ακριβώς όπως της Σχιζοφρένειας. Ιδιαίτερα, πρέπει να σκεπτόμαστε τα Οργανικά Παραληρητικά Σύνδρομα όπως αυτά που οφείλονται σε αμφεταμίνες ή φαικυκλιδίνη που είναι πανομοιότυπα στην κλινική τους εικόνα με τη Σχιζοφρένεια αλλά επίσης και μεταβολικές ή νευρολογικές ή λοιμώδεις νόσους.

Διαταραχή του προσανατολισμού, θόλωση της συνείδησης ή σύγχυση και έκπτωση της μνήμης, θα μας κάνουν να υποψιαστούμε υποκειμενική σωματική νόσο ή τοξίκωση από ουσίες. Γι' αυτό σε οξεία ψύχωση (και μολονότι σύγχυση μπορεί να υπάρξει και στην οξεία φάση της Σχιζοφρένειας) η λήψη του ιστορικού θα πρέπει να είναι πλήρης και να συνοδεύεται από σωματική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις.

Διαταραχές της Προσωπικότητας και συγκεκριμένα σε Σχιζότυπη,

Μετايχμιακή, Σχιζοειδή και Παρανοειδή

Σε Διαταραχή της Προσωπικότητας μπορούν να εμφανισθούν παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, ιδιαίτερα ύστερα από στρες. Τα συμπτώματα όμως αυτά υποχωρούν πλήρως μέσα σε ώρες ή λίγες μέρες και επίσης γίνονται αντιληπτά σαν «ξένα» προς το εγώ του αρρώστου. Αντίθετα στον Σχιζοφρενή τα συμπτώματα παραμένουν για αρκετό διάστημα.

Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση. Το βασικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο, πέρα από το ότι η Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση δεν διαρκεί παρά μόνο ώρες ως ένα το πολύ μήνα, είναι το ότι υπάρχει σ'αυτήν πάντα αναγνωρίσιμος στρεσογόνος παράγοντας που προηγείται της ψύχωσης.

Ψυχοαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Υποχονδρίαση και πιο σπάνια Φοβική Διαταραχή. Με προσεκτική εξέταση μπορεί ο κλινικός να διαχωρίσει κατά πόσο οι επίμονες σκέψεις και ιδέες των διαταραχών αυτών, όσο παράλογες κι αν φαίνονται, τελικά αναγνωρίζονται σαν παθολογικές από τον άρρωστο και δεν φθάνουν σε παραληρητικό επίπεδο.

Αυτιστική Διαταραχή και Διανοητική Καθυστέρηση. Αν υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

Ακατανόητα Προσποιητή Διαταραχή με Ψυχολογικά Συμπτώματα. Σε αυτήν, τα «Ψυχωτικά» συμπτώματα είναι σκόπιμα και συνήθως παρουσιάζονται, όταν το άτομο παρατηρείται.

Η επιληψία, ιδιαίτερα η ψυχοκινητική της μορφή, συγχέεται πολλές φορές με τα οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια. Από αυτά όμως, λείπει η απώλεια συνείδησης, που είναι βασικό χαρακτηριστικό των επιληπτικών κρίσεων. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι η πλέον σίγουρη διαγνωστική μέθοδος που λύνει εύκολα το διαγνωστικό πρόβλημα μεταξύ επιληψίας και σχιζοφρένειας.

Η υστερία συγγέεται μερικές φορές με τη Σχιζοφρένεια. Όμως μια καλή εκτίμηση της προνοσηρής προσωπικότητας του αρρώστου, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη διάγνωση.

Τέλος, οι όγκοι του εγκεφάλου και κυρίως οι όγκοι της προμετωπιαίας περιοχής, οι αρτηριοσκληρωτικές καταστάσεις, οι προγεροντικές και γεροντικές εγκεφαλοπάθειες (νόσος Alzheimer, νόσος Pick), αποτελούν νευρολογική εξέταση, η εγκεφαλογραφία και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα διευκολύνουν την τελική διάγνωση.

Γ.3 Αιτιοπαθογένεια

Η αιτία της Σχιζοφρένειας είναι ακόμα άγνωστη. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες, που όμως δεν έχουν καταλήξει σε ένα συγκεκριμένο συμπέρασμα. Σήμερα πάντως, είναι γενικά παραδεκτό, ότι πολλοί είναι οι παράγοντες που συνεργούν στην εκδήλωση της Σχιζοφρένειας, χωρίς όμως να έχει καθοριστεί ακόμα, πόσο συμβάλλει ο κάθε παράγοντας στην εμφάνιση της.

Σε γενικές γραμμές οι παράγοντες αυτοί είναι :

α) Προψυχωτική Προσωπικότητα.

Το 50% των Σχιζοφρενών ανήκουν προψυχωτικά στην σχιζοειδή προσωπικότητα. Η προσωπικότητα αυτή είναι παθολογική και παρουσιάζει τα εξής πρωταρχικά σημεία :

- αυτισμός
- απομόνωση
- απώλεια των κοινωνικών επαφών
- αναστολή
- επιθετικότητα και παρορμητικότητα
- τάση προς ονειροπόληση
- νοσηρές ιδέες.

β) Σωματική ιδιοσυγκρασία.

Βρέθηκε ότι η Σχιζοφρένεια απαντάται σε ποσοστό

- 47% σε λεπτοσώμους τύπους
- 24% σε δυσπλαστικούς τύπους
- 17% σε αθλητικούς τύπους.

γ) Κοινωνικοί παράγοντες.

Η Σχιζοφρένεια είναι συνηθέστερη στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. Αυτό βέβαια, μπορεί να δικαιολογηθεί μερικώς, από το γεγονός, ότι οι σχιζοφρενείς μετά την εκδήλωση της νόσου, έχουν την τάση να στρέφονται και να εντάσσονται σε χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα.

Η Σχιζοφρένεια παρατηρείται σε όλες τις χώρες και τις φυλές. Το μορφωτικό επίπεδο του αρρώστου δεν διαδραματίζει άλλο ρόλο, παρά μόνο τροποποιεί τη σημειολογία της νόσου.

δ) Γενετικοί παράγοντες.

Για πολλά χρόνια η Σχιζοφρένεια θεωρούνταν κληρονομική ασθένεια. Πολυάριθμες όμως μελέτες και στατιστικές, δεν μπόρεσαν να το αποδείξουν αυτό επιστημονικά. Πάντως αληθεύει το γεγονός, ότι ο κίνδυνος νοσήσεως είναι πολύ μεγαλύτερος σε άτομα που στην οικογένειά τους αναφέρονται σχιζοφρενικές ψυχώσεις παρά σε άτομα χωρίς τέτοιο επιβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό.

ε) Βιοχημικοί παράγοντες.

Η πιο διαδεδομένη ίσως αιτιολογική βιοχημική υπόθεση είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης (νευροδιαβιβαστής), που ξεκίνησε από την ιδέα ότι ο μηχανισμός της δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσε να φωτίσει την παθοφυσιολογία των σχιζοφρενικών διαταραχών που θεραπεύουν.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται και στη θεραπεία της Σχιζοφρένειας, αποκλείουν τη δράση της ντοπαμίνης. Δημιουργήθηκε λοιπόν η υπόθεση ότι η Σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή τουλάχιστον να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης. Η υπόθεση αυτή θα μπορούσε να εξηγήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των αντιψυχωτικών φαρμάκων στη Σχιζοφρένεια και κατ'επέκταση την αιτία της Σχιζοφρένειας, αν δεν είχε αρκετά προβλήματα :

- Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκεφάλους σχιζοφρενικών.
- Αν και ο αποκλεισμός των υποδοχέων ντοπαμίνης φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων, δεν έχειδειχθεί ότι αυτός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο βελτιώνεται η ψύχωση.
- Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά αντισχιζοφρενικά φάρμακα αλλά έχουν αντιψυχωτικά αποτελέσματα και σε άλλες διαταραχές, όπως μανία, ψυχωτική κατάθλιψη, οργανικές ψυχώσεις κ.λ.π.

Έτσι ουσιαστικά, η ντοπαμινική υπόθεση δεν έχει αποδειχθεί ακόμη.

στ) Ψυχοδυναμικοί παράγοντες.

Κατά αυτούς ενοχοποιούνται παράγοντες του περιβάλλοντος, βιώματα που ανάγονται στην πρώτη παιδική ηλικία, διαταραχές των διαπροσωπικών σχέσεων και κυρίως των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ γονιών και παιδιών.

ζ) Εκλυτικοί παράγοντες.

Διάφορες σωματικές ασθένειες και κακουχίες είναι δυνατόν να δράσουν ευνοϊκά στην εμφάνιση της νόσου (διάφορες λοιμώξεις, λοχεία κ.τ.λ.).

Γ.4 Πορεία και Πρόγνωση

Η κλινική πορεία της Σχιζοφρένειας χωρίζεται σε τέσσερις περιόδους.

Η πρώτη περίοδος ξεκινά από την εποχή κατά την οποία ξεκινά η απόσχιση του αρρώστου από το περιβάλλον και φτάνει μέχρι την οριστική εγκατάσταση της νόσου. Ο άρρωστος προσπαθεί να αντιμετωπίσει την ασθένεια και μάχεται να διατηρήσει την επαφή του με την πραγματικότητα.

Η δεύτερη περίοδος χαρακτηρίζεται από την αποδοχή της ασθένειας. Ο άρρωστος «υποτάσσεται» στην Σχιζοφρένεια. Ο άρρωστος μειώνει φανερά τις δραστηριότητές του και δεν είναι σε θέση να αμυνθεί ενάντια στη νόσο.

Η τρίτη περίοδος λαμβάνει χώρα από πέντε έως δεκαπέντε συνήθως χρόνια από την έναρξη της ασθένειας. Βασικό χαρακτηριστικό της περιόδου αυτής είναι ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρενικής ψυχώσεως διαπλέκονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην είναι εύκολος ο κλινικός διαχωρισμός των βασικών τύπων της νόσου.

Η τέταρτη περίοδος της νόσου χαρακτηρίζεται από μια αυτοματική και παρορμητική συμπεριφορά. Ο άρρωστος δείχνει μια φανερή και μεγάλη αδιαφορία και απάθεια προς τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλγοαναισθησία, θερμοαναισθησία κ.λ.π. Η συμπεριφορά του αρρώστου μεταβάλλεται και φτάνει στα όρια της διανοητικής εξασθένησης.

Η πρόγνωση της Σχιζοφρένειας είναι δύσκολο να διατυπωθεί, γιατί πρέπει να βασιστεί σε στατιστικούς υπολογισμούς που αφορούν πολλές παραμέτρους και γιατί στη Σχιζοφρένεια υπάρχει και το πρόσθετο πρόβλημα μιας άγνωστης και προφανώς πολλαπλής αιτιολογίας.

Με όλες όμως αυτές τις επιφυλάξεις, μελέτες από όλο τον κόσμο επιτρέπουν τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις : πέντε χρόνια μετά από την εμφάνιση μιας σχιζοφρένειας, περίπου 40% των αρρώστων έχουν ξαναβρεί την ισορροπία

τους · οι μισοί περίπου είναι ακόμα ψυχωτικοί, αλλά ικανοί να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοικτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων · και 10% χρειάζονται διαρκώς εντατική νοσηλεία. Υστερα από 20 χρόνια, περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως · κάπου 33% έχουν καλύτερες σημαντικά, αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούργια ψυχωτικά επεισόδια · 33% παραμένουν σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση · και 10% βρίσκονται σε μία χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι διαφορετική από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ σε ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων για μια έστω και προσωρινή βελτίωση. Το πιο αποφασιστικό στοιχείο για την πρόγνωση είναι ο τρόπος με τον οποίο πρωτοεμφανίζεται η διαταραχή. Όταν αρχίζει απότομα, με οξέα, παραγωγικά συμπτώματα, έχει καλύτερη πρόγνωση από μια περίπτωση που η αρχή της είναι αργή, ύπουλη. Πλημμελής νοσοκομειακή φροντίδα και απομόνωση έχουν δυσμενή επίδραση στο μέλλον του αρρώστου, ενώ αντιθέτως ένα καλό περιβάλλον και ιδίως μέσα σε μια οικογένεια που μπορεί να παραδέχεται τον άρρωστο χωρίς υπερβολικό άγχος, ευνοεί την πρόγνωση. Αλλά καμιά στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να καλύτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του.

Γ.5 Χαρακτηριστικά Συμπτώματα

Η Σχιζοφρένεια είναι μία διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.λ.π.

Σκέψη

Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη Σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης : π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους κ.λ.π. Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ μηδενιστικές, σωματικές κ.λ.π. είναι λιγότερο συχνές. Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται στη Σχιζοφρένεια είναι η πτωχεία του λόγου, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι νεολεξίες, η εμμονή, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, η ηχολαλία κ.α.

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο άρρωστος να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μία συζητούν μεταξύ τους ή του δίνουν εντολές. Οι

τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους. Οι φωνές αυτές θα πρέπει να είναι παρούσες για μέρες ή εβδομάδες είτε συνέχεια, είτε κατά διαστήματα. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές, και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά στη Σχιζοφρένεια. Σωματικές ψευδαισθήσεις και μία γενική υπερευαισθησία στον ήχο, το φως και τις οσμές είναι συχνές στην Σχιζοφρένεια.

Συναίσθημα

Στη σχιζοφρένεια παρατηρείται επίπεδο και απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναισθήματος, δεν αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο γιατί είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς. Επίσης τα αντιψυχωτικά φάρμακα, έχουν σαν παρενέργεια την επιπέδωση του συναισθήματος και αυτό κάνει ακόμα δυσκολότερη την διαγνωστική αξιολόγηση. Σημειώνεται επίσης ότι στον παρανοϊκό τύπο της Σχιζοφρένειας είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος.

Αίσθηση του εαυτού

Η αίσθηση του εαυτού που δίνει στο φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτο-κατεύθυνσης συχνά διαταράζεται. Έτσι μιλούμε για απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κ.λ.π.

Βούληση

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

Διαπροσωπικές Σχέσεις

Συχνή είναι η απόσυρση του αρρώστου από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη έχει αναφερθεί σαν "αυτισμός".

Ψυχοκινητικότητα

Μια ποικιλία διαταραχών χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα, ιδιαίτερα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση του αρρώστου. Εκτός από την έντονη διέγερση που μπορεί να χαρακτηρίζει τον άρρωστο που βρίσκεται σε οξεία φάση, η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε εντολές ή σε προσπάθειες μετακίνησης. Επίσης, μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κυρώδης ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση ότι αυτά λυγίζουν σαν να είναι από κεριά).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

Δ.1 Κλινικοί Τύποι της Σχιζοφρένειας

Η Σχιζοφρένεια είναι μια διαγνωστική ομπρέλα που καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων, που διαφέρουν στη συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία, στην πρόγνωση κ.λ.π. Έχουν προταθεί, έτσι, διάφορες κλινικές υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα, με τα συστήματα ταξινόμησης, που ακολουθεί κανείς.

Στη συγκεκριμένη εργασία, η αναφορά στους τύπους της Σχιζοφρένειας γίνεται με βάση την πρόσφατη αναθεώρηση του διαγνωστικού - στατιστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (DSM-III-R, 1987) και σε μια προσπάθεια συσχέτισμού με την ένατη αναθεώρηση του συστήματος ταξινόμησης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (KD-9-CM, 1979) επειδή τα δύο αυτά συστήματα χρησιμοποιούνται ευρύτατα και θεωρούνται σχεδόν καθολικής αποδοχής.

Παρανοϊκός Τύπος

Ο όρος "παρανοϊκός" δόθηκε από τον Sander (1868). Η έναρξη της μορφής αυτής είναι συνήθως πιο όψιμη από τις άλλες (συνήθως μετά τα 30 χρόνια) και σε συνδιασμό με τη διατήρηση κάποιας λειτουργικότητας, η πρόγνωση είναι ευνοϊκότερη.

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από ακουστικές ψευδαισθήσεις και από την επικράτηση συστηματοποιημένων παραληρητικών ιδεών. Το περιεχόμενο του παραληρήματος που μπορούμε να συναντήσουμε είναι : διωκτικό παραλήρημα,

διεκδικητικό, ζηλοτυπικό, μεγαλείου, θρησκευτικό. Σύνοδα συμπτώματα είναι το διάχυτο άγχος, η καχυποψία, η αντιθετικότητα, η βιαιότητα, η υπερευαισθησία, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα το προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι. Συνήθως υπάρχει ένα καθολικό πομπώδες ύφος στη διαπροσωπική επικοινωνία. Η προσωπική του φροντίδα διατηρείται καλή και το συναίσθημα μένει σύντονο με το ιδεακό περιεχόμενο, γι' αυτό η προσωπικότητα, έξω από το παραληρητικό της σύστημα, διατηρείται σε ικανό επίπεδο λειτουργικότητας.

Κατατονικός Τύπος

Ο όρος "κατατονία" δόθηκε από τον Kahlbaum (1863). Αυτή η μορφή της Σχιζοφρένειας ήταν πολύ συχνή πριν από μερικές δεκαετίες. Σήμερα όμως, στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. δεν εμφανίζεται συχνά.

Στον τύπο αυτό, στην κλινική εικόνα, προεξάρχει η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας. Έτσι έχουμε :

- α) Κατατονική εμβροντησία (stupor) : εκσεσημασμένη ελάττωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον και / ή ελάττωση των αυτόματων κινήσεων και της αυτόματης δραστηριότητας (μίμηση νεκρού).
- β) Κατατονικός αρυκτισμός : προβολή αντίστασης - που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο - σε κάθε εντολή ή προσπάθεια μετακίνησης.
- γ) Κατατονική δυσκαμψία : διατήρηση μιας δύσκαμπτης στάσης του σώματος, σαν αντίσταση σε προσπάθειες μετακίνησής του.
- δ) Κατατονική διέγερση : διεγερμένη κινητική δραστηριότητα, προφανώς άσκοπη και μη επηρεαζόμενη από εξωτερικά ερεθίσματα.

- ε) Κατατονικές στάσεις του σώματος : εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις.
- στ) Αναίτια αυτοκτονία. Δεν γίνεται από απελπίαση, είναι αλόγιστη πράξη ή αποτέλεσμα ψευδαισθήσεων.
- ζ) Ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες είναι συχνές και συχνά πυροδοτούν τις διεγέρσεις.

Σύννοδα συμπτώματα του τύπου αυτού είναι στερεοτυπίες, άλλοι μαννερισμοί και κηρώδης ευκαμψία.

Κατά τη διάρκεια της κατατονικής εμβροντησίας (stupor) ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψης τροφής, εξάντλησης, υπερπυρεξίας, αυτοτραυματισμού κ.λπ.

Αποδιοργανωμένος Τύπος

Πρόκειται για τον τύπο της Σχιζοφρένειας, που παλαιότερα ονομαζόταν ηβηφρενικός. Ο όρος ηβηφρενικός δόθηκε από τον Hecker (1870). Η έναρξη είναι συνήθως πρώιμη στην εφηβεία, σε άτομα με προβληματική προνοσηρή προσωπικότητα, ενώ η πορεία είναι προς τη συνεχή αποδιοργάνωση χωρίς τάση για υποχώρηση.

Χαρακτηρίζεται από ανακοπές του ειρμού και ασυναρτησία, αμβλύ, απρόσφορο, σαχλό και κενό συναίσθημα, έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και απουσία συστηματοποιημένων παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων. Στην κλινική εικόνα επίσης παρατηρούνται ακόμα στερεοτυπίες, μαννερισμοί, αναίτια γέλια, υποχονδριακές αιτιάσεις και η όλη συμπεριφορά περιγράφεται, ως ανόητη. Οι

παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι συχνές αλλά ασυστηματοποίητες, αποσπασματικές και αλλόκοτες.

Αδιαφοροποίητος Τύπος

Τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά είναι οι έκδηλες παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις, η ασυναρτησία και η βαριά αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς. Τα συμπτώματα αυτά δεν συμπληρώνουν τα κριτήρια του αποδιοργανωμένου, του κατατονικού ή του παρανοϊκού τύπου ή είναι συμπτώματα που χαρακτηρίζουν πιο πολλούς τύπους.

Υπολειμματικός Τύπος

Τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά του είναι η απουσία έκδηλων παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, ασυναρτησίας και αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Στο ιστορικό αναφέρεται το λιγότερο ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αμβλύτητα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, εξωπραγματική σκέψη και χαλάρωση του συνειρμού. Αν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις είναι ασυστηματοποίητες και χωρίς αξιόλογη συναισθηματική συμμετοχή. Η πορεία είναι χρόνια ή υποχρόνια. Ο πρόσθετος χαρακτηρισμός «σε οξεία παρόξυνση» σημαίνει την παρουσία έκδηλων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Άλλοι τύποι Σχιζοφρένειας

Σε παλαιότερα συστήματα ταξινομήσεων αναφέρονται άλλοι τύπου ή μορφές.

Ειδικότερα αναφέρονται :

- α) Απλή μορφή Σχιζοφρένειας
- β) Λανθάνουσα μορφή
- γ) Σχιζοσυναισθηματική μορφή
- δ) Οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο
- ε) Ψευδονευρωτική μορφή.

Σύγχρονοι Μέθοδοι Θεραπείας-Νοσηλευτικές ΠαρεμβάσειςΕ.1 Γενικά

Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίμονη διεργασία για τον άρρωστο, την οικογένειά του, το γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον άρρωστο - ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, εργασιοθεραπευτές κ.τ.λ.

Κατά καιρούς, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι βρήκαν τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας, όμως καμία μέθοδος δεν οδήγησε στην πλήρη ίαση της ασθένειας. Η θεραπευτική παρέμβαση έχει συνήθως σαν σκοπό την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου. Με μεγάλη προσπάθεια και προσεκτικά σχεδιασμένα προγράμματα πολλοί άρρωστοι μπορούν να επανακτήσουν την χαμένη τους λειτουργικότητα και να μειωθούν σημαντικά τα συμπτώματα που τους ταλαιπωρούν.

Πάντως, η όλη προσπάθεια για την αποκατάσταση των αρρώστων, είναι δύσκολη και απαιτεί μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στη ζωή τους.

Παρακάτω, παραθέτονται οι πιο σύγχρονοι μέθοδοι θεραπείας των σχιζοφρενών, καθώς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που είναι απαραίτητες για την όσο το δυνατόν γρηγορότερη και καλύτερη αποκατάσταση των σχιζοφρενών.

Ε.2 Αντιψυχωτικά Φάρμακα

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στη θεραπεία της Σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητά τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητά τους να θεραπεύουν τα ψυχικά συμπτώματα. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα λοιπόν ελαττώνουν την ψυχωτική σύγχυση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, σε κάποιο βαθμό την κοινωνική απομόνωση και άλλα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας.

Η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων μπορεί να γίνει εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας. Το μέγιστο όμως ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους δράσης μπορεί να μην επιτευχθεί, συντομότερα παρά μόνο μετά από έξι εβδομάδες συνεχούς χορήγησης. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 20-50% της ποσότητας του φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Και φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Μολονότι πολλοί σχιζοφρενείς υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, παρόλα αυτά η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών γι' αυτό και συνιστάται. Δεν πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση. Σήμερα, γίνεται προσπάθεια να χορηγούμε την μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει το σχιζοφρενή κανονικά λειτουργικό.

Αποτελέσματα αντιψυχωτικών φαρμάκων

Η πλατεία χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων επί σειρά ετών απέδειξε, ότι η θεραπεία έχει στο ενεργητικότης αξιόλογα «θετικά» στοιχεία, χωρίς βέβαια να λείπουν και τα «αρνητικά».

Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας.
 - α. Ελαττώνονται οι διεγέρσεις
 - β. Τα παραληρήματα ατονούν
 - γ. Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
 - δ. Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
 - ε. Οι τάσεις αυτοκτονίας, οι παρορμήσεις περιορίζονται.
2. Η προσέγγιση του αρρώστου και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας, βελτιώνονται σημαντικά.
3. Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.
4. Μεγάλο ποσοστό αρρώστων γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.

Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Πέρα από την άμβλυση και την κατασίγηση των συμπτωμάτων καμμία επίδραση δεν ασκείται στην ίδια την νόσο.
2. Αν διακοπεί η θεραπεία, η νόσος επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.

3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ. εξωπυραμидικό σύνδρομο.
4. Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα.
5. Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.
6. Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.

Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την χορήγηση των Αντιψυχωτικών φαρμάκων.

Ο νοσηλευτής-τρια προκειμένου να χορηγήσει ψυχοφάρμακα θα πρέπει να γνωρίζει :

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- Τον τρόπο και τον χρόνο χορηγήσεως.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι ισχυρά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική τους δράση όλη νύκτα.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να δείξει ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή κατά τη χορήγηση των φαρμάκων. Πολλοί άρρωστοι προσπαθούν να αποφύγουν τη λήψη φαρμάκων, είτε γιατί τους ενοχλούν οι παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από ψευδαισθήσεις, είτε γιατί νιώθουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη. Έτσι, λοιπόν, ή τα κρύβουν κάτω από την γλώσσα τους, ή τον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και μετά να προκαλέσουν εμετό. Πολλοί τα κρατούν με σκοπό να τα πάρουν όλα μαζί και να αυτοκτονήσουν.

Γί'αυτούς τους λόγους ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να χορηγεί τα φάρμακα και να παρατηρεί αν ο άρρωστος όντως τα πήρε. Κάθε απροσεξία σ'αυτό το θέμα μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του αρρώστου γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακά του, δεν έχουμε και το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Όταν οι άρρωστοι αρνούνται επίμονα να πάρουν τα φάρμακά τους, τότε χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Τα φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση και οσμή μπορούν να χορηγηθούν μαζί με λίγο γάλα ή πορτοκαλάδα. Η ξηροστομία, που είναι μια από τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση πολλών υγρών, επίβλεψη της υγείας του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για την πρόληψη της στοματίτιδας. Άλλες παρενέργειες των φαρμάκων όπως η πτώση της Αρτηριακής πίεσης, η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, κ.λπ. παρακολουθούνται στενά από το νοσηλευτή-τρια, αναφέρονται στο γιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα.

Πολλοί άρρωστοι εξαιτίας των αντιψυχωτικών φαρμάκων κάνουν ορθοστατική υπόταση. Γί'αυτό το λόγο ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να πάρει την Α.Π. του αρρώστου και σε όρθια θέση. Επίσης πρέπει να παρακολουθείται και η κένωση του εντέρου των αρρώστων γιατί τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα. Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι άρρωστοι που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμη. Άλλα φάρμακα προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους και γί'αυτό ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να ζυγίζει τους αρρώστους που παίρνουν τέτοια φάρμακα και να φροντίζει το διαιτολόγιό τους.

Σε πολλές περιπτώσεις, η φαρμακευτική αγωγή φέρνει γρήγορα και θεαματικά αποτελέσματα. Με μια γρήγορη ματιά ο άρρωστος παρουσιάζει εμφανή καλύτερευση. Ο νοσηλευτής-τρια όμως πρέπει να εξετάσει, αν όντως είναι αυτή η πραγματικότητα. Εξετάζοντας τον άρρωστο προσεκτικότερα τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται,

ότι παρ'όλη την επιφανειακή βελτίωση του αρρώστου, η ασθένεια συνεχίζει να υφίσταται σε ενεργό φάση. Αυτή είναι μια πολύ δύσκολη καμπή για τον άρρωστο που μπορεί να τον οδηγήσει μέχρι και στην αυτοκτονία. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να συζητήσει φιλικά μαζί του και να αξιολογήσει τις ενέργειές του και τις εκδηλώσεις του, ώστε να μπορέσει να κατατοπισθεί για τον τρόπο σκέψης του αρρώστου και για τα αισθήματά του.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει και η συστηματική παρατήρηση του αρρώστου ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής. Κάθε άμβλυνσης ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στον γιατρό.

Η χορήγηση των αντιψυχωτικών φαρμάκων ακολουθεί τους βασικούς κανόνες χορήγησης των φαρμάκων, που ισχύουν στην γενική νοσηλευτική, μόνο που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα σημεία που αναφέρθηκαν.

E.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Το ηλεκτροσόκ (E.C.T.) χρησιμοποιήθηκε το 1938 για πρώτη φορά από δύο Ιταλούς, τον Ugo Cerletti και Bini. Πρώτα το χρησιμοποίησαν στα ζώα και έπειτα στους ανθρώπους.

Το E.C.T. συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του αρρώστου και διέλευση από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασόμενου ρεύματος. Είναι θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται πλατιά, γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική.

Επιπλοκές E.C.T.

1. Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης
2. Παρατεταμένη άπνοια
3. Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος
4. Διαταραχές του νευρικού συστήματος
5. Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια

Ενδείξεις E.C.T.

1. Υποστροφική Μελαγχολία
2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
3. Σχιζοφρένεια
 - a. Κατατονική μορφή

- β. Οξέα Σχιζοφρενικά επεισόδια
- γ. Διεγερτικές καταστάσεις
- δ. Σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν :
 - α. Όγκος εγκεφάλου
 - β. Θδρομβοφλεβίτιδα
 - γ. Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
 - δ. Οξεία σπειραματονεφρίτιδα
2. Σχετικές αντενδείξεις (γιατί με τη νάρκωση μειώνονται οι κίνδυνοι)
 - α. Μεγάλη ηλικία
 - β. Κύηση
 - γ. Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά)
 - δ. Σπονδυλαρθροπάθεια
 - ε. Πεπτικό έλκος

Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι πολύ σημαντικός και ουσιαστικός. Ποτέ δεν γίνεται ηλεκτροσόκ (E.C.T.) αν δεν ενημερωθεί ο άρρωστος και οι συγγενείς του. Μάλιστα απαιτείται και υπογραφή του αρρώστου, αν είναι σε θέση, διαφορετικά υπογράφουν οι συγγενείς του.

Πριν γίνει το ηλεκτροσόκ πρέπει οπωσδήποτε να προετοιμασθεί ψυχολογικά πρώτα ο άρρωστος. Ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να βοηθήσει σημαντικά σ' αυτό.

Βέβαια δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί στον άρρωστο αναλυτικά ο ακριβής τύπος θεραπείας αλλά πρέπει να του εξηγηθεί, ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και ότι δεν θα θυμάται τίποτα μετά τη λήξη της θεραπείας.

Πολλοί άρρωστοι φοβούνται ότι θα χάσουν πλήρως την μνήμη τους μετά το ηλεκτροσόκ. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να τους τονίσει ότι η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς θεραπειών.

Είναι βέβαια λογικό, ότι όσο και να προετοιμασθεί ψυχολογικά ο άρρωστος για το ηλεκτροσόκ, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και η ανάγκη για συμπαράσταση από τον νοσηλευτή-τρια είναι ακόμα μεγαλύτερη. Τον άρρωστο, τον βοηθά να γνωρίζει την ακριβή ώρα της θεραπείας και ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να φροντίσει να μην υπάρξει καμία καθυστέρηση, γιατί αυτό προσθέτει αγωνία στον άρρωστο.

Βέβαια πέρα από την ψυχολογική υποστήριξη, ο άρρωστος χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και, αν είναι δυνατό, της σπονδυλικής στήλης.

Ο άρρωστος πρέπει να μείνει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν από το E.C.T.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να ελέγξει τα απαραίτητα για τη νοσηλεία :

- α) Τη συσκευή του E.C.T. και του O₂
- β) Το set ή το δίσκο, ο οποίος πρέπει οπωσδήποτε να περιέχει :
 - τραχειοσωλήνα
 - γάζα, για να δαγκώνει ο άρρωστος
 - καρδιοτόνωση
 - βαμβάκι με οινόπνευμα
 - κάψα με αλατόνερο και λίγες γάζες

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να ελευθερωθεί από στενά ενδύματα, να αφαιρεθούν οδοντοστοιχίες και τα κοσμήματα και επίσης να κενωθεί η κύστη. Επίσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας μια σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη.

Μετά τη θεραπεία, ο άρρωστος συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται δίπλα του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει ότι έχει κάνει E.C.T. Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να του μιλά σιγά και καθαρά, με σύντομες φράσεις, προσπαθώντας να επαναφέρει τον άρρωστο στο περιβάλλον. Πρέπει να χρησιμοποιεί το όνομα του αρρώστου και να του υπενθυμίζει το δικό του.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ταχύ. Συνήθως μετά τις 2-3 συνεδρίες, οι άρρωστοι γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και πιο ικανοί να σκεφτούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν. Γι'αυτό το λόγο και κατά την περίοδο αυτή ο άρρωστος είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας, τα οποία έχει σκεφτεί από πριν. Έτσι χρειάζεται στενή παρακολούθηση από το νοσηλευτή-τρια ειδικά και γενικότερα από όλη τη θεραπευτική ομάδα.

Ε.3 Χειρουργική θεραπεία (Λοβεκτομή – Λευκοτομή)

Η χειρουργική επέμβαση του εγκεφάλου σε ψυχικές παθήσεις έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Παρόλο που οι άρρωστοι, στους οποίους εφαρμόστηκε η θεραπεία αυτή, είναι πολλοί και η βιβλιογραφία πλούσια, τα σαφή αποτελέσματα δεν είναι ακόμα γνωστά.

Υπάρχει μεγάλη διαφωνία, γύρω από τις ηθικές επιπτώσεις της δραστηρικής αυτής επεμβάσεως. Μερικοί πιστεύουν, ότι μόνο σε άρρωστους με απελπιστική πρόγνωση και όταν όλες οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει, θα πρέπει να γίνεται χειρουργική επέμβαση. Άλλοι πιστεύουν ότι η πρόγνωση είναι καλύτερη, αν επέμβουμε όσο το δυνατόν νωρίτερα χειρουργικά.

Η άποψη του αρρώστου συνήθως λαμβάνεται υπόψη. Ο γιατρός εξηγεί την επέμβαση στον άρρωστο και προσπαθεί να ελαττώσει τους φόβους του σχετικά με αυτή. Η επέμβαση σπάνια γίνεται χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου και των συγγενών του.

Οι συγγενείς, θέλουν συνήθως να μάθουν τι αλλαγές θα επιφέρει η επέμβαση στον χαρακτήρα του αρρώστου και στην όλη προσωπικότητά του. Είναι δύσκολο να δοθεί απάντηση στην παραπάνω ερώτηση, λόγω μεγάλης ποικιλίας αλλαγών που παρουσιάστηκαν σε διαφόρους αρρώστους.

Αλλαγές προσωπικότητας μετά την επέμβαση

Η εξυπνάδα του αρρώστου συνήθως δεν επηρεάζεται, όπως έχει αποδειχθεί από διάφορα TEST νοημοσύνης. Οι πιο εμφανείς αλλαγές παρουσιάζονται στη συναισθηματική σφαίρα του αρρώστου.

Η επέμβαση γίνεται συνήθως για να ανακουφίσει τον άρρωστο από το αίσθημα της ψυχικής καταπίεσης, άγχους, αγωνίας. Μετά την επέμβαση όμως, ο άρρωστος μπορεί να γίνει τελείως αδιάφορος τόσο προς τα δικά του συναισθήματα, όσο και προς τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων. Δεν ανταποκρίνεται στα συναισθήματα αγάπης, στοργής ή φιλίας, γίνεται εγωκεντρικός, απρόσεκτος και χωρίς να ενδιαφέρεται αν η συμπεριφορά του είναι ενοχλητική ή όχι προς τους άλλους. Είναι δυνατόν να παρουσιάσει αντικοινωνική συμπεριφορά χωρίς να αισθάνεται ντροπή ή ανησυχία. Η απάθεια είναι δυνατό να παρουσιαστεί σαν το μεγαλύτερο πρόβλημα του αρρώστου.

Προεγχειρητική, Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει τη γενική προετοιμασία του αρρώστου όπως και στις άλλες επεμβάσεις. Η καθαριότητα του τριχωτού της κεφαλής καλό είναι να γίνεται όσο το δυνατόν πιο αργά, γιατί αυτό επιδρά πολύ άσχημα ψυχολογικά, ιδίως στις γυναίκες. Καλό είναι ο άρρωστος να συνοδεύεται στο χειρουργείο από τον νοσηλευτή-τρια, που έκανε την προεγχειρητική προετοιμασία και τον οποίο γνωρίζει ο άρρωστος.

Το σπουδαιότερο καθήκον του νοσηλευτή-τριας κατά την μετεγχειρητική φροντίδα είναι η συχνή παρακολούθηση του σφυγμού και της πίεσεως του αρρώστου για να προληφθεί τυχόν εγκεφαλική αιμορραγία ή αύξηση της ενδοκράνιας πίεσεως. Ο άρρωστος παραμένει κλινήρης. Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί την ομιλία, την έκφραση του προσώπου, τις κινήσεις των ματιών του και την επικοινωνία του αρρώστου με το περιβάλλον. Υγρά δεν δίνονται συνήθως το πρώτο 24ωρο. Δίνεται κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο για να προληφθεί η ανησυχία. Συμπτώματα συγχύσεως

παρατηρούνται σχεδόν πάντοτε τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, γι' αυτό πρέπει να παίρνονται μέτρα για την ασφάλεια του αρρώστου.

E.4 Ψυχοθεραπεία.

Ψυχοθεραπεία είναι η χρησιμοποίηση και η εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων για την έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο πνεύμα, στο συναίσθημα, στον ψυχισμό του αρρώστου με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς του.

Η Ψυχοθεραπεία ανεπίσημα, με διάφορες μορφές χρησιμοποιήθηκε ανέκαθεν από τον άνθρωπο. Πατέρας της θεωρείται ο Ιπποκράτης. Αυτός εισήγαγε και την έννοια της Λογοθεραπείας. Χαρακτηριστικά επίσης είναι και τα Ασκληπιεία και η ύπνωση, από την οποία ξεκινά και η ψυχανάλυση. Σαν μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών νόσων χρησιμοποιήθηκε επίσημα η ψυχοθεραπεία από τον Freud στις αρχές του αιώνα μας.

Υπάρχουν διάφορες μορφές Ψυχοθεραπείας, που θεωρούνται σε παγκόσμια κλίμακα αποδεκτές και εφαρμόζονται σε ανάλογες περιπτώσεις. Μερικές είναι η Ατομική Ψυχοθεραπεία, η Ομαδική Ψυχοθεραπεία, η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία, η Θεραπεία Συμπεριφοράς, η Οικογενειακή Θεραπεία. Η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας εξαρτάται :

1. Από την ηλικία του αρρώστου
2. Από το διανοητικό επίπεδο του αρρώστου και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής
3. Από την επαγγελματική κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψή του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας
4. Από την αιτιολογία της διαταραχής
5. Από τους στόχους στους οποίους στοχεύει ο ψυχοθεραπευτής

δ. Από ειδικές αντικειμενικές συνθήκες, τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες κ.λ.π.

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τη Σχιζοφρένεια είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και λιγότερο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Ο Ψυχοθεραπευτής βοηθά τον άρρωστο να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστειας κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Έτσι, εξήγηση (υπό μορφή διδασκαλίας) της φύσης της Σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων, του τρόπου αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων, είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας. Πολύ σημαντικό ρόλο στην Ψυχοθεραπεία παίζει και η ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον άρρωστο.

Επίσης, η Θεραπεία Συμπεριφοράς είναι σημαντική για τη θεραπεία των Σχιζοφρενών, ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κ.λ.π. Επίσης πρέπει να επιβραβεύεται η θετική, ενεργητική συμμετοχή στις δραστηριότητες και η κοινωνικοποίηση των αρρώστων και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και η απόσυρση.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζοπυρώνουν την ασθένεια του σχιζοφρενή. Σημασία, όμως έχει και η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστειας και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του Σχιζοφρενικού μέλους της οικογένειας.

Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ψυχοθεραπεία

Οι άρρωστοι που πάσχουν από Σχιζοφρένεια συνήθως ακολουθούν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας σε αυτόν τον τύπο της ψυχοθεραπείας είναι να διαμορφώνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο άρρωστος να συναντά λιγότερες δυσκολίες από ότι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο. Έτσι λοιπόν ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που γίνονται στον άρρωστο και να δημιουργήσει ένα τέτοιο περιβάλλον ώστε ο άρρωστος να νιώθει ότι τα άτομα που τον περιστοιχίζουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά.

Ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια σε έναν άρρωστο που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος. Μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα. Ο άρρωστος μπορεί να συζητά με το νοσηλευτή-τρια και έτσι να έχει την ευκαιρία να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι'αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

E.5 Ινσουλινοθεραπεία

Η ινσουλινοθεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που τα τελευταία χρόνια παρεκτοπίστηκε από τα αντιψυχωτικά φάρμακα. Συνίσταται στη δημιουργία προκωματώδους ή καματώδους καταστάσεως στον άρρωστο μετά από χορήγηση ινσουλίνης. Η εφαρμογή της σήμερα έχει θέση μόνο σε περιπτώσεις που η συστηματική εφαρμογή όλων των άλλων θεραπευτικών μέσων έχει αστοχήσει.

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο θεραπείας χορηγείται ινσουλίνη αυξάνοντας βαθμιαία και προοδευτικά τη δόση μέχρι ο άρρωστος να πέσει σε κώμα. Συνήθως χορηγούνται 100–200 μονάδες. Στο κώμα μένει αρχικά ο άρρωστος για 15 λεπτά και βαθμιαία παρατείνεται ο χρόνος στις επόμενες συνεδρίες έως μία ώρα. Για τη λήξη του κώματος χρησιμοποιείται μεγάλη δόση υδατανθράκων ή γλυκογόνο. Γίνονται 4–6 συνεδρίες την εβδομάδα έως ότου προκληθούν 50–60 κώματα. Αντί για το κώμα μπορεί να προκληθεί υποκωματώδης ή περιπατητική μορφή ινσουλινοθεραπείας με λιγότερες μονάδες ινσουλίνης. Οι επιπλοκές που μπορούν να εμφανισθούν είναι :

1. Θάνατος από υπογλυκαιμική εγκεφαλοπάθεια λόγω παρατεταμένου κώματος
2. Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και αγγειοκινητικό Collarpsus
3. Παρατεταμένο κώμα
4. Όψιμες επιληπτικές κρίσεις
5. Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα
6. Συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση
7. Ενεργοποίηση της ψυχώσεως.

Ενδείξεις ινσουλινοθεραπείας

1. Επιλέγονται άτομα με καλή σωματική υγεία

2. Άρρωστοι 20–35 ετών αποτελούν την καλύτερη ηλικία εφαρμογής
3. Άρρωστοι με μακροχρόνια ψύχωση που είναι ανθεκτικά σε άλλες θεραπευτικές μεθόδους
4. Άρρωστοι με ψύχωση που κάνουν συχνές υποτροπές.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Άτομα πάνω από 50 ετών
2. Παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος
3. Ανοικτή φυματίωση πνευμόνων
4. Νόσοι νεφρών, ήπατος, παγκρέατος, θυρεοειδούς και επινεφριδίων
5. Σακχαρώδης διαβήτης
6. Κύηση.

Σε ότι αφορά τα αποτελέσματα της ινσουλινοθεραπείας, όπως και οι άλλες σπασμοθεραπείες, βοηθά τον άρρωστο να γίνει περισσότερο προσιτός στις διαπροσωπικές σχέσεις και να ενδιαφέρεται περισσότερο για το περιβάλλον του. Εκτεταμένες μελέτες των ευνοϊκών αποτελεσμάτων της ινσουλινοθεραπείας πρεσβεύουν ότι τα αποτελέσματα δεν προέρχονται από το κώμα αυτό καθ'αυτό αλλά από την ψυχολογική επίδραση της θεραπείας. Πάντως η ινσουλινοθεραπεία και σε πεπειραμένα ακόμη χέρια, είναι επικίνδυνη και πολύ δυσάρεστη για τον άρρωτο. Γι'αυτό τελευταία αποφασίστηκε ότι τα κοινωνικά και ψυχολογικά αποτελέσματα αυτής μπορούν να προκληθούν και με άλλες μεθόδους λιγότερες επικίνδυνες και περιορίστηκε η εφαρμογή της σε ειδικές περιπτώσεις.

Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ινσουλινοθεραπεία

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να παρακολουθεί το χρώμα του προσώπου, τις σφύξεις, τη θερμοκρασία, έως ότου λυθεί το κώμα. Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου κατά τη διάρκεια του κώματος, καθώς επίσης και οι μονάδες ινσουλίνης που χορηγήθηκαν, τα χαρακτηριστικά του κώματος, η διάρκεια του κώματος, οι τυχόν επιπλοκές, σημειώνονται στην ειδική κάρτα.

Μετά τη λύση του κώματος ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να παρακολουθεί συνεχώς τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και να σημειώνει τις τιμές στην κάρτα. Συνήθως μετά τη λύση του κώματος ο άρρωστος διαμαρτύρεται ότι κρυώνει. Ο νοσηλευτής-τρια τον σκεπάζει έως ότου συνέλθει και στη συνέχεια ο άρρωστος ενθαρρύνεται να πάρει τα γεύματά του. Κατόπιν γίνεται λουτρό καθαριότητας, ντύνεται με καθαρό ιματισμό και ξεκουράζεται έως ότου αρχίσει η νέα συνεδρία.

E.6 Απασχολησιοθεραπεία ή Εργασιοθεραπεία

Η απασχολησιοθεραπεία είναι μια δραστηριότητα που αποσκοπεί στην προώθηση ή επιτάχυνση της αναρρώσεως από την ασθένεια. Βέβαια, ο άρρωστος ακολουθεί ένα πρόγραμμα απασχολησιοθεραπείας, πάντα ύστερα από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση. Η απασχολησιοθεραπεία αναγνωρίζεται σαν πολύτιμη βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής, επειδή προσφέρει στον άρρωστο παρακίνηση, ψυχική διέξοδο ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και επειδή με τα επιτεύγματά της προσφέρει μέσα δημιουργικής ικανοποίησης του αρρώστου. Προσφέρει επίσης ένα μέσο αποκτήσεως ορθών πληροφοριών σχετικά με τις αντιδράσεις, τις ικανότητες, τις επιδεξιότητες, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του αρρώστου.

Στους σχιζοφρενείς, ο απασχολησιοθεραπευτής θα προσπαθήσει να αποτραβήξει τον άρρωστο από τον κόσμο της φαντασίας και θα τον φέρει ξανά πίσω στην πραγματικότητα. Επειδή όμως ο κόσμος της φαντασίας είναι περισσότερο ευχάριστος, ο άρρωστος θα προβάλλει αντίσταση και γι' αυτό χρειάζεται απέραντη επιμονή και υπομονή. Πολλοί από αυτούς, που είναι δύσκολο να τους πλησιάσουμε με άλλους τρόπους, γίνονται πιο προσιτοί και πιο συνεργάσιμοι λαμβάνοντας μέρος σε εκδηλώσεις της απασχολησιοθεραπείας (λαϊκούς χορούς, χορωδίες κ.λπ.).

Σκοποί απασχολησιοθεραπείας



1. Να βοηθήσει τον άρρωστο να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τα διάφορα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά του προβλήματα.
2. Ο άρρωστος να ξαναβρεί, να διατηρήσει και να αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.

3. Στο να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από νόσο ή σωματικό ατύχημα.

Τομείς απασχολησιοθεραπείας

1. Χειρονακτικές τέχνες, όπως κατεργασία ξύλου, μετάλλου, πλαστικών υλών, δέρματος, υφαντική, τέχνη της βελόνας, σχέδιο, κεραμική, ζωγραφική, κηπουρική κ.λ.π.
2. Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως βοήθεια στο τμήμα, στο μαγειρείο, στο διοικητικό κτίριο του ιδρύματος.
3. Επαγγελματική διεύρυνση, όπως μαθήματα γραφομηχανής, στενογραφίας και άλλων ειδικοτήτων γραφείου.
4. Επαγγελματική προπαρασκευή όπως τυπογραφία, βιβλιοδετική, ξυλουργική επιπλοποιία και κατασκευή ειδών ρουχισμού.
5. Ψυχαγωγία και κοινωνικές δραστηριότητες όπως σωματικές ασκήσεις, μουσική, ομαδική ψυχαγωγία, διασκεδάσεις, αθλοπαιδίες και κοινωνικά γεγονότα.

Τα έργα των αρρώστων είναι τα προϊόντα της απασχολησιοθεραπείας. Σκοπός δεν είναι η παραγωγή αλλά η ανάπτυξη συναισθήματος ικανοποίησης και υπερηφάνειας για το ωραίο που δημιούργησαν. Τα έργα, αν θέλει ο άρρωστος μπορεί να τα κρατήσει ή να πωληθούν στο κοινό και τα χρήματα να προστεθούν στο κονδύλιο του τμήματος.

Αντενδείξεις απασχολησιοθεραπείας

1. Υπερβολική ψυχοκινητική ενεργητικότητα, που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα.
2. Καταπληξία, λήθαργος.

3. Πλήρης άρνηση από τον άρρωστο.
4. Ισχυρές τάσεις αυτοκτονίας.

Ο Νοσηλευτική Παρέμβαση στην απασχολησιοθεραπεία

Ο Νοσηλευτής-τρια μπορεί να δώσει πολύ σημαντικές πληροφορίες στον απασχολησιοθεραπευτή, γιατί ο νοσηλευτής-τρια έρχεται σε καθημερινή επαφή με τον άρρωστο και γνωρίζει καλύτερα τα προβλήματα και τις ανάγκες του. Έτσι μπορεί να δώσει πληροφορίες για την ακριβή ασθένεια από την οποία πάσχει ο κάθε άρρωστος και για τα συμπτώματα που τον ταλαιπωρούν και απαιτούν θεραπεία. Επίσης μπορεί να ξεχωρήσει τα εργαλεία που επιτρέπεται να χρησιμοποιεί ο κάθε άρρωστος. Για παράδειγμα στους παρορμητικούς και επιθετικούς αρρώστους δεν πρέπει να επιτραπεί να χρησιμοποιήσουν εργαλεία, με τα οποία μπορούν να κάνουν κακό στον εαυτό τους και στους άλλους.

Ο νοσηλευτής-τρια επίσης γνωρίζει καλά τις διανοητικές ικανότητες του κάθε αρρώστου και πρέπει να τις αναφέρει στον απασχολησιοθεραπευτή. Για παράδειγμα, δεν πρέπει σε έναν κατατονικό άρρωστο να δοθεί αρκετή δουλειά που για την ώρα δεν είναι άξιος να φέρει σε πέρας γιατί θα γίνει πιο θλιμμένος και θα χάσει το ενδιαφέρον του. Επίσης, οι δουλειές που δίνονται στους αρρώστους, πρέπει να είναι όλο και δυσκολότερες για να βελτιώνεται συνεχώς ο άρρωστος.

Τέλος, ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να δώσει πληροφορίες στον απασχολησιοθεραπευτή για το επίπεδο κοινωνικότητας του κάθε αρρώστου. Έτσι οι ακοινωνήτοι και απομονωμένοι άρρωστοι να κάθονται κοντά σε άλλους που τους συμπεριφέρονται φιλικά, οι υπερδραστήριοι άρρωστοι που ανακατεύονται με όλα, να κάθονται σε χωριστά τραπέζια.

E.7 Αναψυχή

Η Αναψυχή σε πολλές περιπτώσεις έχει θεραπευτική αξία. Ειδικά η οργανωμένη αναψυχή, η αναψυχή κατά την οποία όλοι μαζί οι άρρωστοι ασχολούνται με παιχνίδια, θέατρο, χορούς, χορωδία, φυσικές ασκήσεις κ.λπ. δεν προκαλεί μόνο ευχαρίστηση αλλά βοηθά ουσιαστικά, ώστε ο αντικοινωνικός και απομονωμένος άρρωστος να έλθει σε επαφή με τους συντρόφους τους και την πραγματικότητα. Επίσης η μουσική έχει επίδραση σε πολλούς αρρώστους και μπορεί άρρωστοι που φέρονται εχθρικά να αλλάξουν διάθεση και άλλοι που είναι απομονωμένοι να γίνουν πιο κοινωνικοί. Η διοργάνωση κοντσέρτων με δίσκους που θα είναι για όλα τα γούστα, με συνοδεία τραγουδιού, πιάνου ή βιολιού ή απαγγελίες των ίδιων των αρρώστων μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Επίσης η διοργάνωση μιας θεατρικής παράστασης για τους αρρώστους, δίνει πολύ μεγάλη ευχαρίστηση σε αυτούς, αλλά έχει και μεγάλη θεραπευτική αξία, γιατί το θέατρο περιλαμβάνει πολλά είδη αναψυχής.

Ο διοργανωτής και η ψυχή όλων αυτών μπορεί να είναι ο νοσηλευτής-τρια, που σε συνεργασία και με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, βοηθά και με αυτόν τον τρόπο στην ψυχική αποκατάσταση των αρρώστων.

Στα πλαίσια της αναψυχής εντάσσεται και η φυσική άσκηση που αρχικά προσφέρει στους αρρώστους καλή φυσική κατάσταση αλλά ταυτόχρονα βοηθά και στην εξισορρόπηση της ψυχικής τους κατάστασης. Για να μπορούν οι άρρωστοι να παρακολουθούν ευκολότερα και με μεγαλύτερη επιτυχία τα προγράμματα των φυσικών ασκήσεων θα πρέπει να χωριστούν σε τρεις ομάδες :

- Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει αρρώστους με αρκετό βαθμό ψυχικής και φυσικής ικανότητας. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις, βόδιμα, παιχνίδια με την ομάδα, σπορ, εκμάθηση λαϊκών και δημοτικών χορών.

- Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει αρρώστους λιγότερο ευκίνητους, περισσότερους στερεοτυπικούς, με λιγότερες ελπίδες καλής πρόγνωσης. Εδώ χρειάζονται απλές ασκήσεις που δεν απαιτούν πολύ συγκέντρωση από τους αρρώστους.

- Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει χρόνιους και περισσότερο σοβαρά αρρώστους. Γι'αυτούς οι ρυθμικές ασκήσεις είναι περισσότερο αναγκαίες και ενεργητικές. Επιτρέπεται το βάδισμα σε απλή ή διπλή γραμμή με ένα μικρό εμπόδιο, επίσης παιχνίδια με μπάλα, λάστιχο κ.λ.π.

Σε όλες τις ομάδες, η ανάπαυση στο τέλος της ασκήσεως έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία.

E.8 Μετανοσοκομειακή φροντίδα

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για κάθε Σχιζοφρενικό άρρωστο είναι εντελώς διαφορετικός. Άλλοι άρρωστοι μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα και άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη ακόμα και στις βασικές τους λειτουργίες : Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους, με κάποια σχετική υποστήριξη από κάποια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι συγκατοικούν σε διαμερίσματα τα οποία είναι νοικιασμένα από τους ίδιους ή από τα νοσοκομεία, άλλοι ζουν σε ξενώνες, οικοτροφεία κ.λπ.

Μεγάλη σημασία έχουν οι μονάδες "μερικής νοσηλείας" (τα γνωστά νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) που αναπτύσσονται σε νοσοκομεία, σε κέντρα ψυχικής υγείας κ.τ.λ. Οι μονάδες μερικής νοσηλείας έχουν σαν σκοπό την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο, την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των αρρώστων στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές οι άρρωστοι παρακολουθούν προγράμματα, κατά τη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για την απόκτηση εργασίας, τη μη λήμναση στο σπίτι ή στους ξενώνες, τα οικοτροφεία κ.τ.λ.

Οι υπηρεσίες της μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης : το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα του γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Πολύ βασικό ρόλο στη μετανοσοκομειακή φροντίδα έχει ο κοινοτικός ψυχιατρικός Νοσηλευτής-τρια, ο οποίος γνωρίζοντας τις ανάγκες του κάθε ατόμου στην κοινότητα μπορεί να επέμβει με τις ανάλογες προτάσεις και να δώσει τις ανάλογες λύσεις (βλέπε, σελ. 84 Ρόλος του Κοινοτικού Ψυχιατρικού Νοσηλευτή-τριας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΣΤ.1 Η επιδημιολογία των ψυχολογικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους στην Ελλάδα

Υπάρχουν ελάχιστες έρευνες και μια έκθεση γύρω από το πρόβλημα των διαστάσεων των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και εφήβους. Όλες οι έρευνες αυτές έγιναν στις δεκαετίες του 1960 και 1970, άρα λείπουν πρόσφατα ευρήματα γύρω από το ζητούμενο. Δεν υπάρχουν επίσης ούτε συστηματικές έρευνες γύρω από το θέμα αυτό. Κατά τον Haughton και με βάση τα δεδομένα της Π.Ο.Υ. και επιδημιολογικών ερευνών στη Σουηδία και Αγγλία, τα αναμενόμενα ποσοστά παιδιών με ψυχολογικά προβλήματα όλων των κατηγοριών κυμαίνονται από 2%-8% για τα παιδιά.

Πίνακας

Εκτιμήσεις παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής νοσηρότητας

Περιοχή	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
Σύνολο χώρου	768,080	698,000	714,140	658,480	2,838,700
Μέγιστη εκτίμηση	61,445	104,702	107,521	140,044	413,712
Ελάχιστη εκτίμηση	15,362	34,902	35,747	70,022	156,033
Ευρ. περ. πρωτεύουσας	206,960	169,500	166,660	195,580	738,700
Μέγιστη εκτίμηση	16,556	25,425	24,999	39,116	106,096
Ελάχιστη εκτίμηση	4,139	8,475	8,333	19,558	40,555

Κάτω από τα 5 χρόνια και 10%-20% για τις υπόλοιπες ηλικίες μέχρι 19 ετών. Έτσι διαμορφώνεται μια ελάχιστη πρόβλεψη ότι 156,000 άτομα ηλικίας 0-19 ετών σε όλη τη χώρα υποφέρουν, νοσούν ή είναι ανάπηρα από κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ή διαταραχή. Τα μεγέθη αυτά ίσως δεν ανταποκρίνονται απόλυτα στην πραγματικότητα αλλά συγκρινόμενα με την έκταση της οργάνωσης παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, δημιουργούν ερωτηματικά. Πώς καλύπτονται οι ανάγκες των ατόμων αυτών που νοσηλεύονται ; Ποια προστασία προσφέρει το κράτος στην οικογένειά τους ; Πόσα προγράμματα αποκατάστασης υπάρχουν ;

Σε μια έρευνα των Papatheophilou et al (1981) εξετάστηκε ένα δείγμα 603 παιδιών (302 αγόρια και 301 κορίτσια) 6-8 ετών, μαθητές σε 40 δημοτικά σχολεία της Αθήνας. Χρησιμοποιήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια για τους γονείς και δασκάλους και βρήκαν ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών γύρω στο 39%, με ψυχολογικά προβλήματα κατά την εκτίμηση των γονέων και 19% κατά τους δασκάλους. Τα υψηλά αυτά ποσοστά από τη μεριά των αγοριών (αντίθετα από ότι συμβαίνει στους ενήλικους) ερμηνεύθηκαν από τους ερευνητές ως αποτέλεσμα γονεϊκών πιέσεων (και αντιστοιχών ψυχοπιεστικών μηχανισμών μέσα στα πλαίσια των αυξημένων προσδοκιών τους για τα παιδιά τους).

Τα ευρήματα της έρευνας αυτής μάλλον συμβαδίζουν με εκείνα άλλης παλαιότερης έρευνας (Χασάπης και συν. 1973) στην οποία αποκαλύφθηκε ένα ποσοστό 28,9% παιδιών μαθητών, 6-12 ετών, κατοίκων Αθηνών, να εμφανίζουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα (34% των αγοριών και 23% των κοριτσιών).

Τέλος, μία τρίτη έρευνα (όχι ειδικά παιδοψυχιατρική αποκάλυψε ότι από ένα σύνολο 1,097 παιδιών, κατοίκων Αθήνας, ηλικίας 1-5 ετών, ένα ποσοστό πάνω από 40% είχε, κατά τους γονείς, συμπεριφορά όχι φυσιολογική, ενώ, αντίθετα, ένα μόνο 8,5% από αυτά τα παιδιά, κατά τη γνώμη των γονιών, παρουσίασε σοβαρό πρόβλημα. Τα μεγάλα ποσοστά ψυχοπαθολογίας που αποκαλύφθηκαν από τις έρευνες αυτές

δεν αποκλίνουν από το μέγεθος των εκτιμήσεων για τα ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών που προαναφέρθηκαν.

ΣΤ.2 Πρόληψη και Αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους

Τα μέσα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους είναι :

- α) Η σωστή κλινική πράξη, όχι μόνο από τον παιδοψυχίατρο και την Ψυχιατρική νοσηλεύτρια, αλλά και από τον παιδίατρο ή τον οικογενειακό γιατρό, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται σε όλα τα στάδια ψυχικής ανάπτυξης του παιδιού, η οικογενειακή γαλήνη και η στήριξη, αλλά και να γίνεται έγκυρη διάγνωση όταν υπάρχουν ψυχολογικά προβλήματα.
- β) Ειδικά Ιδρύματα όπως οι Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί (όπου γίνονται διαγνώσεις, τεστ, ψυχοθεραπείες των παιδιών κ.λ.π.), οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί (εφήβων, γάμου κ.λ.π.), τα κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ειδικά Σχολεία κ.α.
- γ) Διαφώτιση του κοινού, των γονέων, των εκπαιδευτικών, αλλά και η επιμόρφωση του γιατρού σε ψυχολογικά θέματα.
- δ) Ενέργειες από την πολιτεία, για σωστή παιδεία, υγιεινή κατοικία, ευκαιρίες εργασίας κ.λ.π.

ΣΤ.3 Παιδιά και Σχιζοφρένεια

Η έναρξη της παιδικής Σχιζοφρένειας γίνεται μετά το 7ο-8ο έτος της ηλικίας (λέγεται και Όψιμη παιδική Ψύχωση), ενώ έχουν προηγηθεί ιδιορρυθμίες στη συμπεριφορά. Η συχνότητα είναι πολύ μικρότερη από εκείνη του βρεφονηπιακού αυτισμού και η αναλογία χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και ανάμεσα τους βρίσκεται σημαντικό ποσοστό σχιζοφρενών.

Τα συμπτώματα στην παιδική σχιζοφρένεια είναι ανάλογα με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας στους ενήλικους. Παρατηρούνται σε μεγάλο ποσοστό ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ασυναρτησίες και παροξυντικά επεισόδια άγχους. Η νοημοσύνη βρίσκεται στα φυσιολογικά ή χαμηλά φυσιολογικά όρια.

Η διάγνωση της παιδικής Σχιζοφρένειας είναι δύσκολη και η διαφορική διάγνωση ακόμα δυσκολότερη, ως προς τις διανοητικές καθυστερήσεις και την απλή αστάθεια των ψυχοκινητικών λειτουργιών.

Κατά την εξέλιξη της παιδικής Σχιζοφρένειας, ύστερα από μια έναρξη που άλλες φορές είναι βραδέως προοδευτική και άλλες φορές αγχώδης και υπερκινητική, αναπτύσσεται ύφεση που έχει διαφορετικό βαθμό και διαφορετική διάρκεια σε κάθε περίπτωση. Πολλές φορές παρατηρούνται αιφνίδιες υφέσεις και αποκαταστάσεις αλλά τις περισσότερες φορές παρατηρείται επιδείνωση της ψυχικής καταστάσεώς του παιδιού.

ΣΤ.4 Μέθοδοι θεραπείας της παιδικής Σχιζοφρένειας

Η αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας στα παιδιά δεν γίνεται ποτέ μονοσήμαντα, δηλαδή διάγνωση και χορήγηση ενός φαρμάκου. Ένας βασικός κανόνας της Παιδοψυχιατρικής είναι ότι : "για να νοσεί το παιδί, νοσεί και η οικογένεια". Αυτό δεν

σημαίνει κατ'ανάγκη ή μόνο αιτιολογική ενοχοποίηση της οικογένειας, αλλά άλλοτε έλλειψη αντοχής της στο πρόβλημα, λανθασμένη συμπεριφορά όταν αυτό εμφανισθεί κ.λ.π. Γι'αυτό το λόγο και οι θεραπευτικοί χειρισμοί δεν κατευθύνονται μόνο προς το παιδί αλλά και προς την οικογένεια και προς το σχολικό περιβάλλον κ.α.

Η αντιμετώπιση της παιδικής Σχιζοφρένειας πρέπει να γίνεται από μια ομάδα ειδικών : Παιδοψυχίατροι, Ψυχολόγος, Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια, Κοινωνική Λειτουργός, Λογοθεραπευτής, Ειδικός Παιδαγωγός κ.α. Έτσι πετυχαίνεται η λεπτομερής ψυχιατρική έρευνα, η εξέταση με ψυχολογικά τεστ νοημοσύνης και προσωπικότητας και η γνωριμία του κοινωνικού, οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος του παιδιού. Στη συνέχεια γίνεται η εφαρμογή θεραπευτικών μέτρων από ειδικούς για κάθε ανάγκη.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι κάποια στιγμή αναγκαία στα παιδιά για την ελάττωση της υπερκινητικότητας τους, για πιο ήρεμο ύπνο κ.τ.λ. Οι γονείς τις περισσότερες φορές αρνούνται να χορηγήσουν τέτοια φάρμακα στα παιδιά, γιατί τα θεωρούν "ναρκωτικά". Όταν όμως ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα τότε χορηγούνται ελαφρά αγχολυτικά και αντιψυχωτικά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται ψυχοθεραπεία του παιδιού και παράλληλα της μητέρας ή και όλης της οικογένειας. Στα λίγο μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να εφαρμοστεί ατομική ψυχοθεραπεία. Στις μικρότερες ηλικίες ακολουθείται η μέθοδος της παιγνιοθεραπείας. Σε αυτήν χρησιμοποιώντας παιχνίδια, ο θεραπευτής κερδίζει την εμπιστοσύνη του παιδιού, του δίνει την ευκαιρία να εκφραστεί, να εκτονώσει τα προβλήματά του. Κάτι ανάλογο μπορεί να γίνει μέσα από τις ζωγραφιές που κάνει το παιδί.

Πάντως βασικός θεραπευτικός στόχος είναι η σωστή συμπεριφορά των γονιών απέναντι στο παιδί που έχει κάποια ψυχική διαταραχή. Πρώτα πρέπει η οικογένεια να αποκτήσει ψυχική ισορροπία, όταν αυτή δεν υπάρχει, και ύστερα το

παιδί στηριζόμενο στην οικογένεια να μπορέσει, όσο είναι δυνατόν, να ισορροπίσει και το ίδιο ψυχικά.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΑ.2.1 Ψυχιατρική Νοσηλευτική

Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι ένας κλάδος της Νοσηλευτικής που έχει σαν σκοπούς

- α) Την παραγωγή της Ψυχικής Υγείας
- β) Την πρόληψη της Ψυχικής Νόσου
- γ) Την νοσηλεία των ψυχικά αρρώστων και την αποκατάστασή τους
- δ) Την εφαρμογή και διάδοση των αρχών της ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα.

Ο Νοσηλευτής-τρια για να μπορέσει να εξασκήσει ικανοποιητικά τη Ψυχιατρική Νοσηλευτική θα πρέπει να χρησιμοποιεί

- α) Την προσωπικότητά της
- β) Τις γνώσεις της (σχετικά με τη θεωρία της Ψυχιατρικής)
- γ) Το θεραπευτικό περιβάλλον, για να φέρει αλλαγές στις σκέψεις, στα αισθήματα και στη συμπεριφορά του αρρώστου.

A.2.2 Θεωρητικές Βάσεις της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Ψυχική Υγεία – Ψυχική αρρώστεια

Η Ψυχική Υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Είναι θετική δυναμική κατάσταση που εκφράζει ολότητα λειτουργίας και ζωής. Δεν χαρακτηρίζεται απλά από την απουσία της αρρώστιας και δεν την αποκτά ο άνθρωπος μια για πάντα.

Το ώριμο ψυχικά υγιές άτομο γενικά κατέχει μια ρεαλιστική εικόνα του εαυτού του, των ισχυρών σημείων και των αδυναμιών του. Αναπτύσσεται διαρκώς προς την αυτοπραγμάτωση όλων των δυνατοτήτων του, παρουσιάζει αυτονομία ενέργειας, ώστε η συμπεριφορά του να προσδιορίζεται από τον ίδιο τον εαυτό του και όχι από τα εξωτερικά ερεθίσματα. Διαθέτει μια ρεαλιστική αντίληψη της πραγματικότητας και μια υπεροχή στο περιβάλλον του, έχοντας την ικανότητα να εργάζεται, να σχετίζεται με άλλους, να αγαπά, να προσαρμόζεται ενεργητικά στις τρέχουσες περιστάσεις και να λύνει τα προβλήματα της ζωής του, όπως και να απολαμβάνει εσωτερική ικανοποίηση (Πασσάκος 1979).

Υπάρχουν κριτήρια που καθορίζουν την "Ψυχική Υγεία". Τα κριτήρια αυτά, όπως προβάλλονται στην νοσηλευτική βιβλιογραφία είναι :

- α) Ωριμη φιλοσοφική θεώρηση της ζωής.
- β) Θετική και δυναμική βιοψυχοκοινωνική και ηθική ευεξία.
- γ) Επαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις που εκπληρώνουν τις ανάγκες της προσωπικότητας και ενθαρρύνουν την έκφραση και τη δημιουργική χρήση των ικανοτήτων του ατόμου.

- δ) Ικανότητα για προσφορά αγάπης και εκδήλωση ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους.
- ε) Οικοδομητικός χειρισμός των ψυχολογικών καταπονήσεων και κρίσεων με αποτέλεσμα την ισχυροποίηση των εσωτερικών δυνάμεων.
- στ) Ενεργητική προσωπική προσαρμογή στη ζωή και δυναμική αρμονία μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων και απαιτήσεων.

Η γνώση των κριτηρίων της ψυχικής υγείας βοηθούν τον νοσηλευτή ή τη νοσηλεύτρια να καταλάβουν βαθύτερα ότι η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατη και ισόβια διεργασία. Εκφράζεται με ποικίλους και μοναδικούς τρόπους σε κάθε περίπτωση της ζωής ή στάδιο ηλικίας και επηρεάζεται από αλληλοσχετιζόμενους παράγοντες. Αποτελεί μέρος ενός αδιαίρετου όλου, δηλαδή της βιοψυχοκοινωνικής, ηθικής και πνευματικής υγείας και τέλος σημαίνει ολοκλήρωση λειτουργίας και πράξης.

Η ψυχική αρρώστεια είναι διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών και παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά κοινωνικά σταθμά.

Η ψυχική αρρώστεια είναι σύνθετο πρόβλημα που μελετάται σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες : την ιατρική, στατιστική, προσωπική, διαπροσωπική, κοινωνική και πολιτιστική.

Κατά την παθολογική ή ιατρική θεώρηση, η ψυχική αρρώστεια είναι ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις στην αντίληψη, την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων της ζωής καθώς και το τρόπο εκπλήρωσης των ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών.

Κατά την στατιστική θεώρηση της ψυχικής αρρώστειας η συμπεριφορά ή τα ψυχολογικά στοιχεία που παρεκκλίνουν από τον μέσο όρο του φυσιολογικού, θεωρούνται νοσηρές διαταραχές. Το πρόβλημα όμως είναι ότι δεν είναι ακόμη γνωστό πώς ακριβώς αισθάνεται ο φυσιολογικός άνθρωπος, ούτε έχει περιγραφεί

αντικειμενικά η ανθρώπινη προσωπικότητα με τις άυλες και μη ψηλαφητές διαστάσεις της.

Η κοινωνική ή πολιτιστική προοπτική θεωρεί την ψυχική αρρώστεια ως διαπροσωπική παρέκκλιση από τα κριτήρια της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς και ως διάσπαση και ανεπάρκεια στην εκπλήρωση των κοινωνικών ρόλων.

Κριτήρια της ψυχικής αρρώστειας θεωρούνται :

- α) Διαταραχές στην αντίληψη, το συναίσθημα, τη σκέψη, την προσοχή, την κρίση, τη βούληση, τον προσανατολισμό στο χώρο, χρόνο και πρόσωπα, τη συνείδηση, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά.
- β) Διαταραχή στην ενδοψυχική ισορροπία του προσώπου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην προσαρμοστικότητά του στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό του περιβάλλον.
- γ) Απώλεια επαφής με την πραγματικότητα.
- δ) Απώλεια του νοήματος της ζωής.

Πρέπει να τονισθεί ότι τα κριτήρια της ψυχικής αρρώστειας που αφορούν σε συναισθήματα, σκέψεις και τρόπους συμπεριφοράς όταν μελετηθούν αντικειμενικά και μεμονωμένα, δεν βοηθούν στην κατανόηση του ψυχικά αρρώστου. Είναι απαραίτητο να μελετηθεί η ακαταλληλότητα της συμπεριφοράς, να εκτιμηθεί ο βαθμός της νοσηρότητας και ανεπάρκειας της ψυχικής λειτουργίας και να αξιολογηθούν οι συνέπειες της συμπεριφοράς στο συγκεκριμένο άτομο και στο περιβάλλον του, δηλαδή επιβάλλεται να μελετηθεί ολόκληρη η περίσταση με τους αλληλοσχετιζόμενους παράγοντες που την επηρεάζουν και προπάντων χρειάζεται η γνωριμία του όλου προσώπου που υποφέρει από την ψυχική αρρώστεια.

Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής αρρώστειας :

- Κληρονομικοί
- Οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί)
- Ενδοπροσωπικοί
- Διαπροσωπικοί - Οικογενειακοί
- Κοινωνικοί (Μεγαλύτερη ποικιλία διαπροσωπικής συμπεριφοράς, τεχνολογία που μεταβάλλεται και αυξημένη μόρφωση και καλλιέργεια ή και το αντίθετο)
- Πολιτιστικοί (Μεταβολές ηθικής, εθίμων, στάσεων στα άτομα που αποκλίνουν από το φυσιολογικό).
- Πολυπαραγοντική άποψη (Συμπεριλαμβάνει όλους τους παραπάνω παράγοντες).

Η Πολυπαραγοντική άποψη θεωρείται η επικρατέστερη άποψη.

Οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν, μεταξύ των δυνάμεων που ασκούν αυτοί οι παράγοντες, λεπτή ισορροπία, που τους επιτρέπει σχετικά σταθερή ζωή. Η ισορροπία αυτή διατηρείται με μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσει το ίδιο το άτομο. Όταν η ισορροπία αυτών των παραγόντων διαταραχθεί έχουμε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση :

- α) Stress στο άτομο, που προκαλεί «νευρικές» αντιδράσεις, όπως άγχος ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών, όπως του ύπνου και της ορέξεως.
- β) Stress στους γύρω από το άτομο, που προκαλείται από περίεργη συμπεριφορά - γνωστή συχνά σαν "συναισθηματική εκφόρτιση" ή "αντικοινωνική συμπεριφορά" - και προκαλεί διάγνωση "διαταραχής προσωπικότητας", με την έννοια ότι το άτομο εμφανίζει ελάχιστα ή κανένα άγχος, αν και ο τρόπος της ζωής του είναι άκαμπτος και απροσάρμοστος.

Συνδιασμός των παραπάνω κάνει το άτομο να μη προσαρμόζεται στο περιβάλλον του, δημιουργώντας stress στον εαυτό του και στους γύρω του, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας ψυχικής νόσου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το άτομο έχει ανάγκη ειδικής φροντίδας και στις βαρύτερες περιπτώσεις, νοσοκομειακής περίθαλψης.

A.2.3 Θεωρητικά πλαίσια της Νοσηλευτικής για την Ψυχική Υγεία

Στην ψυχιατρική, ιατρική και νοσηλευτική, χρησιμοποιούνται διάφορα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των ψυχιατρικών διαταραχών και για την επιλογή της νοσηλευτικής και θεραπευτικής αγωγής. Τα συνηθέστερα είναι : το βιολογικό, το ψυχολογικό, το συμπεριφορολογικό και το κοινωνικό πλαίσιο.

Το βιολογικό πλαίσιο-μοντέλο (Kraepelin) θεωρεί την ψυχική αρρώστεια όπως και τη σωματική. Ενδιαφέρεται για την αιτιολογία, την παθογένεση, τα σημεία και συμπτώματα, τη διαφορική διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Το πλαίσιο αυτό, που έδωσε αρχικά και την ταξινόμηση των ψυχικών νοσημάτων, έθεσε τις θεωρητικές βάσεις για :

- α) Την παρασκευή και χρησιμοποίηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων.
- β) Την ανάπτυξη μαθηματικών τεχνικών, όπως είναι η πολυπαραγοντική ανάλυση, που διευκολύνουν την επαλήθευση των κλινικών ψυχοσυνδρόμων και προβλέπουν την ανταπόκριση στα φάρμακα.
- γ) Μελέτες της γενετικής μεταβιβάσεως της ψυχικής αρρώστειας.
- δ) Μεταβολικές μελέτες των ψυχικών ασθενειών.

Το ψυχολογικό πλαίσιο-μοντέλο (Frend, Sullivan, Reichmann, Erikson, υπαρξιστές κ.α.) ερευνά τα ψυχολογικά γεγονότα που επισπεύδουν μια ψυχική διαταραχή π.χ. τυχόν μητριή αποστέρηση στην πρώτη παιδική ηλικία, ανεπαρκείς ή διαταραγμένες

διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γονιών και παιδιού, το ψυχολογικό νόημα των γεγονότων, συναισθήματων και τρόπων συμπεριφοράς για το συγκεκριμένο άτομο. Ως κύρια θεραπεία προτείνεται η ψυχοθεραπεία και ως νοσηλεία εκλογής ο νοσηλευτικός διάλογος νοσηλευτού-αρρώστου.

Το συμπεριφεριολογικό πλαίσιο-μοντέλο (Ραυλου, Watson, Guthrie). Θεωρεί τις ψυχικές διαταραχές ως εκδηλώσεις παθολογικής συμπεριφοράς που το άτομο τις έμαθε σαν αποτέλεσμα δυσάρεστων γεγονότων και τις διατηρεί επειδή οδηγούν σε εξυπηρετικά για το ίδιο αποτελέσματα ή προλαμβάνουν κάποιες ανεπιθύμητες επιβαρύνσεις και συνέπειες. Επομένως τα έκδηλα συμπτώματα - η παθολογική εξαρτημένη συμπεριφορά του ατόμου και όχι ενδοψυχικές ή ασυνείδητες συγκρούσεις πρέπει να θεραπευθούν, αφού αυτά αποτελούν το πρόβλημα.

Η τυπική θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει :

- α) Καθορισμό της προβληματικής συμπεριφοράς που πρέπει να αλλάξει.
- β) Προσδιορισμό των παραγόντων και των όρων του περιβάλλοντος που συντελούν στη διατήρηση και επίμονη εξακολούθηση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.
- γ) Διαμόρφωση δηλαδή τροποποίηση των συνθηκών κάτω από τις οποίες εκδηλώνεται η παθολογική συμπεριφορά.
- δ) Επιλογή των θεραπευτικών όρων και τεχνικών που χρειάζονται στη συγκεκριμένη περίπτωση.
- ε) Σχεδιασμός του προγράμματος για την επανεκπαίδευση του ατόμου, ώστε να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του.

Οι συνθήκες που προηγούνται της συγκεκριμένης παθολογικής συμπεριφοράς, μπορούν να τροποποιούνται με τεχνικές όπως είναι η απευαισθητοποίηση, η θεραπεία αποστροφής, η αρνητική μάθηση και η διαμόρφωση επιθυμητής συμπεριφοράς.

Οι συνθήκες που ακολουθούν τη συμπεριφορά μπορούν να τροποποιηθούν ανάλογα με θετική ενίσχυση, αρνητική ενίσχυση προκαλούμενη αναστολή και εξάλειψη.

Η θεραπεία συμπεριφοράς που εφαρμόζεται στο παραπάνω πλαίσιο μοντέλο, χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σύντομης θεραπείας και σε αρρώστους με ποικιλία ψυχικών διαταραχών. Γενικά ενισχύει τις προσαρμογές της συμπεριφοράς ώστε να είναι συμβατή με την ψυχική υγεία και περιορίζει ή εξαλείφει την παθολογική συμπεριφορά. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο όταν διδάσκεται και η οικογένεια πώς να ενισχύει την υγιή συμπεριφορά και να μη υποθάλπει την παθολογική.

Το κοινωνικό πλαίσιο-μοντέλο (Tuke, Meyer, Sullivan) μελετά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ζει και κινείται μέσα στην κοινωνία. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα αποδίδονται όχι σε εσωτερικές συγκρούσεις ούτε στις εκδηλώσεις της ψυχικής αρρώστειας, αλλά στη σχέση του ατόμου με τον τρόπο λειτουργίας του στις κοινωνικές περιστάσεις π.χ. στον τύπο και την ποιότητα του συνδέσμου του με το προσωπικό του περιβάλλον. Τα συμπτώματα θεωρούνται ως δείκτες κοινωνικής διαταραχής και δυσλειτουργίας. Το ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου θεωρείται θεραπευτικό κοινωνικό σύστημα και κρίνεται απαραίτητο να μη χωρίζεται ο ψυχικά άρρωστος από το κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι αναπτύσσεται η οικογενειακή και ομαδική ψυχοθεραπεία και οργανώνονται τα ψυχιατρεία ημέρας, τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας κ.λ.π.

Η θεραπεία στο κοινωνικό πλαίσιο συνίσταται στην αναδιοργάνωση της σχέσης του αρρώστου με το κοινωνικό του περιβάλλον ή στην αναδιοργάνωση του κοινωνικού συστήματος. Ο άρρωστος βοηθείται να καταλάβει πως σχετίζεται με το κοινωνικό περιβάλλον και πως καλύτερα μπορεί να ικανοποιεί τις ψυχολογικές του ανάγκες. Π.χ. αν οι άλλοι δεν ενδιαφέρονται γι'αυτόν, πώς να τους κάνει να

ενδιαφέρονται. Αν το επάγγελμά του δεν του δημιουργεί ενδιαφέρον, πώς μπορεί να βρει ένα καταλληλότερο. Αν η συμπεριφορά του είναι παράλογη πώς μπορεί να μάθει να σταματήσει να ενεργεί παράλογα ή πώς μπορεί η οικογένειά του να ανέχεται τη συμπεριφορά του. Αν κρίνεται ως θεραπευτική ανάγκη να ανοικοδομηθεί το στενό κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου δηλαδή η οικογένειά του, τότε προγραμματίζεται οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Στην ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί προσωρινά να υποκατασταθεί ένα μεταβατικό κοινωνικό περιβάλλον για να μάθει εκεί ο άρρωστος υγιείς κοινωνικές δεξιότητες. Ταυτόχρονα γίνεται και προσπάθεια να προετοιμασθεί με ορισμένες αλλαγές το οικογενειακό περιβάλλον έτσι ώστε να αισθάνεται άνετος ο άρρωστος όταν επιστρέψει.

A.2.4 Νοσηλευτική Εφαρμογή των Θεωρητικών Πλαισίων – Μοντέλων

(Σκοπός : Η Ψυχική αποκατάσταση του αρρώστου)

Ο νοσηλευτής-τρια γνωρίζουν τα θεωρητικά πλαίσια – μοντέλα που επικρατούν στη σύγχρονη ψυχιατρική για να τα χρησιμοποιούν μεμονωμένα ή συνθετικά στις διάφορες νοσηλευτικές περιστάσεις. Η νοσηλευτική επιλογή του ανάλογου πλαισίου που θα χρησιμοποιηθεί σε μία συγκεκριμένη περίπτωση εξαρτάται από την εκπαίδευση, την κλινική πείρα και τις δεξιότητες του νοσηλευτού, από τη διάγνωση της διαταραχής του αρρώστου, την εφαρμοζόμενη ψυχιατρική θεραπεία, την ψυχολογική συγκρότηση και λειτουργικότητα του αρρώστου, τη διαθεσιμότητα και προσιτότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή καθώς και συγκεκριμένο ψυχιατρικό τμήμα.

Γενικά η κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική εφαρμόζει εκλεκτική προσέγγιση. Χρησιμοποιεί αρχές από όλα τα θεωρητικά πλαίσια φροντίδας της ψυχικής υγείας με σκοπό να επιφέρει το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα στο συγκεκριμένο άρρωστο.

Ο νοσηλευτής-τρια συμμετέχουν υπεύθυνα στην εφαρμογή του βιολογικού μοντέλου φροντίδας με τη χορήγηση των φαρμάκων στον άρρωστο, την παρατήρηση της κλινικής εικόνας των συμπτωμάτων, την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ικανοποίηση των αναγκών του.

Στην κοινωνική ή διαπροσωπική προσέγγιση ο νοσηλευτής-τρια της ψυχικής υγείας :

- a) Αξιολογεί τις διαπροσωπικές δεξιότητες και σχέσεις των αρρώστων στην πορεία της ζωής τους.

- β) Δίνει έμφαση στις θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με αρρώστους και τις οικογένειές τους, σε όλες τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- γ) Επισημαίνει παράγοντες που προκαλούν αποτυχημένη επικοινωνία μεταξύ των αρρώστων και προσωπικού και προσπαθεί να τους εξουδετερώσει.
- δ) Εκτιμά τυχόν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους και τους βοηθεί να αναπτύξουν πιο αποτελεσματικές διαπροσωπικές δεξιότητες.
- ε) Χρησιμεύει ως πρότυπο αποτελεσματικής επικοινωνίας.
- στ) Δημιουργεί μεταβατικό κοινωνικό περιβάλλον για τον άρρωστο μέσα στο ψυχιατρικό τμήμα και παρεμβαίνει νοσηλευτικά για να τον βοηθήσει να αναπτύξει υγιείς τρόπους επικοινωνίας.

Όταν εφαρμόζεται το θεωρητικό πλαίσιο με απόφαση της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, ο νοσηλευτής-τρια :

- α) Αξιολογεί την απροσάρμοστη συμπεριφορά του αρρώστου και την ιστορία ενίσχυσης αυτής της συμπεριφοράς.
- β) Περιγράφει γραπτά με ανάλογη αιτιολόγηση όλες τις μορφές της προβληματικής συμπεριφοράς που πρέπει να θεραπευθούν.
- γ) Αποφασίζει και διατυπώνει γραπτά για την ενημέρωση όλου του προσωπικού, την τεχνική τροποποίησης της συμπεριφοράς που θα χρησιμοποιηθεί, δηλαδή αντανακλαστική αναστολή, ενίσχυση ή απόσβεση. Συνήθως γίνεται συμφωνία με τον άρρωστο για την τεχνική που θα εφαρμοσθεί. Π.χ. κάθε φορά που θα εκδηλώνει την επιθυμητή προσαρμοσμένη συμπεριφορά θα αμείβεται με ένα ποσό χρημάτων ή ένα γλυκό ή μία επιπλέον έξοδο από το τμήμα. Η ενίσχυση αυτή της υγιούς συμπεριφοράς μπορεί να προκαλέσει ελάττωση ή απόσβεση της προβληματικής συμπεριφοράς.

δ) Διακόπτει τη συγκεκριμένη θεραπευτική τεχνική όταν διαπιστώνει ότι η απροσάρμοστη συμπεριφορά αντικαταστάθηκε με την προσαρμοσμένη. Η διαπίστωση αυτή γίνεται με τη νοσηλευτική παρατήρηση του αρρώστου και με την αυτοαξιολόγηση του ίδιου, με βάση πάντα τον συγκεκριμένο προγραμματισμό για την αλλαγή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Τέλος εκλεκτικές αρχές και γνώσεις από το ψυχολογικό θεωρητικό πλαίσιο χρησιμοποιούνται από το νοσηλεύτη-τρια σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση.

Οι ειδικές γνώσεις αφορούν :

- α) Τις ενδοψυχικές λειτουργίες.
- β) Τους μηχανισμούς προσαρμογής του "εγώ".
- γ) Την ψυχολογική παραποίηση της εξωτερικής πραγματικότητας.
- δ) Το προσωπικό νόημα των συναισθημάτων.
- ε) Τα κίνητρα της συμπεριφοράς.

Είναι πολύ σημαντικό να τονισθεί ότι, οποιοδήποτε θεωρητικό πλαίσιο - μοντέλο και αν εφαρμοστεί, είτε εφαρμοστεί μεμονωμένα, είτε εφαρμοστεί συνθετικά, ο νοσηλεύτης-τρια πάντα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψην του τις αρχές της ψυχολογικής ανάπτυξης του ανθρώπου. Θα πρέπει λοιπόν να γνωρίζει ότι :

- α) Η ψυχολογική ανάπτυξη είναι ισόβια διεργασία.
- β) Η ψυχολογική ανάπτυξη ακολουθεί μία σταδιακή, ανοδική πορεία. Σε κάθε στάδιο το άτομο εκδηλώνει μια επιλεκτική ετοιμότητα και επιδεκτικότητα για μάθηση και διαμόρφωση ορισμένων μορφών συμπεριφοράς για όλη τη ζωή. Χρειάζονται όμως τα ανάλογα ευνοϊκά κοινωνικά ερεθίσματα που θα παρακινούν στη μάθηση αυτή. Η έλλειψή του ή η επίδραση ψυχοτραυματικών εμπειριών έχουν σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή ψυχική ανάπτυξη.
- γ) Σχεδόν κάθε ανθρώπινο γνώρισμα προκύπτει από την αμοιβαία δράση των γεννητικών παραγόντων και των περιβαλλοντικών συνθηκών. Ανάλογα με τις

επιδράσεις του φυσικού κοινωνικοπολιτιστικού και ψυχολογικού περιβάλλοντος καθώς και των περιστάσεων της ζωής, η ανάπτυξη του γενετικού δυναμικού του ατόμου μπορεί να διευκολυνθεί, να προαχθεί, να πραγματοποιηθεί ή αντίθετα να περιοριστεί και να ματαιωθεί.

- δ) Η ανάπτυξη περιλαμβάνει όχι μόνο ποσοτικές αλλά και ποιοτικές αλλαγές και διαφοροποιήσεις.
- ε) Υπάρχουν ατομικές διαφορές στο ρυθμό ανάπτυξης. Κάθε άτομο έχει το μοναδικό του σχέδιο και μορφή ανάπτυξης, αλλά και στο ίδιο άτομο η αναπτυξιακή πορεία ποικίλλει ως προς τις διάφορες πλευρές ανάπτυξης. Η σειρά όμως των αναπτυξιακών σταδίων είναι ίδια για όλα τα άτομα.

A.2.5 Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική

Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική σημαίνει Ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Κοινότητα. Η κοινότητα ορίζεται σαν ένα υποσύνολο του όρου κοινωνία, ως μια γεωγραφική περιφέρεια ή ακόμα και ως τρόπος ζωής. Η πρώτη υπηρεσία Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ιδρύθηκε στην Αγγλία, το 1954, από δυο νοσηλεύτριες του WARLINGHAM PARK HOSPITAL. Μετά από μια πολύ δύσκολη και μακροχρόνια πορεία η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική σήμερα βρίσκεται σε ένα κριτικό σημείο στην ιστορία της. Στέκεται ανάμεσα στο ρόλο που της κληροδότησε το παρελθόν και τις προοπτικές που ανάγονται στο μέλλον.

A.2.6 Ο ρόλος του Κοινοτικού Ψυχιατρικού Νοσηλευτή-τριας

Ο Κ.Ψ.Ν. αποτελεί ένα βασικό μέσο τόσο για την ανακάλυψη νέων περιστατικών που έχουν ανάγκη από ψυχιατρική φροντίδα, όσο και για τον τρόπο οργάνωσης και παροχής πολλών άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Ο Κ.Ψ.Ν. έχει συνηθίσει να εργάζεται σε διάφορους χώρους και κέντρα της κοινότητας, με άτομα όλων των ηλικιών και κοινωνικών τάξεων. Ο Κ.Ψ.Ν. βρίσκεται κοντά στην οικογένεια, τη γειτονιά και την κοινότητα, είναι σε θέση περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο να βοηθήσει και να λάβει ενεργό μέρος στην εργασία κάθε Ψυχιατρικού Κέντρου. Μπορεί να διακρίνει κατά πόσο θα βοηθήσει ή θα βλάψει μια συγκεκριμένη οικογένεια, η εισαγωγή κάποιου μέλους της στο Νοσοκομείο. Γνωρίζει τις οικογένειες αρκετά καλά, ώστε να είναι σε θέση να υπολογίσει κατά πόσο μπορούν να αντέξουν σε μια περίοδο κρίσης ή σε ένα έντονο stress (π.χ. θάνατος, διαζύγιο, εξετάσεις κ.λπ.). Τέλος είναι σε θέση να επηρεάσει την κοινή γνώμη σε θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία.

Ακόμα ο εξειδικευμένος Κ.Ψ.Ν. χρησιμεύει σαν σύμβουλος σε θέματα ψυχικής υγείας σε άλλους νοσηλευτές της Κοινότητας, σε δασκάλους, αρχηγούς ομάδων και εργαζόμενους.

Γενικά, ο Κοινοτικός Ψυχιατρικός Νοσηλευτής-τρια επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τις υπηρεσίες πρόληψης, την Προνοσοκομειακή και Μετανοσοκομειακή φροντίδα. Ο θεσμός της Ψυχιατρικής της Κοινότητας επεκτείνεται συνέχεια, ιδιαίτερα με την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη δημιουργία κατάλληλα εξοπλισμένων Κέντρων Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΒB.2.1 Πρόληψη Ψυχικών ΔιαταραχώνΝοσηλευτική Συμβολή

Σήμερα δίδεται πολύ μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων. Η δυναμική συνεργασία βιολογικών και ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων έχει δώσει τα καλύτερα προληπτικά αποτελέσματα, παρά τις δυσκολίες που ανακύπτουν λόγω της μεγάλης ευρύτητας του εννοιολογικού όρου "πρόληψη".

Βασικοί στόχοι της προληπτικής ψυχιατρικής είναι τόσο η προφύλαξη από την αρρώστεια, όσο και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του αρρώστου. Μπορούμε να πούμε ότι η Πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών χωρίζεται σε τρία στάδια :

1. Πρωτοβάθμια πρόληψη. Καταπολεμά τις αιτίες που θεωρείται ότι προκαλούν την ψυχική αρρώστεια.
2. Δευτεροβάθμια πρόληψη. Αποσκοπεί στο να επισημάνει την ψυχοπαθολογία στην κοινότητα, να εντοπίσει αυτούς που έχουν πραγματικά δείξει σημεία ψυχιατρικού προβλήματος, να εφαρμόσει την κατάλληλη θεραπεία και να αποτρέψει τις υποτροπές.
3. Τριτοβάθμια πρόληψη. Προσπαθεί να περιορίσει τα φαινόμενα επιπτώσεως που συνοδεύουν μία ήδη εκδηλωμένη περίπτωση και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του αρρώστου.

Πιο συγκεκριμένα :

1. Η πρωτοβάθμια πρόληψη κατευθύνεται προς :

- α) Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της κινδυνότητας για ψυχική νόσηση.
- β) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.
- γ) Γενετική ψυχιατρική συμβουλευτική, η οποία δεν έχει επίδραση στην επιδημιολογική επίπτωση, αλλά είναι χρήσιμη σε ατομικές περιπτώσεις.
- δ) Οικογενειακό προγραμματισμό, δηλαδή την αποτροπή ανάληψης γονεϊκού ρόλου από άτομα ακατάλληλα (αλκοολικούς, δυσκοινωνικούς, χρήστες ουσιών κ.λ.π.), ενημέρωση γύρω από την ευπάθεια των παιδιών που προέρχονται από πολύ ηλικιωμένες ή πολύ νέες μητέρες.

- ε) Συμβουλευτική της εγκύου. Η κακή εμβρυική ζωή (π.χ. σε εγκύους που καπνίζουν ή κάνουν χρήση οίνοπνεύματος ή ουσιών) και οι περιγεννητικές επιπλοκές συμβάλλουν στη μελλοντική εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Επίσης, θα πρέπει να γίνονται εμβολιασμοί των μελλοντικών μητέρων (ιδίως κατά της ερυθράς).
- στ) Βελτίωση της σωματικής υγείας του πληθυσμού, δηλαδή περιορισμός των σωματικών καταστάσεων που συναρτώνται με ψυχοπαθολογία. Ειδικότερα όσον αφορά τα παιδιά, θα πρέπει να υπάρξει πρόληψη για τους ρυπαντές (ιδίως το μόλυβδο), τις υποβιταμινώσεις και την κακή διατροφή γενικότερα, την τοξική επίδραση των φαρμάκων και τους τραυματισμούς του Κ.Ν.Σ.
- ζ) Παρέμβαση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, δηλαδή βελτίωση της ψυχικής υγείας του παιδιού καθώς και του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής στην πρωτοβάθμια πρόληψη είναι πολύ σημαντικός. Συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική αρρώστεια. Ξαφνικό ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένων προσώπων, τάση αυτοκτονίας, κακοποίηση παιδιού κ.α. Έχει τη δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα, με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κρίση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία. Η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, περιστασιακά ή οργανωμένα, είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα με ευρύτατες προοπτικές.

2. Η δευτεροβάθμια πρόληψη ξεκινά αρχικά από τον γενικό παθολόγο, ο οποίος πρώτος γνωρίζει την υποδομή της οικογένειας του αρρώστου. Αυτός είναι, που κατά

33 άρρωστοι, οι οποίοι νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Τα άτομα αυτά ήταν κυρίως άνδρες ηλικίας κατά μέσο όρο 60 ετών, ανύπανδροι, χωρίς εργασία και με μικρή μόρφωση. Τα άτομα αυτά εγκαταστάθηκαν σε ξενώνες ή ανάδοχες οικογένειες.

Αμέσως μετά την απομάκρυνση των αρρώστων από το ίδρυμα, παρατηρήθηκε αύξηση της κατάθλιψης σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, κάτι που συμφωνεί με την παγκόσμια βιβλιογραφία. Ωστόσο, μετά από εννέα μήνες παραμονής σε ξενώνες, τα αρνητικά συμπτώματα μειώθηκαν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, ενώ σημειώθηκε βελτίωση όσον αφορά την αυτοφροντίδα, τις οικιακές ικανότητες, τις ικανότητες που σχετίζονται με την κοινότητα, τις κοινωνικές ικανότητες και άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με την προσωπική λειτουργία του αρρώστου και την ικανότητά του να λειτουργεί κοινωνικά.

Η νοσηλευτική, όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σ' όλα αυτά τα προγράμματα, αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς, στο συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Πάνω όμως από όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας.

την κρίση του, θα παραπέμψει τον άρρωστο στον ψυχίατρο για μια πιο εξειδικευμένη διάγνωση και για να καθορίσει τη σωστή θεραπεία. Ο Ψυχιατρικός νοσηλευτής-τρια μπορεί να είναι ο σύνδεσμος μεταξύ του Ψυχιάτρου και του γενικού παθολόγου. Ο νοσηλευτής-τρια, ο παθολόγος, ο ψυχίατρος και η κοινωνική λειτουργός, όλοι τους έχουν σχέση με την πρόληψη των ψυχικών παθήσεων του αρρώστου.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής κατά τη δευτεροβάθμια πρόληψη ξεκινά από την ανίχνευση και την αναγνώριση των αρχικών σημείων μιας ψυχολογικής διαταραχής τόσο στους ψυχικά αρρώστους όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειες τους. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

3. Η τριτοβάθμια πρόληψη, αφορά τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία σε συντομότερο δυνατό χρόνο και στο ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας. Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς προς το σκοπό αυτό δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύκτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες και τα προστατευμένα εργαστήρια, σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών κ.α.

Όσον αφορά την τριτοβάθμια πρόληψη, στην Ελλάδα έγινε ένα πείραμα με σκοπό να παρατηρηθεί όχι τόσο η ψυχοπαθολογία των αρρώστων, όσο η ικανότητά τους για κοινωνική προσαρμογή και για εργασία. Έτσι λοιπόν αποϊδρυματοποιήθηκαν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΕξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου με ΣχιζοφρένειαΓ.2.1 Γενικές αρχές νοσηλευτικής προσεγγίσεως αρρώστων με ψυχικά νοσήματα

1. Αποδοχή από το νοσηλευτή-τρια των ιδεών, των αισθημάτων και της συμπεριφοράς του αρρώστου, ανεξάρτητα αν εκείνος έχει τη δυνατότητα να τα ελέγχει ή όχι και συγχρόνως ικανότητα να ανακαλύπτει τι δημιουργεί αυτές τις εκδηλώσεις και να τηρεί ουδέτερη στάση.
2. Τιμότητα στα αισθήματά του απέναντι στον άρρωστο. Να μπορεί να λέει «δεν ξέρω» και να μην απειλεί τον άρρωστο ή να του υπόσχεται κάτι, αν δεν είναι σε θέση να επιβάλλει την απειλή ή να εκπληρώσει την υπόσχεση.
3. Ηρεμία και προγραμματισμός. Να γνωρίζει τι θέλει να μεταδώσει στον άρρωστο και τι ελπίζει να πετύχει στη συγκεκριμένη στιγμή και πως να παρουσιάζει το γεγονός με τρόπο ήρεμο.
4. Διαβεβαίωση του αρρώστου με τα λόγια και την όλη συμπεριφορά του ότι είναι προφυλαγμένος και ασφαλής και ότι θα βοηθηθεί και θα προστατευθεί από κάθε κίνδυνο όσο βρίσκεται στο Νοσοκομείο.
5. Συνέπεια στη συμπεριφορά του, στάση θετική που να ελαττώνει τη σύγχυση του αρρώστου, απροκατάλυτη διάθεση και προσπάθεια να αντιμετωπίσει ρεαλιστικά το πρόβλημα του αρρώστου.

6. Ζεστασιά και φροντίδα που κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται άνετα και αυξάνουν την εμπιστοσύνη του προς το προσωπικό και γενικότερα προς το όλο περιβάλλον του Νοσοκομείου.
7. Ανοχή προς την συμπτωματολογία και τις ποικίλες, συχνά συγκρουόμενες, εκδηλώσεις συμπεριφοράς, επικοινωνίας και τρόπων του αρρώστου.
8. Αντικειμενική παρακολούθηση της όλης συμπεριφοράς του αρρώστου και εξέταση, του τι επίδραση έχει αυτή στο περιβάλλον του.
9. Σεβασμός στον κάθε άρρωστο ως προσωπικότητα με δικαιώματα και προνόμια, που αξίζει τη θεραπεία που του προσφέρεται.
10. Προσφορά προτύπου. Η σωστή συμπεριφορά του νοσηλευτή-τριας, η αξιοπρεπής εμφάνισή του, η αυτοκυριαρχία του και η καλή διάθεσή του θα αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τον άρρωστο.

Γ.2.2 Γενικές Αρχές Νοσηλευτικής Φροντίδας Αρρώστου με

Σχιζοφρένεια

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
- Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
- Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
- Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
- Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπό/υπερκινητικότητα)
- Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
- Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας
- Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα.

Γ.2.3 Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστων με Σχιζοφρένεια.

Η Σχιζοφρένεια είναι λειτουργική ψύχωση με διάφορες μορφές που χαρακτηρίζονται από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και από διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της συμπεριφοράς και των σχέσεων του ατόμου με τους άλλους ανθρώπους.

Ο Σχιζοφρενικός άρρωστος είναι πολύ διαταραγμένος. Αισθάνεται, σκέπτεται και ενεργεί διαφορετικά από τους άλλους ανθρώπους. Η σπουδαιότερη νοσηλευτική δραστηριότητα είναι η επικοινωνία και σχέση με αυτό τον άρρωστο, επειδή είναι ξεχωριστός, ιδιαίτερος και διατηρεί την προσωπική του αξία.

Πέρα από τις προγραμματιζόμενες συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις χρειάζεται να μεταβιβάζεται στον άρρωστο θερμό ενδιαφέρον, σεβασμός, ανθρωπιστική και δεκτική στάση και θαλπωρή. Χωρίς αυτά και η πιο εξειδικευμένη θεραπευτική τεχνική αποτυγχάνει. Η δημιουργία μιας ασφαλούς και αξιόπιστης νοσηλευτικής επικοινωνίας με τον άρρωστο, μέσα από την οποία πραγματοποιείται η νοσηλευτική του φροντίδα, εξαρτάται από τις γνώσεις και δεξιότητες αλλά και από τη γεμάτη ανθρωπιά και ενδιαφέρον προσωπικότητα του νοσηλευτή-τριας.

Η Νοσηλευτική Φροντίδα προγραμματίζεται και εφαρμόζεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εξατομικεύεται ανάλογα με την κατάσταση και τις ιδιαίτερες ανάγκες του συγκεκριμένου σχιζοφρενικού αρρώστου. Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότεροι νοσηλευτικοί σκοποί και οι αντίστοιχες νοσηλευτικές φροντίδες για την ολοκληρωμένη νοσηλεία του αρρώστου.

Γ.2.4 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς Παρανοϊκού τύπου

Οι περισσότεροι Σχιζοφρενείς παρανοϊκού τύπου πάσχουν από καχυποψία. Δεν παραδέχονται ότι είναι άρρωστοι και ισχυρίζονται, ότι νοσηλεύονται χωρίς να υπάρχει λόγος. Οι άρρωστοι αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρικότητα το περιβάλλον τους και δεν είναι ιδιαίτερα φιλικό με τη θεραπευτική ομάδα. Πολλές φορές μάλιστα επιβουλεύονται ακόμα και την ίδια τη ζωή τους. Σε καμία περίπτωση ο νοσηλευτής-τρια δεν πρέπει να προσπαθήσει να πείσει τον άρρωστο ότι οι απόψεις του είναι λανθασμένες. Ένας τέτοιος χειρισμός θα αυξήσει ακόμα περισσότερο την καχυποψία και δυσπιστία του αρρώστου. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος είναι, ο νοσηλευτής-τρια να τον ακούσει με κατανόηση χωρίς σχόλια, γιατί στη φάση που βρίσκεται ο άρρωστος δεν μπορεί να επιτευχθεί λογική συζήτηση μαζί του, από τη στιγμή μάλιστα που ο άρρωστος βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις θα υποχωρήσουν μόνον όταν ο άρρωστος αισθανθεί ότι είναι ασφαλής και παραδεκτός από το περιβάλλον του. Απλή φιλικότητα και σεβασμός της προσωπικότητας του είναι απαραίτητα για την δημιουργία τέτοιων αισθημάτων.

Εξαιτίας της καχυποψίας που χαρακτηρίζει αυτούς τους αρρώστους, ο νοσηλευτής-τρια, θα πρέπει να προσέχει, όταν συνομιλεί με τρίτους. Σε περίπτωση που αντιληφθεί ότι ο άρρωστος παρακολουθεί τη συνομιλία χωρίς να έχει τη δυνατότητα να ακούσει τι λέγεται, πρέπει να διακόψει τη συζήτηση.

Σε αυτού του τύπου τους αρρώστους πρέπει να δίδονται απλές εξηγήσεις. Ο νοσηλευτής-τρια έχει το δικαίωμα να αποφύγει να απαντήσει σε κάποια ερώτηση του αρρώστου, όταν όμως απαντά πρέπει να λέει πάντοτε την αλήθεια. Μόνον έτσι θα κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου.

Οι υποσχέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται, αν όμως ο νοσηλευτής-τρια υποσχεθεί κάτι, πρέπει οπωσδήποτε να εκπληρώσει την υπόσχεση.

Γ.2.5 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς Κατατονικού Τύπου

Οι κατατονικοί άρρωστοι είναι μια γενικότερη εχθρική στάση απέναντι στον ίδιο τους τον εαυτό. Ο νοσηλευτής-τρια γρήγορα θα αντιληφθεί ότι, λογική συζήτηση είναι άκαρπη, και ότι το κλειδί της επιτυχίας είναι να νιώσει ο άρρωστος ειλικρινές ενδιαφέρον, φιλικότητα και κατανόηση.

Η κατάρτιση ενός ημερήσιου προγράμματος είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος για την φροντίδα του αρρώστου. Με αυτήν την μέθοδο, ο άρρωστος συνηθίζει την καθημερινή ρουτίνα, οπότε μετά την παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος, χρειάζεται μόνον μία παρότρυνση για την εκτέλεση του προγράμματος.

Η ψυχική κατάσταση του αρρώστου έχει σαν αποτέλεσμα ορισμένες λειτουργίες του οργανισμού να παρουσιάζουν σχετική αδράνεια. Στο πεπτικό σύστημα παρουσιάζεται δυσκοιλιότητα, στο αναπνευστικό είναι δυνατόν να παρουσιαστεί πνευμονία, στα δε άκρα παρουσιάζονται οιδήματα. Επίσης οι φλεγμονές είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο. Όλα αυτά τα προβλήματα πάντα σε συνεργασία με το γιατρό πρέπει να αντιμετωπισθούν.

Σε αυτούς τους αρρώστους πρέπει να δειχθεί ιδιαίτερη φροντίδα για την ενδυμασία τους, ειδικά τον χειμώνα, γιατί συχνά δεν αισθάνονται την θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Επίσης πρέπει να δίνονται κίνητρα στον άρρωστο για να ενδιαφέρεται και ο ίδιος για την εξωτερική του εμφάνιση.

Εκτός από το θέμα της ενδυμασίας, οι κατατονικοί άρρωστοι είναι προβληματικοί και στο θέμα της διατροφής. Γι'αυτό το συγκεκριμένο πρόβλημα χρειάζεται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται και στη λήψη υγρών, γιατί από την μια τα φάρμακα που χορηγούνται στους αρρώστους και από την άλλη η αδράνεια των ίδιων των αρρώστων να πάρουν υγρά, επιφέρουν πολλές

φορές την αφυδάτωση. Πρόβλημα για τους κατατονικούς είναι και οι αϋπνίες τη νύχτα. Η χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, κατόπιν εντολής γιατρού, καθώς και ένα χλιαρό μπάνιο και ένα ζεστό ρόφημα πριν από τον βραδινό ύπνο, είναι απαραίτητα.

Γ.2.6 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με υπερδιέγερση

Οι Σχιζοφρενείς με υπερδιέγερση χρειάζονται προσεκτική και ιδιαίτερη μεταχείριση. Αυτοί οι άρρωστοι είναι πάρα πολύ ευαίσθητοι και θυμώδεις. Η στάση του νοσηλευτή-τριας πρέπει να είναι θετική, ήρεμη, ο τόνος της φωνής χαμηλός. Οι μακρές συζητήσεις πρέπει να αποφεύγονται, γιατί ερεθίζουν ακόμα περισσότερο τον άρρωστο.

Ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να αντιμετωπίσει μια χυδαία στάση από τον άρρωστο, ασεβής, επιθετική, με τάσεις καταστροφής. Όλες αυτές τις εκδηλώσεις πρέπει να τις δεχθεί σαν συνέπεια της ψυχικής ασθένειας του σχιζοφρενούς, να τις αγνοήσει και να προχωρήσει προς τον κύριο σκοπό, που είναι η ψυχική αποκατάσταση του αρρώστου.

Ο Σχιζοφρενής με υπερδιέγερση πολλές φορές παρουσιάζει συγχυτικά φαινόμενα. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να προσπαθήσει με επιδεξιότητα να απομακρύνει τη σκέψη του από γεγονότα ή αντικείμενα του περιβάλλοντος, τα οποία επιτείνουν τις συγχυτικές τάσεις και αυξάνουν την ανησυχία του.

Μια από τις κυριότερες ευθύνες του νοσηλευτή-τριας απέναντι στον Σχιζοφρενή με υπερδιέγερση, είναι να διαμορφώσει το περιβάλλον του με τέτοιο τρόπο, ώστε να του προκαλεί ηρεμία, να τον καθησυχάζει και να μην είναι επικύνδινο γι' αυτόν. Έτσι λοιπόν ο άρρωστος ερεθίζεται από τις δυνατές ομιλίες του προσωπικού ή των άλλων αρρώστων, αυτό που έχει ανάγκη και πρέπει να του προσφερθεί, είναι ένα απλό δωμάτιο, απομακρυσμένο από τον θόρυβο, που να

βρίσκεται όμως σε τέτοια θέση, ώστε ο νοσηλευτής-τρια να μπορεί να τον παρακολουθεί και να τον επιβλέπει. Τα κάδρα, οι έγχρωμες εικόνες και οι πολύχρωμες ταπετσαρίες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί διεγείρουν την φαντασία του αρρώστου. Η επίπλωση πρέπει να είναι απλή και προσεγμένη. Να μην υπάρχουν αιχμηρές γωνίες, τις οποίες ο άρρωστος είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει για να τραυματισθεί ή άλλα αντικείμενα, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει για να επιτεθεί εναντίον οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού ή άλλου αρρώστου. Επίσης δεν πρέπει να τοποθετούνται στο δωμάτιό του καθρέπτες ή άλλα γυάλινα αντικείμενα.

Ο άρρωστος με υπερδιέγερση υποφέρει από υπερβολικό ξέσπασμα ενεργητικότητας. Ο νοσηλευτής-τρια χρησιμοποιώντας διάφορα μέσα περιορισμού της ενεργητικότητας, πρέπει να περιορίσει και να κατευθύνει την ενεργητικότητα του αρρώστου.

Συγκεκριμένα :

- Γράψιμο : Ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος δεν είναι σε σοβαρή κατάσταση. Πολλοί από τους άρρωστους αγαπούν να γράφουν ιστορίες ακόμη και την ιστορία της ζωής τους.
- Να τους επιτραπεί να κάνουν μερικές από τις εργασίες του τμήματος. Χρειάζεται προσοχή να μην προσκρούει η μέθοδος αυτή στους κανονισμούς του Νοσοκομείου και να μην εξαντλείται σωματικά ο άρρωστος.
- Διάφορα παιχνίδια : Σκάκι, τάβλι, διάφορα ακίνδυνα ομαδικά παιχνίδια κ.α.
- Φάρμακα : ηρεμιστικά ή υπνωτικά κατόπιν συστάσεως του θεράποντος ιατρού.

Ο άρρωστος με υπερδιέγερση συνήθως χάνει ένα μέρος σωματικού βάρους, αφυδατώνεται και ο ύπνος του ελαττώνεται σε μία ή δύο ώρες τη νύχτα. Δεν αισθάνεται τον σωματικό πόνο γι'αυτό και δεν αναφέρει τυχόν τραυματισμούς του. Αδιαφορεί για τις καιρικές συνθήκες και τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Αν τα ενδύματα τον εμποδίζουν στις κινήσεις, μπορεί από τον εκνευρισμό του να τα

σκίσει, έστω κι αν είναι χειμώνας. Γενικά, δεν λαμβάνει υπόψιν τις σωματικές του ανάγκες.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να παρακολουθεί στενά τον άρρωστο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να προλάβει τυχόν τραυματισμούς του, να φροντίζει για τη λήψη των απαραίτητων υγρών και τροφής. Ειδικά η τροφή, εξαιτίας της υπερδραστηριότητας του αρρώστου, πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες και αρκετή σε ποσότητα. Το πρόβλημα του ύπνου πρέπει να αντιμετωπισθεί με τη χορήγηση υπνωτικών, κατόπιν εντολής γιατρού, και με χλιαρά μπάνια.

Τέλος, πρέπει να τονισθεί, ότι οι άρρωστοι με υπερδιέγερση, συνήθως απότομα μεταπίπτουν σε κατατονικό στάδιο. Γι' αυτό το λόγο, αυτοί οι άρρωστοι χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και παρακολούθηση, γιατί υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν.

Γ.2.7. Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με τάσεις αυτοκτονίας

Οι Σχιζοφρενείς άρρωστοι και συνήθως αυτοί που βρίσκονται σε κατατονικό στάδιο είναι επιρρεπείς σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να είναι κατάλληλα ειδικευμένος, ώστε να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διαθέσεως του αρρώστου. Οι άρρωστοι συνήθως παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας, συζητώντας για το θάνατο, ή κρύβοντας διάφορα αντικείμενα με τα οποία σχεδιάζουν να κάνουν την απόπειρα, π.χ. κάποιο κομμάτι γυαλί. Υπάρχουν όμως και πολλοί άλλοι που κρύβουν προσεκτικά τις σκέψεις τους και, εάν μάλιστα είχαν κάνει προηγουμένως απόπειρα και σώθηκαν, τώρα είναι περισσότερο προσεκτικοί και προσπαθούν να ξεγελάσουν, έχοντας χαρούμενο παρουσιαστικό, λαμβάνοντας περισσότερη τροφή κ.τ.λ.

Ο νοσηλευτής-τρια, όταν αντιληφθεί ότι ο άρρωστος έχει τάσεις αυτοκτονίας θα πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ο άρρωστος με αυτές τις τάσεις έχει μεγαλύτερη ανάγκη από συναισθηματική βοήθεια και κατανόηση. Πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα τον ευχαριστούν. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση μέχρι να ξεπεράσει αυτή την κατάσταση. Η παρακολούθηση βέβαια πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί, αν ο άρρωστος το αντιληφθεί, είναι δυνατόν να επέλθει το αντίθετο αποτέλεσμα. Δυστυχώς, πολλές απόπειρες τέτοιων αρρώστων και ιδίως αρρώστων που βρίσκονται εκτός του χώρου του νοσοκομείου, είναι επιτυχείς.

Γ.2.8 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρένους που αρνείται να πάρει

Τροφή

Οι Σχιζοφρενείς πολλές φορές αρνούνται να λάβουν τροφή. Για να βοηθηθούν όμως αυτοί οι άρρωστοι, θα πρέπει πρώτα να διαπιστωθεί για ποιο λόγο αρνούνται να πάρουν τροφή. Οι λόγοι που τους οδηγούν σε αυτή τη συμπεριφορά είναι πολλοί και διαφορετικοί για κάθε άρρωστο. Υπάρχουν όμως μερικοί λόγοι που επαναλαμβάνονται :

- Μια δικαιολογία που συχνά προβάλλουν, είναι ότι δεν αξίζουν να τραφούν ή ότι δεν μπορούν να πληρώσουν. Αυτό βέβαια συμφωνεί με την όλη συμπεριφορά των αρρώστων αυτών, ότι δεν αξίζουν να ζουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις καμιά λογική προσπάθεια δεν τους πείθει. Αν ο νοσηλευτής-τρια τους δείξει ότι η τροφή θα πεταχθεί, τότε ίσως λάβει μέρος αυτής.
- Πολλές φορές δεν παίρνει τροφή, όταν του σερβίρεται σε δίσκο. Μπορεί να πάρει από τα σκουπίδια, όταν δεν τον βλέπει κανείς. Αναμφίβολα, ο άρρωστος

αυτός αισθάνεται πολύ ανάξιος να φάει τροφή σερβιρισμένη, αλλά μόνο τροφή που έχει ήδη πεταχτεί.

- Άλλοτε, οι άρρωστοι δεν δέχονται τροφή, επειδή δεν έχουν να πληρώσουν τη διαμονή τους και τη διατροφή τους. Συνιστάται συνήθως να τους δοθεί να κάνουν κάποια εργασία στο τμήμα, ώστε να νομίζουν ότι εξαγοράζουν τα προς το «ζην». Αυτό μπορεί να βοηθήσει μερικούς αρρώστους, αλλά είναι δύσκολο να οργανωθεί και να εκτελεσθεί.

- Βασική αιτία για την άρνηση της τροφής είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Μπορεί να ακούν μια φωνή, η οποία τους λέει να μην φάνε, γιατί κάποιος έβαλε δηλητήριο στο φαγητό. Ή μπορεί λόγω παραισθήσεων να παίρνουν το ντοματόζουμο για αίμα, τις πατάτες για δάκτυλα, τα μακαρόνια για σκουλίκια.

Όταν ο άρρωστος δεν τρώει δεν πρέπει να απειλείται. Είναι προτιμότερο να καλείται στην τραπεζαρία ή να του σερβιρισθεί ο δίσκος χωρίς κανένα σχόλιο. Όταν ο άρρωστος αρνηθεί να φάει, αυτό γίνεται δεκτό χωρίς σχόλια. Όταν ο νοσηλευτής-τρια διαπιστώσει πως η άρνηση τροφής συνεχίζεται, ενημερώνεται ο γιατρός και ίσως ο γιατρός και ίσως ο γιατρός χρησιμοποιήσει τη διατροφή με σωλήνα, πράγμα που πρέπει να αποφεύγεται όσο είναι δυνατόν. Ο σκοπός της ψυχιατρικής θεραπείας είναι να βοηθηθεί ο ψυχικά άρρωστος να είναι ανεξάρτητος, να αυτοκαθοδηγείται και να παίζει ένα ρόλο στην κοινωνία. Σε ορισμένες περιπτώσεις η θρέψη με σωλήνα ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίζει τον ανώριμο ρόλο του, προς την άλλη κατεύθυνση, να εξαρτηθεί από τους άλλους πράγμα που προσπαθούσε να κάνει σε όλη του τη ζωή.

Πάντως σε γενικές γραμμές ο νοσηλευτής-τρια, θα πρέπει να φροντίσει να δημιουργεί, κατά τη διάρκεια του φαγητού, ένα ευχάριστο περιβάλλον. Οι ψυχικά άρρωστοι, όπως και όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται να τους προσφέρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα και σερβιρισμένα, σε μια οπτική ατμόσφαιρα.

Γ.2.9 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις

Ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών, των ψευδαισθήσεων ή των παραισθήσεων του αρρώστου. Δεν ωφελεί μόνο να λέει στον άρρωστο ότι οι παραισθήσεις του και οι ψευδαισθήσεις του είναι αβάσιμες ή φανταστικές. Πρέπει να διατηρεί με τον άρρωστο έναν διάλογο που δείχνει ενδιαφέρον και ανταπόκριση στις ανάγκες του. Σε καμιά περίπτωση βέβαια δεν θα πρέπει να υποστηρίζει τις παραισθήσεις, σαν να ήταν αληθινές. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να μιλά για τις ιδέες και τις εμπειρίες του και, όταν δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, να τον ρωτήσει γιατί του συμβαίνουν αυτά τα πράγματα.

Σε αυτό το στάδιο μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι, ενώ αυτές οι εμπειρίες φαίνονται πραγματικές σ' αυτόν, στην πραγματικότητα είναι μια εκδήλωση της παθήσεώς του. Όταν θα μπορέσει να το καταλάβει καλύτερα, αυτές οι περίεργες εμπειρίες θα γίνουν λιγότερο τρομακτικές και θα τον απασχολούν λιγότερο, έτσι ώστε να μεγαλώνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο.

Ο άρρωστος, πρέπει να επαινείται κάθε φορά που κάνει κάποιο σχόλιο, το οποίο έχει σχέση με την πραγματικότητα. Αυτή η στάση θα τον βοηθήσει να διακρίνει το πραγματικό από το μη πραγματικό. Σε καμιά περίπτωση ο νοσηλευτής-τρια δεν θα πρέπει να λογομαχεί με τον άρρωστο για να του αποδείξει ότι οι ψευδαισθήσεις του είναι λανθασμένες. Μια τέτοια συμπεριφορά απλώς θα αυξήσει το άγχος του αρρώστου. Σε καμιά επίσης περίπτωση ο άρρωστος δεν θα πρέπει να υποτιμάται με ειρωνεία ή γέλια για τη συμπεριφορά του και τα λεγόμενά του, όταν βρίσκεται κάτω από την επίδραση ψευδαισθήσεων.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να επικεντρώσει την προσοχή του στον άρρωστο ως πρόσωπο περισσότερο, παρά στην ανάγκη ελέγχου των συμπτωμάτων. Πρέπει να προγραμματίσει δραστηριότητες, που απαιτούν προσοχή, επιδεξιότητα και πράξη. Όταν αποσπάται η προσοχή του, διακόπτεται η παθολογική σκέψη. Επίσης, οι δραστηριότητες που προσφέρουν ικανοποίηση βοηθούν τον άρρωστο να εγκαταλείπει τις παραληρητικές του σκέψεις.

Τέλος, ο άρρωτος πρέπει να ενθαρρύνεται να αναλαμβάνει την ευθύνη για στη συμπεριφορά του γιατί η εμπιστοσύνη στην ικανότητα του να ελέγχει τις πράξεις του αυξάνει την αυτοεκτίμησή του.

Γ.2.10 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με λεκτικά προβλήματα

Ο βαθμός της διαταραχής της λεκτικής επικοινωνίας επηρεάζει την ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με την θεραπευτική ομάδα και τους άλλους αρρώστους και να συμμετέχει στην φροντίδα του. Αυτό εντείνει ακόμα περισσότερο τα ψυχικά προβλήματα που ήδη αντιμετωπίζει ο άρρωτος.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να δείξει ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άρρωστο και να το υ αποδείξει ότι κατανοεί το πρόβλημά του. Η νοσηλευτική φροντίδα αυτών των αρρώστων είναι πολύ δύσκολη και χρειάζεται πολύ υπομονή και επιμονή. Η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον νοσηλευτή-τρια και τον άρρωστο δεν μπορεί να αναπτυχθεί βιαστικά και στην αρχή πρέπει να αφεθεί ο άρρωτος να επιβάλλει τους δικούς του όρους. Για παράδειγμα με έναν άρρωστο που δεν μιλά σχεδόν καθόλου, μπορεί να χρειαστεί ο νοσηλευτής-τρια να καθήσει κοντά του αρκετές ώρες, χωρίς να του μιλάει ή αν του μιλάει, να μην περιμένει απάντηση. Η ακρόαση και η παρατήρηση συντελούν στην κατανόηση των τρόπων επικοινωνίας

του αρρώστου και της πρόθεσης των μηνυμάτων του, ώστε να γίνει δυνατή η εκπλήρωση των αναγκών του μέχρι να αποκατασταθεί ικανοποιητική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να φροντίσει να δημιουργήσει ένα τέτοιο περιβάλλον, στο οποίο ο άρρωστος να αισθάνεται ελεύθερος να εκφρασθεί χωρίς να έχει τον φόβο της κριτικής. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να τον προτρέπει να εξωτερικεύει όλα του τα συναισθήματα ακόμα και τα αρνητικά, με κατάλληλη και σωστή όμως επικοινωνία και να επαληθεύει αν τον κατάλαβαν οι άλλοι.

Τέλος, ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να αποφεύγει την λογομαχία ή την συμφωνία με τις ανακριβείς εκφράσεις. Η λογομαχία δεν αποτελεί θεραπευτική στάση και μπορεί να προκαλέσει αμυντική συμπεριφορά. Από την άλλη, η συμφωνία με τις ανακριβείς εκφράσεις του αρρώστου ενισχύει την παρερμηνεία της πραγματικότητας.

Γ.2.11 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με αντικοινωνική

συμπεριφορά

Η αντιμετώπιση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς του αρρώστου, επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ενός συνόλου θεραπευτικών μέσων, τόσο από μέρους της νοσηλευτικής ομάδας, όσο και από το σύνολο της θεραπευτικής ομάδας. Βασικός στόχος είναι να αντιληφθεί ο άρρωστος, ότι η αντικοινωνική συμπεριφορά επιτείνει ακόμα περισσότερο τα ψυχικά του προβλήματα, και ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο.

Ο νοσηλευτής-τρια, πρέπει να διαθέτει λίγη ώρα αλλά πολλές φορές την ημέρα για ενδιαφέρουσα και όχι προκλητική ή απαιτητική επικοινωνία με τον άρρωστο. Πρέπει να είναι συνεπής η τήρηση όλων των προγραμματισμένων ωρών

επικοινωνίας. Η συνέπεια αυτή αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικότητάς του.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να παροτρύνει τον άρρωστο να πλησιάζει άλλους αρρώστους με ίδια ενδιαφέροντα, με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί. Τα ενδιαφέροντα κάνουν ικανοποιητική τη συναναστροφή και είναι πολύ πιθανό να επαναληφθεί. Ο άρρωστος πρέπει να επαινείται για κάθε προσπάθειά του να συναντήσει άλλα πρόσωπα και να επικοινωνήσει μαζί τους ή να ανταποκριθεί σε προσκλήσεις που του κάνουν οι άλλοι για κοινή απασχόληση. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η θετική κοινωνική συμπεριφορά.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να εξακριβώσει ποια άτομα εκτιμά ιδιαίτερα ο άρρωστος από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του και με ποια θα ήθελε να έχει κοινωνικές επαφές. Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να επικοινωνήσει με όλα αυτά τα άτομα και να τα προτρέψει να επισκέφτονται τον άρρωστο ή να του τηλεφωνούν και να επικοινωνούν συχνά μαζί του. Ένα ισχυρό δίκτυο υποστηρικτικών ατόμων μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές επαφές και το αίσθημα της προσωπικής αξίας του αρρώστου και να διευκολύνει την κοινωνική του ανάρρωση.

Τέλος, ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να λειτουργεί σαν υπόδειγμα υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς τόσο στις ατομικές όσο και στις ομαδικές επικοινωνίες (ήρεμη και αξιοπρεπής στάση, μέτριος τόνος φωνής, εναλλαγή ομιλίας και ακρόασης). Αυτό βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να θελήσει να καλλιεργήσει και ο ίδιος τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες για την ηλικία και τη θέση του.

Σημαντική είναι επίσης και η παροχή εξόδου με συνοδεία στον άρρωστο για να πάει π.χ. στην αγορά, σε κέντρα φροντίδας ημέρας, σε μουσεία, στο ζωολογικό κήπο κ.λπ. με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα και την ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης.

Γ.2.12 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενούς με ανεπαρκή οικογενειακή υποστήριξη.

Πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την άποψη ότι ο σχιζοφρενής άρρωστος εκπροσωπεί πολλές φορές μια αποδιοργανωμένη «σχιζοφρενή» οικογένεια. Η μετανοσοκομειακή φροντίδα του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα, για να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας. Πρέπει λοιπόν να γίνει μια εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος της. Κατά πόσο δηλαδή η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, ανησυχία, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας του αρρώστου έχει αποδειχθεί ότι επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.

Ο νοσηλευτής-τρια λοιπόν πρέπει να πληροφορήσει την οικογένεια με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της αρρώστειας και πρέπει να ζητήσει τη συνεργασία της για την υποστήριξη του αρρώστου. Πρέπει να προωθήσει την συμμετοχή της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας του αρρώστου, στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας κ.λ.π. Η τακτική αυτή βοηθά την οικογένεια να παρακολουθήσει υποδείγματα σωστής συμπεριφοράς και να μάθει νέους τρόπους χειρισμού του δικού της στρες και του αρρώστου της, καθώς και να αλλάξει την συμπεριφορά της όπου είναι δυσπροσαρμοστική.

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Παρέμβαση με εφαρμογή
της Μεθόδου της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Δ.2.1 Γενικά

Ο όρος «Νοσηλευτική Διεργασία» είναι σχετικά μια νέα προσέγγιση της νοσηλείας των αρρώστων και έχει πολλές έννοιες και ερμηνείες. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία επιστημονική μέθοδος που συντελεί στην πραγματοποίηση της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Βασικά κατευθύνεται από θεωρητικές γνώσεις και από την ακριβή και συστηματική συλλογή δεδομένων για τις ανάγκες και τα προβλήματα του νοσηλευόμενου ατόμου, χρησιμοποιεί τη μεθοδολογία λύσης προβλημάτων και έχει για κύριο χαρακτηριστικό την υπεύθυνη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική διεργασία παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα : Προσφέρει ένα θεωρητικό πλαίσιο για την κλινική νοσηλευτική · οδηγεί στο σχεδιασμό και την εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε συγκεκριμένο άτομο · διευκολύνει τη συντομότερη δυνατή ανάρρωση και πρόοδο προς καλύτερη υγεία του αρρώστου με ενίσχυση των υγιών δυνάμεών του και διδασκαλία πώς να λύσει τα προβλήματά του. Και τέλος διαθέτει ένα συστηματικό μέσο συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού από ωράριο σε ωράριο ώστε να εξασφαλίζεται ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας κάθε αρρώστου.

Το κύριο ενδιαφέρον της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής διεργασίας αφορά την υγεία και ευημερία του αρρώστου και λαμβάνει υπόψη της τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του. Με απλά λόγια η νοσηλευτική διεργασία πρέπει να καλύπτει μία οργανωμένη, συστηματική και εξατομικευμένη προσέγγιση στη φροντίδα για τον άρρωστο.

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει :

1. Αξιολόγηση Ατόμου / Αρρώστου (Ανάγκες-προβλήματα / Νοσηλευτική Διάγνωση)
2. Αντικειμενικός Σκοπός
3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας
5. Εκτίμηση Αποτελέσματος

Δ.2.2 Αξιολόγηση Αρρώστου

Είναι το πρώτο βήμα στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Απαιτούνται γι' αυτό η συγκέντρωση και καταγραφή πληροφοριών για τον άρρωστο και την παρούσα κατάστασή του.

Ο νοσηλευτής-τρια να πάρει τις πληροφορίες αυτές από τον άρρωστο, τους συγγενείς του και την κοινωνική λειτουργό. Θα είναι διαφορετικές από το ιατρικό ιστορικό και θα συμπληρώνουν αυτό. Το ιατρικό ιστορικό αφορά περισσότερο ενδείξεις και συμπτώματα, ενώ το ιστορικό του νοσηλευτή-τριας αφορά τον καθορισμό της ανάγκης για νοσηλευτική φροντίδα.

Το ιστορικό αυτό, που παίρνεται στην αρχή της εισαγωγής του αρρώστου, βοηθάει στη δημιουργία μιας στενής επαφής με τον άρρωστο. Το ιστορικό συμπληρώνεται από τις παρατηρήσεις του νοσηλευτή-τριας σε ό,τι αφορά τον άρρωστο και τη συμπεριφορά του στο νοσοκομείο.

Σκοπός της εκτιμήσεως είναι ο καθορισμός των προβλημάτων του αρρώστου που μπορούν να τροποποιηθούν με ειδικές ενέργειες του νοσηλευτή-τριας και κάποτε περιλαμβάνει και ενδείξεις για την ειδική συνεργασία που ζητείται από άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας. Αυτές οι πράξεις αποτελούν μέρος του προγράμματος της θεραπείας για κάθε άρρωστο χωριστά.

Όταν καθοριστούν τα προβλήματα του αρρώστου, πρέπει να καταγράφονται με κάποια σειρά προτεραιότητας. Αυτό ευκολύνεται με ειδικά δελτία νοσηλείας.

Δ.2.3 Αντικειμενικός Σκοπός

Είναι το δεύτερο βήμα, στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής-τρια, πρέπει να ξεκαθαρίσει και να συγκεκριμενοποιήσει, ποιος ακριβώς είναι ο σκοπός, ποιό ακριβώς είναι το πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσει, έτσι ώστε, ο άρρωστος να φτάσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην αποκατάσταση της υγείας του. Στο θέμα «Αντικειμενικός Σκοπός» αναφέρεται τι θα είναι ικανός ο άρρωστος να κάνει, όταν οι σκοποί αυτοί πραγματοποιηθούν.

Δ.2.4. Ο Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Πριν γίνει ο προγραμματισμός, είναι σημαντικό να συζητηθούν οι πληροφορίες και οι εκτιμήσεις των προβλημάτων με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Η θεραπευτική ομάδα είναι σε θέση να αναλύσει τα προβλήματα, ώστε το πρόγραμμα να γίνει πιο κατανοητό και ρεαλιστικό.

Συχνά λέγεται ότι ένας καλός προγραμματισμός διευκολύνεται από τη συνεργασία του αρρώστου και της οικογένειάς του. Οι σκοποί και οι στόχοι του προγραμματισμού της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να εκθέτονται όσο πιο

ξεκάθαρα είναι δυνατόν, ώστε να μην υπάρχει περίπτωση συγχύσεως μεταξύ των μελών της ομάδας.

Οι σκοποί πρέπει να είναι πραγματοποιήσιμοι και συνίσταται να αναφέρονται πολλοί σκοποί μικρής διάρκειας και, όταν αυτοί πραγματοποιηθούν, να επεκτείνονται σε μακροχρόνιους σκοπούς και στόχους. Μ' αυτόν τον τρόπο εκτιμάται η βελτίωση καλύτερα και υπάρχει και το πρόσθετο πλεονέκτημα ότι ο άρρωστος ενθαρρύνεται θετικά, κάθε φορά που πετυχαίνει ένα σκοπό.

Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να θέσει προτεραιότητες στις ανάγκες του αρρώστου συνοδευόμενες από τις προτεραιότητες που θα αναφέρονται στο πρόγραμμα φροντίδας. Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνει τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του αρρώστου.

Δ.2.5. Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Αυτή καθορίζει τις πράξεις που χρειάζονται, για να πραγματοποιηθούν οι σκοποί, όσο και την ίδια την παροχή φροντίδων. Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να συζητήσει σαν σύνολο, ποιά μέλη είναι επαγγελματικά τα πιο καταρτησμένα για να προσφέρουν στον άρρωστο τις ειδικές φροντίδες που χρειάζεται, για να επιτύχει τους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος.

Κάποτε ίσως είναι καλύτερα για τον άρρωστο, αν μόνο ένας νοσηλευτής-τρια αναλάβει έναν άρρωστο και τους βραχυχρόνιους αντικειμενικούς σκοπούς φροντίδας του. Συχνά, αυτό θεωρείται σημαντικό για ένα εσωστρεφή άρρωστο, που μπορεί να ανταποκριθεί μόνο σε μία σχέση νοσηλευτή-τρια ιδιαίτερα, ο οποίος αισθάνεται ότι μπορεί να συνεννοηθεί με τον άρρωστο και να έχει θετική ανταπόκριση από αυτόν.

Δ.2.6. Εκτίμηση Αποτελέσματος

Σκοπός της εκτίμησης του αποτελέσματος είναι να εξακριβώσει αν οι αντικειμενικοί σκοποί έχουν επιτευχθεί, να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μεθόδων και να υπολογίσει τις ανάγκες του αρρώστου καθώς προοδεύει η θεραπεία.

Η εκτίμηση πρέπει να γίνεται συνεχώς στη νοσηλευτική φροντίδα και να εφαρμόζεται σε κάθε στάδιο. Είναι σημαντικό επίσης να τονισθεί η ανάγκη ενός αποτελεσματικού συστήματος επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που αλλάζει βάρδια.

Δ.2.7 Η σημασία και τα προβλήματα της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία θεωρείται τα τελευταία χρόνια σαν η πιο ενδιαφέρουσα ανάπτυξη στη νοσηλεία. Υπάρχουν όμως πολλά προβλήματα για τη σωστή εφαρμογή της.

Ο κατάλογος των προβλημάτων που παρουσιάζονται σχετικά με την επίτευξη της νοσηλευτικής διεργασίας, περιλαμβάνει την εκπαίδευση του προσωπικού για να καταλάβει, παραδεχθεί και θέσει σε εφαρμογή τη νοσηλευτική διεργασία, την ανάπτυξη της απαιτούμενης ικανότητας του νοσηλευτικού προσωπικού και των άλλων μελών της ομάδας θεραπείας, την επινόηση του κατάλληλου συστήματος καταγραφής, την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και επικοινωνίας του προσωπικού, όταν γίνονται αλλαγές βάρδιας του προσωπικού.

Προβλέπεται ότι την επόμενη δεκαετία η νοσηλευτική διεργασία θα είναι πλατειά κατανοητή, παραδεκτή και θα εφαρμόζεται με μεγαλύτερη ευκολία και πιο σωστά στη θεραπεία και φροντίδα των αρρώστων.

Δ.2.8 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενών Αρρώστων με τη μέθοδο της
Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Α΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Π.Β. ΦΥΛΟ Άρρεν ΗΛΙΚΙΑ 28 χρονών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Φιλολόγος

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ Πανεπιστημιακή Μόρφωση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Άγαμος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ 12-10-96

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Επιθετική Συμπεριφορά, Ανησυχία, Ιδέες διωκτικού περιεχομένου, παραλήρημα, Έντονη Καχυποψία, Ιδέες μεγαλείου, Άγχος, Διογκομένη αυτοεκτίμηση.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Εισαγγελική Εντολή

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο Π.Β. ήταν φοιτητής της Ελληνικής Φιλολογίας όταν παρουσίασε τα πρώτα συμπτώματα ψυχασθένειας το 1987. Ήταν ανήσυχος, εξαφανιζόταν συχνά από το σπίτι του, παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου με χροιά μεγαλείου.

Εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς επισκέφτηκε ψυχίατρο και νοσηλεύεται σε ιδιωτική κλινική. Βγαίνει από την κλινική σε αρκετά καλή κατάσταση και συνεχίζει τη φαρμακευτική του θεραπεία στο σπίτι.

Όταν βγήκε από την κλινική συνέχισε τις σπουδές του.

Το 1989 δημιουργεί σχέση με μια κοπέλα. Νιώθει ψυχολογικά δυνατός και σταματά τα φάρμακά του. Όταν η σχέση διαλύεται υποτροπιάζει και ξανανοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική. Βγαίνει από την κλινική σε καλή κατάσταση και συνεχίζει την φαρμακευτική του αγωγή.

Το 1992 τελειώνει τις σπουδές του με άριστα και παίρνει υποτροφία για μεταπτυχιακές σπουδές στη Γαλλία. Πηγαίνει στη Γαλλία, τελειώνει και τις μεταπτυχιακές σπουδές του με άριστα. Ήταν έτοιμος να ξεκινήσει σπουδές για διδακτορικό δίπλωμα όμως δεν νιώθει καλά ψυχολογικά και επιστρέφει εσπευσμένα στην Ελλάδα. Είναι πολύ κλεισμένος στον εαυτό του, καθόλου ομιλητικός, δείχνει καχύποπτος και πολλές φορές είναι εριστικός και επιθετικός. Παρακολουθείται από ψυχίατρο. Βρίσκει δουλειά σε ένα φροντιστήριο σαν καθηγητής.

Το 1996 δημιουργεί σχέση με μια κοπέλα. Η ζωή του φαίνεται ότι μπαίνει σε ένα σωστό ρυθμό. Αρχίζει να νιώθει δυνατός και σίγουρος για τον εαυτό του και αποφασίζει να σταματήσει την φαρμακευτική του αγωγή. Δημιουργούνται προβλήματα στη σχέση του με την κοπέλα. Η κοπέλα τον εγκαταλείπει.

Στις 12/10/1996 παίρνει το κυνηγητικό όπλο του πατέρα του και πηγαίνει έξω από το σπίτι της κοπέλας. Αρχίζει να πυροβολεί στα τζάμια του σπιτιού και να απειλεί "Θα σας σκοτώσω όλους", "Εγώ δεν είμαι τρελός", "Είμαι ο Χριστός και εγώ θα σώσω τον κόσμο". Η αστυνομία, τον συλλαμβάνει και με εισαγγελική εντολή έρχεται στα Ψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου "Άγιος Ανδρέας".

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : Φαρμακευτική.

Συγκεκριμένα :

tabs Aloperidin 10 mg 1X

tabs Largactil 100 mg 1X3

tabs Akineton 2 mg 1X3

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣ. Ανάγκες-Προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Επιθετική Συμπεριφορά.	-Αντιμετώπιση της επιθετικής συμπεριφοράς. -Χειρισμός της επικοινωνίας με τρόπο που να μην χάνει τον αυτοέλεγχο.	-Δημιουργία θεραπευτικών στάσεων. -Περιορισμός στο θάλαμο (εντολή ιατρού).	-Ακούστηκαν τα προβλήματα του αρρώστου με προσοχή και ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τα συναισθήματα του. -Εξηγήθηκε στον άρρωστο ότι πρέπει να είναι φιλικός με το προσωπικό. -Ύστερα από συνεχείς επιθέσεις ενάντια στους υπολοίπους νοσηλευόμενους και στο νοσηλ. προσωπικό, ο άρρωστος περιορίστηκε στο θάλαμο του για 15' λεπτά. -Έμπρακτη απόδειξη του ενδιαφέροντος μας προς τον άρρωστο.	Σημαντική Βελτίωση. Μειωμένη επιθετική συμπεριφορά.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤ. Ανάγκες-προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα.	-Μείωση της αυξημένης ψυχο- κινητικής δραστηριότητας. -Βοήθεια άρρωστου να αναπτύξει πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά.	-Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος. -Ενθάρρυνση να εκφράζει τα συναισθήματα. -Σχεδιασμός απασχόλησης. -Χορήγηση φαρμάκων (εντολή ιατρού).	-Συζήτηση με τον άρρωστο στον ήσυχο χώρο της τραπεζαρίας. -Ανταλλαγή απόψεων με τη μορφή διαλόγου σε χαμηλ. τόνους. -Στον χώρο εργασιοθεραπείας της κλινικής ο άρρωστος ασχολήθηκε με τη ζωγραφική. -χορηγήθηκε Aloperidin 20mg για την καταστολή της υπέμετρης δραστηριότητας.	Ο άρρωστος παρουσίασε σχετική βελτίωση.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤ. Ανάγκες-προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Παραλήρημα Μεγαλείου.	-Αντιμετώπιση του παραληρή- ματος. -Βοήθεια για την αντίληψη του εαυτού του μέσα στο περιβάλλον και της πραγματικότητας.	-Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος. -Παρεμβολή στη συζήτηση. -Χορήγηση φαρμάκων (εντολή ιατρού).	-Σε φιλικό περιβάλλον αναπτύχθηκαν σχέσεις επικ/νίας και συζήτηση χωρίς δια/σμούς με τον άρρωστο. -Υπήρξε προσπάθεια να στραφεί η συζήτ. σε άλλο θέμα, όταν ο άρ. υποστήριξε ότι ήταν ο Χριστός, για να αντιληφθεί, ότι οι ιδέες του δεν ήταν αποδεκτές. -Χορηγήθηκαν 20 drops Aloperidin 10 mg και 1 tabs Largactil 100 mg για την καταστολή της διέγερσης.	Ο άρρωστος συνέχισε να παραληρεί για μισή περίπου ώρα και σε χαμηλότερους όμως τόνους. Μετά το παραλήρημα υποχώρησε εντελώς.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤ. Ανάγκες/προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Ανησυχία	Αντιμετώπιση της ανησυχίας.	-Συζήτηση και επικοινωνία με τον άρρωστο. -Χορήγηση φαρμάκων (εντολή ιατρού).	-Υπήρξε ενδ/ρον και συζή/ση για το προβλ. του αρ. και έμπρακτη κατα- νόηση ότι η συμπερ. του ήταν αποτέλ. της ασθέ- νειας του. -Χορηγήθηκε 1amp Stedon 2mg I.M.	Ο άρρωστος αρχικά πρέμισε και μετά κοιμήθηκε.
Άρνηση λήψης φαρμάκων	Λήψη φαρμάκων για βελτίωση της ψυχικής υγείας	-Συζήτηση με τον άρρωστο. -Χορήγηση φαρμάκων. -Παρατήρηση.	-Συζητήθηκε με τον άρ. η χρη/τα των φαρμάκων. Ενθάρρυνση να πάρει τα φάρμακα του. -Χορη/καν τα φάρμακα και παρα/θηκε αν ο άρρωστος τα πήρε πραγματικά. -Ενέθηκαν I.M. τα φάρμ. που αρνήθ. να πάρει peros.	Ο άρρωστος άρχισε να παίρνει τα φάρμακά του και σταδιακά υπήρξε σημαντική βελτίωση.

Ξηροστομία	<p>-Αντιμετώπιση Ξηροστομίας.</p> <p>-Ανακούφιση της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>-Πλύση στοματικής κοιλότητας.</p> <p>-Λήψη άφθονων υγρών.</p>	<p>-Δόθηκαν οδηγίες στον άρρωστο να ξεπλένει τη στοματική του κοιλότητα με Hexallen και νερό</p> <p>-Ενθαρρύνθηκε να βουρτσίζει τα δόντια του μετά από κάθε γεύμα</p> <p>-Του συστήθηκε να πίνει αρκετά υγρά (νερό, πορτοκαλάδα κτλ για να υπάρχει συνεχής ενυδάτωση της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Ο άρρωστος ανακουφίστηκε από την ξηροστομία.</p>
Αϋπνία	<p>Αντιμετώπιση αϋπνίας.</p>	<p>-Παρατήρηση.</p> <p>-Εφαρμογή προγράμ/τος ύπνου.</p> <p>-Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων (εντολή ιατρού).</p>	<p>-Ο άρρωστος παρατηρήθηκε για τυχόν ώρες ανάπαυσης στο σαλόνι της κλινικής.</p> <p>-Ενισχύθηκε να προσπαθήσει να κοιμάται σε τακτικές ώρες, τονίζοντάς του τη σημασία του</p>	<p>Ο άρρωστος χαλάρωσε και αργότερα κοιμάται τη νύχτα.</p>

			<p>ύπνου στη ψυχική υγεία.</p> <p>-Επειδή δεν υπήρξε σημαντικό αποτέλεσμα, χορηγήθηκε tabs tavor για την καταπολέμηση της αύπνίας.</p>	
--	--	--	--	--

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤ. Ανάγκες-προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δυσκοιλιότητα	Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.	<p>-Σωστή διατροφή.</p> <p>-Λήψη άφθονων υγρών.</p> <p>-Χορήγηση ηπακτικών φαρμάκων (εντολή ιατρού).</p>	<p>-Χορηγήθηκαν στον άρρωστο τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες.</p> <p>-Του συστήθηκε να πίνει πολλά υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας.</p> <p>-Χορηγήθηκε Sup Dulcolax.</p>	Ο άρρωστος ενεργήθηκε.

Δ.2.9 Νοσηλευτική Φροντίδα Σχιζοφρενών Αρρώστων με τη μέθοδο της
Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Β' ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Κ.Μ.

ΦΥΛΟ Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ 31 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Οικιακά

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ : Απόφοιτος Γυμνασίου

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Διαζευγμένη

ΠΑΙΔΙΑ : 1 παιδί 11 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 20-2-1996

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Ψυχοκινητική ανησυχία, ευσυγκινησία, εναντιωματική συμπεριφορά απέναντι στους γονείς της. Παρατηρείται καταθλιπτικό και απαισιόδοξο συναίσθημα.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Ήρθε μαζί με τους γονείς της μετά από δική τους πίεση.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η ψυχική νόσος φαίνεται ότι αρχίζει πριν από 3 1/2 χρόνια, όταν η άρρωστη εκδηλώνει μια κρίση με έντονη διέγερση, ανησυχία κα εναντιωματική συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό νοσηλεύεται σε ιδιωτική κλινική στην Αθήνα, για 15 μέρες περίπου. Στη συνέχεια παρακολουθείται από ιδιώτη γιατρό και της χορηγείται αντιψυχωτική αγωγή, μέχρι και πριν από 5 μήνες, όπου από μόνη της και χωρίς εντολή γιατρού αποφασίζει να διακόψει την φαρμακευτική αγωγή. Σε όλο αυτό το διάστημα εργάζεται περιστασιακά σε διάφορες δουλειές.

Τους τελευταίους 5 μήνες ζητά από τους γονείς της να την φιλοξενήσουν, γιατί όπως λέει η ίδια δεν μπορεί άλλο να μένει μόνη της. Οι γονείς της την φιλοξενούν, αλλά η συμπεριφορά της τον τελευταίο μήνα είναι πολύ παράδοξη : (θέλει να κοιμάται μαζί με την μητέρα της ` κλειδώνεται μόνη της για πολλές ώρες μέσα στο σκοτεινό υπόγειο. Επίσης είναι πολύ επιθετική απέναντι στους γονείς της και στις αδελφές της. Τους κατηγορεί ότι αυτοί φταίνε για την κατάσταση της υγείας της.

Κάθε μέρα γίνεται όλο και πιο επιθετική, ώσπου στις 20-9-1996 τρομερά εκνευρισμένη επιτίθεται στην μητέρα της με ένα μαχαίρι και με σκοπό να την τραυματίσει. Ο πατέρας της επεμβαίνει και την αφοπλίζει. Μετά από αυτό το γεγονός, οι γονείς της την μεταφέρουν εσπευσμένα στα Ψυχιατρικά Εί. του νοσοκομείου "Άγιος Ανδρέας". Επειγόντως αποφασίστηκε η εισαγωγή της στην Ψυχιατρική Κλινική.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Σχιζοφρένεια αδιαφοροποίητου τύπου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : Φαρμακευτική.

Συγκεκριμένα :

tabs Pirium 4 mg 1X1

tabs Aztane 2 mg 1X3

tabs Akineton 2 mg 1X3

tabs Aloperidin 10 mg 1X2

tabs Stedon 5 mg 1X3

tabs Largactil 100 mg 1X3

Β ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣ. Ανάγκες/Προβλ. Νοσηλ. διεργασία	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
-Επιθετική Συμπεριφορά	Ιδέ σελ. 113	Ιδέ σελ. 113	Ιδέ σελ. 113	Η άρρωστη παρουσίασε μικρή βελτίωση
-Απαισιοδοξία	Αντιμετώπιση του συναισθήματος της απαισιοδοξίας	-δημιουργία φιλικού και πιο χαρούμενου περιβάλλοντος -δημιουργία θεραπευτικών στάσεων	-συζήτηση με την άρρωστη για την μουσική (θέμα που η ίδια επέλεξε) -Στο χώρο εργασιοθεραπείας της κλινικής, η άρρωστη άκουσε μουσική και ασχολήθηκε με την κεραμική	Η άρρωστη νιώθει πολύ πιο χαρούμενη

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤ. Ανάγκες/Προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Ανησυχία	Ιδέ σελ.	Ιδέ σελ.	Ιδέ σελ.	Η άρρωστη ηρέμησε.
Ορθοστατική υπόταση	-Αντιμετώπιση της υπότασης	-Λήψη ζωτικών σημείων -Παρακολούθηση άρρωστης	-Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο -Λήψη Αρτηριακής Πίεσης ανά 1 ώρα σε ύπτια αλλά και σε όρθια στάση -Σύσταση, στην άρρωστη να μην στέκεται πολύ ώρα όρθια. Να μην σηκώνεται όρθια. Να μην σηκώνεται με απότομες. κινήσεις από το κρεβάτι της.	Σταδιακά η ορθοστατική υπόταση αντιμετωπίστηκε.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣ. Ανάγκες-Προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Ατομική υγιεινή ατημέλητη	Βελτίωση ατομικής υγιεινής	-Ενέργειες για τη βελτίωση της υγιεινής -Συστάσεις	-Η άρρωστη λούστηκε και χτενίστηκε με τη συμβολή του βοηθ. προσωπικού. -Δόθηκαν καθαρά ρούχα στην άρρωστη από τον ιματισμό που υπήρχε στην κλινική. -Κόπηκαν τα νύχια της άρρωστης με τη συμβολή του βοηθ. προσωπικού. -Συστήθηκε στην άρρωστη να λούζεται 3 φορές την εβδομάδα και να ζητά τη βοήθεια του προσωπικού.	Η ατομική υγιεινή της άρρωστης βελτιώθηκε σημαντικά.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣ. Ανάγκες/Προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Έλλειψη σωστής διατροφής	Φροντίδα για λήψη σωστής τροφής	-Παροχή γευμάτων -Ενθάρρυνση προτροπή	-Η άρρωστη ήταν υπερκινητική και δεν μπορούσε να κάτσει στην τραπέζα για φαγητό. Για το λόγο αυτό ενθαρρύνθηκε να τρώει οπουδήποτε και να ζητά τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού. -Στη διατροφή προστέθηκαν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και βιταμίνες.	Η εικόνα της άρρωστης βελτιώθηκε σημαντικά.
Ανορεξία	-Φροντίδα για λήψη τροφής. Αντιμετώπιση ανορεξίας.	-Παροχή γευμάτων. -Περιορισμός δραστηριοτήτων. -Εκπαίδευση άρρωστης. -Βοήθεια στη λήψη	-Δόθηκαν μικρά και συχνά γεύματα στην άρρωστη. -Περιορισθήκαν οι δραστηριότητες της και βοηθήθηκε	Η άρρωστη άρχισε να λαμβάνει την τροφή της κανονικά.

		τροφής. -Συζήτηση, επικοινωνία.	να φάει. -Συζητήθηκε μαζί της η αξία της τροφής για την διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας.	
--	--	---------------------------------------	---	--

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣ. Ανάγκες/Προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Απώλεια βάρους	Αύξηση του βάρους και διατήρησή του σε ικανοπ. επίπεδα.	-Περιορισμός δραστηριοτήτων. -Παρακολούθηση σωματ. βάρους. -Ενίσχυση του οργανισμού με γεύματα.	-Δόθηκαν στην άρρωστη γεύματα με υψηλή θρεπτική αξία. -Περιοριστήκαν οι δραστηριότητές της και συστήθηκε ανάπαυση. -Ζύγιση κάθε δύο μέρες.	Το σωματικό βάρος αυξήθηκε και διατηρήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα.
Πυρετός	Αντιμετώπιση του πυρετού.	-Ενίσχυση της άρρωστης. -Παρακο/θησης της πυρετικής κίνησης. -Λήψη Ζωτικών Σημείων.	-Παρακο/θήθηκε η πυρετική κίνηση της άρρωστης ανά 3ωρο. -Λήφθηκαν τα Ζωτικά Σημεία ανά 3ωρο.	Ο πυρετός μειώθηκε σημαντικά.

		-Αιμοληψία. -Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων (εντολή ιατρού).	-Χορηγήθηκαν πολλά υγρά. -Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα. -Πάρθηκε αίμα για εργαστ. έλεγχο. -Χορηγήθηκε DEPON.	
--	--	---	---	--

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣ. Ανάγκες/Προβλ. Νοσηλ. διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
Ξηροστομία	Ιδέ σελ. 117	-Πλύση στοματικής κοιλότητας. -Λήψη άφθονων υγρών.	Ιδέ σελ. 117	Ιδέ σελ. 117
Δυσκοιλιότητα	Ιδέ σελ. 118	Ιδέ σελ. 118	Ιδέ σελ. 118	Ιδέ σελ. 118

Επίλογος

Η διαπραγμάτευση του θέματος "Σχιζοφρένεια-Νοσηλευτική Παρέμβαση" σε αυτό το σημείο ολοκληρώθηκε. Η προσπάθεια όμως για την ψυχική αποκατάσταση των Σχιζοφρενών και γενικότερα όλων των Ψυχιατρικών αρρώστων δεν τελειώνει ποτέ. Η αίσθηση ότι όλο και περισσότερη φροντίδα, όλο και περισσότερη υποστήριξη μπορεί να δοθεί σε αυτούς τους αρρώστους είναι διάχυτη. Η θεραπευτική ομάδα, που τόσα πολλά προβλήματα έχει να αντιμετωπίσει, συνεχίζει να αγωνίζεται. Αγωνίζεται με την ελπίδα ότι κάποια μέρα, όλο και λιγότεροι θα νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα, όλο και περισσότερο, η Ψυχική Υγεία θα αποκαθίσταται ...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γιαννοπούλου Χρ. Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδοτικός Οίκος Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1990.

Διακογιάννης Ι.Α., Κλινική Ψυχιατρική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις ΑΦΟΙ Σάκουλα, Αθήνα 1974.

Farber A.E., Hertzig E. M., Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Brunner/Mazel Publishers, New York 1995.

Guffin P. Owen M., Farmer A., Η Γενετική βάση της Σχιζοφρένειας, Επιλογές Νευρολογίας-Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Επιστημονικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε., Τεύχος 1^ο : 47-48, 1996.

Ιεροδιακόνου Χ., Ψυχαναλυτική Ψυχοπαθολογία : Θεωρία και πράξη, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988.

Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., Ψυχιατρική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988.

Kanner L., Child Psychiatry, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 4^η, Εκδόσεις Charles C. Thomas Publisher, Illinois 1990.

Lewis M., Child and Adolescent Psychiatry, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Williams and

Wilkins, New York 1991.

Μαδιάνος Μ., Κοινωνία και Ψυχική Υγεία (Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική), Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.

Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1988.

Νάνου Κ., Σημειώσεις Νοσηλευτική Φροντίδα Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πατρών, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1979.

Ραγιά Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική Θεμελιώδεις αρχαί, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Ευνίκη, Αθήνα 1978.

Ραγιά Α., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις [Χ.Ε.], Αθήνα 1993.

Ραγιά Α., Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 1989.

Στεφανής Κ., Θέματα Ψυχιατρικής, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις ΑΦΟΙ Π. Σάκουλα, Αθήνα 1974.

Φιλιππόπουλος Γ., Κλινική Ψυχιατρική, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Α. Καραβία, Αθήνα 1961.

Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Θεμέλιο,
Αθήνα 1991.

Χριστοδούλου Γ., Προληπτική Ψυχιατρική, Congress Watch, Εκδόσεις Επιστημονικές
Εκδόσεις Ε.Π.Ε., 4^ο : 27-28, 1996.

Χριστοδούλου Γ., Προληπτική Ψυχιατρική, Ιατρική Γραμμή, Εκδόσεις Επιστημονικές
Εκδόσεις Ε.Π.Ε., Τεύχος 25^ο : 9, 1996.

