

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΡΙΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επικοινωνία είναι η ανταλλαγή σκέψεων, συναισθημάτων και πληροφοριών. Κατά μία έννοια, είναι αδύνατο για τους ανθρώπους να μην επικοινωνούν μεταξύ τους. Οι άνθρωποι γεννιούνται όχι μόνο με την ικανότητα, αλλά και την παρόρμηση να εκφράζουν τον εαυτό τους. Από τη γέννηση τους τα βρέφη επικοινωνούν με τον κόσμο, στέλνοντας και λαμβάνοντας μηνύματα πάνω στα οποία εξαρτάται η επιβίωσή τους. Καθώς μεγαλώνουν, αναπτύσσουν όλο και πιο πολύπλοκες μορφές επικοινωνίας ενώ ενισχύουν την ικανότητά τους να κατανοούν και να γίνονται κατανοητά. Ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι επικοινωνούν αποτελεσματικά βοηθά στο να καθοριστεί η ικανότητά τους να σχηματίζουν και να διατηρήσουν υγιείς σχέσεις.¹

Οι νοσηλευτές προσπαθούν να κατανοήσουν και να πληρούν τις πολλές ανάγκες του ασθενή και του πληθυσμού στον οποίο ανήκει. Για να γίνει αυτό, οι νοσηλευτές πρέπει να καθιερώσουν θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς των οποίων η ποιότητα να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή.² Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα φροντίδας. Είναι επίσης ένα επάγγελμα που όλο και περισσότερο αποδεικνύεται πως βασίζεται στην πράξη. Όσο και να αναπτύσσονται οι επιστημονικές πτυχές του επαγγέλματος μέσω της τεχνολογικής προόδου της ιατρικής και των μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται, το γεγονός παραμένει ότι ο νοσηλευτής είναι συνήθως το πρώτο πρόσωπο που ο ασθενής έρχεται σε επαφή σε οποιαδήποτε έκτακτη ανάγκη ή νοσοκομειακό περιβάλλον.³

Ο όρος «φροντίδα» είναι το βασικό συναίσθημα και δεξιότητα που όλοι οι νοσηλευτές και όλα τα άτομα στο επάγγελμα της υγείας πρέπει να διαθέτουν. Μέσω της φροντίδας και της εκπαίδευσης του ο νοσηλευτής μπορεί να ασκήσει τη θεραπευτική επικοινωνία. Οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή την δυναμική και διαδραστική διαδικασία για να δώσουν κίνητρα, να ασκήσουν επιρροή, να εκπαιδεύσουν, να στηρίξουν και να αποκτήσουν βασικές πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την επιβίωση, την ανάπτυξη και την ευημερία του ασθενούς². Η επικοινωνία είναι απαραίτητο εργαλείο για τους νοσηλευτές για την ανάπτυξη και την διατήρηση της θεραπευτικής επικοινωνίας και των διαπροσωπικών δεξιοτήτων ενώ η σχέση νοσηλευτή-ασθενή είναι το θεμέλιο πάνω στο οποίο βασίζεται η ψυχιατρική νοσηλευτική.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μελετά την επιστήμη της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και τον ρόλο της θεραπευτικής επικοινωνίας ως εργαλείο αποκατάστασης. Αρχικά γίνεται αναφορά στον τομέα της Ψυχιατρικής μέσω της προσπάθειας ορισμού των εννοιών ψυχική υγεία και ψυχική πάθηση. Αναλύονται σύντομα τα αίτια και τα συμπτώματα των ψυχικών παθήσεων και τέλος επιχειρείται η ταξινόμηση αυτών.

Το δεύτερο κεφάλαιο προσπαθεί να αναλύσει την επικοινωνία και τον ρόλο της στην επιστήμη της νοσηλευτικής. Η επικοινωνία μελετάται αρχικά ως μια γενική έννοια και έπειτα ως θεραπευτική μέθοδος. Γίνεται αναφορά στην επιστήμη της νοσηλευτικής ως διαπροσωπικό έργο και έπειτα αναλύεται εκτενέστερα η θεραπευτική επικοινωνία, οι τεχνικές μέσω των οποίων επιτυγχάνεται καθώς και τα εμπόδια και οι τρόποι επίτευξης της.

Στη συνέχεια μελετάται η αντιμετώπιση της νοσηλευτική επιστήμης απέναντι στις ψυχικές παθήσεις. Αρχικά αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιστήμη της Ψυχιατρικής και γίνεται μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση στον τομέα αυτό στην Ελλάδα. Έπειτα αναφέρονται τα προσόντα που πρέπει να κατέχει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή.

Στο τελευταίο κεφάλαιο αναλύεται η νοσηλευτική διεργασία των ασθενών με ψυχικές παθήσεις, ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη αυτών και οι ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών του τομέα της Ψυχιατρικής. Τέλος αναλύονται δύο περιστατικά ασθενών μέσω της διαδικασίας της νοσηλευτικής διεργασίας.

SUMMARY

This thesis studies the science of Mental Health Nursing and the role of therapeutic communication as a tool for rehabilitation. Firstly the field of psychiatry is referenced by attempting a definition of the concepts of mental health and mental illness. Then the causes and symptoms of mental illness are briefly analyzed, and finally a classification of them is attempted.

The second chapter attempts to analyze the communication and the role of science in nursing. The communication is studied firstly as a general concept and then as a therapeutic method. Reference is made to the science of nursing as an interpersonal work and then the therapeutic communication techniques are further discussed along with the ways it is achieved and its obstacles.

Afterwards the treatment of nursing science towards mental illness is examined. Firstly the role of the nurse in the science of psychiatry is analyzed and then a short historical overview is made on this field in Greece. Moreover the qualifications the nurse must hold are listed along with the treatment of mental disorders and the role of the nurse in it.

The last chapter discusses the nursing process of patients with mental disorders, the role of the nurse in preventing these and the ethical obligations of nurses in the field of psychiatry. Finally two cases of patients are analyzed through the nursing process.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Περίληψη.....	2
Summary.....	3
Περιεχόμενα.....	4
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο I: Εισαγωγή στη μελέτη των ψυχικών παθήσεων.....	7
1.1 Ορισμός Ψυχικής Υγείας.....	8
1.2 Ορισμός Ψυχικής Πάθησης.....	10
1.3 Αίτια Ψυχικών Παθήσεων.....	11
1.4 Συμπτωματολογία Ψυχικών Παθήσεων.....	13
1.5 Ταξινόμηση των Ψυχικών Παθήσεων.....	15
1.5.1 Οι πέντε άξονες του DSM-IV.....	16
1.5.2 Διάκριση Ψυχικών Παθήσεων.....	18
Κεφάλαιο II: Η Επικοινωνία ως μέσο Θεραπείας.....	28
2.1 Η επικοινωνία στη ζωή του ανθρώπου.....	29
2.2 Η νοσηλευτική ως διαπροσωπικό έργο.....	31
2.2.1 Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή- ασθενή.....	33
2.3 Θεραπευτική Νοσηλευτική Επικοινωνία.....	35
2.4 Τεχνικές Θεραπευτικής Επικοινωνίας.....	38
2.5 Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία.....	46
2.6 Τρόποι Επίτευξης Αποτελεσματικής Θεραπευτικής Επικοινωνίας.....	49
Κεφάλαιο III: Η Νοσηλευτική Επιστήμη στην Αντιμετώπιση των Ψυχικών Παθήσεων.....	52
3.1 Ο ρόλος της Νοσηλευτικής Επιστήμης απέναντι στην Ψυχιατρική.....	53
3.2 Ιστορική ανασκόπηση της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.....	54
3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση.....	56
3.3.1 Δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος.....	56
3.3.2 Θεραπευτικές νοσηλευτικές στάσεις προς τον ασθενή.....	60
3.4 Τα προσόντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	61
3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή.....	62

3.5.1 Γενικά για την Θεραπεία των Ψυχικών Παθήσεων.....	62
3.5.2 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες.....	63
3.5.3 Βιολογικές Θεραπείες.....	66
Κεφάλαιο IV: Νοσηλευτική Διεργασία σε Ψυχιατρικούς Ασθενείς.....	70
4.1 Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενείς με ψυχικές παθήσεις.....	71
4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	75
4.3 Ηθικές Υποχρεώσεις.....	77
Νοσηλευτική Διεργασία Περιστατικών Ψυχικής Υγείας.....	79
Συμπεράσματα.....	83
Βιβλιογραφία.....	84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές παθήσεις είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μία ομάδα παθήσεων, κατά τον ίδιο τρόπο που η καρδιακή πάθηση αναφέρεται σε μία ομάδα ασθενειών και διαταραχών που επηρεάζουν την καρδιά. Οι ψυχικές παθήσεις είναι ένα πρόβλημα υγείας που επηρεάζει σημαντικά το πώς ένα άτομο αισθάνεται, σκέπτεται, συμπεριφέρεται και συναναστρέφεται με τους άλλους ανθρώπους. Οι ψυχικές παθήσεις προκαλούν μεγάλη ψυχική οδύνη σε εκείνους που υποφέρουν από αυτές, όπως και στην οικογένεια και στο περιβάλλον τους.³

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές θεραπείας, η καταλληλότητα των οποίων εξαρτάται από το άτομο και τη διαταραχή. Σε κάθε περίπτωση όμως υπάρχει ένας κοινός παρανομαστής που εκφράζεται μέσα από την επικοινωνία του επαγγελματία υγείας και του ασθενή. Υπάρχουν αρκετές μορφές έκφρασης της, από μια απλή συζήτηση έως κλινική ψυχοθεραπεία και ψυχανάλυση. Το βασικό στοιχείο που χρησιμοποιείται στην νοσηλευτική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών είναι η τεχνική της επικοινωνίας και ειδικότερα της θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο νοσηλευτής κερδίζει την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό του ασθενή μέσω της συζήτησης και της γενικότερης συναναστροφής του χρησιμοποιώντας πάντα τεχνικές κλειδιά για την καλύτερη επίτευξη διαπροσωπικών σχέσεων. Μια αποτελεσματική τέτοια σχέση συντελεί σημαντικά στην αποκατάσταση του ασθενή και στην επανένταξη του στην κοινωνία. Αντίθετα, εμπόδια στην επικοινωνία νοσηλευτή και ασθενή δυσκολεύουν σε μεγάλο βαθμό την τελική του αποθεραπεία.

Στόχος της εργασίας αυτής αποτελεί η μελέτη των ψυχικών παθήσεων και του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση τους, καθώς και η ανάλυση της αξίας της θεραπευτικής επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ



1.1 Ορισμός Ψυχικής Υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που είναι αναπόσπαστο της συνολικής υγείας του ατόμου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας του ανθρώπου και αποτελεί μια θετική δυναμική κατάσταση που εκφράζει την λειτουργία της ζωής. Δεν χαρακτηρίζεται απλώς ως ‘η απουσία αρρώστιας’ και δεν αποκτάται μια για πάντα.

Η ψυχική υγεία είναι μια ποιότητα ζωής και ανάπτυξης, αρμονία μεταξύ του τρόπου ζωής και της προσωπικής συνείδησης του ατόμου, εκδίπλωση των δυνατοτήτων της, απόκτηση καλλιεργημένων και κατάλληλων τρόπων στις διαπροσωπικές σχέσεις, δημιουργικές δραστηριότητες, οικοδομητική συμμετοχή σε ομάδες, αφοσίωση στη στοργική φροντίδα των άλλων και αγώνας για την κατάκτηση προσωπικής ακεραιότητας.³

Το ψυχικά ώριμο και υγιές άτομο διακατέχεται από μια πραγματική και ρεαλιστική εικόνα του εαυτού του, των ισχυρών σημείων της προσωπικότητας του αλλά και των αδυναμιών του. Χαρακτηρίζεται από μια συνεχή ανάπτυξη προς την πραγματοποίηση όλων των δυνατοτήτων του ενώ παρουσιάζει αυτονομία στις ενέργειες του. Έχει την ικανότητα να εργάζεται, να σχετίζεται με άλλους, να έχει μια ενεργή προσαρμοστικότητα στις τρέχουσες περιστάσεις της ζωής του, να αντιμετωπίζει και να λύνει τα προβλήματα της ζωής του αλλά και να λαμβάνει εσωτερική ικανοποίηση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του και ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι ‘απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας’, αλλά, ‘μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας’.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ψυχική υγεία ορίζεται ‘η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα του’. Είναι επιστημονικά αποδεκτό πως για να θεωρηθεί ένα άτομο ψυχικά υγιές πρέπει να ισχύει μια σειρά από προϋποθέσεις, χαρακτηριστικά και κριτήρια. Μερικά από τα περισσότερο αποδεκτά είναι τα εξής:

- Η επίγνωση του ατόμου για την ταυτότητα του
- Η δυνατότητα του για αυτοδυναμία
- Η ικανότητα για αντίσταση σε καταπιεστικές συνθήκες

- Η ενεργητική παρουσία του και η ανεξαρτησία του από ξένες επιρροές
- Η άσκηση ελέγχου στο περιβάλλον
- Οι επαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις που εκπληρώνουν τις ανάγκες της προσωπικότητας του
- Η ικανότητα προσφοράς αγάπης και η εκδήλωση ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους
- Η δυνατότητα να αντιμετωπίζει και να επιλύει προβλήματα
- Κατάλληλη αντίληψη της πραγματικότητας
- Ικανότητα να δεχτεί τον εαυτό του, τους άλλους, και το ανθρώπινο είδος
- Ικανότητα να εκδηλώσει αυθορμητισμό
- Ικανότητα για συγκέντρωση εστιάζοντας στην επίλυση προβλημάτων
- Η ανάγκη για την απόσπαση και την επιθυμία για την προστασία της ιδιωτικής ζωής
- Ανεξαρτησία και αυτονομία
- Ένταση της συναισθηματικής αντίδρασης
- Η ικανότητα να απολαμβάνει τις χαρές της ζωής
- Μια ταύτιση με την ανθρωπότητα
- Η ικανότητα να ολοκληρώσει την επίτευξη ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων
- Ένα χαρακτήρα με δημοκρατική διάρθρωση και ισχυρή αίσθηση της ηθικής
- Δημιουργικότητα^{3,4}

Οι Black και Andreasen ορίζουν την ψυχική υγεία ως ‘μια κατάσταση της ύπαρξης που είναι σχετική και όχι απόλυτη’.⁵ Η επιτυχής εκτέλεση των νοητικών λειτουργιών φαίνονται από παραγωγικές δραστηριότητες, την εκπλήρωση σχέσεων με άλλους ανθρώπους, και την ικανότητα να προσαρμόζονται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζουν τις αντιξοότητες. Ο Townsend ορίζει την ψυχική υγεία ως ‘η επιτυχής προσαρμογή σε στρεσογόνους παράγοντες από το εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον, αποδεικνυόμενη από τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που είναι κατάλληλες για την ηλικία και σύμφωνες με τις τοπικές και τις πολιτισμικές νόρμες’.⁶

Η ψυχική υγεία είναι συνάρτηση της αγάπης, της υποστήριξης και της αποδοχής που χαίρουμε από τον οικογενειακό μας περίγυρο, αλλά και από τρίτους. Έτσι, η ‘ψυχική υγεία’ δεν μπορεί απλά να οριστεί σαν την ‘απουσία ψυχικής νόσου’. Αντίθετα προϋποθέτει την εκπλήρωση μια σειράς παραγόντων που βρίσκονται σε αρμονική σχέση μεταξύ τους και

καταλήγουν να συνιστούν μια φυσιολογική ψυχική κατάσταση. Η ψυχική υγεία μπορεί να περιγραφεί ως η καλή λειτουργικότητα σε όλα τα επίπεδα (κοινωνικό, ατομικό, σωματικό, ψυχικό, πνευματικό) σύμφωνα με μια ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου, που τον βλέπει συνολικά και τον συνδέει με το περιβάλλον του. Τέλος οφείλουμε να τονίσουμε πως κάθε πολιτισμός, κουλτούρα, κοινωνία και εθνότητα αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο την ψυχική υγεία.³

1.2 Ορισμός Ψυχικής Πάθησης

Η ψυχική πάθηση είναι ένα αρκετά σύνθετο πρόβλημα που μελετάται σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες. Κατά την παθολογική ή ιατρική θεώρηση, η ψυχική αρρώστια είναι ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις όσον αφορά την αντίληψη, την αντιμετώπιση και την επίλυση των προβλημάτων της. Κριτήρια της ψυχικής αρρώστιας θεωρούνται οι διαταραχές στην αντίληψη, το συναίσθημα, τη σκέψη, την κρίση, τη βούληση, τον προσανατολισμό στο χώρο και τον χρόνο, στην συνείδηση, την επικοινωνία και την συμπεριφορά.³

Ως ψυχική ασθένεια ορίζεται μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας. Στο χώρο της ψυχιατρικής επιστήμης έχουν επικρατήσει τρεις μορφές προσέγγισης της ψυχικής νόσου.⁴

1. *Το ιατρικό πρότυπο*, αναφέρεται στις μορφές προσέγγισης και αναζήτησης των αιτιών της ψυχικής πάθησης σε οργανικούς παράγοντες, όπως η ανατομία του Νευρικού Συστήματος, η νευροφυσιολογία, η γενετική και η βιοχημική σύσταση του οργανισμού.
2. *Το ψυχογενετικό πρότυπο*, είναι αυτό που υποστηρίζει ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια. Η σχέση αυτών των στοιχείων και παραγόντων είναι αυτή που δημιουργεί τελικά την ψυχική νόσο. Μερικά παραδείγματα είναι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, ανωμαλίες στη συναισθηματική και σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, ο τρόπος που βιώνει καταστάσεις και η μορφή των ερεθισμάτων που δέχεται από το περιβάλλον.
3. *Το κοινωνιογενετικό πρότυπο*, σύμφωνα με το οποίο η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Βασική υπόθεση του προτύπου είναι η θεώρηση

του ατόμου ως μια κοινωνικό-ψυχοσωματική ενότητα που διαμορφώνεται κυρίως από το περιβάλλον.

Ένας άλλος ενδιαφέρον ορισμός της ψυχικής νόσου είναι αυτός του εγγράφου ‘A Report of the Surgeon General’ του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ που αναφέρει ότι ‘η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη.⁷ Η ψυχική ασθένεια καθορίζεται γενικά από ένα συνδυασμό του πώς ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί, σκέπτεται ή αντιλαμβάνεται. Είναι δυνατόν να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου ή και του υπόλοιπου νευρικού συστήματος, συχνά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο’.

Η αναγνώριση και η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών έχει τροποποιηθεί με το πέρασμα των χρόνων και ανά τον κόσμο και υπάρχουν ακόμη ποικίλοι ορισμοί, αποτιμήσεις και ταξινομήσεις, αν και υπάρχουν καθοδηγητικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται ευρέως. Σε πολλές περιπτώσεις, παρουσιάζεται μια συνέχεια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας, πράγμα που κάνει τον ορισμό και την διάγνωση μιας τέτοιας κατάστασης αρκετά δύσκολη.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες αναφέρουν προβλήματα σε κάποιο σημείο της ζωής τους τα οποία ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός ή περισσότερων από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές.³

1.3 Αίτια Ψυχικών Παθήσεων

Παρόλο που η ακριβής αιτία των περισσότερων ψυχικών ασθενειών δεν είναι γνωστή, γίνεται όλο και πιο ξεκάθαρο μέσω της έρευνας ότι πολλές από αυτές τις καταστάσεις προκαλούνται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών/κοινωνικών παραγόντων, που περιγράφεται στη σύγχρονη δυτική ψυχιατρική ως το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.⁴

Οι βιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνουν:

- **Κληρονομικότητα:** Πολλές φορές οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν κληρονομικό κομμάτι μιας οικογένειας. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που στην οικογένεια τους υπάρχει ιστορικό ψυχικών παθήσεων είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν τέτοιες παθήσεις οι ίδιοι. Είναι όμως επιστημονικά αποδεκτό πως κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά έτσι η κληρονομική γονιδίων που έχουν σχέση με ψυχικές παθήσεις δεν είναι η μόνη προϋπόθεση για το άτομο να αναπτύξει κάποια.
- **Λοιμώξεις:** Ορισμένες λοιμώξεις έχουν συνδεθεί με εγκεφαλικές βλάβες και την ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων.
- **Εγκεφαλικές βλάβες:** Εγκεφαλικές βλάβες σε συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου έχουν επίσης συνδεθεί με ψυχικές ασθένειες.
- **Προγεννητικές βλάβες:** Κάποια στοιχεία προτείνουν ότι επιπλοκές στην πρόωρη ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά την εμβρυική ζωή ή τραύματα που συμβαίνουν κατά τον τοκετό (π.χ. μειωμένη πρόσληψη οξυγόνου) μπορεί να είναι παράγοντες για την ανάπτυξη συγκεκριμένων καταστάσεων.
- **Κατάχρηση ουσιών:** Η μακράς διάρκειας κατάχρηση ουσιών έχει συνδεθεί με αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και παράνοια.
- **Άλλους παράγοντες:** Χαμηλή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και η εκδήλωση σε τοξικές ουσίες μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη ψυχικών παθήσεων.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνουν:

- Βαριά ψυχολογικά τραύματα κατά την παιδική ηλικία όπως συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική βία.
- Ο θάνατος ενός σημαντικού ανθρώπου, όπως ενός γονέα.
- Η παραμέληση, είτε σε συναισθηματικό ή σωματικό επίπεδο.
- Η χαμηλή ικανότητας εμπάθειας, της ικανότητας δηλαδή να συνδέεται με άλλους.^{4,5}

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνουν:

- Θάνατο ή διαζύγιο.
- Μη λειτουργική οικογενειακή ζωή.
- Αισθήματα ανεπάρκειας, χαμηλής αυτοπεποίθησης, άγχους, θυμού ή μοναξιάς.
- Μεγάλες αλλαγές στην καθημερινή ζωή, όπως αλλαγή επαγγέλματος ή σχολείου.

- Προσδοκίες της κοινωνίας (για παράδειγμα όταν η εικόνα για την ομορφιά προστάζει ένα αδύνατο σώμα αυτό μπορεί να επηρεάσει το άτομο στην δημιουργία διατροφικών διαταραχών).
- Κατάχρηση ουσιών από το άτομο ή την οικογένεια του.^{4,5}

Το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ είναι οι τρεις συνιστώσες του μοντέλου για τη δομή του ανθρωπίνου ψυχικού οργάνου στα πλαίσια της δεύτερης τοπικής θεωρίας του Σίγκμουντ Φρόυντ. Σύμφωνα με αυτό το Εκείνο αντιπροσωπεύει τα κίνητρα, τα ένστικτα και τις βιολογικές ανάγκες του ατόμου και κατά συνέπεια είναι έμφυτο, το Εγώ αποτελεί το λογικό μέρος που αν και δεν είναι έμφυτο, αναπτύσσεται και καλλιεργείται με την επίδραση της συσσωρευμένης εμπειρίας και τέλος το Υπερεγώ αντιπροσωπεύει όλες τις θετικές ηθικές και κοινωνικές αξίες του ατόμου, αποτελώντας κατά κάποιο τρόπο την ηθική συνείδηση του.⁸

Η ψυχαναλυτική θεωρία λέει ότι υπάρχει μια σύγκρουση ανάμεσα σε εκείνο και το υπερεγώ, κάτι που σε όλους που προκαλεί άγχος. Στην περίπτωση του ψυχικά μη υγιούς ατόμου κάποια στιγμή στην ανάπτυξη του η σύγκρουση αυτή κατεστάλη αλλά εμφανίστηκε πάλι κατά ενηλικίωση. Όταν η σύγκρουση αναδύεται, οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι έχουν «αποτύχει», και οι εκδηλώσεις του άγχους είναι και πάλι αισθητές, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικές διαταραχές, κυρίως σε αυτές που έχουν να κάνουν με το άγχος.⁹

1.4 Συμπτωματολογία Ψυχικών Παθήσεων

Κάθε ψυχική πάθηση έχει τα δικά της μοναδικά συμπτώματα, καθώς και μια πληθώρα άλλων που μοιράζεται με τις περισσότερες. Τα παρακάτω είναι κάποια γενικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στα άτομα που αντιμετωπίζουν παθολογικές ψυχικές καταστάσεις, ανά ηλικία.^{3,5}

Σε ενήλικες:

- Σύγχυση σκέψης.
- Η παρατεταμένη κατάθλιψη, μελαγχολία ή ευερεθιστότητα (2 εβδομάδων ή περισσότερο).
- Συναισθήματα με ακραίες αλλαγές.
- Φόβοι, ανησυχίες και άγχος σε υπερβολικό επίπεδο.

- Κοινωνική απόσυρση.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που ήταν προηγουμένως πηγές απόλαυσης.
- Ανάρμοστες αντιδράσεις στα ερεθίσματα (δηλ. το γέλιο σε μια κηδεία, την αδιαφορία για την κρίσιμη κατάσταση κτλ).
- Απότομες αλλαγές στην προσωπικότητα.
- Δραματικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες τους.
- Ισχυρά συναισθήματα θυμού.
- Παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις.
- Αδυναμία αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων και δραστηριοτήτων.
- Αυτοκτονικές σκέψεις.
- Άρνηση αντιμετώπισης προβλημάτων.
- Επιδείνωση ή εγκατάλειψη της προσωπικής υγιεινής.
- Η χρήση ουσιών εκτός των κανονικών μοντέλων του ατόμου.^{3,5}

Σε μεγαλύτερα παιδιά και προ-εφήβους:

- Η κατάχρηση ουσιών.
- Αδυναμία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Αλλαγές στον ύπνο ή / και διατροφικές συνήθειες.
- Αψήφηση των αρχών (κοπάνες, κλοπές, ή / και βανδαλισμοί).
- Έντονος φόβος της αύξησης του σωματικού βάρους.
- Πτώση στις ακαδημαϊκές ή αθλητικές επιδόσεις.
- Αδιαφορία ή άρνηση να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που παλιότερα απολάμβαναν.
- Η παρατεταμένη αρνητική διάθεση, που συχνά συνοδεύεται από ανορεξία ή σκέψεις θανάτου.
- Συχνά ξεσπάσματα θυμού.^{3,5}

Σε μικρότερα παιδιά:

- Αλλαγές στη σχολική επίδοση.
- Κακή βαθμολογία παρά τις έντονες προσπάθειες.
- Η υπερβολική ανησυχία ή άγχος .

- Υπερκινητικότητα.
- Υπερβολικό κλάμα.
- Επίμονοι εφιάλτες.
- Επίμονη ανυπακοή ή επιθετικότητα.
- Συχνές εκρήξεις θυμού.^{3,5}

1.5 Ταξινόμηση των Ψυχικών Παθήσεων

Ο ορισμός και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών είναι ένα βασικό ζήτημα για τους ερευνητές καθώς και τους ασθενείς. Για να χαρακτηριστεί μια ψυχική κατάσταση ως διαταραχή, πρέπει γενικά να προκαλέσει δυσλειτουργία. Στην ψυχιατρική ισχύει ότι δεν υπάρχουν ‘ασθένειες’ αλλά ‘ασθενείς’. Αυτό σημαίνει ότι παρόλη την διαγνωστική ταξινόμηση που υπάρχει δεν θα πρέπει να ξεχνάει κανείς πως κάθε ασθενής αντιπροσωπεύει μια διαφορετική εξατομικευμένη περίπτωση.⁴

Μια συμβατική και γενικότερα αποδεκτή ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών είναι αυτή του διεθνούς κώδικα νόσων (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η διαδικασία αυτή ξεκίνησε το 1960 και ολοκληρώθηκε το 1992.⁴ Ακόμα μία διαγνωστική κατηγοριοποίηση των ψυχικών παθήσεων είναι το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών (DSM= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illness) που εκδίδεται από την Αμερικανική Εταιρεία Ψυχιατρικής. Χρησιμοποιείται από το 1952 και μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει πέντε αναθεωρημένες εκδόσεις.¹⁰

Το εγχειρίδιο αυτό προσφέρει ένα κοινό σημείο αναφοράς καθώς και σταθερά κριτήρια για την κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών. Χρησιμοποιεί ένα πολυαξονικό σύστημα για την διάγνωση ατόμων με ψυχική νόσο. Κάθε άξονας αναφέρεται σε διαφορετικό πεδίο πληροφοριών που μπορεί να βοηθήσει τους επιστήμονες υγείας να σχεδιάσουν την θεραπεία και να προβλέψουν την έκβαση της νόσου για κάθε ασθενή. Το πολυαξονικό σύστημα αυτό διευκολύνει την επικοινωνία, καθώς και την οργάνωση των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή και επιτρέπει στους επιστήμονες υγείας να έχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για εκείνον. Επίσης βοηθά στην εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της ψυχικής νόσου, όπου όλοι οι παράγοντες θεωρούνται σχετικοί με την αιτιολογία και την εκδήλωση της κάθε διαταραχής.¹⁰

1.5.1 Οι πέντε άξονες του DSM-IV

Άξονας I: Κλινικές διαταραχές και άλλες καταστάσεις που μπορούν να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής

Στον άξονα αυτό αναφέρονται όλα τα κλινικά σύνδρομα εκτός από τις διαταραχές προσωπικότητας και την νοητική υστέρηση (οι οποίες αναφέρονται στον Άξονα II). Όταν ένας ασθενής έχει περισσότερες από μία διαταραχές στον Άξονα I θα πρέπει να αναφερθούν όλες αλλά η κύρια διάγνωση ή ο λόγος επίσκεψης πρέπει να δηλωθεί πρώτα.¹⁰ Οι διαταραχές του Άξονα I περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαγνώσεις:

- Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία (εξαιρείται η νοητική υστέρηση).
- Ντελίριο, Άνοια, Αμνησιακές και άλλες γνωσιακές διαταραχές.
- Ψυχικές Διαταραχές, οφειλόμενες σε γενική σωματική κατάσταση.
- Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές.
- Διαταραχές της διάθεσης.
- Αγχώδεις διαταραχές.
- Σωματόμορφες διαταραχές.
- Προσπονητές διαταραχές.
- Αποσυνδετικές διαταραχές.
- Σεξουαλικές διαταραχές και Διαταραχές της ταυτότητας γένους.
- Διαταραχές πρόσληψης τροφής.
- Διαταραχές ύπνου.
- Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων.
- Διαταραχές προσαρμογής.
- Άλλες καταστάσεις που μπορούν να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.

Άξονας II: Διαταραχές προσωπικότητας, νοητική υστέρηση

Η τοποθέτηση των διαταραχών αυτών σε ξεχωριστό άξονα εξασφαλίζει πως δεν παραβλέπονται αφού συνήθως δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στις πιο προφανείς διαγνώσεις του Άξονα I.⁵ Οι διαταραχές του Άξονα II δεν είναι διαφορετικές όσον αφορά τη παθογένεια και την ανάλογη θεραπεία σε σχέση με τις διαταραχές του Άξονα I. Σύμφωνα με ορισμένους

επαγγελματίες υγείας (κλινικούς και θεωρητικούς), οι διαταραχές του Άξονα II δεν ανταποκρίνονται καλά στην θεραπεία και σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές οι διαταραχές αυτές δεν έχουν θεραπεία.¹⁰

Άξονας III: Γενικές σωματικές καταστάσεις

Εδώ αναφέρονται γενικές σωματικές καταστάσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην κατανόηση και αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής του ατόμου. Πολλές φορές οι ψυχικές διαταραχές σχετίζονται με σωματικούς ή βιολογικούς παράγοντες και αντίστοιχα οι γενικές σωματικές καταστάσεις σχετίζονται με συμπεριφοριστικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Μερικές φορές η σωματική κατάσταση έχει άμεση σχέση με την αιτιολογία της ψυχικής νόσου ή με την επιδείνωση των συμπτωμάτων της. Όταν συμβαίνει αυτό, θεωρείται πως κάποια σωματική αιτία (ή μηχανισμός) είναι υπεύθυνη (αν και όχι απαραίτητα εμφανής).^{10,11}

Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα

Στον Άξονα IV αναφέρονται ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα που είναι δυνατόν να επηρεάσουν την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών. Ένα ψυχοκοινωνικό ή περιβαλλοντικό πρόβλημα μπορεί να είναι αρνητικό γεγονός ζωής (όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου), μια περιβαλλοντική δυσκολία, οικογενειακές ή διαπροσωπικές εντάσεις, ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης ή προσωπικών πηγών.^{5,10}

Οι θετικοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως η εργασιακή προαγωγή ή η γέννηση ενός παιδιού πρέπει να αναφέρονται μόνο όταν οδηγούν ή συντελούν σε πρόγραμμα, όπως όταν ένα άτομο έχει δυσκολία προσαρμογής στην νέα κατάσταση. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της ψυχικής νόσου. Τέλος, αποτελούν προβλήματα που πρέπει να συνυπολογίζονται στο θεραπευτικό σχέδιο του ασθενούς.^{10,11}

Τα προβλήματα του Άξονα IV ομαδοποιούνται ως εξής:

- Προβλήματα με την ομάδα πρωτογενούς υποστήριξης.
- Προβλήματα που συνδέονται με το κοινωνικό περιβάλλον.
- Εκπαιδευτικά προβλήματα.
- Εργασιακά προβλήματα.

- Στεγαστικά προβλήματα.
- Οικονομικά προβλήματα.
- Προβλήματα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- Προβλήματα που συνδέονται με την συναλλαγή με το δικαστικό σύστημα/ ποινικό αδίκημα.
- Άλλα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα.

Άξονας V: Σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας (ΣΕΛ)

Πρόκειται για τον πιο αμφιλεγόμενο από τους άξονες γιατί είναι ο πιο υποκειμενικός. Εδώ ο επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιεί την κρίση του για την γενικότερη εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενούς βασισμένη σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από το 1 έως το 100 (το 0 χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες). Όσο υψηλότερος ο αριθμός, τόσο πιο ψυχικά υγιές θεωρείται το άτομο.

Ο επαγγελματίας υγείας συνεκτιμά την ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Η κλίμακα ΣΕΛ αναφέρεται στον Άξονα V ως: ΣΕΛ=70 (Τρέχουσα). Ο όρος Τρέχουσα αναφέρεται στη χρονική περίοδο. Στο παράδειγμα αυτό αναφέρεται ότι το άτομο στην παρούσα φάση παρουσιάζει ήπια συμπτώματα (όπως καταθλιπτική διάθεση) ή μερικά κοινωνικά, επαγγελματικά ή σχολικά προβλήματα.¹⁰

1.5.2 Διάκριση Ψυχικών Παθήσεων

Οι ψυχικές διαταραχές διακρίνονται στις παρακάτω κύριες νοσολογικές ομάδες:

A. τις ψυχώσεις που διακρίνονται στις

-οργανικές (οργανικά ψυχοσύνδρομα)

-λειτουργικές, που ανήκουν οι διάφορες μορφές σχιζοφρενικών διαταραχών.

B. τις νευρώσεις, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι ψυχοσωματικές ασθένειες

Γ. τις διαταραχές συμπεριφοράς ή προσωπικότητας

Δ. τη νοητική υστέρηση

Ε. τις ασθένειες εξαρτήσεων

ΣΤ. τις ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο της παιδοψυχιατρικής και

Z. τις άλλες άτυπες ψυχικές διαταραχές.⁴

A. Ψυχώσεις

Δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των ψυχώσεων: η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο πραγματικό και το φανταστικό και η απώλεια λειτουργικότητας σε διάφορα επίπεδα. Ανάλογα με τα συμπτώματα υπάρχουν τα παρακάτω είδη ψυχώσεων:

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή
- Διπολική Διαταραχή
- Παραληρητική Διαταραχή
- Βραχεία Ψυχωσική Διαταραχή
- Ψυχωσική Διαταραχή οφειλόμενη σε σωματική νόσο
- Ψυχωσική Διαταραχή οφειλόμενη στο αλκοόλ ή σε άλλη ουσία
- Ψυχωσική Διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς⁴

Οργανικά ψυχοσύνδρομα

Έτσι ονομάζονται τα σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης, της αντίληψης, της προσοχής, του υπολογισμού, της ικανότητας μάθησης και κρίσης. Το συναίσθημα εμφανίζεται ρηχό ή ασταθές, συχνά μη σχετικό με την επικρατούσα κατάσταση.⁵ Συχνή είναι και η εξασθένηση των ηθικών αναστολών. Κυριότεροι εκπρόσωποι τέτοιων καταστάσεων είναι η γεροντική άνοια και ψυχώσεις που εμφανίζονται μετά από μακροχρόνια χρήση οινοπνεύματος ή άλλων τοξικών ουσιών.⁴

Λειτουργικές ψυχώσεις

- Σχιζοφρενικές Ψυχώσεις

Εδώ περιλαμβάνεται μια ομάδα ψυχώσεων κυριότερα χαρακτηριστικά των οποίων είναι η βαριά διαταραχή της προσωπικότητας, η διαταραχή της σκέψης και η διαταραχή του συναισθήματος.⁴ Η εικόνα συνοδεύεται συχνά από παραλήρημα οπτικού ή ακουστικού τύπου

και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Υπάρχουν διαταραχές τόσο της ροής όσο και του περιεχομένου της σκέψης, παρανοϊκές ιδέες, ιδέες μεγαλείου ή ιδέες καταξίωσης. Έτσι η έκφραση της σκέψης με το λόγο γίνεται πολλές φορές ακατανόητη τόσο όσον αφορά το περιεχόμενο της όσο και αυτό το ίδιο τρόπο έκφρασης.^{4,5}

Οι ασθενείς μεταχειρίζονται συχνά μια δική τους γλώσσα. Το συναίσθημα είναι ρηχό, ιδιότροπο ή άτοπο. Μπορεί να υπάρχει μια αμφιβουλησία που εμφανίζεται ως αρνητισμός, αδράνεια ή εμβροντησία. Τα ακουστικά παραληρήματα είναι πιο συχνά από τα οπτικά ή σωματικά. Μπορεί να υπάρχουν διαταραχές της προσοχής και της αντίληψης. Παρόλα αυτά όμως δεν υπάρχουν διαταραχές της συνείδησης και της διανοητικής ικανότητας.⁴ Οι κυριότερες μορφές σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι:

- Απλός τύπος
- Ηβηφρενικός τύπος
- Κατατονικός τύπος
- Παρανοειδής τύπος
- Οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο

Σε αυτούς τους τύπους το DSM-IV προσθέτει:

- Αποδιοργανωμένος τύπος
- Αδιαφοροποίητος τύπος
- Υπολειμματικός τύπος^{4,10}

▪ Παρανοειδείς Καταστάσεις

Οξείες ή χρόνιες ψυχώσεις που δεν ταξινομούνται στις σχιζοφρένιες ή τις συναισθηματικές ψυχώσεις και στις οποίες κυριαρχούν παραληρηματικές ιδέες και ιδιαίτερα ιδέες επιρροής, καταδίωξης ή μεταχείρισης από άλλες δυνάμεις.⁴ Οι ιδέες αυτές είναι σταθερές, περίπλοκες και συστηματικοποιημένες.⁵ Οι κυριότερες μορφές παρανοειδών ψυχωτικών καταστάσεων είναι:

- Απλή παρανοειδής κατάσταση
- Παράνοια
- Επακτή ψύχωση
- Μη καθορισμένες μορφές

Διαταραχές της Διάθεσης

- Συναισθηματικές ψυχώσεις

Εδώ κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος που μπορεί να εμφανίζεται σαν μίγμα κατάθλιψης και άγχους ή ευφορίας, έξαρσης και διέγερσης. Οι διαταραχές αυτές συνοδεύονται από ανάλογες ιδέες που φαίνονται σαν παρανοϊκές όπως ιδέες μικρότητας και ασημαντότητας αλλά και ιδέες μεγαλείου και παντοδυναμίας αντίστοιχα. Οι καταστάσεις αυτές συνοδεύονται και από ανάλογες διαταραχές της προσοχής, της αντίληψης και της συμπεριφοράς. Στις καταθλιπτικές καταστάσεις υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας.⁴

Άλλες μη οργανικές ψυχώσεις

Μικρή κατηγορία ψυχωτικών διαταραχών που φαίνεται να εκλύονται από συγκεκριμένες επίκαιρες επιδράσεις του περιβάλλοντος.⁴ Οι κυριότερες μορφές είναι:

- Καταθλιπτική μορφή κατατονικού ή διεγερτικού τύπου
- Αντιδραστική σύγχυση
- Οξεία παρανοειδής κατάσταση
- Ψυχογενής παρανοειδής ψύχωση
- Μη καθορισμένη

Ψυχώσεις με ειδική προέλευση την παιδική ηλικία

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ψυχώσεις που εμφανίζονται πριν από την ήβη. Κυριότεροι εκπρόσωποι είναι ο παιδικός αυτισμός, η αποδιοργανωτική ψύχωση και η παιδική σχιζοφρένεια. Ο βρεφικός αυτισμός είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται κατά την γέννηση ή τους πρώτους 30 μήνες. Χαρακτηρίζεται από άτυπες απαντήσεις στα ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα, σοβαρά προβλήματα στην κατανόηση του προφορικού λόγου με επακόλουθο της καθυστέρηση ανάπτυξης του.⁴ Στην πορεία της διαταραχής μπορεί να υπάρξει ανώριμη γραμματική δόμηση, ανικανότητα χρήσης αφηρημένων όρων και ηχολαλία. Εμφανίζονται προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, ιεροτελεστική συμπεριφορά, ανώμαλες συνήθειες, στερεοτυπίες, αντίσταση στις μεταβολές του περιβάλλοντος, έλλειψη φαντασίας κτλ. Η ευφυΐα μπορεί να είναι σοβαρά καθυστερημένη, φυσιολογική ή ιδιαίτερος ανεπτυγμένη.^{4,5}

Η αποδιοργανωτική ψύχωση εμφανίζεται μετά μια ολιγόχρονη φυσιολογική ανάπτυξη. Χαρακτηρίζεται από απώλεια της κοινωνικότητας, διαταραχές του λόγου, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Η παιδική σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται σε σημαντικά πολύ μικρότερο ποσοστό από ότι στους ενήλικες.⁹ Διακρίνεται σε σχιζοφρένεια με πολύ πρόωμη έναρξη –κάτω των 12 ετών- και σε σχιζοφρένεια της εφηβείας με έναρξη μεταξύ 12-17 ετών, που είναι και συχνότερη της πρώτης.

B. Νευρωτικές Διαταραχές

Οι νευρωτικές διαταραχές είναι ψυχικές ανωμαλίες για τις οποίες δεν υπάρχει οργανικό υπόστρωμα. Ο ασθενής έχει επίγνωση της νοσηρότητας του, μπορεί να δει την πραγματικότητα και δεν συγχέει τις νοσηρές υποκειμενικές του εμπειρίες και φαντασιώσεις με αυτή.⁴ Σύμφωνα με τον S. Freud, νεύρωση είναι μια διαταραχή της ψυχικής υγείας της οποίας τα συμπτώματα είναι άμεσα επακόλουθα και συμβολική έκφραση ενός εσωτερικού ψυχολογικού προβλήματος που παραμένει ασυνείδητο.⁸

Στην στενή ψυχαναλυτική έννοια, το ψυχολογικό αυτό πρόβλημα είναι ριζωμένο σε κάποια φάση της παιδική ηλικίας και η επίκαιρη συμπτωματολογία οφείλεται σε μια σύγκρουση μεταξύ ορισμών- επιθυμιών του ατόμου και αδυναμίας πραγματοποίησής τους.⁴ Αποτέλεσμα της σύγκρουσης αυτής είναι η ανάλογη συμπτωματολογία που καθορίζει και το είδος της νεύρωσης. Οι κυριότερες μορφές νευρωτικών διαταραχών είναι:

- οι αγχώδεις καταστάσεις
- η υστερία
- οι φοβικές καταστάσεις
- οι ιδεο-ψυχαναγκαστικές διαταραχές
- η νευρωτική κατάθλιψη
- η νευρασθένεια
- οι υποχονδριακές καταστάσεις
- διάφορες άλλες νευρωτικές καταστάσεις

Γ. Διαταραχές της Προσωπικότητας και άλλες μη ψυχωτικές διαταραχές

Διαταραχές της Προσωπικότητας

Πρόκειται για βαθιά ριζωμένες διαταραχές της συμπεριφοράς που εμφανίζονται συχνά στο στάδιο της πρώιμης εφηβείας και διατηρούνται κατά την διάρκεια ολόκληρης της ζωής. Η προσωπικότητα εμφανίζεται όχι σαν φυσιολογική είτε όσο αφορά την ισορροπία των στοιχείων που την απαρτίζουν, είτε σε σχέση με ολόκληρη την δομή της. Κάτω από αυτή τη μη φυσιολογικότητα υποφέρει τόσο ο ασθενής όσο και το περιβάλλον του.⁴ Εάν αυτή η μη φυσιολογικότητα οφείλεται σε κάποια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, τότε θα πρέπει να καταταχθεί στις όχι ψυχωτικές διαταραχές επί οργανικής βάσης και όχι στις διαταραχές της προσωπικότητας.

Οι κυριότερες μορφές διαταραχών της προσωπικότητας είναι:

- Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- Συναισθηματική διαταραχή της προσωπικότητας
- Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- Εκρηκτική διαταραχή της προσωπικότητας
- Αναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας
- Υστερική διαταραχή της προσωπικότητας
- Ασθενική διαταραχή της προσωπικότητας
- Διαταραχή της προσωπικότητας με κυρίως κοινωνικοπαθητική συμπεριφορά
- Άλλες διαταραχές της προσωπικότητας
- Μη καθορισμένες.^{4,5}

Σεξουαλικές αποκλίσεις και διαταραχές

Πρόκειται για περιπτώσεις μη φυσιολογικών σεξουαλικών τάσεων ή συμπεριφορών. Τα όρια της φυσιολογικής ή όχι σεξουαλικής συμπεριφοράς αποκλίνουν ανάλογα με τον πολιτισμό και την κοινωνία αλλά γενικά εξυπηρετούν αποδεκτούς κοινωνικούς και βιολογικούς σκοπούς.⁵ Η σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων που κατατάσσονται εδώ χαρακτηρίζεται βασικά από το ότι απευθύνεται πρωτοπαθώς σε άτομα του ίδιου ή του αντίθετου φύλου με τρόπο όμως που δεν έχει σχέση με την φυσιολογική σεξουαλική πράξη ή η πράξη είναι κατορθώσιμη μόνο κάτω από μη φυσιολογικές συνθήκες.⁴

Κλασσικά, η οποιαδήποτε σεξουαλική έλξη ή πράξη με άτομα του ίδιου φύλου θεωρείται μη φυσιολογική σύμφωνα πάντα με τους κανόνες της φύσης όπου υπαγορεύουν την διαιώνιση του είδους. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι στην τελευταία διαγνωστική

ταξινόμηση των ICD-10 και DMS-IV, ο σεξουαλικός προσανατολισμός προς το ίδιο φύλο, αλλά και ο αμφιφυλικός δεν ταξινομούνται σαν σεξουαλικές διαταραχές.^{4,10}

Οι κυριότερες μορφές εκδήλωσης σεξουαλικών αποκλίσεων και διαταραχών είναι:

- Ομοφυλοφιλία ή αμφιφυλία
- Κτηνοβασία
- Παιδοφιλία
- Παρενδυσία ή μεταμφίεση
- Επιδειξιομανία
- Τρανσεξουαλισμός
- Διαταραχές της ψυχοσεξουαλικής ταυτότητας
- Ψυχρότητα ή ανικανότητα
- Μη καθορισμένες

Φυσιολογική δυσλειτουργία που προκύπτει από ψυχικούς παράγοντες

Πρόκειται για διαταραχές στη λειτουργία διαφόρων οργάνων του σώματος ή και αλλοίωσης ιστών για την αιτιολογία των οποίων ενοχοποιούνται και ψυχολογικοί παράγοντες. Οι παθολογικές αυτές διαταραχές εμφανίζονται κυρίως σε όργανα με έντονη νευροφυτική νεύρωση και περιορίζονται συνήθως σε ένα όργανο το οποίο χαρακτηρίζει και την κλινική εικόνα.⁴

- Μυοσκελετικές (σπαστικό ραιβόκρανο)
- Αναπνευστικές (δύσπνοιες, ασθματικές καταστάσεις, ψυχογενής λόξυγκας ή βήχας)
- Καρδιαγγειακές (ψυχογενής υπέρταση, ταχυκαρδίες)
- Δερματικές (διάφορες ψυχογενείς δερματοπάθειες)
- Γαστρεντερικές (έλκος, κολίτιδες)
- Ουροποιογεννητικές (σεξουαλική ανικανότητα, ψευδοκύηση)
- Ενδοκρινικές
- Οργάνων ειδικών αισθήσεων
- Μη καθορισμένες

Ειδικά συμπτώματα ή σύνδρομα που δεν ταξινομούνται αλλού

Πρόκειται για διαταραχές στις οποίες η ύπαρξη ενός εξειδικευμένου συμπτώματος δεν αποτελεί στοιχείο κάποιας άλλης συγκεκριμένης κλινικής εικόνας μια ψυχικής διαταραχής. Το σύμπτωμα αυτό χαρακτηρίζει και την κλινική εικόνα της νόσου. Στην κατάταξη αυτή εξαιρούνται συμπτώματα τα οποία είναι αποτέλεσμα κάποιας οργανικής νόσου ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.⁴ Εδώ ταξινομούνται κυρίως τα:

- Τικ
- Στερεότυπα, επαναληπτικές κινήσεις
- Ειδικές διαταραχές του ύπνου
- Άλλες και μη καθορισμένες διαταραχές της διατροφής
- Ενούρηση
- Εγκόπριση
- Ψυχαλία

Δ. Νοητική Υστέρηση

Η Νοητική Υστέρηση αναφέρεται σε μια παθολογική κατάσταση που εκδηλώνεται στην περίοδο ανάπτυξης, δηλ. την περίοδο που αρχίζει από την σύλληψη και φτάνει ως το 16ο έτος της ηλικίας. Το παιδί με Νοητική Υστέρηση χαρακτηρίζεται από νοητική ικανότητα χαμηλότερη από το μέσο όρο των παιδιών της ίδιας χρονολογικής ηλικίας (σήμερα οι ψυχολόγοι χρησιμοποιούν ειδικά σχεδιασμένες σταθμισμένες δοκιμασίες – τεστ ικανοτήτων του παιδιού).⁹ Παράλληλα το παιδί αυτό διαθέτει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής, η οποία αντικατοπτρίζεται συνήθως στην ωρίμανση κινητικών και αντιληπτικών ικανοτήτων, δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, στην μάθηση και στην κοινωνική ένταξη.^{4,10}

Η πιο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης της νοητικής καθυστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιεί το δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν.). Έτσι:

- α. Ελαφρά νοητική καθυστέρηση όταν Δ.Ν. 50-55 έως 70
- β. Μέτρια νοητική καθυστέρηση όταν Δ.Ν. 35-40 έως 50-55
- γ. Σοβαρή νοητική καθυστέρηση όταν Δ.Ν. 20-25 έως 35-40
- δ. Βαριά νοητική καθυστέρηση όταν Δ.Ν. κάτω από 20-25

ε. Απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση όταν υπάρχει ισχυρή υπόθεση για ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δε μπορεί να μετρηθεί με τα σταθμισμένα τεστ.

Ασθένειες Εξάρτησης

Παλαιότερα αναφέρονταν στις διαταραχές προσωπικότητας, τα τελευταία όμως χρόνια έχει επικρατήσει να συνθέτουν την δική τους ανεξάρτητη ομάδα ψυχικών διαταραχών με κοινό χαρακτηριστικό την εξάρτηση του ατόμου από μια ουσία. Στην λίστα των ουσιών που προκαλούν εξάρτηση προστίθενται σταδιακά και εξαρτήσεις από άλλα αντικείμενα ή συμπεριφορών όπως η εξάρτηση στα ηλεκτρονικά και τυχερά παιχνίδια.⁴

Με την ευρεία έννοια της παθολογικής εξάρτησης, αυτής δηλαδή που κυριαρχεί στην συμπεριφορά ενός ατόμου, εξάρτηση μπορεί να αναπτυχθεί από οτιδήποτε είναι δυνατόν να επενδυθεί συναισθηματικά το άτομο.⁵

Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης

Πρόκειται για περιπτώσεις στις οποίες η χρήση οινοπνεύματος επιφέρει οξείες, αλλά κυρίως χρόνιες βλάβες σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο του χρήστη. Στις περιπτώσεις κατάχρησης οινοπνεύματος στα πλαίσια μιας ψυχωτικής ή άλλης ψυχολογικής διαταραχής, τότε ο αλκοολισμός κατατάσσεται στην συμπτωματολογία της πρωτοπαθούς διαταραχής.⁴

Φαρμακευτική εξάρτηση

Εδώ περιλαμβάνονται περιπτώσεις χρήσης ή κατάχρησης διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών που επιδρούν επί του ΚΝΣ χωρίς να υπάρχει κάποια ιατρική ή άλλη σοβαρή για την υγεία ένδειξη. Σε περίπτωση διακοπής της χρήσης των συγκεκριμένων ουσιών, τότε εμφανίζονται σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα και ενοχλήματα.⁴ Οι κυριότερες μορφές ή τύποι φαρμακευτικής εξάρτησης είναι η εξάρτηση:

- Τύπου μορφίνης
- Τύπου βαρβιτουρικών
- Τύπου κοκαΐνης

- Τύπου ινδικής κάνναβης
- Τύπου αμφεταμίνης και άλλων ψυχοδιεγερτικών
- Τύπου ψευδαισθησιογόνων
- Διάφοροι συνδυασμοί (πολυτοξικομανείς)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ

ΜΕΣΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



2.1 Η επικοινωνία στη ζωή του ανθρώπου

Επικοινωνία είναι η διαδικασία της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών για τα οποία η πληροφορία έχει νόημα, οπότε αποκτά νόημα και η ανταλλαγή της ως πράξη. Επικοινωνία έχουμε για παράδειγμα μεταξύ έμβιων όντων με την ανταλλαγή σκέψεων, μηνυμάτων, συναισθημάτων ή πληροφοριών μέσω της ομιλίας, της εικόνας, της γραφής και της συμπεριφοράς. Η επικοινωνία πραγματοποιείται μέσω μιας διαδικασίας κατά την οποία ένας πομπός Α (άνθρωπος ή ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες ή συναισθήματα σε ένα δέκτη Β (άνθρωπος ή ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων ή συναισθημάτων και τελικά να επηρεάσει την κατάστασή του και τη συμπεριφορά του.¹²

Οι άνθρωποι επικοινωνούν σε διάφορα επίπεδα και με πολλούς και διάφορους τρόπους. Η επικοινωνία θεωρείται ως μια ουσιαστική κοινωνική διεργασία μέσω της οποίας ο άνθρωπος εξελίσσεται και διαπλάθεται ως προσωπικότητα. Η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του, για τον κόσμο και για την θέση του μέσα σε αυτόν είναι αποτέλεσμα της επικοινωνίας. Οι διαπροσωπικές σχέσεις θεωρούνται ύψιστης σημασίας για την ψυχική ζωή, όπως αντίστοιχα το φως και ο αέρας για την βιολογική ζωή. Μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων το άτομο γνωρίζει και διακρίνει τον εαυτό του, αναγνωρίζει τα όρια των προσωπικών του απαιτήσεων και μαθαίνει την αυτοπειθαρχία.¹³ Επίσης καλλιεργούνται η διάκριση, η ευγένεια, η αγάπη του καλού και η ευρύτητα του πνεύματος και της διάνοιας. Χωρίς την επικοινωνία ο άνθρωπος δεν μπορεί να αποκτήσει αυτοσυνειδησία ούτε να αντιληφθεί τις δυνατότητές του, ούτε ακόμη να αναπτύξει και να χρησιμοποιήσει κατάλληλα τα χαρίσματα του.

Οι κοινωνίες δημιουργούνται, διατηρούνται και αναμορφώνονται μέσω της επικοινωνίας. Αποτελεί κοινή γνώμη ότι όλες οι μορφές εκπαίδευσης καθώς και οι αλλαγές της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων και των αξιών επιτυγχάνονται μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων διάφορων τύπων. Είναι λοιπόν αποδεκτό ότι η επικοινωνία επιδρά σε προσωπικό, κοινωνικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Το χάρισμα του λόγου είναι γνώρισμα αποκλειστικά του ανθρώπου μέσω του οποίου ομιλεί και συνδιαλέγεται, εκφράζεται, συνεννοείται, οργανώνει την κοινωνική πείρα, δημιουργεί, μεταδίδει τα πολιτιστικά αγαθά, τις γνώσεις και τις επιστήμες. Επομένως ο λόγος αποτελεί το κυριότερο μέσο κοινωνικής έκφρασης και σχέσης, διαμόρφωσης και αυτόπροσδιορισμού.³

Η επικοινωνία έχει την δυνατότητα να επιδράσει θετικά ή αρνητικά στους ανθρώπους. Μπορεί να γίνει ο μεταβιβαστής αγάπης, τιμής, σεβασμού, παραδοχής, ελπίδας, ψυχολογικής ενίσχυσης, χαράς, αισιοδοξίας ακόμη και να χρησιμεύσει ως θεραπευτική προσέγγιση. Αντίθετα όμως μπορεί και να εκφράσει απόρριψη, αδιαφορία, να προκαλέσει ψυχικά τραύματα και άγχος, να δημιουργήσει ανταγωνισμούς και διαπροσωπικές αποστάσεις καθώς και να ευαισθητοποιήσει την ψυχική υγεία του ατόμου μέχρι την δημιουργία ψυχοσωματικών διαταραχών. Η διαδικασία της επικοινωνίας περιλαμβάνει έναν αποστολέα, ένα ή περισσότερα μηνύματα, ένα διαβιβαστικό μέσο, ένα λήπτη και την πληροφόρηση του αποστολέα για την επίδραση του μηνύματος.³ Ο αποστολέας προσπαθεί να διαβιβάσει ένα μήνυμα, μια ιδέα, ένα σύνθημα ή μια πληροφορία με την κατάλληλη χρήση συμβόλων ή σημάτων κατευθυνόμενων προς ένα άλλο συγκεκριμένο άτομο ή ομάδα. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν το πώς το μήνυμα αποστέλλεται και κατά πόσο, πώς και από ποιον θα παραληφθεί. Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι οι ανάγκες, η ψυχοσωματική και η διανοητική κατάσταση τόσο του αποστολέα όσο και του λήπτη, ο βαθμός και η ποιότητα της γνωριμίας και σχέσης μεταξύ τους και η περίσταση κατά την οποία συμβαίνει η επικοινωνία.¹³

Η επικοινωνία κατανοείται σε συνδυασμό με τη συμπεριφορά. Κάθε συμπεριφορά μπροστά σε άλλα άτομα αποτελεί επικοινωνία και κάθε επικοινωνία επηρεάζει την συμπεριφορά. Ο τρόπος με τον οποίο χειρονομεί ένα πρόσωπο, η στάση του σώματος καθώς και το πώς είναι ντυμένο, κινείται, μιλά και συμπεριφέρεται μεταδίδουν μηνύματα και σήματα προς ένα άλλο πρόσωπο. Η διαδικασία της επικοινωνίας γίνεται μέσω διαφόρων τρόπων όπως η ομιλία, οι διακυμάνσεις της φωνής, η παρατήρηση, η μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση, η σιωπή, η ακρόαση, το βλέμμα, οι μορφασμοί κτλ. Επίσης μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσω διαφόρων καλλιτεχνικών και μη τρόπων όπως η μουσική, η γλυπτική, η ζωγραφική, η λογοτεχνία κτλ. Το ανθρώπινο σώμα είναι ομιλούν όργανο ικανό να εκφράζει ιδέες και συναισθήματα και να επικοινωνεί ακόμα και όταν δεν μιλά.³

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι λοιπόν ζωτικής σημασίας για κάθε οργανισμό που λειτουργεί με συγκεκριμένες δομές και κατέχει προσωπικό σε διαφορετικές θέσεις οι οποίες και έχουν διαφορετικές ανάγκες πληροφόρησης.¹² Συμπερασματικά, η επικοινωνία κατέχει κεντρική θέση στη ζωή του ανθρώπου και για αυτό το λόγο πρέπει να λαμβάνεται

υπόψη σε όλα τα θέματα υγείας και κυρίως σε εκείνα της ψυχικής υγείας. Τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία και η αγωγή υγείας στηρίζονται στην επικοινωνία.³

2.2 Η νοσηλευτική ως διαπροσωπικό έργο

Η νοσηλευτική θεωρείται διαπροσωπική διεργασία, θεραπευτική και εκπαιδευτική, που προάγει την ωρίμανση της προσωπικότητας. Βοηθά το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της εμπειρίας της ασθένειας και του πόνου. Η νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται σε σωματικές ή ψυχικές νοσηρές καταστάσεις αποτελεί μια δυναμική διαπροσωπική διεργασία. Η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση είναι η διαδικασία με την οποία οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα για τους ασθενείς που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και οι διαπροσωπικές τεχνικές επικοινωνίας είναι τα "εργαλεία" της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης.¹³ Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι σημαντική στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης- προληπτικής, ανακουφιστικής, θεραπευτικής ή εκπαιδευτικής.

Η επικοινωνία στην Νοσηλευτική θεωρείται νοσηλευτική πράξη και δραστηριότητα εφόσον αποβλέπει στην διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, της οικογένειας ή της κοινότητας. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την επικοινωνία με τον άρρωστο (είτε με λόγια, είτε χωρίς) για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν τη βάση της κάθε παρέμβασης. Καλές διαπροσωπικές δεξιότητες είναι αυτό που ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να κατέχει για ασκεί την επιστήμη της νοσηλευτικής, και ειδικά της ψυχικής υγείας.¹⁴

Ο διαπροσωπικός προσανατολισμός της νοσηλευτικής επικοινωνίας επικεντρώνεται στις ανάγκες υγείας και τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Οι σκοποί που μπορούν να εκπληρωθούν περιλαμβάνουν:

- Εξασφάλιση πληροφοριών
- Παροχή πληροφοριών
- Ενίσχυση εξωτερίκευσης συναισθημάτων, ιδεών και σκέψεων
- Διδασκαλία
- Συμβουλευτική υποστήριξη

- Συμβολή στη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας του αρρώστου με την ενημέρωση της θεραπευτικής ιατρονοσηλευτικής ομάδας σχετικά με τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν
- Σύνδεση θεωρίας, έρευνας και κλινικής πράξης

Μέσω της διαδικασίας της επικοινωνίας με τον άρρωστο ο νοσηλευτής εφαρμόζει τη νοσηλευτική διεργασία της φροντίδας και:

- Γνωρίζει τον άρρωστο ως μια μοναδική και αδιαίρετη προσωπικότητα
- Εξακριβώνει και εντοπίζει το πρόβλημα της υγείας του
- Εξετάζει το πώς το πρόβλημα επηρεάζει την ψυχολογία του, τι σχέσεις του με τους άλλους και γενικά τη ζωή του
- Επισημαίνει και επιβεβαιώνει τις νοσηλευτικές ανάγκες και τις προσωπικές του δυνατότητες
- Διαπιστώνει τις δεξιότητες ή διαταραχές επικοινωνίας και αυτό έκφρασης του
- Αξιολογεί και επαληθεύει με τον άρρωστο τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας

Κάθε νοσηλευτική πράξη, όταν πραγματοποιείται ως διαπροσωπική διεργασία, επηρεάζει ευνοϊκά και την ψυχική υγεία του αρρώστου. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και φόβους του και με αυτό τον τρόπο εκτονώνεται, ισορροπεί εσωτερικά και συνειδητοποιεί την πραγματικότητα και τις αντιδράσεις του.⁴

Ο διαπροσωπικός χαρακτήρας της νοσηλευτικής επιδρά θετικά και στους νοσηλευτές. Έχουν μοναδική ευκαιρία να μαθαίνουν κατευθείαν από τους αρρώστους τη σωστή νοσολογία και πώς βιώνει ο καθένας την αρρώστια του με μοναδικούς προσωπικούς τρόπους. Καλλιεργούν τις διαπροσωπικές τους δεξιότητες. Ασκούνται στη λύση διαπροσωπικών προβλημάτων. Ωριμάζουν προσωπικά και διευρύνουν την νοσηλευτική χρησιμότητα και αποστολή. Δεν κινδυνεύουν να παρασυρθούν από τη συνήθεια και την τεχνική ή από τον απρόσωπο αυτοματισμό της εποχής μας. Συμβάλλουν στην επέκταση των ψυχοθεραπευτικών δυνατοτήτων της Νοσηλευτικής.³

Σύμφωνα με τον Carlan, οι διαπροσωπικές προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ικανοποιητική ψυχική ισορροπία και ευεξία των ατόμων είναι οι ακόλουθες:

Αγάπη: Η ανάγκη του ατόμου, παιδιού ή ενήλικα να αγαπά και να αγαπάται. Η αγάπη αυτή περιλαμβάνει στοργή, σεβασμό, αποδοχή και πράξεις προσφοράς μεταξύ των ατόμων.

Ψυχολογική υποστήριξη: Η αμοιβαία συμπαράσταση, ενίσχυση και βοήθεια μεταξύ των ατόμων σε κρίσιμες καταστάσεις της ζωής.

Αυτοέλεγχος ή αυτοπειθαρχία: Το άτομο έχει ανάγκη να κυριαρχεί στις ενστικτώδεις ορμές του και να διοχετεύει την ψυχολογική του ενέργεια και δύναμη προς την εκπλήρωση χρήσιμων έργων.

Συμμετοχή του ατόμου σε μια σχετικά σταθερή ομάδα, όπως η οικογένεια, όπου αισθάνεται ελευθερία, ασφάλεια, εμπιστοσύνη και ενίσχυση της ψυχολογικής του ταυτότητας.

Προσωπική πρόοδος και αναγνώριση από τους άλλους: Η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής μπορεί να χρησιμεύσει σαν κίνητρο για την εκδήλωση των δυνατοτήτων του ατόμου για περισσότερη ωρίμανση, προσωπική απαρτίωση και κοινωνική χρησιμότητα.¹⁵

2.2.1 Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή- ασθενή

Ως ενεργό μέλος της ψυχικής ομάδας ο νοσηλευτής δημιουργεί ευκαιρίες για την ανάπτυξη μια σχέσης με τον άρρωστο με σκοπό την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων φόβων, συμπτωμάτων και διαπροσωπικών προβλημάτων του. Αναγνωρίζει πως κάθε επαφή με τον άρρωστο έχει την δυνατότητα να έχει θεραπευτικό χαρακτήρα με σκοπό την προώθηση της διαπροσωπικής ανάπτυξης, ή γενικά της ωφέλειας του αρρώστου.³

Ο νοσηλευτής διαπιστώνει τις προσαρμοστικές δεξιότητες που χρησιμοποιεί ο άρρωστος για να ανακουφίζει το stress που δοκιμάζει, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα αυτών των δεξιοτήτων και τον βοηθά στην ανάπτυξη νέων προσαρμοστικών δεξιοτήτων αν χρειάζεται. Η σχέση αυτή του νοσηλευτή με τον ασθενή κατευθύνεται από νοσηλευτικούς σκοπούς, είναι πεδίο εφαρμογής νοσηλευτικών αρχών και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και καλλιεργεί τις διαπροσωπικές δεξιότητες του αρρώστου για υγιή προσαρμογή και προώθηση της ψυχικής του υγείας.

Η σχέση αυτή συνήθως πραγματοποιείται σε τρεις φάσεις που χαρακτηρίζονται από ειδικούς θεραπευτικούς σκοπούς και έργα. Οι φάσεις είναι:

1. Η εναρκτήρια φάση που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία διαπροσωπικής επαφής του νοσηλευτή με τον άρρωστο και τη νοσηλευτική εκτίμηση των αναγκών του για φροντίδα.
2. Η φάση συνεργασίας που χαρακτηρίζεται από την διατήρηση της επικοινωνίας και τη βοήθεια του αρρώστου στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.
3. Η τελική φάση, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η διακοπή της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου.³

Η υπεύθυνη συμπεριφορά του νοσηλευτή κατά τη σχέση αυτή με τον άρρωστο- που είναι μια σχέση παροχής βοήθειας, χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Αξιοπιστία: Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για τη διεύθυνση και τις συνέπειες της διαπροσωπικής νοσηλευτικής του σχέσης με τον άρρωστο.
- Πρωταρχικό ενδιαφέρον στο συμφέρον του αρρώστου: Το συμφέρον του ασθενή και μόνο αυτό κατέχει πρωταρχικό ρόλο. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τον ρόλο του προστάτη και συνηγόρου του ασθενή.
- Επιστημονική κατάρτιση: Τα κριτήρια στα οποία βασίζεται ο νοσηλευτής είναι επιστημονικές αρχές κατάλληλα επιλεγμένες για την περίπτωση του ασθενή.
- Εποπτεία: Η επαλήθευση της ορθότητας και ποιότητας του έργου εξασφαλίζεται με προγραμματισμένες συνεδριάσεις εποπτείας.³

Επίπεδα Επικοινωνίας¹⁶

1. Ενδοπροσωπική Επικοινωνία	Περιλαμβάνει ενδοσκόπηση των σκέψεων του ίδιου του ασθενή
2. Διαπροσωπική Επικοινωνία	Περιλαμβάνει την συζήτηση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας
3. Πνευματική Επικοινωνία	Περιλαμβάνει την επικοινωνία του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας μέσα στα πνευματικά όρια του ασθενή. Μορφές της επικοινωνίας αυτής μπορεί να είναι η προσευχή, ο διαλογισμός κτλ.

4. Ομαδική Επικοινωνία	Περιλαμβάνει την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή, του επαγγελματία υγείας και των μελών μιας ομάδας με κοινά χαρακτηριστικά (ομάδες στήριξης/ αλληλοβοήθειας κτλ)
5. Δημόσια Επικοινωνία	Περιλαμβάνει την επικοινωνία του ασθενή με ένα κοινό (παρουσιάσεις, ομιλίες κτλ)

2.3 Θεραπευτική Νοσηλευτική Επικοινωνία

Η θεραπευτική επικοινωνία ορίζεται ως η τέχνη και διεργασία προσέγγισης ενός προσώπου με μηνύματα που διατηρούν ή βελτιώνουν την ψυχική του υγεία. Η θεραπευτική επικοινωνία ενθαρρύνει και κατευθύνει τον άρρωστο να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς που ελαττώνουν την ψυχική του ένταση και τις συγκρούσεις του με άλλους. Αυξάνουν την ικανότητα κοινωνικοποίησης του, το να προσαρμόζεται σε καταστάσεις που δεν αλλάζουν και να προχωρεί στο δρόμο για την ψυχολογική του ανάπτυξη και ωρίμανση.³

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι δημιουργία ευκαιριών μάθησης για τον άρρωστο, στηριζόμενη στη διάγνωση των προσωπικών αναγκών του και κατευθυνόμενη από τους νοσηλευτικούς σκοπούς που τέθηκαν για την εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου.

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα πιο ισχυρά μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στη φροντίδα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.¹³

Στοιχεία της θεραπευτικής επικοινωνίας:

Αποδοχή του αρρώστου ως ένα πρόσωπο με αξία και δικαίωμα να ζήσει με την κατάλληλη φροντίδα της υγείας του και με ανθρώπους κοντά του που να ενδιαφέρονται για αυτόν. Αποδοχή του αρρώστου σημαίνει ενδιαφέρον για αυτόν χωρίς όρια και προϋποθέσεις, ανεξάρτητα από την κατάσταση, τη συμπεριφορά ή τις αντιδράσεις του στη δεδομένη στιγμή.³ Η αποδοχή δημιουργεί ένα άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, όπου ο άρρωστος έχει την δυνατότητα να αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει, διερευνήσει, αξιολογήσει και επιβεβαιώσει τις ιδέες, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του. Ο ασθενής δεν φοβάται την πιθανότητα κατάκρισης ή αποδοκιμασίας. Η ατμόσφαιρα αυτή συμβάλλει

σημαντικά στη μείωση ή και διάλυση τυχόν φόβου, άγχους και αμυντικής στάσης. Επίσης συντελεί στην αναστήλωση της αυτοπεποίθησης του αρρώστου και στην ενθάρρυνση της συνεργασίας για την λύση των προβλημάτων του.³

Θερμό ενδιαφέρον για τον άρρωστο και για τους προσωπικούς τρόπους με τους οποίους βιώνει την αρρώστια του. Το ενδιαφέρον εκφράζεται σαν ειλικρινής μέριμνα για το καλό του αρρώστου, σαν καλοσύνη και ανθρώπινη θαλπωρή, σαν αγάπη και ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη. Η αγάπη θεωρείται η βάση της θεραπευτικής επικοινωνίας με τον ψυχικά άρρωστο.³ Το θερμό ενδιαφέρον και η αγάπη του νοσηλευτή πρέπει να φθάνει στο σημείο να εκδηλώνεται ως μητρική μέριμνα και στοργή όταν ο άρρωστος έχει ανάγκη για αυτή λόγω παλινδρόμησης, αυτισμού ή κατατονίας.

Σεβασμός προς τον άρρωστο ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο σεβασμός εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία έναντι των αδυναμιών και των δυνατοτήτων του αρρώστου. Η ίδια ευαισθησία πρέπει να διατηρείται και προς τις εσωτερικές και εξωτερικές δυνάμεις, που συνετέλεσαν στη δημιουργία των νοσηρών διαθέσεων του. Ο σεβασμός εκφράζει την βεβαιότητα για την ικανότητα του αρρώστου να αναδιοργανωθεί και αναπτυχθεί ψυχολογικά.¹⁴ Ο σεβασμός του νοσηλευτή μεταβιβάζεται στον άρρωστο με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού της επικοινωνίας, τη ζήτηση πληροφορημένης συγκατάθεσης του, τη συνεργασία μαζί του στην επιδίωξη κοινών σκοπών, το κάλεσμα με το όνομα του, τη συνέπεια στη συμφωνημένη ώρα συνάντησης τους και την τήρηση των υποσχέσεων του νοσηλευτή.³

Ο σεβασμός χρησιμεύει ως βάση για την οικοδομή της συμπάθειας ή του συμπάσχειν-όρος που στα αγγλικά περιγράφεται ως empathy και αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτή να αισθάνεται και να κατανοεί τον προσωπικό-ιδιωτικό κόσμο του αρρώστου σαν να ήταν δικός του. Επιπλέον αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτή να εκτιμά και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του αρρώστου και να του μεταβιβάζει αυτή την αναγνώριση και τη συναισθηματική του συμμετοχή χωρία απώλεια της αντικειμενικότητας.³ Η ικανότητα αυτή αποτελεί το χαρακτηριστικό που προσδιορίζει την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπευτικής επικοινωνίας.

Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας. Αυτή σημαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτή να βοηθήσει τον άρρωστο με την θεραπευτική επικοινωνία να προχωρήσει στην

ψυχολογική ανάπτυξη και ψυχική υγεία.³ Ο νοσηλευτής μεταβιβάζει στον ασθενή το αίσθημα ότι του επιτρέπεται να δοκιμάσει νέους τρόπους συμπεριφοράς και τον βεβαιώνει ότι στην προσπάθεια του αυτή θα έχει την νοσηλευτική προστασία και ασφάλεια όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί να ελέγχει τις τάσεις του, για να προλαμβάνεται η αποτυχία και η απογοήτευση.

Η επικοινωνία είναι ο θεμέλιος λίθος όλων των κλινικών εφαρμογών. Η θεραπευτική επικοινωνία, ένα όρος που αναφέρθηκε πρώτα από τον Jurgen Ruesch το 1961, αναφέρεται σε μια αμοιβαία δυναμική διαδικασία ανάμεσα σε ένα νοσηλευτή και ένα ασθενή με σκοπό την επίτευξη αποτελεσματικών θεραπευτικών σκοπών. λαμβάνει μέρος στο πλαίσιο της θεραπευτικής συζήτησης και χρησιμοποιεί λεκτικά και μη λεκτικά χαρακτηριστικά.³ Οι δεξιότητες θεραπευτικής επικοινωνίας χρησιμεύουν ως οι θεμέλιοι λίθοι για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών σχέσεων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως διαφέρουν σημαντικά από τις απλές κοινωνικές συζητήσεις.¹³

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι το βασικό εργαλείο με το οποίο οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας ανταλλάσσουν πληροφορίες με τον ασθενή για τις ανάγκες και τα ζητήματα υγείας του, σχεδιάζουν το θεραπευτικό του πλάνο, φθάνουν σε αποφάσεις και συμπεράσματα για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής του ασθενούς και οργανώνουν θεραπευτικές δραστηριότητες.¹⁴ Είναι η βάση για την ανάπτυξη της επαγγελματικής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή που είναι απαραίτητη για την καλύτερη δυνατή έκβαση της θεραπείας.

Κάθε θεραπευτική συζήτηση είναι μοναδική γιατί εξαρτάται από τα άτομα που την απαρτίζουν. Οι επικοινωνιακές τεχνικές έχουν πολλά κοινά με αυτές που χρησιμοποιούνται στις κοινωνικές συζητήσεις, με σημαντικές βέβαια αλλαγές και χαρακτηριστικά.³ Οι θεραπευτικές συζητήσεις έχουν αποκλειστικό σκοπό την συμβολή στην θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς. Λαμβάνουν μέρος μέσα σε μια οριοθετημένη κλινική εγκατάσταση και έχουν χρονικό όριο.

Η θεραπευτική συζήτηση και επικοινωνία προσφέρει ένα ασφαλές τρόπο για τους ασθενείς να εξερευνήσουν το νόημα της ψυχικής τους πάθησης και να μάθουν τους καλύτερους τρόπους για την αντιμετώπισή τους. Οι συζητήσεις αυτές είναι η ιστορία μιας ψυχικής διαταραχής, με τον νοσηλευτή και τον ασθενή να συμβάλλουν στην εξιστόρηση αυτής.³

Η ποιοτική κλινική επικοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας στην κατάκτηση ενός θετικού αποτελέσματος και της ικανοποίησης του ασθενή. Οι διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητες επηρεάζουν την πληρότητα των διαγνωστικών πληροφοριών, της ικανοποίησης του ασθενή και της συμμόρφωσης του με την θεραπεία. Οι θετικές κλινικές συναντήσεις τυπικά αφορούν την επικοινωνία με τον ασθενή όπου οι ανθρώπινες τους ανάγκες γίνονται σεβαστές και η ανθρωπιά του νοσηλευτή είναι εμφανής.³ Με αρνητικές κλινικές συναντήσεις, οι ασθενείς βιώνουν δυσφορία με την γνώση και την στάση του νοσηλευτή απέναντι τους. Η πτωχή επικοινωνία μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή θεωρείται βασικός παράγοντας για την απογοητευτική έκβαση ενός θεραπευτικού πλάνου.¹⁷

2.4 Τεχνικές Θεραπευτικής Επικοινωνίας

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να ξέρει πώς να κερδίσει την εμπιστοσύνη αλλά και τη συλλογή πληροφοριών από τον ασθενή, την οικογένεια του ασθενούς, τους φίλους και τις σχετικές κοινωνικές σχέσεις του καθώς και να τους εμπλέξει σε ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θεραπείας.¹³

Μέσω των γνώσεων και της επιστημονικής του κατάρτισης οφείλει να έχει μια αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή για την εκπλήρωση των θεραπευτικών σκοπών. Μερικές από τις τεχνικές αποτελεσματικής θεραπευτικής επικοινωνίας περιλαμβάνουν:

- Χρήση της σιωπής. Δίνει χρόνο στο συνομιλητή να συγκεντρωθεί, να σκεφθεί και να μιλήσει.
- Αποδοχή. Εκφράσεις που βεβαιώνουν το συνομιλητή πως έγινε κατανοητός και δεν υπονοείται κριτική ή αποδοκιμασία.
- Αναγνώριση. Λεκτική έκφραση παρατήρησης της αλλαγής και των προσωπικών προσπαθειών του αρρώστου.
- Παρουσία δίπλα στον άρρωστο και έκφραση ενδιαφέροντος και διάθεσης κατανόησης του.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να διευθύνει ο ίδιος τη συζήτηση.
- Τοποθέτηση των αναφερόμενων γεγονότων και πράξεων σε χρονική σειρά και επισήμανση διαπροσωπικών δυσκολιών.

- Διατύπωση παρατηρήσεων σχετικών με την εκδηλωμένη συμπεριφορά του αρρώστου και ενθάρρυνση του να τη συνειδητοποιήσει και ο ίδιος και να περιγράψει σκέψεις και συναισθήματα για αμοιβαία κατανόηση.
- Ενθάρρυνση περιγραφής του τι αντιλαμβάνεται ο άρρωστος, των συναισθημάτων και δυσκολιών ώστε να ελαττώνεται η ανάγκη να τα εκδηλώνει με ακατάλληλη συμπεριφορά.
- Ενθάρρυνση σύγκρισης διαπροσωπικών εμπειριών που βοηθούν τον άρρωστο να διαπιστώνει ομοιότητες και διαφορές.
- Επανάληψη της κύριας ιδέας που ανέφερε ο άρρωστος ώστε να διευκρινίσει τι είπε, αν δεν έγινε κατανοητό.
- Ερωτήσεις ανοικτού τύπου για επικέντρωση στο θέμα και διατήρηση της ελευθερίας απάντησης
- Ανακατεύθυνση των ερωτήσεων, ιδεών και συναισθημάτων που ανέφερε ο άρρωστος πίσω στον ίδιο για να τα σκεφθεί βαθύτερα, βεβαιώνοντας τον ότι είναι ικανός να το κάνει.
- Επικέντρωση της προσοχής σε ένα σημείο, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο, εκτός και αν ο άρρωστος δοκιμάζει έντονο άγχος.
- Διερεύνηση ορισμένων ιδεών, εμπειριών ή σχέσεων με πιο διεξοδικό τρόπο μόνο αν ο άρρωστος το επιθυμεί.
- Παροχή πληροφοριών που χρειάζεται ο άρρωστος για να κατανοήσει την νοσηλεία, τη θεραπεία ή το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται και για να πάρει αποφάσεις ή να βγάλει συμπεράσματα.
- Αναζήτηση διευκρίνισης των λεγομένων του αρρώστου που τον βοηθά να διαλευκάνει τις σκέψεις του και να μεγιστοποιηθεί η αμοιβαία κατανόηση.
- Παρουσίαση της πραγματικότητας όταν ο άρρωστος παρερμηνεύει όσα συμβαίνουν χωρίς λογομαχία και επιμονή για να πεισθεί.
- Έκφραση αμφιβολίας όταν ο άρρωστος παρουσιάζει ψευδαισθήσεις και λανθασμένη αντίληψη των πραγμάτων ώστε να κλονίζονται αυτά και ποτέ να μην ενισχύονται.
- Αναζήτηση επαλήθευσης αν ο νοσηλευτής πράγματι καταλαβαίνει αυτό που ο άρρωστος προσπαθεί να πει.
- Ενθάρρυνση αξιολόγησης ανθρώπων και γεγονότων εκ μέρους του αρρώστου και μέσα από το δικό του αξιολογικό πρίσμα.

- Αντανάκλαση του συναισθηματικού τόνου των λεγομένων για επίδειξη κατανόησης πώς αισθάνεται ο άρρωστος γι' αυτά που λέει και για να βοηθηθεί να αξιολογήσει τα συναισθήματα του.
- Πρόταση συνεργασίας για να βοηθηθεί ο άρρωστος να ξεπεράσει τις ψυχικές του διαταραχές.
- Περίληψη των κυριότερων σημείων της συζήτησης για αύξηση της αμοιβαίας κατανόησης και τυχόν διευκρινίσεις ώστε ο νοσηλευτής και ο άρρωστος να αναχωρήσουν με τις ίδιες ιδέες στο μυαλό τους.
- Συμβουλευτική βοήθεια του αρρώστου στη διατύπωση ενός προγράμματος εναλλακτικών πράξεων όταν αντιμετωπίσει στο μέλλον διαπροσωπικές περιστάσεις που τον διαταράζουν.
- Ενθάρρυνση για συνέχιση των λεγομένων, με χρησιμοποίηση εκφράσεων όπως 'Συνεχίστε', ή απλά ενθαρρυντικών νοημάτων και ήχων.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: 3,13,18,19

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά μερικές ακόμη ειδικές τεχνικές για χρήση από τον νοσηλευτή με σκοπό την αύξηση της θεραπευτικής αξίας της επικοινωνίας του με τον άρρωστο.

Ενεργητική ακρόαση

Το να μπορεί κάποιος να χαρακτηριστεί ως καλός ακροατής είναι επιθυμητό προσόν τόσο κοινωνικά όσο και επαγγελματικά, αυτό το προσόν, όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, αποκτά ακόμα μεγαλύτερη αξία στους επαγγελματίες υγείας που η καλή, σωστή και ειλικρινής επικοινωνία συμβάλει στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση προβλημάτων. Η ενεργητική ακρόαση είναι απαραίτητο συστατικό και δεξιότητα της ορθής και εποικοδομητικής επικοινωνίας.¹⁸

Ο νοσηλευτής ακούει τα λόγια του αρρώστου και παρακολουθεί την επιλογή των λέξεων και ποιες λέξεις επαναλαμβάνονται καθώς και τις αυξομειώσεις του τόνου της φωνής, τη διστακτική ή ορμητική έκφραση λέξεων και ιδεών, την προφορά και την άρθρωση.³ Επίσης παρατηρεί το ύφος, τις χειρονομίες, το γενικό περιεχόμενο της ομιλίας, τις κύριες

ιδέες, τα σπουδαιότερα προβλήματα που απασχολούν τον άρρωστο και τις ψυχολογικές του ανάγκες.

Η ακρόαση είναι μια υπεύθυνη νοσηλευτική πράξη, έμπρακτη εκδήλωση αγάπης, προσφορά βοήθειας και μορφή ψυχοθεραπείας. Προβάλλεται ως μια ενσυνείδητη χρήση σιωπής με αληθινό ενδιαφέρον και προθυμία συμπαράστασης στο άτομο που αισθάνεται έντονη την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον άνθρωπο.³ Η διαδικασία της ακρόασης είναι νοσηλεία με ψυχοθεραπευτικές ιδιότητες. Μεταβιβάζει προσοχή, σεβασμό και ενθάρρυνση. Βεβαιώνει τον άρρωστο για την ετοιμότητα του νοσηλευτή να ακούσει τις ανησυχίες και τα προβλήματα του, να τον κατανοήσει καλύτερα και πληρέστερα. Επιπλέον η ακρόαση με θερμό ενδιαφέρον ενθαρρύνει τον άρρωστο να μιλήσει.³ Τέλος, η ακρόαση κάνει τον ασθενή να αισθανθεί φροντίδα και αποδοχή, ότι τα λόγια του λαμβάνονται ως σημαντικά και με αξία, ότι είναι σημαντικό και σεβαστό πρόσωπο, ότι συνδέεται με άλλους ανθρώπους, ότι είναι λιγότερο απομονωμένος και μόνος και ότι μπορεί να εκφράσει άνετα τα συναισθήματα του και τις ανάγκες του.¹⁴

Η σωστή ακρόαση πρέπει να περιλαμβάνει κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά. Το πρωτεύον και σημαντικότερο όλων είναι η διατήρηση της βλεμματικής επαφής, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται ότι διατηρεί τη προσοχή του νοσηλευτή. Είναι πολύ σημαντικό να παρατηρούνται τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχικά σημάδια. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να φροντίζει, όσο το δυνατόν, για την μείωση των περισπασμών και των διακοπών. Επίσης, θα ήταν καλό να αφήνεται ο ασθενής να εκφράζει απερίσπαστα τους προβληματισμούς και τα θέματα τα οποία τον απασχολούν.³ Το να υπάρχει έμπρακτη απόδειξη πως παρακολουθείται από το συνομιλητή με προσοχή είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή, σε σημείο όπου μια επανάληψη των λεγομένων του να λειτουργήσει καθησυχαστικά την κατάλληλη στιγμή. Τέλος εξαιρετικά σημαντικό είναι να υπάρχει ανταπόκριση στο συναίσθημα το οποίο μπορεί να εκφράζει ο ασθενής και επίσης ανταπόκριση στα λεκτικά ή μη μηνύματα του ασθενή.¹⁷

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κατά την επικοινωνία του με τους ασθενείς οφείλει να δείχνει πως ακούει με ενδιαφέρον και προσοχή τα λεγόμενα τους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βλεμματική επαφή, τις εκφράσεις του προσώπου, με την επιλογή της κατάλληλης στάσης του σώματος και γνέφοντας με το κεφάλι ως σημάδι συμφωνίας και αναγνώρισης.³ Επίσης σκόπιμο είναι ο νοσηλευτής, κάποιες φορές, να συνοψίζει και να επαναλαμβάνει τα λεγόμενα του ασθενή. Τόσο ο ασθενής, όσο και ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά διάρκεια της

θεραπευτικής αυτής επαφής μερικές φορές να ενσωματώνουν σκέψεις και εμπειρίες των διαπροσωπικών σχέσεων. Σε αυτή την περίπτωση όμως, θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι απαλλαγμένος από προκαταλήψεις οι οποίες μπορεί να επικαλύψουν ή και να διαστρεβλώσουν την αντικειμενικότητα που οφείλει να διέπει την επαφή αυτή.²¹

Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία δυναμική και διαδραστική η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει ποικίλα στοιχεία επικοινωνίας, όπως την προσοχή, την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας.³ Είναι κοινά αποδεκτό πως το να εκτιμηθούν οι ανάγκες, οι ανησυχίες και οι επιθυμίες του ασθενή είναι εκ των πραγμάτων δύσκολο. Έτσι λοιπόν η ενεργητική ακρόαση εκτείνεται πέρα από την παθητική ακοή μόνο των λεγόμενων του ασθενή περιλαμβάνοντας και την κατανόηση αλλά και την ερμηνεία αυτών που οι ασθενείς μοιράζεται εκείνη την ώρα.

Σε αρκετές περιπτώσεις όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες όπως ψύχωση, κατάθλιψη και άλλες συναφές διαταραχές η διαδικασία αυτή μπορεί να είναι δύσκολη παρόλα αυτά, είναι ο νοσηλευτής που θα δώσει το δικό του στίγμα ώστε να συντρέξουν όλα αυτά τα δυναμικά χαρακτηριστικά τα οποία θα προάγουν την επικοινωνία και την επιθυμία του ασθενή να αλληλοεπιδράσει σε βάση διαλόγου. Η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί ένα κλίμα επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο.³

Θα πρέπει όσο το δυνατόν καλύτερα να αναγνωρίσουμε έγκαιρα τα εμπόδια της ενεργητικής ακρόασης και να προσπαθήσουμε αν όχι να εκμηδενιστούν, έστω να μειωθούν στο ελάχιστο. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να βρεθούν σε οποιαδήποτε φάση της επικοινωνίας και θα πρέπει να εντοπιστούν, να μειωθούν και τελικά να γίνει προσπάθεια για την εξάλειψή τους.¹⁸

Μερικές από τις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να ακολουθεί ο νοσηλευτής κατά την διαδικασία της ακρόασης είναι: η σιωπή, η αποδοχή, το ενδιαφέρον, η κατανόηση, η υπομονή, η αυτοκυριαρχία, η αυτουπέμβαση και η αναγνώριση και ο σεβασμός των συναισθημάτων του.³

Χρησιμοποίηση Ευρείων Εννοιών

Η χρήση μιας ευρείας εναρκτήριας δήλωσης επιτρέπει στον ασθενή να ρυθμίσει την κατεύθυνση της συνομιλίας. Τέτοιες ερωτήσεις όπως "Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να συζητήσουμε;" δίνουν στον ασθενή τη δυνατότητα να αρχίσει να εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του πιο εύκολα. Κατά τη χρήση μιας ευρείας δήλωσης έναρξης, ο νοσηλευτής εστιάζει άμεσα τη συνομιλία στον ασθενή και του δείχνει ότι ενδιαφέρεται για αυτόν και τα προβλήματά του. Όταν ανιχνεύσει ότι ο ασθενής μπορεί να έχει ανάγκη, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει μια ευρεία εναρκτήρια δήλωση για να ξεκινήσει τη συζήτηση, ενώ την ίδια στιγμή επιτρέπει στον ασθενή να προσδιορίσει τι θα συζητηθεί.³

Όταν ο ασθενής ανοίγει τη συζήτηση, ο νοσηλευτής μπορεί στη συνέχεια να ακολουθήσει το παράδειγμά του και να ανακαλύψει το νόημα των λεγομένων του, να τον ενθαρρύνει με ένα ερώτημα ή σχόλιο με σκοπό να εκφράσει τον εαυτό του περισσότερο.¹⁴ Είτε τα λεγόμενα έχουν έναν προφανώς σοβαρό χαρακτήρα ή είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποφύγει να κάνει υποθέσεις ως προς τη σημασία ή την ανάγκη που μπορεί να εκφράζουν.

Ανταλλαγή πληροφοριών

Μελέτες έχουν δείξει ότι μια σημαντική αιτία του άγχους ή της δυσφορίας σε ασθενείς που νοσηλεύονται είναι η έλλειψη πληροφοριών ή οι παρανοήσεις σχετικά με την κατάστασή τους, τη θεραπεία, ή τις ρουτίνες του νοσοκομείου. Όταν ο ασθενής έχει ανάγκη από πληροφορίες για την ανακούφιση του άγχους, την αναμονή ρεαλιστικών συμπερασμάτων ή την λήψη αποφάσεων, η ανάγκη αυτή συχνά θα αποκαλυφθεί κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης με τον νοσηλευτή, μέσω των δηλώσεων που κάνει.³ Με την παροχή των πληροφοριών αυτών, ή την παραπομπή του σε κάποιον που μπορεί να τον βοηθήσει, ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει πολλά για να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα εξυπηρετικότατης και εμπιστοσύνης στη σχέση του με τον ασθενή.¹⁴

Έκφραση αμφιβολίας για τα λεγόμενα του ασθενούς

Ένα άλλο μέσο για να ανταποκριθεί ο ασθενής στις στρεβλώσεις της πραγματικότητας είναι ο νοσηλευτής να εκφράσει την αμφιβολία για τα λεγόμενα του. Η

έκφραση αυτή επιτρέπει στον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι οι άλλοι δεν αντιλαμβάνονται τα γεγονότα με τον ίδιο τρόπο ή δεν βγάζουν τα ίδια συμπεράσματα με τον ίδιον. Αυτό δεν σημαίνει ότι θα αλλάξει αυτή την άποψη, αλλά, τουλάχιστον θα πρέπει να ενθαρρύνονται να επανεξετάσει και να επαναξιολογήσει τι έχει συμβεί.³

Η τεχνική των ερωτήσεων

Η τεχνική αυτή αποτελεί κεντρική μέθοδο της νοσηλευτικής επικοινωνίας για την εκπλήρωση συγκεκριμένων σκοπών. Οι ερωτήσεις εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη νοσηλευτική εκτίμηση των συναισθημάτων, αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, διευκρινίζουν ειδικά ζητήματα, εκφράζουν ενδιαφέρον για τον άρρωστο και ενθαρρύνουν την αυτοέκφραση και την ομιλία.³

Για την καλύτερη αποτελεσματικότητα όμως των παραπάνω σκοπών απαιτείται προσοχή στην επιλογή λέξεων, στον τύπο της ερώτησης και στην μέθοδο προσέγγισης. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σαφείς, συγκεκριμένες και ελεύθερες από προκαταλήψεις. Αποφεύγεται οι ερωτήσεις να αρχίζουν με το 'γιατί' καθώς συνήθως ενοχλούν ή φέρνουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή και τον ωθούν στην αυτοάμυνα.¹⁴ Οι κύριοι τύποι ερωτήσεων είναι οι ανοικτού και κλειστού τύπου και περιγράφονται παρακάτω.³

Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου:

- Εξασφαλίζουν πληροφορίες με διευκρίνιση, περιγραφή, επεξεργασία ή σύγκριση των σκέψεων και συναισθημάτων του αρρώστου.
- Δίνουν στον άρρωστο ελευθερία απάντησης.
- Βοηθούν στην αξιολόγηση του λεκτικού και εκφραστικού επιπέδου του αρρώστου.
- Δημιουργούν ευνοϊκή ατμόσφαιρα διαλόγου

Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου:

- Εξασφαλίζουν ειδικές πληροφορίες σε σύντομο διάστημα
- Επιτρέπουν περιορισμένη επιλογή απάντησης
- Δεν αφήνουν περιθώριο για εξωτερίκευση σκέψεων, συναισθημάτων, ελπίδων ή φόβων

Ανατροφοδότηση (Feedback)

Η ανατροφοδότηση είναι ο καθρέφτης της επικοινωνίας όπου νοσηλευτής και ασθενής μπορούν να ελέγξουν αν η αποστολή και η λήψη του μηνύματος έγιναν σωστά. Χωρίς ανατροφοδότηση η επικοινωνία είναι μονόδρομη. Η ανατροφοδότηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους και, για να γίνει η επικοινωνία πραγματικά αμφίδρομη, πρέπει να συμμετέχουν τόσο ο νοσηλευτής όσο και ο ασθενής.³

Είναι πραγματικά χρήσιμη όταν έχει περιγραφικό παρά αξιολογικό χαρακτήρα και επικεντρώνεται στη συμπεριφορά και όχι στον ασθενή, όταν είναι συγκεκριμένη και όχι γενική, όταν κατευθύνεται προς τη συμπεριφορά ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να τροποποιήσει τα λεγόμενα και τις ενέργειες του και όταν χρησιμοποιείται για την μετάδοση πληροφοριών και όχι την προσφορά συμβουλών.

Περίληψη των λεγομένων

Αυτή η τεχνική περιλαμβάνει μια περίληψη ή σύνοψη των πληροφοριών που έχουν δοθεί από τον ασθενή στο νοσηλευτή. Μια περίληψη είναι ουσιαστικά μια μεγαλύτερη παράφραση, ωστόσο δεν πρέπει να παρουσιάζεται ως μια λίστα των γεγονότων. Η περίληψη των λεγομένων του ασθενή μπορεί να είναι μια πολύ χρήσιμη παρέμβαση, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής έχει δώσει πολλές πληροφορίες. Το να ακούσει μια επανάληψη όσων έχει πει και εκφράσει μπορεί να βοηθήσει στην αποσαφήνιση και να την διαβεβαίωση ότι ο νοσηλευτής έχει ακούσει σωστά. Επίσης, δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα να διορθώσει τυχόν παρανοήσεις και να επεξεργαστεί περαιτέρω τις σκέψεις και απόψεις του.¹⁴

Χρησιμοποίηση της αφής

Η αφή, ως μια μορφή μη-λεκτικής επικοινωνίας, είναι ένα σημαντικό συστατικό της θεραπευτικής επικοινωνίας. Στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, η αφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για την καθησύχηση ή την εξάλειψη των φραγμών μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.³ Η αφή μπορεί να είναι μια οργανική διαδικασία σύμφωνα με την οποία η χρήση της είναι αναγκαία ή σκόπιμη, για παράδειγμα στη χορήγηση μιας ένεσης, στη λήψη του παλμού ενός ασθενή, στο μπάνιο ή το ντύσιμο ενός ασθενή. Αντίθετα, η «εκφραστική» αφή είναι διαδικαστικά πιο αυθόρμητη και λειτουργεί ως μια επίδειξη της αγάπης. Για

παράδειγμα το να κρατά ο νοσηλευτής το χέρι του ασθενή, η τοποθέτηση του χεριού στον ώμο του ασθενή κτλ. Όπως συμβαίνει με όλες τις δεξιότητες επικοινωνίας, η επαφή μέσω αφής πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και σεβασμό. Πριν από τη χρήση αφής ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να εξετάσει τα ακόλουθα σημεία:

- Η προσφορά της αφής να γίνεται με σεβασμό στις ανάγκες του ατόμου.
- Σεβασμός στον πολιτισμό, την ηλικία, την εθνικότητα του ασθενή και το φύλο.
- Προσοχή στις αντιδράσεις του ασθενή και σε προηγούμενες δηλώσεις του.
- Παρόμοια με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αφή θα πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται για το συμφέρον του πελάτη.²⁰

Τέλος, το χιούμορ είναι μια σημαντική αλλά αναξιοποίητη θεραπευτική τεχνική επικοινωνίας. Περιλαμβάνει φυσιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και γνωστικά οφέλη. Όσον αφορά την φυσιολογία, διεγείρει το κυκλοφορικό και το αναπνευστικό σύστημα, χαλαρώνει τους μύες και αυξάνει την παραγωγή ενδορφινών. Το χιούμορ βοηθά τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του, μειώνοντας έτσι το άγχος και την ένταση ιδιαίτερα σε έντονες και αγχωτικές δύσκολες καταστάσεις.²¹

2.5 Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία

Η τέχνη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται με το χρόνο και την αντιμετώπιση διάφορων καταστάσεων. Η αποτελεσματική επικοινωνία αναπτύσσεται μεταξύ ατόμων μόνο αν το επιθυμούν. Ανάμεσα στους αποστολείς και στους παραλήπτες υπάρχει ένα κενό που πρέπει να αναγνωριστεί και να γεφυρωθεί, όπως κενά στο υπόβαθρο, στην εμπειρία και στα κίνητρα³. Η καλή επικοινωνία επιτυγχάνεται με την ακρόαση όσων πραγματικά λένε οι ομιλητές και τη σύλληψη μηνυμάτων που κρύβονται πίσω από τα λόγια, τις εκφράσεις του προσώπου, τον τόνο της φωνής και τις πράξεις.²²

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές που παρεμποδίζουν τη θετική και οικοδομητική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον άρρωστο και την οικογένεια του σε οποιαδήποτε νοσηλευτική περίσταση, επομένως πρέπει να αποφεύγεται συστηματικά. Οι τεχνικές που αποτελούν εμπόδια στην θεραπευτική επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενούς είναι οι εξής:

- Μεταβίβαση από τον νοσηλευτή στον άρρωστο συναισθημάτων άγχους, θυμού, κριτικής, αρνητισμού, μόνωσης, έλλειψης αυτοελέγχου ή έλλειψης σωματικής ή ψυχικής υγείας. Όλα τα παραπάνω επιδρούν αρνητικά στον άρρωστο και προκαλούν την απόσυρση του από την επικοινωνία.
- Δημιουργία εντύπωσης ότι ο νοσηλευτής είναι πολύ απασχολημένος, δεν έχει χρόνο να ακούσει τον άρρωστο, δεν δίνει επαρκή χρόνο για μια απάντηση ή φαινομενικά δεν θέλει να ακούσει, ενέργειες που οδηγούν σε περιορισμό της επικοινωνίας σε επιφανειακά θέματα ή την διακόπτει.
- Χρησιμοποίηση ακατάλληλου λεξιλογίου, π.χ. αφηρημένων και ακατανόητων όρων, η πολυλογία του νοσηλευτή, η χρήση μεγάλων προτάσεων και λέξεων εκτός θέματος μπορεί να παρερμηνευθούν από τον άρρωστο ως απροθυμία για επικοινωνία.
- Παροχή άχρηστων πληροφοριών, η πρόωγη ερμηνεία των λεγομένων του ασθενούς, η αναφορά σπουδαίων πραγμάτων όταν ο άρρωστος είναι εκνευρισμένος και δεν αισθάνεται καλά και συνεπώς ανίκανος να ακούσει τα όσα λέγονται. Όλα τα παραπάνω προκαλούν άγχος και παρεμποδίζουν την λύση του προβλήματος.
- Εντυπωσιακές εκφράσεις με καθησύχαση του ασθενή ότι όλα θα πάνε καλά και ότι δεν πρέπει να ανησυχεί. Αυτές εκλαμβάνονται ως έλλειψη κατανόησης ή ως υποτίμησης των προσωπικών προβλημάτων και συναισθημάτων του αρρώστου και έτσι αποθαρρύνεται η αυτοέκφραση του.
- Αυτόματες βιαστικές απαντήσεις, προβολή προσωπικών γνώψεων, υπερβολική επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία, συμφωνία ή διαφωνία με τον άρρωστο ή απόρριψη των ιδεών ή της συμπεριφοράς του. Όλα αυτά αυξάνουν τη μόνωση και αποξένωση, ακόμη και τα νοσηρά συμπτώματα και αποθαρρύνουν τον άρρωστο να ζητήσει βοήθεια για να μην συναντήσει αποδοκιμασία, διαφωνία ή απόρριψη.
- Συχνές συμβουλές και οδηγίες, λέγοντας στον άρρωστο τι να κάνει ή διήγηση προσωπικών εμπειριών ή έκφραση γνώμων και κρίσεων. Τα παραπάνω καθιστούν τον άρρωστο εξαρτημένο από τον νοσηλευτή.
- Προκλητικές, επίμονες και άκαιρες ερωτήσεις που αναγκάζουν τον άρρωστο να αμύνεται ή να προστατεύει τον εαυτό του δίνοντας μη ειλικρινείς και ακριβείς απαντήσεις.
- Πίεση για απαντήσεις σε θέματα που ο ασθενής δεν επιθυμεί να συζητήσει τον προκαλεί να αισθάνεται άγχος και ότι βρίσκεται στην θέση του κατηγορούμενου και

φυσικά δεν βοηθά καθόλου στην ανάπτυξη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων με τον νοσηλευτή.

- Απαίτηση εξηγήσεων και αποδείξεων για τα λεγόμενα του ασθενή, ειδικά για συναισθηματικά φορτισμένα θέματα.
- Υποτίμηση των συναισθημάτων του αρρώστου λέγοντας ότι πολλοί άλλοι αισθάνονται έτσι. Ερμηνεύεται από τον άρρωστο ως έλλειψη κατανόησης.
- Ερμηνεία της συμπεριφοράς του ασθενή με αναλυτικές έννοιες της συμπεριφοράς. Μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος, αρνητισμό ή απόσυρση και δείχνει ότι ο νοσηλευτής δεν έχει εμπιστοσύνη στην ικανότητα του αρρώστου να κατανοήσει και αντιμετωπίσει τα προσωπικά του προβλήματα.
- Άρνηση ή μη παραδοχή ότι ο άρρωστος έχει κάποιο πρόβλημα.
- Διακοπή ή απότομη αλλαγή του θέματος που συζητείται με τον άρρωστο. Ανακόπτει την ροή των ιδεών και σκέψεων του ασθενή καθώς και τον αυθορμητισμό του, γεγονός που μπορεί να τον κάνει συγκυτικό και να οδηγήσει σε μη έγκυρες πληροφορίες.
- Έντονη υπεράσπιση κάποιου από το προσωπικό τον οποίο ο ασθενής κατηγορεί. Δείχνει άρνηση των συναισθημάτων και εμπειριών του.
- Χρησιμοποίηση κοινών συγκαταβατικών φράσεων όπως 'Όλα θα πάνε καλά', 'Δεν χρειάζεται να ανησυχείτε' κτλ.
- Η συμφώνηση με τα λεγόμενα του αρρώστου, καθώς αυτός είναι άλλος ένας τρόπος για τον νοσηλευτή να εκφράζει τις απόψεις και τις σκέψεις του.
- Η διαφωνία με τον ασθενή, αφού έτσι ο ασθενής λαμβάνει το μήνυμα ότι τα λεγόμενα του δεν γίνονται δεκτά με αποτέλεσμα να διστάσει να εκφράσει ξανά τις σκέψεις του.
- Η αλλαγή του θέματος όταν ο ασθενής μιλά για ιδιαίτερα θέματα που χρήζουν προσοχής και διακριτικής μεταχείρισης (πχ ο θάνατος). Με την αλλαγή του θέματος ο ασθενής δεν θα μπορέσει να εκφράσει τις σκέψεις του και θα διστάσει να το κάνει ξανά.^{3,23}

Οι Morrissey και Callaghan περιγράφουν μερικούς ενδιαφέροντες τύπους ερωτήσεων με αρνητική αντίδραση στον άρρωστο όπως καθοδηγητικές ερωτήσεις που υποδηλώνουν την επιβολή της οπτικής γωνίας του νοσηλευτή και τη δημιουργία ενδείξεων που μπορεί να τον καθοδηγούν και πολλαπλές ερωτήσεις που περιλαμβάνουν δύο ή περισσότερες συνεχόμενες ερωτήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε σύγχυση του ασθενούς και σε μη βοήθεια του.¹⁴

Η χρήση εξειδικευμένης ορολογίας από το ιατρικό προσωπικό, η οποία δεν είναι κατανοητή από τους ασθενείς, έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία χάσματος στην επικοινωνία. Οι περισσότεροι ασθενείς κατανοούν τις πληροφορίες που τους δίνονται για τις ασθένειες με απλούς όρους. Επιπλέον, έρευνες δείχνουν ότι μόνο στο 1,5% των περιπτώσεων οι ιατροί ρωτούν τους ασθενείς εάν έχουν καταλάβει τι συζητήθηκε κατά τη διάρκεια της εξέτασης.²⁴

Σύμφωνα με τον Weaver, προκειμένου να επιτευχθεί μια αποτελεσματική επικοινωνία και ενδυνάμωση του ασθενούς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσδιορίσει και να γνωρίζει τους σωματικούς, ψυχολογικούς ή κοινωνικούς φραγμούς του ασθενούς. Τέτοια εμπόδια μπορεί να περιλαμβάνουν αισθητηριακά προβλήματα δυσλειτουργίας και προβλήματα σχετικά με το περιβάλλον του ασθενούς³. Ψυχολογικά εμπόδια θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν την προσωπικότητα ή τυχόν αναπηρία. Οι κοινωνικοί φραγμοί περιλαμβάνουν πολιτιστικές αξίες, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, και ούτω καθεξής.²⁵

Ενώ η μη λεκτική επικοινωνία είναι σχεδόν παρόμοια σε κάθε χώρα, η λεκτική επικοινωνία εξαρτάται από την πολιτιστική παράδοση, τις θρησκευτικές αξίες, τη γεωγραφική θέση και ούτω καθεξής.³ Οι νοσηλευτές μπορεί να έχουν συγκρουόμενες αξίες, αναλήψεις υποχρεώσεων και έλλειψη αξιών, χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επικοινωνία και ως εκ τούτου να οδηγήσουν σε αδυναμία εκπλήρωσης της σχέσης ασθενή- νοσηλευτή.¹⁷

2.6 Τρόποι Επίτευξης Αποτελεσματικής Θεραπευτικής Επικοινωνίας

Οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί να είναι χρήσιμες για την υπέρβαση των εμποδίων που αναστέλλουν τους νοσηλευτές από την οικοδόμηση μιας υγιούς σχέσης ασθενούς-νοσηλευτή³. Στην έρευνα που έγινε από Duxbury και Whittington διαπιστώθηκε ότι ενώ οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η περιβαλλοντική κατάσταση και η ψυχική ασθένεια του ασθενούς καταβυθίζει την επιθετικότητα του ασθενούς, ο ασθενής αντιλαμβάνεται την περιβαλλοντική κατάσταση και την κακή επικοινωνία ως πρόδρομο επιθετικότητας.²⁶ Σύμφωνα με τους Robinson και Watters οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να επιτευχθούν και να βελτιωθούν μέσα από την πράξη. Οι αποτελεσματικές θεραπευτικές δεξιότητες επικοινωνίας

συγκεντρώνουν ή μεταδίδουν πληροφορίες με επιτυχία και προωθούν την επούλωση και αποκατάσταση του ασθενούς.²⁷

Η ενεργητική ακρόαση είναι απαραίτητη δεδομένου ότι αν ο επαγγελματίας υγείας ακούει τα λεγόμενα του ασθενή χωρίς να ακούει πραγματικά, τότε αυτό το γεγονός μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα για τον ασθενή.²⁸ Η διαδικασία της ενεργής ακρόασης επιτρέπει στο νοσηλευτή να αποκτήσει βασικές πληροφορίες, να κατανοήσει τους ασθενείς, και να παρέχει την καλύτερη φροντίδα.¹⁸ Ο Egan πρότεινε τη σωστή θέση του σώματος που θα βοηθήσει ένα άτομο να συμμετέχει ενεργά στην συζήτηση: να κάθεται σε μια στάση που θα 'απαντά' σε εκείνη του ασθενή, να κλίνει ελαφρώς προς τον ασθενή, να διατηρεί μια ανοικτή θέση χωρίς σταυρωμένα χέρια ή ένταση, να κάνει λογική επαφή με τα μάτια και γενικά και να είναι χαλαρός.²⁹

Επιπλέον, η επικοινωνία θα πρέπει να γίνεται με ελάχιστη διάσπαση της προσοχής. Για παράδειγμα, το κλείσιμο των κουρτινών και η μετακίνηση ενός ασθενή σε έναν ιδιωτικό χώρο παροχής συμβουλών θα παρέχει λιγότερη απόσπαση της προσοχής. Ωστόσο, η αλλαγή σε ένα ήσυχο δωμάτιο μπορεί να είναι δύσκολη σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον, λόγω της έλλειψης διαθεσιμότητας δωματίου ή την ακινησία του ασθενούς.²⁸ Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν κάποια ενθάρρυνση και εμπιστοσύνη (που πρέπει να έχει ήδη συσταθεί για να επικοινωνούν σχετικά με τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους στο νοσηλευτή). Η διαδικασία της ενθάρρυνσης μπορεί να γίνει μέσω της αφής, του χιούμορ, και των λεγομένων.³

Ανάμεσα στις διάφορες δεξιότητες επικοινωνίας, η εξερεύνηση είναι μια άλλη ουσιαστική ικανότητα, που περιλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό τη χρήση αποτελεσματικών τεχνικών συνέντευξης για να εξετάσει βαθύτερα τα θέματα που αφορούν έναν ασθενή²⁸. Για την καλύτερη θεραπευτική επικοινωνία, οι ανοιχτές τύπου ερωτήσεις που αναλύθηκαν προηγουμένως μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τον ασθενή να συζητήσει και να διευκρινίσει τι σκέφτεται και τι αισθάνεται. Στη συνέχεια, παραφράζοντας τις συνομιλίες ο νοσηλευτής μπορεί να επανερμηνεύσει όσα ειπώθηκαν κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας.³⁰

Η επικοινωνία πρέπει να είναι διεκδικητική και να ανταποκρίνεται. Για να είναι διεκδικητική, κάποιος πρέπει να έχει κατάλληλες γνώσεις, να αποκτά την εμπιστοσύνη των

ασθενών και να έχει την ικανότητα για να ξεκινά, να συνεχίζει, και να σταματά τις συνομιλίες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.³¹

Συμπερασματικά για να επιτευχθεί μια αποτελεσματική επικοινωνία με θεραπευτική βάση πρέπει ο νοσηλευτής να έχει αρχικά λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση αλλά και να ακολουθεί την αρχή της δια βίου μάθησης πάνω στο επιστημονικό του αντικείμενο. Ζωτικής σημασίας είναι και η προσωπικότητα του- οι εμπειρίες, οι αξίες και τα συναισθήματα του παίζουν σημαντικό ρόλο στο πώς θα αντιμετωπίσει τον ασθενή και το αν θα μπορέσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό του.³ Όλα τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν στις προηγούμενες σελίδες της εργασίας αυτής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τον νοσηλευτή- ο σεβασμός, η υπομονή, η ειλικρίνεια, η ενεργητική ακρόαση και η αντιμετώπιση του ασθενή ως ισάξιου θα έχουν καθοριστική συμβολή στην αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία που θα αναπτυχθεί.

Εν κατακλείδι, η επικοινωνία είναι μια ενεργά αμφίδρομη κυκλική μέθοδος κατά την οποία όλα τα είδη των πληροφοριών που μοιράζονται είναι ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα. Η θεραπευτική επικοινωνία είναι ένα από τα πιο πολύτιμα εργαλεία που οι νοσηλευτές πρέπει να κατέχουν για να οικοδομήσουν εμπιστοσύνη μεταξύ του ασθενή και αυτών. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθούν τους ασθενείς να αισθάνονται αρκετά ασφαλείς έτσι ώστε να ανταλλάσσουν πληροφορίες και να εκφράζουν τα συναισθήματα τους.³

Η έννοια της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας για τη φροντίδα των ασθενών στη σύγχρονη νοσηλευτική πρακτική. Με τη χρήση θεραπευτικών τεχνικών επικοινωνίας ο νοσηλευτής αναπτύσσει υγιείς σχέσεις με τον ασθενή και έτσι είναι σε θέση να επικεντρωθεί στις ανησυχίες του.⁹ Αντίθετα, εμπόδια στην επικοινωνία μπορούν να οδηγήσουν σε δυσφορία, αρνητικές επιπτώσεις στην αποκατάσταση του ασθενούς και παρεξηγήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ



3.1 Ο ρόλος της Νοσηλευτικής Επιστήμης απέναντι στην Ψυχιατρική

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της γενικής νοσηλευτικής επιστήμης και ειδικότητας. Είναι η ειδικότητα που παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα ενώ βοηθά στην γρήγορη αποκατάσταση τους και προάγει την ευημερία του πληθυσμού.^{3,9} Αποστολή της είναι η προσφορά ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες υπηρεσίες για:

- υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας
- πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- προσωπική ολική φροντίδα, γρήγορη θεραπεία και αποκατάσταση
- μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας
- ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
- βελτίωση της δημόσιας υγείας

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση χαρακτηρίζεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών. Την ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου (υγιούς ή άρρωστου) ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής οντότητας, την πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του και τέλος στην εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.³

Οι κυριότερες δραστηριότητες της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας είναι:

- Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας μέσω προγραμμάτων εσωτερικής ή εξωτερικής φροντίδας με στόχο την γρήγορη ανάρρωση και τον περιορισμό των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας.
- Η εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- Η εκπαίδευση των ατόμων, των οικογενειών και των φροντιστών υγείας για την διαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας και της φαρμακευτικής αγωγής.

- Η εκπαίδευση των ατόμων και οικογενειών για να μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν από την παρουσία μιας χρόνιας νόσου, αλλά και να αναπτύξουν εναλλακτικούς τρόπους διαβίωσης με στόχο την αναβαθμισμένη ποιότητα της ζωής τους.
- Η διεπαγγελματική συνεργασία για την ολοκλήρωση του σχεδίου φροντίδας.
- Η συνεργασία και οικοδόμηση σχέσεων με τους κοινοτικούς φορείς και άλλα οργανωμένα σύνολα για προώθηση δραστηριοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

3.2 Ιστορική ανασκόπηση της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Η Νοσηλευτική ως λειτουργήμα ασκείται από τους αρχαίους χρόνους με επικέντρωση στην περίθαλψη και την φροντίδα των ασθενών. Η επαγγελματική όμως ταυτότητα της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης και κυρίως της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής διαμορφώθηκε στα τέλη του 19ου αιώνα. Ο Ευρωπαϊκός και Αμερικανικός Διαφωτισμός επηρέασε σημαντικά τις τάσεις για την περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών. Ο ρόλος των νοσηλευτών στα ψυχιατρικά ιδρύματα ακολούθησε και αυτός μια πορεία διαφοροποίησης και εξέλιξης, όμως με διαφορετική ταχύτητα από χώρα σε χώρα. Στις ΗΠΑ το έδαφος αποδείχθηκε πρόσφορο για υιοθέτηση αλλαγών αρκετά νωρίτερα από ό,τι σε άλλες χώρες. Η Ελλάδα ακολούθησε αργά αλλά σταθερά σε σημαντικές αλλαγές. Όλες οι αλλαγές στην εκπαίδευση, τον εργασιακό τομέα και την έρευνα αποτέλεσαν το κλειδί για την διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.³²

Πριν το 1882 στην Ελλάδα η φροντίδα των ψυχικά ασθενών ανήκε στην πατριαρχική οικογένεια ή σε ιδρύματα που παρείχαν περιστασιακά ιατρική κάλυψη και λειτουργούσαν ως όργανα κοινωνικής πρόνοιας με ευεργεσίες πολιτών. Μερικές φορές την φροντίδα τους ανέλαμβαναν τα μοναστήρια. Η πρώτη σοβαρή εκδήλωση μέριμνας για την φροντίδα των ψυχικά πασχόντων αποτέλεσε ο νόμος 'Περί συστάσεως φρενοκομείων' του 1862. Όμως, ο νόμος αυτός δεν υλοποιήθηκε από το νεοσύστατο κράτος λόγω οικονομικών δυσκολιών. Την περίοδο αυτή δεν γίνεται πουθενά λόγος για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας από ειδικευμένα άτομα στον ελλαδικό χώρο.

Το 1875 ιδρύθηκε το Νοσοκομικόν Παιδευτήριον, η πρώτη σχολή αδελφών του Ευαγγελισμού και το 1887 το Νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Και πάλι όμως,

παρατηρείται αδιαφορία για τον ψυχιατρικό χώρο. Έως το 1914 η στελέχωση των ιδρυμάτων που υπήρχαν για τους ψυχοπαθείς γινόταν από αστυνομικούς ή πολίτες που είχαν ρόλο διευθυντή, νοσοκόμου και οικονόμου. Αν και λειτούργησαν αρκετές και οργανωμένες για την εποχή κλινικές, δεν αναφέρεται η ύπαρξη νοσηλευτικής υπηρεσίας, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπήρχε βοηθητικό προσωπικό εργαζόμενο υπό την κατεύθυνση και επίβλεψη των ψυχιάτρων.³²

Η νοσηλεία περιελάμβανε τη χρήση περιοριστικών μέτρων και το ανειδίκευτο προσωπικό προσέφερε στοιχειώδη φροντίδα καθαρισμού των ακαθάρτων, χορήγηση φαγητού και εξεύρεση τρόπων για να ηρεμούν οι ασθενείς, αφού θεραπεία και γνώσεις περί της ψυχικής νόσου δεν υπήρχαν. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όπου νοσηλεύονταν οξέα και ελαφρά περιστατικά, όλα τα μέχρι τότε ψυχιατρικά ιδρύματα είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς, πάρα πολλούς φύλακες ενώ οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες.

Λίγο μετά την Μικρασιατική καταστροφή, το 1924, οι αυξανόμενες ανάγκες οδηγούν στην αναδιοργάνωση του Δημοσίου Ψυχιατρείου. Έτσι αρχίζει η πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1934 γίνεται η πρώτη νομοθετική ρύθμιση για την οργάνωση της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα. Έτσι προσλαμβάνεται πρακτικά εκπαιδευμένο προσωπικό στη Γενική και στη συνέχεια στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική με την συνδρομή των ψυχιάτρων.³²

Την απαρχή της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και σημείο-σταθμό για την εξέλιξη της αποτελεί το έτος 1945. Τότε, η Ζωή Τσουκαλά-Κακαρούκα, διδάσκουσα στη Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων, επέστρεψε από τον Καναδά όπου είχε μεταβεί για μετεκπαίδευση. Διαπιστώνοντας την ελλιπή παρουσία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και κυρίως της κλινικής εκπαίδευσης στο πρόγραμμα της σχολής, αποφάσισε να εκπαιδεύσει τις μαθήτριες κάθε τάξεως για 6 εβδομάδες στο Δημόσιο Ψυχιατρείο. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα επεκτάθηκε και στις άλλες σχολές, οι οποίες με τη σειρά τους πρόσθεσαν στα μαθήματα τους και την Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ο ρόλος πλέον του νοσηλευτή γίνεται πιο σαφής- κυρίως των σπουδαστών. Υπό την καθοδήγηση των γιατρών, προετοιμάζουν τους ασθενείς για ηλεκτροσπασμοθεραπεία, συμμετέχουν κατά την διενέργεια της θεραπείας και παρατηρούν τον ασθενή.

Από το 1956 αρχίζει και αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ο αριθμός των Νοσηλευτών στα ιδρύματα αυξάνεται και οι νέοι οργανισμοί των νοσοκομείων θεμελιώνουν την ανάπτυξη πάνω σε σύγχρονες βάσεις. Σε αυτό βέβαια συντέλεσε η εισαγωγή των φαρμάκων στην Ψυχιατρική Θεραπευτική το 1954. Το 1965 επέστρεψε από το εξωτερικό η Αφροδίτη Ραγιά, διδάσκουσα της σχολής του Ευαγγελισμού, η οποία είχε μετεκπαιδευθεί στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Η Α. Ραγιά οργάνωσε μια σειρά μαθημάτων νοσηλευτικής ψυχικής υγείας για νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Το 1978 η Α. Ραγιά εκδίδει το βιβλίο της 'Ψυχιατρική Νοσηλευτική', όπου αναπτύσσονται θέματα ψυχικής υγείας, προσεγγίζοντας ολιστικά τον ασθενή σε όλες του τις διαστάσεις.³²

Την περίοδο 1980-1990 παρατηρείται έντονη ανάπτυξη των ψυχιατρικών μονάδων στην Ελλάδα. Σε όλη την χώρα αναπτύσσονται Κέντρα Ψυχικής Υγείας, εντάσσονται ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία και μειώνονται οι κλίνες στα ψυχιατρεία. Το 1985 θεσπίζεται η ειδίκευση στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Κατά το ακαδημαϊκό έτος 1980-1981, άρχισε η λειτουργία του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Το 1990, διεξήχθη η πρώτη έρευνα στην Ελλάδα από το τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπου αξιολογήθηκαν οι ψυχοσωματικές ανάγκες των ασθενών και το 1993, το ίδιο Τμήμα άρχισε να χορηγεί μεταπτυχιακό δίπλωμα στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Στον 21ο αιώνα, η Ψυχιατρική Νοσηλευτική θα χρειασθεί να λάβει υπόψη όλα τα νέα δεδομένα και να τα μελετήσει κάτω από το φως νέων επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων. Στην αρχή του αιώνα που διανύουμε, θα χρειασθεί να επαναπροσδιορισθεί η βάση της νοσηλευτικής φροντίδας και οι ρόλοι των νοσηλευτών στα νοσοκομεία. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα χρειασθεί να συμβάλλουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας που θα απευθύνεται σε ασθενείς και οικογένειες δίνοντας έναν ανθρωπιστικό τόνο στην οδυνηρή εμπειρία της νόσου.³²

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων

3.3.1 Δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος

Θεραπευτικό περιβάλλον είναι το περιβάλλον που δίνει άνεση και ελευθερία στον άρρωστο για να εκφράσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του και να τον βοηθήσει στην ανάπτυξη υγιών τρόπων συμπεριφοράς. Μέσα στο περιβάλλον αυτό ο άρρωστος έχει την

δυνατότητα να αναπτύξει αυτοκατανόηση και να δοκιμάσει αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας. Το θεραπευτικό περιβάλλον προσαρμόζεται για τον κάθε άρρωστο, σύμφωνα πάντα με τις ατομικές του ανάγκες. Στελεχώνεται με εκπαιδευμένο προσωπικό και όλα τα μέλη του συμβάλλουν στον προγραμματισμό και τη λειτουργία του. Οι άρρωστοι αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες, οι κοινωνικές διαφορές ξεπερνιούνται ενώ η επικοινωνία μέσα σε αυτό είναι πιο ανοικτή και ελεύθερη.³

Μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον οι άρρωστοι και το προσωπικό ασκούν σημαντική αλληλεπίδραση ο ένας στον άλλον. Οι ψυχικές λειτουργίες βιώνονται και από τις δύο ομάδες, με διαφορές βαθμού και συχνότητας- με λίγα λόγια από αυτή την αλληλεπίδραση επηρεάζεται και ο ασθενής αλλά και ο επαγγελματίας υγείας.²⁴ Η διεργασία της θεραπείας του περιβάλλοντος είναι δυναμική και συνεχής, απαιτεί προσοχή και εγρήγορση για την επίτευξη ενός θεραπευτικού αποτελέσματος.

Μερικά από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι τα εξής³:

- Αναθέτει ευθύνες στο άρρωστο- τόσες όσες μπορεί να αναλάβει και να διαχειριστεί- και τον ενθαρρύνει ότι θα τα καταφέρει.
- Η υποστήριξη του ασθενή είναι απαραίτητη για τις προσπάθειες που κάνει στη δοκιμή νέων τρόπων συμπεριφοράς.
- Ανέχεται σε μεγάλο βαθμό τις παρεκκλίσεις που εκδηλώνει ο άρρωστος.
- Δίνει στον άρρωστο ευκαιρίες επίλυσης των προβλημάτων της καθημερινότητας του και ευκαιρίες εκπλήρωσης ρόλων, ειδικά σε αυτούς τους οποίους απέτυχε στο παρελθόν.
- Φροντίζει το φυσικό περιβάλλον να είναι ευρύχωρο, άνετο και επαρκώς εξοπλισμένο με σκοπό την βοήθεια των αρρώστων προς την εκπλήρωση των σκοπών μάθησης.
- Κάθε άρρωστος έχει εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλείας ανάλογο με τις ανάγκες και τα προβλήματα του, τα συμπτώματά του και την θεραπευτική του αγωγή.

Οι ασθενείς είναι άνθρωποι με εξαιρετικά ευαίσθητη βιολογική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση. Η κοινή αντίληψη του «νοσοκομειακού» περιβάλλοντος είναι αυτή ενός περιβάλλοντος περίπλοκου, ιδρυματικού και αφιλόξενου, που εντείνει τα αρνητικά συναισθήματα και προκαλεί stress, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις. Ο πρωταρχικός ρόλος του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι να συντελεί στη μείωση των

επιπέδων stress στους ασθενείς και, συνεπακόλουθα, στη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην πορεία θεραπείας ή ανάρρωσής τους.³

Το θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργείται όταν ο σχεδιασμός του κτηρίου δεν εμποδίζει το προσωπικό να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς, οι λειτουργικές πρακτικές και τακτικές, καθώς και τα πρωτόκολλα του νοσοκομείου εξυπηρετούν τις απαιτήσεις των ασθενών, η αρχιτεκτονική παρέχει κατευναστικές θέες και επαρκή πρόσβαση σε φυσικό φως, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες stress έχουν μειωθεί ικανοποιητικά.³ Τα βασικά χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η μείωση των περιβαλλοντικών παραγόντων stress και η προσφορά θετικών αντιπερισπασμών, κοινωνικής υποστήριξης και αίσθησης ελέγχου. Συνεπώς, το θεραπευτικό περιβάλλον είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έννοια της σωματικής, κοινωνικής και ψυχολογικής άνεσης. Οι φυσικές παράμετροι του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι ο φωτισμός-φυσικός και τεχνητός, τα χρώματα και οι υφές των επιφανειών, η θέα της φύσης, ο προσανατολισμός, η ποιότητα του αέρα, η θερμοκρασία και η υγρασία, τα επίπεδα θορύβου καθώς και η ιδιωτικότητα, η επικοινωνία, η στέγαση της οικογένειας και η αποφυγή ιδρυματικού χαρακτήρα.³³

Η φιλοσοφία του θεραπευτικού περιβάλλοντος περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τις εξής αρχές:

- Η ανάπτυξη της προσωπικότητας πηγάζει από ριψοκίνδυνες προσπάθειες και από μάθηση που αποκτάται μέσω λαθών και παθημάτων.
- Το άτομο αισθάνεται χαρά και ικανοποίηση όταν εκπληρώνει προσωπικούς σκοπούς χωρίς μεγάλο κόστος για τον ίδιο ή τους άλλους.
- Είναι πιο χρήσιμο το να μάθει κανείς να μιλά για τα συναισθήματα που δοκιμάζει, παρά να ενεργεί υπό την επίδραση αυτών με τρόπο παρορμητικό και ασυνείδητο.
- Τα ίδια τα άτομα είναι υπεύθυνα να εξετάζουν τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς τους στους άλλους.
- Η αυτονομία και η κοινωνική απόσυρση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες, όπως επίσης η εξάρτηση και η διαπροσωπική εγγύτητα.
- Το αίσθημα της αυτοαξίας ενός ατόμου πρέπει να βασίζεται σε τρέχουσες θετικές ψυχολογικές εμπειρίες και διαπροσωπικές σχέσεις παρά σε εμπειρίες του παρελθόντος.³

Τα στοιχεία του θεραπευτικού περιβάλλοντος περιλαμβάνουν το φυσικό περιβάλλον, το οποίο αποτελείται από τον χώρο και τον εξοπλισμό. Ο άρρωστος έχει ανάγκη να διαθέτει προσωπικό χώρο αλλά και την δυνατότητα μοναχικότητας. Χώροι για ψυχαγωγική δραστηριότητα και κοινωνική επαφή αλλά και τραπεζαρία και βοηθητικοί χώροι είναι επίσης απαραίτητοι. Ανάγκη αποτελεί επίσης η εξασφάλιση της σωματικής και ψυχολογικής προστασίας και ασφάλειας για όλους.³

Άλλα στοιχεία του είναι το πρόγραμμα και οι κανόνες λειτουργίας, αφού η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχετίζεται ως ένα βαθμό με τις ενέργειες που οι άρρωστοι πρέπει να εκτελέσουν. Κάθε θεραπευτικό περιβάλλον έχει κανόνες και τυπικές δραστηριότητες που λειτουργούν με σκοπό την διατήρηση μιας κοινωνικής τάξης και την προαγωγή της ομαδικής συνοχής.³³ Το σύστημα αυτό προσφέρει:

- Ένα μέσο για να γίνει η ζωή στο ψυχιατρικό τμήμα ανάλογη και όμοια εκείνης έξω στην κοινωνία.
- Ένα τρόπο ελέγχου της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς με την ομαδική πίεση και επιβολή.
- Ομαδική υποστήριξη για τους ιδιαίτερα διαταραγμένους ασθενείς.
- Ευκαιρία για την κατανόηση του διοικητικού μηχανισμού και για την συμβολή στην οργάνωση του
- Ένα τρόπο αύξησης της αυτοεκτίμησης των αρρώστων.
- Διέξοδο για την έκφραση των ενοχλήσεων και αντιδράσεων τους.
- Δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ αρρώστων και προσωπικού.
- Αύξηση του ηθικού και του πνεύματος συνεργασίας μέσω της εκτόνωσης των εντάσεων και την ελεύθερη ανταλλαγή ιδεών και συναισθημάτων.

Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από τον θεραπευτικό περιβάλλον είναι όσοι εκδηλώνουν επιθετική ή καταστρεπτική συμπεριφορά και χρειάζονται το περιβάλλον για εξωτερικό έλεγχο, όσοι παρουσιάζουν ελλείμματα στις λειτουργίες του εγώ (πχ στην επαφή με την πραγματικότητα και τη λύση προβλημάτων) και είναι τόσο αποδιοργανωμένοι ώστε χρειάζονται συνεχή υποστήριξη και φροντίδα και όσοι βρίσκονται σε κρίσιμη ψυχολογική κατάσταση που αποτελεί ένδειξη η απομάκρυνση τους από το συνηθισμένο περιβάλλον τους και η νοσηλεία τους σε ένα ειδικό προστατευμένο περιβάλλον.³³

Γενικά, το θεραπευτικό περιβάλλον μεγιστοποιεί την εξατομίκευση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας, εμπνέει το αίσθημα της ασφάλειας και δίνει ευκαιρίες στους αρρώστους να αναλαμβάνουν ευθύνες για τον εαυτό τους τα άτομα γύρω τους καθώς και να απασχολούνται έτσι ώστε να μην παλινδρομούν σε μη υγιείς καταστάσεις ενώ τέλος καλλιεργεί τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τους προωθεί στην ανάρρωση. Η δημιουργία και η διατήρηση του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι ανεξάρτητη νοσηλευτική δραστηριότητα, η οποία αποτελεί και δείκτη της ποιότητας της θεραπευτικής νοσηλευτικής φροντίδας του ψυχικά αρρώστου.³

3.3.2 Θεραπευτικές νοσηλευτικές στάσεις προς τον ασθενή

Οι πρότυπες νοσηλευτικές στάσεις που συνιστώνται ως θεραπευτικές είναι οι εξής:

- Η επιείκεια, η οποία εκδηλώνεται μέσω της ελαστικότητας στον χειρισμό των δυσκολιών του αρρώστου να προσαρμοσθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Ο νοσηλευτής επιτρέπει, κατά την κρίση του, κάποια διαφοροποίηση στην διαίτα, στις δραστηριότητες και στη φαρμακευτική αγωγή.
- Η ενεργητική φιλικότητα, όπου οι νοσηλευτές παίρνουν την πρωτοβουλία και δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή θαλπωρή στον ασθενή, πάντοτε προσαρμοσμένα στις θεραπευτικές του ανάγκες.
- Η παθητική φιλικότητα, όπου ο νοσηλευτής εκφράζει ελεύθερα ότι είναι διαθέσιμος για βοήθεια προς τον άρρωστο και διατηρεί επαφή μαζί του χωρίς όμως να παίρνει πρωτοβουλία για εκδήλωση ιδιαίτερης προσοχής.
- Η συναισθηματική ουδετερότητα είναι η στάση κατά την οποία ο νοσηλευτής δεν αντιδρά ανοικτά συναισθηματικά στις παρεκκλίσεις, στην έκδηλη δυσφορία ή σε σκόπιμους ελιγμούς του ασθενή. Αποφεύγεται ακόμη και η προσωπική ενθάρρυνση του αρρώστου. Συνήθως παρακολουθούνται με αξιοπρέπεια και ευγένεια.
- Η ευγενική σταθερότητα απαιτεί από τον νοσηλευτή να μεταβιβάζει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας, ότι γνωρίζουν ακριβώς τι πρέπει να γίνει και ότι περιμένουν να εφαρμοσθούν αυτά που ζητούν.³

Μερικά ακόμη χαρακτηριστικά που οφείλουν να έχουν οι νοσηλευτές είναι ειλικρίνεια στην επικοινωνία με τον άρρωστο, προθυμία στο να αναλάβουν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους, ικανότητα ανοχής του άγχους και της απογοήτευσης, χωρίς να γίνονται άκαμπτοι και αμυντικοί και να έχουν πρότυπα αναμενόμενης συμπεριφοράς.³

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου είναι:

1. Παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους και συνεργασία με τις οικογένειές τους.
2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας.
3. Άσκηση κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη αλλά και την παρακολούθηση των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
4. Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας.
5. Συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα και το υπόλοιπο προσωπικό.
6. Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και εφαρμογή αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.
7. Έρευνα σε θέματα ψυχικής υγείας.
8. Συμβολή στην εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής στην κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική.

3.4 Τα προσόντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Οι άνθρωποι είναι κοινωνικά πλάσματα που εκπληρώνουν την ανάγκη τους για επικοινωνία μέσω της ανταλλαγής συναισθημάτων και των πτυχών της προσωπικότητάς τους και των κινήτρων τους. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η θεραπεία και η φροντίδα των ψυχικά ασθενών απαιτεί ομαδική δουλειά, η σχέση μεταξύ των μελών έχει μεγάλη σημασία²⁴. Η αποτελεσματική δράση της ομάδας είναι αδύνατη χωρίς την παρουσία των διαπροσωπικών σχέσεων. Οι σχέσεις αυτές πρέπει απαραίτητα να είναι εποικοδομητικές και με προσανατολισμό στο στόχο.³

Τα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας οφείλουν να έχουν επικοινωνιακές και συνεργατικές δεξιότητες κατά τη διάρκεια της εργασίας οι οποίες θα βοηθήσουν στην επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και των στόχων της θεραπείας. Η συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας τους κάνει να γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες του ασθενή και να εφευρίσκουν ακόμα πιο αποτελεσματικές θεραπείες για αυτούς.³

Για να επιτευχθεί μια καλή ομάδα εργασίας, τα μέλη της πρέπει να είναι σε θέση να λύνουν τα επικοινωνιακά προβλήματα μεταξύ τους και πάντα να προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο- πάνω από όλα είναι συνεργάτες, που εργάζονται σε ένα προβληματικό ζήτημα και όλοι έχουν έναν κοινό στόχο. Η συνεργασία διασφαλίζει τη βελτίωση της ομάδας απέναντι στους κύριους στόχους. Η ψυχιατρική ομάδα κερδίζει κάποιες ειδικές δεξιότητες κατά τη διάρκεια της συνεργασίας.³⁴ Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως:

- Σεβασμός του ψυχικά αρρώστου.
- Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
- Δημιουργία ενός άνετου θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά.
- Προαγωγή μια υγιούς σωματική κατάσταση
- Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο.
- Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.
- Αίσθημα υπευθυνότητας.
- Κατάλληλη εκπαίδευση και γνώσεις σχετικά με την ψυχική υγεία.
- Πίστη και αγάπη στο έργο του ψυχιατρικού νοσηλευτή.
- Ικανότητα υγιούς συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό
- Να εργάζεται μέσα σε ένα προσωπικό και κοινωνικά αποδεκτό ηθικό πλαίσιο
- Να είναι σε θέση να εκτιμά τις επιπλοκές της θεραπείας του αρρώστου.
- Να χρησιμοποιεί ικανότητες παρατήρησης και αποτίμησης για να εκτιμήσει τις ανάγκες του ασθενή
- Να μπορεί να επικοινωνήσει αποτελεσματικά σε μια πληθώρα καταστάσεων.^{3,35}

3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή

3.5.1 Γενικά για την Θεραπεία των Ψυχικών Παθήσεων

Μια ψυχική ασθένεια, όπως πολλές χρόνιες ασθένειες, απαιτεί συνεχή θεραπεία. Ευτυχώς, μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες στην αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών. Ως αποτέλεσμα, πολλές νοητικές καταστάσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με ένα συνδυασμό μεθόδων ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής.³

Ο σχεδιασμός της θεραπευτικής τακτικής για την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενή που πάσχει από μία ψυχική νόσο απαιτεί διάφορες μορφές δράσης σε όλα τα επίπεδα της διαταραχής του. Περιλαμβάνει θεραπευτικές προσπάθειες που απευθύνονται τόσο στον ασθενή, εξατομικευμένες ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιομορφίες του, όσο και στο περιβάλλον γύρω του. Σε πολλές περιπτώσεις οι προσπάθειες αυτές είναι μακροχρόνιες, ακολουθώντας την πορεία της νόσου. Όπως αναφέρθηκε, η θεραπευτική προσέγγιση δεν είναι ποτέ μονοδιάστατη, μια και η πληθώρα των ψυχικών παθήσεων απαιτεί συχνά συνδυασμό περισσότερων από μιας θεραπευτικών μεθόδων.

Αξίζει να σημειωθεί η πρόοδος που έχει γίνει από τα πρώτα βήματα της επιστήμης της Ψυχιατρικής, ειδικά όσον αφορά την πολυμορφία των θεραπευτικών μεθόδων. Μερικές από τις θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τις κλινικές ημέρας, τις κλινικές νύκτας, τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, τα θεραπευτικά club, τα κέντρα αποκατάστασης, τις κινητές ψυχιατρικές μονάδες καθώς και το κλασικό ψυχιατρείο/ ψυχιατρική κλινική. Όλα μαζί αποτελούν την σύγχρονη θεραπευτική ψυχιατρική αλυσίδα, ο τελευταίο κρίκος της οποίας είναι η επανένταξη του ασθενή στο φυσικό του περιβάλλον και στην κοινωνία.⁴

3.5.2 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να προσαρμοστεί στη κοινωνία, να ανακουφιστεί από τα δυσάρεστα συμπτώματά, να βελτιώσει τη νοητική του κατάσταση και να συμβάλλει στην κοινωνική του επανένταξη, με σκοπό μια ικανοποιητική ζωή.³ Μερικά από τα κύρια είδη ψυχοθεραπείας είναι:

1. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία

Ο όρος "συμβουλευτική" περιλαμβάνει διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητα των οποίων δεν έχει αποδειχθεί. Ο κύριος στόχος της είναι η συναισθηματική κατανόηση και υποστήριξη του ασθενή, η παροχή πληροφοριών, και η επίλυση των προβλημάτων. Το κύρια συστατικό της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η γνησιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς.⁴

2. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, που είναι η απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής διευκολύνει και προτρέπει τον ασθενή να κάνει αλλαγές στη ζωή του που θα του επιτρέψουν να γίνει πιο λειτουργικός, να έχει λιγότερο άγχος, και να επανέλθει στην ψυχική υγεία ή να παραμείνει σε σταθερή κατάσταση. Οι συναντήσεις γίνονται μια φορά την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες ή μήνες. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι επικεντρωμένη στο 'παρόν' του ασθενή και ασχολείται ελάχιστα ή καθόλου με ψυχοδυναμικές ερμηνείες γεγονότων και εμπειριών του παρελθόντος. Ο θεραπευτής, ακούει τον ασθενή, κατανοεί τα προβλήματά του και προσπαθεί να ενισχύσει τους υγιείς μηχανισμούς άμυνας του.³⁶

3. Η ψυχανάλυση

Η ψυχανάλυση είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, που θεμελίωσε ο Sigmund Freud. Πολλές φορές θεωρείται λανθασμένα συνώνυμη με την ψυχοθεραπεία. Η ψυχανάλυση βασίζεται στη σημασία των εμπειριών της παιδικής ηλικίας στο σχηματισμό της προσωπικότητας. Κεντρική άποψη της είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται κατά κύριο λόγο από ασυνείδητες δυνάμεις που πηγάζουν από πρωτόγονες συναισθηματικές ανάγκες, και όχι από τη λογική. Ο ψυχαναλυτής προσπαθεί να προαγάγει την προσωπική ανάπτυξη του ασθενούς και να μεταβάλει την προσωπικότητά του.³⁶

4. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική θεραπεία επινοήθηκε κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1960 από τους Weissman και Klerman. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών και βασίζεται στην ανάλυση των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή και του

ρόλου που έχουν παίξει στην δημιουργία και έκφραση της κατάθλιψης. Το σκεπτικό είναι ότι, αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς η διαπροσωπική δυσκολία, θα υποχωρήσει και η κατάθλιψη. Η θεραπεία είναι περισσότερο διαδεδομένη στις Η.Π.Α.

5. Η γνωσιακή θεραπεία

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία επινοήθηκε αρχικά από τον Beck για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών. Βασίστηκε στην παρατήρηση ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς προβαίνουν σε αρνητικές δυσλειτουργικές σκέψεις (γνωσίες) σχετικά με τον εαυτό τους, το μέλλον τους και το περιβάλλον/κόσμο (γνωσιακή τριάδα του Beck). Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιεί κατευθυντικές μεθόδους και αντιμετωπίζει τα τρέχοντα προβλήματα αποσκοπώντας στη μεταβολή αυτών των σημαντικών εσωτερικών πεποιθήσεων. Η ψυχοθεραπεία αυτή χρησιμοποιείται σήμερα στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους, των διαταραχών πρόσληψης τροφής, της σχιζοφρένειας και ορισμένων διαταραχών προσωπικότητας.³⁶

6. Η θεραπεία συμπεριφοράς

Εφαρμόζεται κυρίως στους ψυχωτικούς ασθενείς με στόχο την καλλιέργεια και επανάκτηση των χαμένων τους δεξιοτήτων.⁴ Η θεραπεία συμπεριφοράς βασίζεται στις θεωρίες της μάθησης και επικεντρώνεται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς.³⁶ Σήμερα συνδυάζεται με την γνωσιακή ψυχοθεραπεία δημιουργώντας την Γνωσιακή - Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στις φοβίες.

7. Η ομαδική ψυχοθεραπεία

Εδώ, η έμφαση δίνεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα άτομα της ομάδας, τα οποία μοιράζονται τα προβλήματά τους. Οι ομάδες συναντώνται μια φορά την εβδομάδα για μήνες έως χρόνια. Ο θεραπευτής (που συμμετέχει στην ομάδα) υιοθετεί ένα μη κατευθυντικό ρόλο, και προτρέπει τους ασθενείς του να μην κάθονται σιωπηλοί και να μιλούν ακόμα και για άσχετα ζητήματα.³⁶ Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνουν σημαντικούς θεραπευτικούς παράγοντες όπως η παροχή πληροφοριών, η αλληλεγγύη και ο αλτρουισμός, το εμφύσημα ελπίδας, η ανάπτυξη τεχνικών συμπεριφοράς, η μιμητική συμπεριφορά και η διαπροσωπική μάθηση.

8. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Πρόκειται για μορφή ψυχοθεραπείας στην οποία μετέχουν μαζί με τον ασθενή μέλη της οικογένειας τους. Έχει διάφορες πρακτικές μορφές, από την απλή συμβουλευτική διαδικασία και προετοιμασία υποδοχής του ασθενή στο οικογενειακό περιβάλλον μέχρι και την επεξεργασία των διαπροσωπικών ψυχοδυναμικών σχέσεων των μελών της οικογένειας. Η οικογενειακή συστηματική θεραπεία βασίζεται στο σκεπτικό ότι τα προβλήματα δεν απορρέουν μόνο από το ίδιο το άτομο, αλλά και μέσα από το πλαίσιο λειτουργίας της οικογένειας. Η προσδοκία είναι ότι η βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας θα οδηγήσει στη βελτίωση του άρρωστου μέλους.⁴

3.5.3 Βιολογικές Θεραπείες

Ηλεκτροσόκ (ETC)

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην τεχνητή έκλυση τονικών και κλονικών σπασμών με χορήγηση ρεύματος δια μέσου του εγκεφάλου για 0,1-0,5 sec. Οι ενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου περιλαμβάνουν βαριές μελαγχολικές καταστάσεις, στην κατατονική μορφή σχιζοφρένειας, σε κλινική εικόνα σχιζοφρένειας με συνύπαρξη εντόνων συμπτωμάτων διαταραχής συναισθήματος και σε διεγερτικές καταστάσεις που κυριαρχούν τα θετικά συμπτώματα (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις).⁴ Οι παρενέργειες της μεθόδου αυτής περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης, πονοκέφαλο, μυϊκούς πόνους, παρατεταμένη άπνοια, κατάγματα οστών, αμνηρόρροια, συστηματική υπέρταση και καρδιακές αρρυθμίες.

Φαρμακευτική Αγωγή

Μία κύρια λύση για τη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων είναι η φαρμακευτική θεραπεία. Υπάρχουν αρκετές ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κλινικής κατάθλιψης, όπως επίσης και για τη διαχείριση του άγχους καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές. Τα αγχολυτικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και για τα σχετιζόμενα με αυτό προβλήματα, όπως είναι η αϋπνία. Οι σταθεροποιητές διάθεσης χρησιμοποιούνται κυρίως στη διπολική διαταραχή. Τα αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται στις ψυχώσεις, κυρίως

για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές. Τα ψυχοδιεγερτικά χρησιμοποιούνται ευρέως στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).³

1. Αγχολυτικά φάρμακα

Τα αγχολυτικά χορηγούνται στο άγχος που υπάρχει στις νευρώσεις και στο περιστασιακό άγχος ενός ατόμου. Είναι λιγότερο ή καθόλου αποτελεσματικά στο ψυχωτικό άγχος. Γενικά, λειτουργούν ως αγχολυτικά όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις στη διάρκεια της ημέρας και ως υπνωτικά, όταν χορηγούνται σε μεγαλύτερη δόση το βράδυ. Τα αγχολυτικά σήμερα περιλαμβάνουν κυρίως τις βενζοδιαζεπίνες.³⁷ Η αγχολυτική δόση είναι 1-10 mgf ανάλογα με την βενζοδιαζεπίνη. Σε σχετικά μεγαλύτερες δόσεις είναι υπνωτικά, ενώ έχουν κι άλλες δράσεις, όπως μυοχαλαρωτική, αντισπασμική και κατασταλτική. Έχουν ασφάλεια στην χρήση (χαμηλή τοξικότητα) και αποτελεσματικότητα και προκαλούν εξάρτηση ηπιότερη των βαρβιτουρικών.⁴

2. Αντιψυχωσικά φάρμακα

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως νευροληπτικά ή μείζονα ηρεμιστικά) είναι διαθέσιμα περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Η δράση τους έχει ειδική αποτελεσματικότητα στη ψυχωτική διαταραχή. Ο κύριος σκοπός της θεραπείας με τα συγκεκριμένα σκευάσματα είναι η μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως οι ακουστικές ή άλλου τύπου ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και η συνεπαγόμενη δυσλειτουργία στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου. Τα αντιψυχωσικά δεν προκαλούν εξάρτηση.⁴

Περιλαμβάνουν τα κλασικά και τα άτυπα αντιψυχωσικά. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης, τα πιπεριδινικά και τα πιπεραζινικά, τα παράγωγα της βουτυροφαινόνης, τα παράγωγα της διφαινυλοβουτυλοπιπεριδίνης, τα παράγωγα του θειοξανθενίου και η υποσουλπρίδη και τιαπρίδη. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται τα άτυπα αντιψυχωσικά αμισουλπρίδη, αριπιπραζόλη, κλοζαπίνη, αλανζαπίνη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη, σερτινδόλη και ζοτεπίνη.³⁷

Τα αντιψυχωσικά βελτιώνουν τις διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, την υπερκινητική συμπεριφορά και επηρεάζουν θετικά την επανασύνδεση του σχιζοφρενούς με το περιβάλλον του. Η χορήγηση των αντιψυχωσικών επιτρέπει τον αποτελεσματικό έλεγχο των οξέων σχιζοφρενικών επεισοδίων και των υποτροπών της νόσου. Η μακροχρόνια συνέχιση της χορήγησης των αντιψυχωσικών μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, συχνά σε μειωμένες δόσεις συντήρησης, αποβλέπει στην πρόληψη των υποτροπών που εμφανίζονται εβδομάδες ή και μήνες μετά τη διακοπή τους.

Ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν εξωπυραμидικά συμπτώματα, δυστονία, ακαθισία και όψιμη δυσκινησία. Αυτά απαιτούν διακοπή της αγωγής και μπορεί να μειωθούν με τη χρήση αντιχολινεργικού. Όψιμη δυσκινησία μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια ή μετά τη διακοπή της θεραπείας. Πρόκειται για σύνδρομο ανώμαλων κινήσεων που συνήθως αφορά τους περιστοματικούς μυς, τους μυς της παρειάς και της γλώσσας. Κινήσεις των άκρων και του κορμού είναι πιο σπάνιες. Η κατά το δυνατό μειωμένη δόση συντήρησης φαίνεται ότι περιορίζει τις πιθανότητες εμφάνισής της. Υπόταση και επιδράσεις από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι δοσοεξαρτώμενες ανεπιθύμητες ενέργειες και μπορεί να προκαλέσουν επικίνδυνες πτώσεις και υπέρ- ή υποθερμία.³

3. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιλαμβάνουν κυρίως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, νορτριπτυλίνη, ιμιπραμίνη, χλωριμιπραμίνη, δοξεπίνη) και τα συναφή τους (τραζοδόνη), τα τετρακυκλικά (μαπροτιλίνη), τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO), τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σετραλίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη), τους αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (βενλαφαξίνη, ντουλοξετίνη), τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά (μιρταζαπίνη).³⁷

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών θεωρείται ότι οφείλεται στην επίδρασή τους στα αμινεργικά συστήματα του εγκεφάλου, ιδίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, των οποίων ενισχύουν τη δράση στο ΚΝΣ μέσω αναστολής της επαναπρόσληψης τους από τα νευρικά κύτταρα. Οι αναστολείς της MAO ενισχύουν τη δράση

των μονοαμινών, δια μέσου αναστολής της αποδόμησής τους. Οι παραπάνω σχετίζονται με τη θεραπευτική δράση των αντικαταθλιπτικών στις συναισθηματικές διαταραχές.

Η κύρια ένδειξη των αντικαταθλιπτικών είναι η μείζων κατάθλιψη, μονοπολική ή διπολική. Στην παραληρητική μορφή απαιτείται ταυτόχρονη χορήγηση αντιψυχωσικού, ενώ η άτυπη κατάθλιψη ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπεία με αναστολείς της ΜΑΟ. Εκτός από την κατάθλιψη, ορισμένα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά και στη διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, καθώς και σε άλλες καταστάσεις, όπως ψυχογενής βουλιμία, μετατραυματικό στρες.³

4. Σταθεροποιητές Διάθεσης

Περιλαμβάνουν τα άλατα λιθίου (Milithin, Lithiofor) με ενδείξεις τη θεραπεία της μανίας και τη προφύλαξη από υποτροπές της διπολικής και μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής (μανιακά ή /και καταθλιπτικά επεισόδια), το βαλπροϊκό (βαλπροϊκό οξύ ή βαλπροϊκό νάτριο) (Derakine), η καρβαμαζεπίνη και η λαμοτρυγίνη. Επικουρικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν η γκαμπαπεντίνη και η τοπιραμάτη.^{4,38}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



4.1 Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενείς με ψυχικές παθήσεις

Η νοσηλευτική διεργασία είναι φιλοσοφία και επιστημονική μέθοδος ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Βασίζεται σε θεωρητικές γνώσεις, προϋποθέτει προσωπική επικοινωνία και συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή και απαιτεί όλες οι νοσηλευτικές αποφάσεις και παρεμβάσεις να βασίζονται σε συστηματική εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή και σε ανάλογο επιστημονικά τεκμηριωμένο προγραμματισμό.³

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. **Νοσηλευτική εκτίμηση** των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. **Νοσηλευτική διάγνωση** της νοσηλευτικής φροντίδας και αναμενόμενες εκβάσεις.
3. **Προγραμματισμός** των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις.
4. **Εφαρμογή** του προγράμματος φροντίδας.
5. **Αξιολόγηση** των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση του κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί.

Τα αποτελέσματα που απορρέουν από το τελευταίο στάδιο γίνονται νέα δεδομένα για την χρησιμοποίηση εκ νέου στο πρώτο στάδιο, όταν οι μεταβολές στη νοσηλευτική διάγνωση οδηγούν σε τροποποίηση του νοσηλευτικού προγράμματος. Διαπιστώνουμε έτσι πως η νοσηλευτική διεργασία είναι μια κυκλική λειτουργία.⁹

Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι:

- Η προσωπική γνωριμία και διαπροσωπική σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή.
- Η υπεύθυνη επιστημονική και συστηματική λήψη και εκτέλεση των νοσηλευτικών αποφάσεων.
- Η ενεργοποίηση του αρρώστου στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του για την συντομότερη ανάρρωση και υπεύθυνη ανάληψη της αυτοφροντίδας.
- Η συμβολή στην προαγωγή της ακαδημαϊκής και κλινικής αξιοπιστίας της νοσηλευτικής και στην προβολή της ως επιστημονικού έργου με απεριόριστες προοπτικές ανάπτυξης.³

Στάδιο 1: Νοσηλευτική εκτίμηση

Η συλλογή δεδομένων γίνεται κατά τη διάρκεια κάθε επαφής που έχει ο νοσηλευτής με τον ασθενή. Είναι απαραίτητη για την ευημερία του ασθενούς και στο να βοηθηθεί η ιατρική ομάδα στο να γίνουν οι καλύτερες δυνατές επιλογές για τον ασθενή. Οι νοσηλευτές συλλέγουν δεδομένα σχετικά με τον ασθενή και την κατάσταση του³. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν επίσης μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας για να ερμηνεύσουν τη στάση του ασθενούς για την τελική αξιολόγηση, όπως τον τόνο της φωνής, την έκφραση του προσώπου και ούτω καθεξής⁹.

Οι προϋποθέσεις για μια αποτελεσματική νοσηλευτική εκτίμηση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου είναι ο νοσηλευτής:

- Να κατέχει γνώσεις ψυχιατρικής, νοσηλευτικής ψυχικής υγείας και κλινικής εξέτασης
- Να έχει σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον για τον άρρωστο
- Να μπορεί να δημιουργεί μια άνετη διαπροσωπική και υποστηρικτική ατμόσφαιρα
- Να παρατηρεί συγκεντρωτικά και να δίνει προσοχή σε ό,τι λέγεται και στον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου
- Να έχει την ικανότητα περιορισμού των περισπασμών με πραγματοποίηση της συνέντευξης σε ήσυχο μοναχικό χώρο που να εμπνέει εμπιστοσύνη
- Να έχει μια ήρεμη εμφάνιση και να μην βιάζεται
- Να ενθαρρύνει και να διατηρεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας
- Να αποφεύγει να μετατρέπει την συνέντευξη σε μια μορφή ανάκρισης
- Να μιλά με απλό λεξιλόγιο και να κάνει κατάλληλη χρήση της σιωπής
- Να ακούει προσεκτικά και με αληθινό ενδιαφέρον τα λεγόμενα του αρρώστου χωρίς καθοδηγητικές παρεμβάσεις ή κριτική.
- Να χρησιμοποιεί κάθε αξιόπιστη πηγή πληροφοριών για επαλήθευση των λεγομένων του αρρώστου.³

Στάδιο II: Νοσηλευτική διάγνωση

Ο νοσηλευτής, μετά τη χρησιμοποίηση όλων των μεθόδων εκτίμησης και μετά την συνέντευξη με τον άρρωστο, μελετά τις πληροφορίες που συνέλεξε, τις επαληθεύει, τις αναλύει, τις ταξινομεί και εξετάζει την επικαιρότητα τους για την νοσηλευτική φροντίδα.³⁹ Έπειτα προχωρεί στην νοσηλευτική διάγνωση, που ορίζεται ως η διατύπωση ενός υπαρκτού ή ενδεχόμενου προβλήματος υγείας.³ Τα κριτήρια καταλληλότητας μιας νοσηλευτικής διάγνωσης είναι:

1. Το πρόβλημα αποτελεί αντίδραση προς την αρρώστια.
2. Η εξακρίβωση του προβλήματος προκύπτει από επιστημονική ανάλυση των δεδομένων για τον συγκεκριμένο άρρωστο.
3. Ο νοσηλευτής έχει κατάλληλη εκπαίδευση και νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαγνώσει το πρόβλημα
4. Οι ανεξάρτητες παρεμβάσεις για την λύση του προβλήματος κατοχυρώνονται νομικά ως νοσηλευτικές.³

Στάδιο III: Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Με τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας ο νοσηλευτής προσδιορίζει από τα δεδομένα και τη διάγνωση του αρρώστου τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν, την σειρά τους, το χρονικό πλαίσιο και τον κύριο υπεύθυνο για την εκπλήρωση του προγράμματος φροντίδας. Εξετάζει τη σωματική και ψυχική υγεία του αρρώστου καθώς και τους στρεσογόνους παράγοντες που τον επηρεάζουν και την λειτουργικότητα του στην οικογένεια και την κοινότητα.⁹

Ο προγραμματισμός είναι η ταξινόμηση των πληροφοριών και η χρήση τους σε συνεργασία με τον άρρωστο στο βαθμό που μπορεί αυτός, η οικογένεια του και η υπόλοιπη ψυχική ομάδα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα του. Η διαδικασία του προγραμματισμού γίνεται πάντα γραπτά για να αυξάνεται η λειτουργικότητα και η χρησιμότητα του. Έτσι σταθεροποιούνται οι επιλογές και το σχέδιο θεραπείας που θα ακολουθηθεί.³

Το στάδιο του προγραμματισμού περιλαμβάνει:

- Την διατύπωση των βραχυπρόθεσμων και των μακροπρόθεσμων στόχων.
- Τον καθορισμό των προτεραιοτήτων στα προβλήματα που εντοπίστηκαν

- Την ταξινόμηση των προβλημάτων καθώς και ποια θα αντιμετωπιστούν με νοσηλευτική παρέμβαση, ποια θα χειρισθεί ο ίδιος ο άρρωστος και η οικογένεια τους και ποια χρειάζονται παραπομπή σε άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας
- Τον προσδιορισμό των ειδικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των στόχων
- Την καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων και την περιγραφή των πράξεων και των αναμενομένων αποτελεσμάτων στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου.

Στάδιο III: Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας

Η εφαρμογή περιλαμβάνει διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην προαγωγή, διατήρηση ή αναστήλωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, στην πρόληψη υποτροπών, στην φροντίδα του αρρώστου και στην επιτυχία της αποκατάστασης. Σύμφωνα με τα πρότυπα επίπεδα της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καλύπτουν τις εξής ευρείες περιοχές:

- Ψυχοθεραπευτικές ενέργειες
- Αγωγή ψυχικής υγείας
- Προώθηση της αυτοφροντίδας
- Χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων και συνεργασία στην εφαρμογή άλλων βιολογικών θεραπειών
- Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία³

Κατά το στάδιο αυτό ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί διαπροσωπικές κλινικές και διανοητικές δεξιότητες για την παρατήρηση και επικοινωνία με τον ασθενή, την λήψη αποφάσεων και την συνεργασία με τον άρρωστο. Χορηγείται εξατομικευμένη φροντίδα στον αρρώστο ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Σε αυτό το στάδιο εξασφαλίζονται περισσότερες πληροφορίες και αναθεωρούνται οι προτεραιότητες ανάλογα με την ανταπόκριση του αρρώστου στην εκτέλεση των προγραμματισμένων ενεργειών⁹. Η εκτίμηση, ο προγραμματισμός και η αξιολόγηση της κατάστασης του αρρώστου λαμβάνουν χώρα σε όλη τη διάρκεια του σταδίου αυτού.⁹

Στάδιο IV: Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας

Το στάδιο αυτό αφορά τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου. Γίνεται ακόμη επανεκτίμηση των αποφάσεων που ελήφθησαν στα προηγούμενα στάδια και κριτική μελέτη των νοσηλευτικών ενεργειών που πραγματοποιήθηκαν.^{3,9} Εξετάζονται οι σκοποί που τέθηκαν αρχικά, κατά πόσο εκπληρώθηκαν και την πιθανότητα παραλείψεων ή λαθών. Και σε αυτό το στάδιο η συμμετοχή του αρρώστου είναι ενεργή και σημαντική. Τα στοιχεία που διερευνώνται είναι:

1. Ποια ήταν η αναμενόμενη θετική συμπεριφορά;
2. Η αναμενόμενη συμπεριφορά ήταν ρεαλιστική;
3. Ποια συμπεριφορά παρατηρήθηκε;
4. Ποιοι σκοποί εκπληρώθηκαν; Ποιοι παράγοντες επέδρασαν θετικά και αρνητικά στην εκπλήρωση τους;
5. Ποιες επιπρόσθετες πληροφορίες χρειάζονται και από ποιον πρέπει να ζητηθούν;
6. Υπάρχουν προβλήματα που λύθηκαν;
7. Αν η συμπεριφορά του αρρώστου δείχνει ότι δεν λύθηκαν ορισμένα προβλήματα, ποιοι ήταν οι λόγοι;
8. Η νοσηλευτική φροντίδα με τη ιατρική συγκρούονται ή αλληλοσυμπληρώνονται;
9. Οι νοσηλευτικές πράξεις είχαν βασισθεί σε αρχές από τις φυσικές βιολογικές και συμπεριφοριστικές επιστήμες;

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων βοηθά σε μεγάλο βαθμό το νοσηλευτή να αναγνωρίσει αν το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας πέτυχε να ελαττώσει ή να εξαφανίσει τα προβλήματα του ασθενή. Από το πόρισμα της αξιολόγησης αυτής εξαρτάται η τροποποίηση του θεραπευτικού προγράμματος ή η έξοδος του ασθενή.³

4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Σήμερα δίνεται μεγάλη έμφαση την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, όπως άλλωστε και σε κάθε άλλη διαταραχή της υγείας. Στην ψυχιατρική όπως και σε άλλες ειδικότητες η πρόληψη επιδιώκεται σε τρία επίπεδα:

Η *πρωτογενής πρόληψη* περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή τη μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικών αρρώστων σε ένα πληθυσμό. Αυτό γίνεται με την μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής που μπορούν να προκαλέσουν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και με την εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικοί στις ψυχοβλαπτικές περιστάσεις.³

Οι νοσηλευτές συναντούν άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική αρρώστια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας, διαζύγιο κ.α. Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα που γίνεται με υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στην λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση του πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες σε αυτήν την φάση είναι η αγωγή της ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁹

Η *δευτερογενής πρόληψη* επιδιώκει να ανιχνεύσει τους ψυχικά νοσούντες, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της και να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις στα μέλη της κοινωνίας. Ο νοσηλευτής μπορεί να συντελέσει βοηθώντας στην ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών συμπτωμάτων μιας ψυχικής διαταραχής. Με κατάλληλη καθοδήγηση και αντιμετώπιση και παραπομπή για θεραπεία υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο.³

Η *τριτογενής πρόληψη* περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν στην επανένταξή τους στην κοινωνία. Η νοσηλευτική είναι παρούσα σε αυτά τα προγράμματα με τον σωστό συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους.³

4.3 Ηθικές Υποχρεώσεις

Στο πλαίσιο της άσκησης της Ψυχιατρικής από επαγγελματίες υγείας υπάρχουν διάφορα επίπεδα δεοντολογικών δεσμεύσεων. Σε κάθε χώρα υφίσταται ένα πλέγμα νομικών κανόνων των οποίων η τήρηση είναι υποχρεωτική. Η παράβαση αυτών των κανόνων μπορεί να έχει διάφορες δυσμενείς επιπτώσεις για τους παραβάτες όπως αποζημίωση όσων υπέστησαν ζημιά λόγω μιας παράνομης πράξης, πειθαρχικές κυρώσεις και ποινές. Πολλοί από τους νομικούς κανόνες που ισχύουν στην Ελλάδα αφορούν άμεσα ή έμμεσα την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, βρίσκονται συγκεντρωμένοι σε κώδικες όπως ο Αστικός, ο Ποινικός, ο Δημοσιοϋπαλληλικός και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.³

Οι ηθικές πεποιθήσεις και αξίες τις οποίες ενστερνίζεται ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αποτελούν υποκειμενικές επιλογές οι οποίες πρέπει να βρίσκονται εντός των ορίων των νομικών ρυθμίσεων. Η μη συμμόρφωση προς τις ηθικές αξίες δεν συνεπάγεται νομικές κυρώσεις, μπορεί όμως να συνεπάγεται κοινωνική μομφή αλλά και αυτομομφή για τον παραβάτη.⁹

Οι γενικές αρχές που διέπουν την παροχή υπηρεσιών υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου εκφράζουν την Ιπποκράτεια θεώρηση της Ιατρικής και συνοψίζονται στις ακόλουθες υποχρεώσεις του παρόχου υπηρεσιών υγείας:

- Αυτονομία: Σεβασμός της προσωπικότητας της ελευθερίας και του αυτοπροσδιορισμού του δέκτη των υπηρεσιών.
- Πρόκληση οφέλους: Παροχή υπηρεσιών με στόχο το όφελος του δέκτη.
- Αποφυγή πρόκλησης βλάβης.
- Δικαιοσύνη. Στην εποχή μας η αρχή αυτή εκφράζεται κυρίως ως μηδενική ανοχή σε διακρίσεις κατά την παροχή υπηρεσιών (π.χ. με κριτήρια φυλετικά, πολιτισμικά, ιδεολογικά)
- Οι επιστημονικές γνώσεις και οι κανόνες άσκησης του θεραπευτικού έργου που προκύπτουν από τις γνώσεις αυτές. Το κριτήριο αυτό συνδέεται με τους νομικούς κανόνες κυρίως όσον αφορά περιστατικά πλημμελούς άσκησης επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλεται σε αμέλεια.³

Αρκετές φορές, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας κατά την άσκηση των δραστηριοτήτων του αντιμετωπίζει ηθικά διλλήματα³⁹. Συχνά πρόκειται για καταστάσεις στις οποίες το ισχύον σύστημα κανόνων δεν επιβάλλει σαφώς κάποιο τρόπο ενέργειας και ο θεραπευτής οφείλει να επιλέξει μεταξύ λύσεων καθεμία από τις οποίες έχει και θετικές επιθυμητές και αρνητικές ανεπιθύμητες συνέπειες, έτσι ώστε η υποχρέωση επιλογής δημιουργεί εσωτερική σύγκρουση και αναστάτωση. Κάθε πρόβλημα που δημιουργεί διλλήματα έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες, όμως υπάρχουν κάποιοι κανόνες που βοηθούν τον θεραπευτή να επιλέξει κάποια λύση, μερικοί εκ των οποίων είναι:

- Συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την προς επίλυση κατάσταση. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να αφορούν σε γεγονότα, γνώσεις ή δυνατότητες παρέμβασης.
- Προσδιορισμός των κρίσιμων διαστάσεων του προβλήματος.
- Συγκέντρωση πληροφοριών για τις νομικές διαστάσεις του προβλήματος.
- Εποπτεία από ένα συνάδελφο σχετικά με το κρίσιμο περιστατικό.
- Εξέταση μίας προς μία των εναλλακτικών δυνατοτήτων επίλυσης ενός ζητήματος, της σειράς ακολουθίας των ενεργειών που πρέπει να γίνουν και καταγραφή των πιθανών θετικών και αρνητικών συνεπειών.⁴⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ Ι

Ο κ. Ν. 52 ετών, πατέρας τριών παιδιών ηλικίας 6, 9 και 15 ετών, εισήλθε στο νοσοκομείο με συμπτώματα έντονης ανορεξίας, απώλειας βάρους 14 κιλών σε τρεις μήνες, εγκατάλειψη του εαυτού του σωματικά και πνευματικά και με ιδέες αυτοκτονίας. Το οικογενειακό περιβάλλον του κ. Ν ήταν εμφανώς θορυβημένο περιγράφοντας τις σημαντικές αλλαγές στην προσωπικότητα του και το πώς έχει αλλάξει η καθημερινή τους ζωή επηρεασμένη από την κατάσταση του. Η εικόνα που παρουσιάζει δεν έχει πολλά κοινά με την εικόνα που περιγράφει η οικογένεια του ως ένα χαρούμενο και αισιόδοξο άνθρωπο ως την στιγμή που άρχισαν τα προβλήματα στην εργασία του. Η διάγνωση που έγινε είναι Μείζων Κατάθλιψη.

Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί ο πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας του ασθενή.

Νοσηλευτική Εκτίμηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Δηλώσεις τύπου «Δεν μου έχει μείνει πλέον κάτι για να ζω» και λεκτική παραδοχή αυτοκτονικών σκέψεων και σκέψεων να προκαλέσει κακό στον εαυτό του.	Αυτοκτονική διάθεση, σκέψεις αυτοκαταστροφής.	Μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής να εκφράσει λεκτικά ότι θέλει να ζήσει	α)Απομάκρυνση από το δωμάτιο των επικίνδυνων αντικειμένων. β)Άμεση εκτίμηση του βαθμού κινδύνου. γ)Συνεχή παρατήρηση του ασθενή.	Ο ασθενής δεν εκφράζει πια σκέψεις αυτοκτονίας, αντίθετα κάνει σχέδια για το μέλλον και αντλεί χαρά από την οικογένεια του.
Επαγγελματικά εμπόδια και δυσκολίες.	Λόγος που συντελεί στην χαμηλή αυτοπεποίθηση του ασθενή και συμβάλλει στο αίσθημα κατάθλιψης.	Μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο ο ασθενής θα είναι σε θέση να διατυπώσει ρεαλιστικές μελλοντικές επιλογές εργασίας.	α)Ενθάρρυνση του ασθενή για συζήτηση σχετικά με την επιχείρησή του. β) Ενίσχυση της ικανότητας λήψης αποφάσεων.	Μερική εκπλήρωση του στόχου. Ο ασθενής σκέφτεται την πιθανότητα μετεκπαίδευσης σε κάποιο άλλο τομέα.
Ιστορικό αυτοκτονίας στην οικογένεια (πατέρα).	Στην πάθηση έχει συντελέσει η κληρονομικότητα.	Μέχρι την έξοδο του ο ασθενής να κατονομάσει θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και να είναι σε θέση να μιλήσει για την πάθηση του και για το πώς θα την αντιμετωπίσει αν εμφανιστεί ξανά.	α)Συζήτηση με τον ασθενή για τα κοινωνικά του στηρίγματα-κυρίως την οικογένεια του. β)Πληροφόρηση για ομάδες στήριξης.	α)Θέρμανση σχέσεων με την οικογένεια και αίσθημα εμπιστοσύνης στο να μιλήσει μαζί τους για την κατάσταση του. β)Κάνει σχέδια για ένταξη σε ομάδα στήριξης.
Σωματικό βάρος κάτω του φυσιολογικού	Παραμέληση εαυτού λόγω της πάθησης.	Αναπλήρωση των θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται ο ασθενής.	Συζήτηση με τον ασθενή για τη σημασία της σωστής διατροφής.	Η όρεξη του ασθενή αυξήθηκε αν και αρνείται ορισμένες συγκεκριμένες τροφές.
Μειωμένη προσωπική υγιεινή.	Παραμέληση εαυτού λόγω της πάθησης.	Ο ασθενής να είναι σε θέση να κάνει μπάνιο με την θέληση του όταν είναι απαραίτητο και να φροντίζει την εξωτερική του εμφάνιση.	Συζήτηση με τον ασθενή για τους λόγους της παραμέλησης του εαυτού του. Ενθάρρυνση για φροντίδα του σώματος και της εμφάνισής του.	Ο ασθενής πλέον κάνει συχνά μπάνιο και με την θέληση του κουρεύτηκε και ξυρίστηκε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ II

Η κ. Χ. 28 ετών, εισήλθε στο νοσοκομείο με σοβαρές διαταραχές αντίληψης και παραληρητικές ιδέες καθώς και σωματική και λεκτική επιθετικότητα. Το ιστορικό της περιλαμβάνει έναρξη της νόσου όταν ήταν 21 ετών με συμπτώματα έντονης ανησυχίας και άγχους και ακουστικών ψευδαισθήσεων. Μετά από προτροπή της οικογένειας της επισκέφθηκε ψυχίατρο και ακολούθησε επιτυχώς φαρμακευτική αγωγή με σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της και γενικότερα της καθημερινότητας της. Μετά από την διακοπή μιας μακροχρόνιας σχέσης της η Χ. αποφάσισε να διακόψει μόνη της την αγωγή, γεγονός που οδήγησε στην επανεμφάνιση των συμπτωμάτων της και την εισαγωγή της στο νοσοκομείο από την οικογένεια της. Η διάγνωση που έγινε είναι Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου.

Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί ο πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας του ασθενή.

Νοσηλευτική Εκτίμηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Διαταραχές αντίληψης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, απώλεια των στοιχείων του περιβάλλοντος)	Σύμπτωμα τύπου σχιζοφρένειας	Μείωση ή εξάλειψη των παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων του ασθενή. Αναγνώριση από τον ασθενή της πραγματικότητας στην οποία ζει.	α)Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία β)Τοποθέτηση ορίων στον ασθενή γ)Διδασκαλία του ασθενή για το πώς να σταματήσει τις παραληρητικές ιδέες μέσω της ενασχόλησης του με κάτι άλλο.	Ο ασθενής δεν εκφράζει πια παραληρητικές ιδέες και έχει καλύτερη αντίληψη του περιβάλλοντος του.
Αλλοιωμένη αντίληψη της πραγματικότητας και αποπροσανατολισμός για τον τόπο, το χρόνο και τα πρόσωπα γύρω του.	Σύγχυση και αποπροσανατολισμός του ασθενή.	Μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο ο ασθενής θα είναι σε θέση να αναγνωρίζει το περιβάλλον στο οποίο ζει με όλα τα στοιχεία του- χρόνο, τόπο και γνώριμα πρόσωπα.	α)Συζήτηση με τον ασθενή για την ιδέα που έχει για το περιβάλλον του. β) Ενθάρρυνση για έκφραση ιδεών και διακριτική διόρθωση στις λανθασμένες ιδέες του.	Ο ασθενής αναγνωρίζει το πού βρίσκεται και την χρονολογία, όμως συχνά μπερδεύει το τι μέρα είναι. Είναι σε θέση να γνωρίζει τα άτομα του προσωπικού.
Επιθετική λεκτική και σωματική συμπεριφορά	Επιθετικότητα προερχόμενη από άγχος και αποπροσανατολισμό.	Ο ασθενής να έχει εξαιλείψει την επιθετική του συμπεριφορά και να έχει κατανοήσει ότι δεν είναι η λύση των προβλημάτων του.	α)Περιορισμός του ασθενή. β)Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και υπομονή προς τον ασθενή.	Ο ασθενής δεν ασκεί πια σωματική επιθετική συμπεριφορά. Η λεκτική επιθετικότητα του έχει μειωθεί.
Διαταραχές σκέψης με διαταραχή του ειρμού της σκέψης, χάλαση συνειρμών και ασυναρτησία.	Αποπροσανατολισμός ασθενή λόγω των παραληρητικών ιδεών και του άγχους.	Ο ασθενής να είναι σε θέση να εκφράζει καθαρά τις ιδέες του με συνοχή και νόημα, και να έχει λογικό ειρμό σκέψεων.	α)Υπομονετική συζήτηση με τον ασθενή. β)Επαναφορά του ασθενή όταν ο ειρμός της σκέψης του χάνεται.	Ο ασθενής είναι σε θέση να διατηρεί λογικό ειρμό σκέψης με ελάχιστες εξαιρέσεις που όμως αναγνωρίζει και ξεπερνά.
Μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής	Ενέργεια προερχόμενη από αισθήματα κατάθλιψης και παραίτησης.	Ο ασθενής να κατανοήσει την αναγκαιότητα σωστής λήψης της αγωγής του	Χορήγηση αγωγής με αυστηρή επίβλεψη. Συζήτηση για τους λόγους που πρέπει να λαμβάνει την αγωγή.	Ο ασθενής δείχνει ακόμα δυσαρέσκεια τις ώρες λήψης της αγωγής αλλά την λαμβάνει κανονικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Φτάνοντας στο τέλος της εργασίας αυτής γίνεται κατανοητή η σημασία του νοσηλευτή ψυχικής υγείας ως ένα άτομο ζωτικής σημασίας για την επιστήμη της Ψυχιατρικής και για τις κλινικές εφαρμογές της. Ειδικότερα όμως, αποδεικνύεται το πόσο σημαντικές είναι οι επικοινωνιακές διαπροσωπικές δεξιότητες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και τον σημαντικό ρόλο που παίζει η διαδικασία της θεραπευτικής επικοινωνίας στην αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και στην αποκατάσταση των ασθενών.

Η επικοινωνία κατέχει κεντρική θέση και σημασία για τον άνθρωπο και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλα τα θέματα υγείας και ιδιαίτερα σε εκείνα της ψυχικής υγείας. Τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία και η αγωγή υγείας στηρίζονται στην επικοινωνία. Η θεραπευτική επικοινωνία αποτελεί δημιουργία ευκαιριών μάθησης για τον ασθενή και τον προτρέπει να δοκιμάσει τρόπους συμπεριφοράς που θα ελαττώσουν την ψυχική του ένταση.

Στις σελίδες της εργασίας αυτής αναπτύχθηκαν σύντομα τα βασικά στοιχεία της επιστήμης της Ψυχιατρικής, παρουσιάστηκε η σημασία της θεραπευτικής επικοινωνίας και οι τρόποι χρήσης της για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών ενώ στα τελευταία κεφάλαια αναλύθηκε ο ρόλος του νοσηλευτή στα πλαίσια της ψυχικής υγείας και ασθένειας καθώς και οι μέθοδοι αντιμετώπισης, θεραπείας και πρόληψης που ακολουθούνται.

Τέλος είναι σημαντικό να σημειωθεί πως για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού και αποτελεσματικού επιπέδου γνώσεων πάνω στην νοσηλευτική επιστήμη θεμέλιο λίθο αποτελεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η ερευνητική δραστηριότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι πολυδιάστατη και προσφέρει εξειδικευμένες παρεμβάσεις με σκοπό την ανταπόκριση στις ανάγκες του ιδιαίτερου και ευαίσθητου τομέα της ψυχικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Daniels R. (2003), *Nursing Fundamentals: Caring and Clinical Decision Making*, Delmar Cengage, United States
2. Desmond J., Copeland L. (2000), *Communicating with today's patient*, Jossey-Bass, San Francisco
3. Ραγιά Α. (2009), *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα
4. Παπαγεωργίου Ε. (2004), *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα
5. Black D.W., & Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Washington, DC
6. Townsend M.C. (2012). *Psychiatric/mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (7th ed.). F.A. Davis , Philadelphia
7. *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999), The United States Department of Health and Human Services
8. Snowden R. (2010), *Freud-The Key Ideas: A Teach Yourself Guide*, McGraw-Hill, United Kingdom
9. Gorman L., Robbyn F. (2014), *Neeb's Fundamentals of Mental Health Nursing* (4th ed.), F. A. Davis Company, Philadelphia
10. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington 2005
11. Παλαιολόγου Α. (2001) *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Επιμέλεια: Τουρνά Κ, Έκδοση Δ', Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
12. Μπουραντάς Δ. (1992) *Μάνατζμεντ: οργανωτική θεωρία και συμπεριφορά*, Εκδόσεις Team, Αθήνα
13. Epstein R.M., Borrell F., Caterina M. (2000), *Communication and mental health in primary care*, Oxford University Press, United Kingdom
14. Morrissey J., Callaghan P (2011), *Communication Skills for Mental Health Nurses*, Open University Press, London
15. Caplan G. (1961), *An approach to community mental health*, Grune and Stratton, New York
16. Crisp J., Taylor C. (2009,) *Potter and Perry's Fundamentals of Nursing* 3rd ed. Sydney: Mosby

17. Arnold E., Boggs K. (1999), *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*, W.B. Saunders Company , Philadelphia
18. Φραδέλος Ε., Στάϊκος Χ. (2013), Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, *Επιστημονικά Χρονικά* 18(4): 213-219
19. Mental Illness, Web MD, <http://www.webmd.com/mental-health/mental-illness-basics> , Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 25, 2014.
20. Gleeson M., Higgins A. (2009), Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions, *Volume 16, Issue 4*, pages 382–389
21. Lachman V. (1983), *Stress Management: A Manual for Nurses*, Grune & Stratton, London
22. Μπιτσώρη Ζ. (2013), Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας, *Περιεγχειριτική Νοσηλευτική*, Τόμος 2, Τεύχος 2, 65-7
23. Firstein I. (2010), Barriers to Effective Communication, *Good Therapy*, <http://www.goodtherapy.org/blog/barriers-to-effective-communication/> , Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 6, 2014
24. Frankel A., Gardner R., Maynard L. & Kelly A. (2007), Using the communication and teamwork skills assessment to measure health care team performance, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(9), pp. 549-558.
25. Weaver D. (2010). Communication and language needs. *Nursing & Residential Care*, 12(2), 60-63
26. Duxbury J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478
27. Robinson K., & Watters, S. (2010). Bridging the communication gap through implementation of a patient navigator program. *Pennsylvania Nurse*, 65(2), 19-21.
28. Jasmine T. (2009). The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore Nursing Journal*, 36(1), 35.
29. Egan G. (1990). *The Skilled Helper: A systematic approach to effective helping*. Brookes/Cole, California
30. Jones L. (2009). The healing relationship. *Nursing Standard*, 24(3), 64.
31. Schuster P. (2000). *Communication: The Key to the Therapeutic Relationship*, F.A. Davis, Philadelphia

32. Σταθάρου Α., Μπερκ Α., Μάλαμας Σ. (2005). Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας: Συγκριτικά δεδομένα ΗΠΑ-Ελλάδος. *Ψυχιατρική*, 16(3), 247-255
33. Σκλάβου Ε., Τζουβαδάκης Ι. (2012), Θεραπευτικό περιβάλλον και στοιχειοθετημένος σχεδιασμός: Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 29(2), 154-161
34. Omrani F., Mehrabi T., Fanian N., Psychiatric team's experience of working in psychiatric wards, US National Library of Medicine
35. Mike Hazelton, Mental Health Nursing, Υπουργείο Υγείας Αυστραλίας, [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1C7E4CDC543CCDC1CA257BF0001F5043/\\$File/lrn51.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1C7E4CDC543CCDC1CA257BF0001F5043/$File/lrn51.pdf) , Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 25, 2014
36. Ψυχοθεραπεία, Stress GR, <http://www.stress.gr/therapy/psychotherapy.php?id=4> , Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 28, 2014
37. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Εθνικό Συνταγολόγιο, Αθήνα, 2007
38. Χαρτοκόλλης Π. (1986), Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
39. Antai-Otong D. (2007), Nurse-client communication : a life span approach, Jones and Bartlett Publishers, United Kingdom
40. Σικλαφίδου Π., Ζελένη Δ., Λειβαδίτης Μ., (2012). Δεοντολογία και Ψυχιατρική Πραξη, *Εγκέφαλος* 49, 103-108