

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**ΤΣΕΠΕΛΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΕΓΑΡΧΙΩΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ / ΕΠΙΒΛ.: Δρ. ΜΠΕΛΛΗ ΘΑΛΕΙΑ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**ΤΣΕΠΕΛΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΕΓΑΡΧΙΩΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ / ΕΠΙΒΛ.: Δρ. ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

**ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ : ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
2. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ : ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
3. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ : ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η **Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική** νοσηλευτική ψυχικής υγείας ορίζεται ως η άσκηση της κλινικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο. Αυτή συμβάλλει στην ενσωμάτωση της ψυχολογικής φροντίδας στην όλη νοσηλευτική φροντίδα των σωματικά πασχόντων, ασθενών με νοσηλευτικές, διαγνωστικές, ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες

Η **Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική** εμφανίστηκε ταυτόχρονα με την ανάπτυξη των ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία. Ο εργαζόμενος νοσηλευτής στη διασυνδεδετική υπηρεσία του γενικού νοσοκομείου κατέχει βαρυσήμαντο και πολυδιάστατο ρόλο. Εκτός από την παροχή εξειδικευμένης ψυχολογικής φροντίδας σε ασθενείς και στις οικογένειες τους, τη συμβουλευτική στο νοσηλευτικό προσωπικό, την εκπαίδευση, τη διασύνδεση μεταξύ των διαφόρων τομέων του νοσοκομείου, αλλά και δομών έξω απ' αυτό, συμμετέχει ενεργά και στον τομέα της έρευνας, με κλινικό κυρίως χαρακτήρα. Μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό απαρτίζουν τη θεραπευτική Διασυνδεδετική – Συμβουλευτική ομάδα στην οποία ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καταλυτικός και η παρουσία του κρίνεται απαραίτητη.

Τα ψυχιατρικά νοσήματα αλλά κυρίως τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών που νοσηλεύονται στα διάφορα τμήματα των γενικών νοσοκομείων, αν και συχνά παραγνωρίζονται, δεν παύουν όμως να αποτελούν μέρος της πραγματικότητας. Η ανάπτυξη του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας ως συμβούλου διασυνδεδετή στο χώρο του γενικού νοσοκομείου είναι ραγδαία τα τελευταία έτη έρχεται να θυμίσει και σε όλους τους επαγγελματίες υγείας το πρότυπο της ολιστικής φροντίδας των ασθενών.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου του διασυνδεδετή / συμβούλου νοσηλευτή ψυχικής υγείας (ΔΣΝ) στο χώρο του γενικού νοσοκομείου , μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών και ελληνικών άρθρων και μελετών. Απώτερος στόχος είναι να προσδιοριστούν και να αποσαφηνιστούν οι αρμοδιότητες του ΔΣΝ ώστε να διαφανεί η σημαντικότητα του έργου του στα πλαίσια

λειτουργίας της ευρύτερης θεραπευτικής ομάδας των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον ψυχικά και σωματικά νοσηλευόμενο πάσχοντα.

Ξεφυλλίζοντας κανείς την πτυχιακή αυτή εργασία θα μπορέσει να διαβάσει αναλυτικά:

Στο **1^ο κεφάλαιο** κατά το οποίο θα αναπτυχθεί η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υγείας και ασθένειας θα παρατεθούν ο ορισμός του φυσιολογικού, η ψυχολογική διάσταση της σωματικής ασθένειας. Η ιστορική εξέλιξη της βιοϊατρικής προσέγγισης του ασθενή, η ψυχοσωματική αντίληψη της νόσου, η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενή: ολιστική φροντίδα και στο τέλος του κεφαλαίου θα δοθεί η ευκαιρία στους αναγνώστες να διαβάσουν την σύγκριση των δύο μοντέλων **προσέγγισης υγείας / ασθένειας**.

Στο **2^ο κεφάλαιο** θα γίνει μια εκτενή αναφορά για την **Συμβουλευτική** και **Διασυνδεδετική** προσέγγιση στο χώρο του Νοσοκομείου, θα δοθεί η δυνατότητα στους αναγνώστες να δουν την ιστορική εξέλιξη της Συμβουλευτικής / Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής υπηρεσίας (ΣΔΨΥ) καθώς και τις υπηρεσίες αυτής. Προχωρώντας μέσα στο κεφάλαιο αυτό θα παρατεθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες που λειτουργούν στο χώρο του νοσοκομείου και η διεπαγγελματική θεραπευτική ομάδα.

Φτάνοντας κανείς στο **3^ο κεφάλαιο** θα κατανοήσει την **Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική Νοσηλευτική** μέσω του ορισμού και των εννοιών της. Θα καθοριστούν οι ρόλοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική υπηρεσία καθώς επίσης και τα προσόντα του νοσηλευτή. Αναλύονται οι δραστηριότητες του νοσηλευτή (Δ.Σ.Ψ.Υ.) α) σε κλειστά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου, β) στην κοινότητα και γ) σε άλλες δομές και να καταλήξει στη Νοσηλευτική Διεργασία στη Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική. Κλείνοντας την πτυχιακή αυτή εργασία με το **4^ο κεφάλαιο** αναφέρεται η λειτουργία και η σημαντικότητα της Συμβουλευτικής / Διασυνδεδετικής υπηρεσίας και διαφαίνεται μέσω μιας περίπτωσης λειτουργίας της στο Γ. Ν. Θ. ΑΧΕΠΑ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

Εισαγωγή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1.1. Ο ορισμός του “φυσιολογικού”

1.2. Η ψυχολογική διάσταση της σωματικής ασθένειας

1.3. Βιοϊατρική προσέγγιση του ασθενή: Ιστορική Εξέλιξη

1.4. Η ψυχοσωματική αντίληψη της νόσου

1.5. Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενή: Ολιστική Φροντίδα

1.6. Σύγκριση των δυο μοντέλων προσέγγισης Υγείας / Ασθενή

1.7. Σύνοψη Κεφαλαίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ Κ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

2.1 Οι Ψυχιατρικές Υπηρεσίες στο χώρο του νοσοκομείου

2.2 Η Συμβουλευτική / Διασυνδεδετική Ψυχιατρική Υπηρεσία

2.2.1 Ιστορική Εξέλιξη

2.2.2 Υπηρεσίες της Σ.Δ.Ψ.Υ

2.3 Η διεπαγγελματική θεραπευτική ομάδα στη Διασυνδεδετική

2.4 Σύνοψη Κεφαλαίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.1 Ορισμός και Έννοιες

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη Δ/Σ υπηρεσία

3.3 Προσόντα νοσηλευτή

3.4 Δραστηριότητες του νοσηλευτή Δ.Σ.Ψ.Υ

3.4.1 Σε κλειστά τμήματα του γενικού νοσοκομείου

3.4.2 Στην κοινότητα

3.4.3 Σε άλλες δομές

3.5 Νοσηλευτική διεργασία στη διασυνδεδετική συμβουλευτική

3.6 Σύνοψη Κεφαλαίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛ. ΔΙΑΣΥΝΔΕΤ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ(ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ)

4.1 Οι διασυνδ./συμβουλ. Υπηρεσίες στα νοσοκομεία της Ελλάδας

4.2 Η περίπτωση του Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

4.3 Σύνοψη Κεφαλαίου

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ(από τις συνόψεις)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα ψυχολογικά προβλήματα νοσηλευομένων ασθενών γενικού νοσοκομείου πολλές φορές συνυπάρχουν με τα σωματικά νοσήματα. Τα προβλήματα αυτά είναι δυνατό να επηρεάσουν την πορεία της νόσου, τη διάρκεια της νοσηλείας ή και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Τις τελευταίες δεκαετίες η αναγνώριση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε θέματα ψυχικής υγείας στο χώρο του γενικού νοσοκομείου κερδίζει συνεχώς έδαφος.

Η σύγχρονη τάση για την κάλυψη όλων των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών οδήγησε στην ανάπτυξη συμβουλευτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας στα γενικά νοσοκομεία, όπου ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αποτελεί ενεργό μέλος της ομάδας. Στο γενικό νοσοκομείο οι ρόλοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας θεωρούνται σημαντικοί καθώς αυτός δρα διαμεσολαβητικά για την επίλυση προβλημάτων επικοινωνίας που πιθανά προκύπτουν μεταξύ των ασθενών των οικογενειών τους και άλλων επαγγελματιών υγείας αλλά και με την αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων των σωματικά πασχόντων ασθενών. Μια επίσης σημαντική διάσταση του ρόλου του είναι η εκπαίδευση του προσωπικού για την αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.

Στην επιλογή του θέματος αυτού μας οδήγησε η θέληση μας να μην ασχοληθούμε μ' ένα θέμα καθαρά ιατρικής φύσης αλλά μ' ένα ιατρικό θέμα που όμως θα περικλείει και σημαντικές νοσηλευτικές έννοιες, όπως για παράδειγμα το θέμα μας «Διασυνδεδετική – Συμβουλευτική Νοσηλευτική στο χώρο Γενικού Νοσοκομείου» η οποία δεν έχει την αναμενόμενη ακόμα ανάπτυξη παρά μονάχα ελάχιστων εξαιρέσεων στο χώρο των Νοσοκομείων. Σημαντικό κίνητρο επίσης ήταν το σημαντικό εφόδιο που θα αποκομίσουμε μετά την συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας ώστε να εφαρμόσουμε ορθότερα την «επιστήμη» της Νοσηλευτικής στην ένταξη μας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Θέλοντας επίσης να πιστεύουμε ότι αυτή η εργασία θ' αποτελέσει ένα μικρό ερέθισμα ώστε η Διασυνδεδετική – Συμβουλευτική ν' αρχίσει να αποτελεί σημαντικό τμήμα στο χώρο των Γενικών Νοσοκομείων.

Παράλληλα με την πρακτική μας άσκηση και την προετοιμασία της πτυχιακής μας εργασίας δεθήκαμε περισσότερο με το επάγγελμα που επιλέξαμε ν' ακολουθήσουμε και να ενδιαφερθούμε με ζήλο για τις υπηρεσίες που θα μπορέσουμε να παρέχουμε στους ασθενείς.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Μέσω τις ευκαιρίας που μας δίνεται από αυτήν την εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κάποιους σημαντικούς ανθρώπους που μας βοήθησαν ως αθτή τη στιγμή.

Πρώτα απ' όλα ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές μας που όλα αυτά τα 4 χρόνια κατέβαλλαν υπεράνθρωπες κάποιες στιγμές προσπάθειες να μεταδώσουν την σοφία τους, τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους για να μπορέσουμε εμείς όταν θα μπορούμε στο Σύστημα Υγείας να έχουμε τα σωστότερα θεμέλια, τις βάσεις για να ανταποκριθούμε στις απαιτήσεις αλλά και στις προσδοκίες των καθηγητών μας.

Δεύτερον, τους μελλοντικούς συνεργάτες μας από τα νοσοκομεία που συνεργαστήκαμε κατά την διάρκεια της πρακτικής μας «ΑΧΕΠΑ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» (προϊσταμένες, νοσηλεύτες Τ.Ε και Δ.Ε) που και αυτή με την σειρά τους μοιράστηκαν τις εμπειρίες και τις γνώσεις τους στα περιστατικά που κληθήκαμε ν' αντιμετωπίσουμε και με τους οποίους ευχόμαστε στο μέλλον να συνεργαστούμε και να ανταποδώσουμε την ευγένεια, την καλοσύνη και την υπομονή τους στα προσωπά μας.

Τρίτον και πιο σημαντικό οι περισσότερες ευχαριστίες ανήκουν στην κ. Θάλεια Μπελλάλη, καθηγήτρια του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Ιδρύματος και υπεύθυνη της πτυχιακής εργασίας, η οποία μας καθοδήγησε για την συγγραφή αυτής της εργασίας με την εμπειρία της, τα βιβλιογραφικά στοιχεία που μας παραχώρησε και για την εμπιστοσύνη της στα πρόσωπά μας. Μέσω αυτής ευχαριστίας ευχόμαστε να μπορέσουμε κάποια στιγμή να φανούμε αντάξιοι της εμπιστοσύνη που μας δείχνει τώρα και να την βοηθήσουμε στην πραγματοποίηση και εφαρμογή του νοσηλευτικού της οράματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Τα περισσότερα εγχειρίδια ιατρικής και νοσηλευτικής αρχίζουν με μια περιγραφή του φυσιολογικού και προχωρούν αργότερα στην περιγραφή των μη φυσιολογικών καταστάσεων που εμφανίζονται στη νόσο. Αρχικά, ωστόσο, η γνώση σχετικά με το τι είναι φυσιολογικό και υγιές στο σώμα και το νου σχεδόν πάντοτε αποκτιόταν από τη μελέτη του μη φυσιολογικού και άρρωστου. Η γνώση της φυσιολογικής λειτουργίας των ενδοκρινών αδένων, για παράδειγμα, αποκαλύφθηκε σαν αποτέλεσμα της μελέτης των ανωμαλιών που σχετίζονται με την υπέρ- ή υπό- παραγωγή των ορμονών. Η φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου γίνεται πιο ξεκάθαρη, όσα περισσότερα γίνονται γνωστά σχετικά με ασθενείς που υποφέρουν από εγκεφαλικές παθήσεις. Επίσης η ψυχική υγεία που από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει ορισθεί σαν «η πλήρης και αρμονική λειτουργία ολόκληρης της προσωπικότητας», μπορεί καλύτερα να μελετηθεί με αναφορά στην ψυχική διαταραχή. Εάν ο νοσηλευτής επιδιώκει την προώθηση της ψυχικής υγείας των ασθενών της, πρέπει να γνωρίζει τι να θεωρήσει σαν υγιές και ποια σημεία να ερμηνεύσει σαν ενδεικτικά μιας πάθησης. Καθώς εξοικειώνεται με την ανώμαλη συμπεριφορά, αναπτύσσει μια ξεκάθαρη ιδέα για τα κριτήρια με τα οποία θα μπορεί να κρίνει τη συμπεριφορά αυτών των αρρώστων και για το τι θα θεωρεί φυσιολογικό.

Κατά συνέπεια σε αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθεί η έννοια του «φυσιολογικού» και θα διερευνηθούν οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σωματικά πασχόντων νοσηλευομένων ασθενών μέσα από το πρίσμα της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης της υγείας και της ασθένειας.

1.1 Ο ορισμός του «φυσιολογικού»

Τι εννοούμε όταν λέμε φυσιολογικό; Τι περιλαμβάνει η φυσιολογική ζωή; Θα διευκόλυne καθόλου αν η λέξη «φυσιολογικό» είχε αντικατασταθεί με το «υγιές», ή είναι φυσιολογικό να είναι κανείς ελαφρά μη υγιής;

Η δυσκολία που προκύπτει στο να απαντηθούν οι παραπάνω ερωτήσεις έγκειται στο γεγονός ότι η λέξη «φυσιολογικός» χρησιμοποιείται με περισσότερες από μια

σημασίες. Πολλές φορές χρησιμοποιείται για να περιγραφεί το «μέσο όρο», ή το «πιο συνηθισμένο». Για παράδειγμα σαν «φυσιολογικό ύψος» συνήθως υποδηλώνεται το «εντός ορισμένων ορίων γύρω από τον μέσο όρο». Αλλά η λέξη «φυσιολογικό» δεν χρησιμοποιείται με αυτή την έννοια όταν αναφέρεται στην υγεία. Για παράδειγμα, μπορεί να βρεθεί ότι σε μια ορισμένη ηλικία οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν χάσει τα δόντια τους και φοράνε τεχνητές οδοντοστοιχίες, αλλά δεν είναι κατά συνέπεια «φυσιολογικό» να φοράει κανείς τεχνητές οδοντοστοιχίες στην ηλικία των πενήντα ετών.

Συχνά προτιμάται να θεωρείται το «φυσιολογικό» σαν να είναι το «ιδανικό» ή το «καλύτερο» δυνατό. Ένα άτομο θα ονομαζόταν «φυσιολογικό» σε σχέση με τη σωματική του υγεία εάν τα όργανα του λειτουργούσαν με τον ιδανικό τρόπο, και «κακή υγεία» ή «ανωμαλία» θα ήταν οι όροι που θα χρησιμοποιούνταν εάν υπήρχε σοβαρή απόκλιση από την καλύτερη δυνατή υγεία. Κάθε ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ή κλινικό σύμπτωμα θα μπορούσε επομένως να είναι “ανώμαλο”, εάν κριθεί με απόλυτα μέτρα, αλλά φυσιολογικό εάν κριθεί με τα μέτρα του πληθυσμού ή και αντίστροφα. Η ξεχωριστά υψηλή ευφυΐα, για παράδειγμα, μπορεί να πλησιάζει το φυσιολογικό με την έννοια του «καλύτερου δυνατού», αλλά παριστάνει σημαντική απόκλιση από το «φυσιολογικό» με τα μέτρα του πληθυσμού.

Η απόκλιση από το συνηθισμένο στον πληθυσμό δεν είναι πάντοτε παθολογική, όπως δείχνει το παράδειγμα της ασυνήθιστα υψηλής ευφυΐας. Στη μεγάλη ηλικία είναι δυνατό ένα άτομο που προηγουμένως είχε εξαιρετικά υψηλή ευφυΐα να περιπέσει σε ένα επίπεδο που πλησιάζει το συνηθισμένο, για τον πληθυσμό σαν σύνολο. Τότε το άτομο αυτό υποφέρει από μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από απόκλιση της ευφυΐας από τη δική του συνηθισμένη κατάσταση.

Τι συμβαίνει όμως σε ότι αφορά στην ψυχική υγεία; Εδώ είναι δύσκολο να καθορισθεί το ιδανικό χωρίς αναφορά σε κοινωνικά κριτήρια. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ένα άτομο είναι υγιές όταν καταφέρνει να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις που του επιβάλλει η κοινωνία με τέτοιο τρόπο που να είναι ιδανικός τόσο για την κοινωνία όσο για τον εαυτό του. Είναι «ψυχικά άρρωστο» στο βαθμό που έχει αποτύχει στην προσαρμογή του, με φθορά είτε της κοινωνίας, είτε του ίδιου του εαυτού του. Ο ορισμός αυτός δεν είναι ωστόσο απόλυτα ικανοποιητικός καθώς υπάρχουν και εκείνοι που θεωρούν την κοινωνία σαν «άρρωστη», εκλαμβάνοντας όσους αποκλίνουν από τα συνηθισμένα κοινωνικά μέτρα σαν υγιείς(Altschul-Simpson 1988).

Συνεπώς διαπιστώνει κανείς ότι υπάρχουν πολλά κριτήρια του φυσιολογικού όπως είναι το “στατιστικό κριτήριο” το “ιδανικό κριτήριο” το “κοινωνικό” κλπ. Το πιο

σημαντικό είναι το υποκειμενικό βίωμα δηλ. πως ο ίδιος νιώθει κλπ. Υπάρχουν 4 διαφορετικές κατηγορίες – έννοιες που μπορεί να χωριστεί ο ορισμός του «φυσιολογικού»: α) Στατιστικά φυσιολογικό, θεωρείται η ποσοτική εκτίμηση της φυσιολογικότητας η οποία προσαρμόζεται από τις αξίες και από την τοποθεσία λειτουργίας των περισσότερων μελών μιας κοινωνικής ομάδας. β) Κοινωνικό φυσιολογικό, ορίζεται από την απάντηση του παρακάτω ερωτήματος (Μπορεί η μη επιτρεπόμενη συμπεριφορά, κατά τα συνήθη πρότυπα της κοινωνικής ομάδας, να χαρακτηριστεί ως κριτήριο ψυχοπαθολογίας; Δηλαδή αν κάποιος ενοχλήσει με ανάρμοστη συμπεριφορά άτομα της κοινωνικής ομάδας θεωρείται παθολογικός; Και ναι Και όχι). Ναι όταν και εφόσον π.χ πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια η οποία τον κάνει να γίνεται εριστικός, να προσβάλλει τους άλλους, να νομίζει ότι όλοι θέλουν να του κάνουν κακό και να τα βάζει μαζί τους ή ακόμα να έχει διαταραχή προσωπικότητας και να βλάπτει τους άλλους χωρίς τύψεις και ενδοιασμούς. Όχι από την άλλη εάν πρόκειται για πολίτη ο οποίος διαμαρτύρεται εντονότερα από τους άλλους ή για πατριώτη που αντιστέκεται στον κατακτητή κλπ. Αυτές οι περιπτώσεις μπορεί να αποκλίνουν αλλά είναι σωστές σύμφωνα με το ηθικό κριτήριο και βέβαια μη παθολογικές. γ) Το υποκειμενικά φυσιολογικό, εξαρτάται από το πώς αισθάνεται ο κάθε άνθρωπος. Π.χ όταν ένα άτομο θεωρεί πως είναι πολύ σίγουρος για τον εαυτό του, χαρούμενος υπερβολικά και μιλά υποτιμητικά για τους άλλους, είναι εριστικός, αχαλίνωτη επιθυμία σεξουαλικής συμπεριφοράς κλπ και απόρροια όλων αυτών είναι η παρενόχληση των άλλων ατόμων της κοινωνίας εκτός του ότι ο ίδιος ίσως να διακατέχεται από Μανία δεν πληρεί τα κριτήρια κοινωνικής αποδοχής αν και ο ίδιος αισθάνεται περίφημα. δ) Το αναπτυξιακά φυσιολογικό, εκτιμά την διέλευση απ' όλες τις φάσεις ανάπτυξης της προσωπικότητας, δηλαδή δεν ασχολείται με το πώς νιώθει ο ασθενής τώρα, αλλά με το τι τον έφερε στην κατάσταση που είναι τώρα, π.χ αν κάποιος στη βρεφική ηλικία δεν θηλάζει από την μητέρα του, ή ακόμα στην παιδική ηλικία δεν έχει φίλους στον σχηματισμό και ανάπτυξη της προσωπικότητας του θα έχει συνέπειες. Επομένως το αναπτυξιακό κριτήριο θεωρεί «φυσιολογικό» αυτόν που διέσχισε όλα τα στάδια ωρίμανσης χωρίς συνέπειες.

1.2 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η σωματική ασθένεια παρουσιάζεται ως διαταραχή ή παθολογοανατομική

αλλοίωση κάποιου σωματικού οργάνου που επηρεάζει τις περισσότερες ή και όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Η σωματική αρρώστια διαταράζει τις βιοχημικές εξεργασίες και τη δυναμική ομοίωση του ανθρώπινου οργανισμού δημιουργώντας λειτουργικές ή μορφολογικές ανωμαλίες. Προκαλεί σημεία και συμπτώματα, μεταξύ των οποίων μπορεί να είναι: ο πόνος, ο πυρετός ή η υποθερμία, οι αλλαγές στο ρυθμό και το χαρακτήρα του σφυγμού και της αναπνοής, η αϋπνία, η ανορεξία, η ναυτία και ο εμετός, η γενική κακουχία και αδυναμία, οι μεταβολές στην ποιότητα του αίματος, οι διαταραχές στη νεφρική λειτουργία κ.ά.

Σκοπός βέβαια δεν είναι να περιγραφεί και να αναλυθεί η έννοια και οι διάφοροι ορισμοί της σωματικής ασθένειας. Θεωρείται και αυτή μέρος της υγείας που καλύπτει όλες τις διαστάσεις του ανθρώπου, όπως ακριβώς συμβαίνει και με την ψυχική υγεία. Δηλαδή θεωρείται όχι ως ένα μεμονωμένο βιολογικό γεγονός, αλλά ως ένα «βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο». Το ενδιαφέρον πρέπει να εντοπίζεται στις επιδράσεις της σωματικής νόσου στην ψυχική κατάσταση, στη συμπεριφορά και στις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του.

·Η σωματική νόσος ανεξάρτητα από «διάγνωση» αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο σε διάφορα επίπεδα. Ο ασθενής φοβάται ότι με το αποτέλεσμα των διαγνωστικών εξετάσεων, θα υποστεί στερήσεις και θυσίες σε διάφορους τομείς της ζωής του, φοβάται τον πόνο, την πιθανή αναπηρία και το θάνατο. Βιώνει επίσης άγχος όταν ματαιώνονται τα ατομικά του σχέδια, όπως για παράδειγμα όταν η αρρώστια επιβάλλει απομάκρυνση από την εργασία του για κάποιο χρονικό διάστημα ή όταν αποχωρίζεται από αγαπημένα πρόσωπα σε περίπτωση εισαγωγής του στο νοσοκομείο και νιώθει αδύναμος να εκπληρώσει τις ποικίλες υποχρεώσεις του.

Το αίσθημα της απώλειας που προκαλεί η σωματική νόσος, εκτός των άλλων, μπορεί να σχετίζεται με πραγματική ή εικαζόμενη οργανική βλάβη ή λειτουργική διαταραχή, που αποστερεί τον ασθενή από ένα βαθμό αυτοεκτίμησης, ασφάλειας, επάρκειας ή ικανοποίησης των αναγκών του.

Κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά στην εμπειρία της σωματικής νόσου και στις απειλές που αυτή δημιουργεί. Ένας ασθενής μπορεί να αρνείται τη σοβαρότητα της νόσου, ένας άλλος μπορεί να γίνει υπερβολικά απαιτητικός, άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν μελαγχολία κλπ. Η αντίδραση του ασθενή προς το stress της αρρώστιας συνήθως εξαρτάται από την προσωπικότητα ή το χαρακτήρα του, από τη φύση της νόσου και από το πώς την αντιλαμβάνεται, δηλαδή ποιο προσωπικό νόημα αποδίδει ο ίδιος στην ασθένεια του. Η αντίληψη του για τη νόσο συνήθως διαμορφώνεται από τυχόν

προηγούμενη γνώση και εμπειρία του, από όσα ακούει από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την ασθένεια, αλλά και από τη στάση του περιβάλλοντος έναντι της νόσου και έναντι στον ίδιο που νοσεί. Ακόμα και το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται, π. χ. μονάδα εντατικής νοσηλείας, θάλαμος με πολλούς αρρώστους, δωμάτιο απομόνωσης κλπ., επιδρά στο πώς αντιλαμβάνεται την αρρώστια του.

Οι Σαραντίδης και Γεωργαντάς αναφέρουν ότι οι γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική αντίδραση ενός αρρώστου προς τη σωματική του νόσο είναι: α) Η ιδιαίτερη σημασία που έχει για τον άρρωστο η συγκεκριμένη αρρώστια, σύμπτωμα ή αναπηρία. β) Η έννοια του «ρόλου του αρρώστου» στην κοινωνία. γ) Η απώλεια της συγκεκριμένης λειτουργίας ή απλώς της υγείας. δ) Η οικογενειακή ή η κοινωνική υποστήριξη. ε) Η ανάπτυξη των μηχανισμών αντιμετώπισης (coping).

Ο άρρωστος που ευαισθητοποιείται ψυχολογικά και βιώνει άγχος λόγω της σωματικής ασθένειας αναπτύσσει διάφορους ψυχολογικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης (coping strategies) προκειμένου να προστατεύσει και να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία και τελικά να επιτύχει μια ενεργητική προσαρμογή στις απαιτήσεις της αρρώστιας, στη νοσηλεία, τη θεραπεία και την ανάρρωση. Ο Kimball αναφέρει ότι η ψυχολογική αντίδραση στη σωματική αρρώστια συνήθως χαρακτηρίζεται από: κατάθλιψη, άγχος, αντιδράσεις και προβλήματα συνεργασίας με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό (Πριάμη 1992).

Ανάλογα με τη βαρύτητα και τη χρονιότητα της ασθένειας και ακόμα ανάλογα με τις ψυχικές προϋποθέσεις και δυνάμεις και την κοινωνική υποστήριξη που έχει ο άρρωστος παρατηρούνται μέτριες ή οξείες αντιδράσεις. Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι για μη υγιή προσαρμογή στη σωματική αρρώστια είναι μεγαλύτεροι και σοβαρότεροι σε αρρώστους εξαρτημένους και ελεγχόμενους από τους άλλους, ενώ αυτοί προηγουμένως θυσιάζονταν και φρόντιζαν τους άλλους, σε καχύποπτους που δεν εμπιστεύονται σε άλλους τη φροντίδα της υγείας τους, σε αδιάφορους (φαινομενικά) γι' αυτό που τους συμβαίνει, σε εκείνους που πρόσφατα ενημερώθηκαν για τη διάγνωση της αρρώστιας τους (καρκίνος, AIDS κ.ά.) και αντιλαμβάνονται επικείμενο το θάνατο, σε εκείνους που νοσηλεύονται σε αδιάφορο, ψυχρό και απρόσωπο σύστημα υγείας και σε όσους διατηρούν άλυτες ψυχικές συγκρούσεις από τραυματικά γεγονότα που βίωσαν στο παρελθόν.

Εκτός από τα προαναφερόμενα υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι αναπτύσσουν ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως είναι το έλκος στομάχου, η ελκώδης

κολίτιδα, το βρογχικό άσθμα, οι νευροδερματίτιδες κ.ά. τα οποία επιστημονικά αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ύπαρξη έντονου άγχους. Με άλλα λόγια παρατηρείται σωματοποίηση των έντονων ψυχικών αντιδράσεων όταν αποτυγχάνουν οι μηχανισμοί προσαρμογής που διέθεσε και χρησιμοποίησε ο άρρωστος για να ανταποκριθεί στη συγκεκριμένη περίπτωση. Ακόμα δεν είναι πολύ σπάνιο το φαινόμενο αρρώστων με ψυχιατρικό προηγούμενο ιστορικό, οι οποίοι όταν αρρωσταίνουν σωματικά εμφανίζουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις και παθολογικούς μηχανισμούς προσαρμογής, π. χ. παλινδρόμηση, απόσυρση, εξάρτηση, μέχρι και έξαρση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Δεν είναι λίγες επίσης οι περιπτώσεις αλκοολικών ατόμων που λόγω στέρσης του αλκοόλ κατά τη νοσηλεία τους για σωματική νόσο παρουσιάζουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις, και ψυχιατρικά συμπτώματα όπως π.χ. τρομώδες παραλήρημα, που χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης.

Με όσα αναφέρθηκαν υποστηρίζεται η άποψη ότι η σωματική αρρώστια ευαισθητοποιεί τον άνθρωπο ως ενιαία οντότητα και προκαλεί την εμφάνιση ψυχικών αντιδράσεων και εκδηλώσεων όπου κατά συνέπεια απαιτείται ολιστική νοσηλευτική και θεραπευτική προσέγγιση, μέσα από μια θετική υποστηρικτική διαπροσωπική σχέση ιατρού-νοσηλεύτη - αρρώστου και οικογένειας (Πριάμη 1992).

1.3 ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ: Ιστορική Εξέλιξη

Πριν ακόμα τον καθορισμό του όρου «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» ως όρος ήταν συνδεδεμένος με τη θρησκεία, τη φιλοσοφία και φυσικά την ιατρική. Μέσω αυτού του κεφαλαίου θα παρατεθεί η πορεία και η εξέλιξη αυτού του ορισμού σύμφωνα με τα μέσα και τους τρόπους σκέψης εκείνων των χρόνων. Μέχρι την στιγμή που μέσω της ιατρικής αυτός ο τρόπος σκέψης αναπτύχθηκε και εν κατακλείδι πήρε την τελική(σημερινή) του μορφή. Μέσω αυτής της πορείας θα γίνουν αντιληπτές οι εξωιατρικές και ενδοιατρικές συνδέσεις, το κατά πόσο από αυτές επηρεάστηκε θετικά ή αρνητικά η ψυχιατρική σκέψη και τέλος κατά πόσο ενήργησε στην εφαρμογή της ιατρικής γενικότερα.

Μέσω της ψυχιατρικής η οποία είναι η επιστήμη όπου ασχολείται με την ανθρώπινη σκέψη και επικοινωνία, πρέπει να αναλογιστούν όλοι οι επαγγελματίες υγείας κατά πόσο ο ψυχιατρικός τρόπος σκέψης μπορεί να αντιμετωπιστεί σε διάφορους τομείς όπως για παράδειγμα: από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, από εκπαιδευτικούς, από

συγγενείς ψυχικά ασθενών καθώς και από το ευρύ κοινό και κατ' επέκταση από τον ίδιο τον ασθενή. Αν αυτό τεθεί αδύνατον τότε καλούνται οι επαγγελματίες υγείας να αναζητήσουν τον ορθότερο τρόπο αποκατάστασης της επικοινωνίας.

Ξεκινώντας από τον πρωτόγονο άνθρωπο ο οποίος μη διαθέτοντας την αναλυτική σκέψη του σύγχρονου ανθρώπου δεν ξεχώριζε τα ψυχικά και σωματικά φαινόμενα που διαδεχόντουσαν το ένα τ' άλλο ή ακόμα και να συνυπάρχουν σαν μια «μάζα».

Η πρώτη μαρτυρία της ιατρικής πράξης υπάρχει στο ανθρώπινο κρανίο και εφαρμοζόταν μέσω της ανάρτησης του κρανίου καθώς ο μάγος-χειρουργός εκτελούσε ως θεραπευτική πράξη σωματική και πνευματική, αφού πίστευε πως μ' αυτόν τον τρόπο τα κακά πνεύματα έβγαιναν απ' τον εγκέφαλο και ο άρρωστος θεραπευόταν από ασθένειες όπως η επιληψία, ο όγκος, η υστερία και ο πονοκέφαλος. Ανάλογα παραδείγματα, όπου το υπερφυσικό πιστεύεται να αλληλεπιδρά με την υλική υπόσταση του ανθρώπου, υπάρχουν πάρα πολλά από σημερινές ανθρωπολογικές μελέτες πρωτογόνων, που δείχνουν ότι το μυαλό αντιλαμβανόταν συνολικά και ενιαία τα φαινόμενα.

Όταν τη σκυτάλη του γιατρού πήρε από το μάγο ο ιερέας της Ελληνορωμαϊκής αρχαιότητας οι αντιλήψεις δεν άλλαξαν πολύ. Η αιτιοκρατική τοποθέτηση του Ιπποκράτη, που με την παρατήρηση και την εμπειρία ξεχώρισε την ιατρική από τη φιλοσοφία και τη θεοκρατία (υπογραμμίζοντας πως η «Ιερή νόσος» δεν έχει καθόλου θεία προέλευση), καθώς και αργότερα η βιταλιστική θεώρηση του Γαληνού άφησε το περιθώριο για μια ενιαία ψυχική και σωματική αντιμετώπιση των ασθενειών. Στα Ασκληπιεία, εκτός από τις ειδικές δίαιτες, τα βότανα, τις λουτροθεραπείες κλπ. προετοίμαζαν ψυχικά τον άρρωστο περνώντας τον να κοιμηθεί (μετά από μυστικιστικές τελετές) στο εγκοιμητήριο του Θεού, ερμηνεύοντας τα όνειρα του κλπ., ώστε να ενδυναμωθεί η πίστη στη θεραπεία.

Στο σκοτεινό Μεσαίωνα της Δύσης τα ψυχικά και τα σωματικά φαινόμενα έμεναν αδιαχώριστα μέσα στον αποκρυφισμό και την αλχημεία, ακόμη και από τους πρωτοπόρους της εποχής που μέσα από την αστρολογία ήθελαν να βρουν την ενότητα του ανθρώπου με το σύμπαν. Ανθρωπιστικότερες και ρεαλιστικότερες ήταν οι τοποθετήσεις που βρίσκονται στο Ελληνορθόδοξο Βυζάντιο, όπως του Μεγάλου Βασιλείου που άφησε γραπτά κείμενα για το πώς πρέπει να φέρονται οι μοναχοί στους αρρώστους.

Ο δυϊσμός στις έννοιες «ψυχή» και «σώμα» αποδίδεται συνήθως στο φιλόσοφο

του 17ου αιώνα Καρτέσιο, αλλά ο καταστροφικός διαχωρισμός που άφησε την ιατρική χωρίς ψυχολογική προσέγγιση οφείλεται στην άνθιση αυτού που ονομάστηκε περίοδος Ιατροχημείας και Ιατρομηχανικής. Με το μικροσκόπιο Μαλπίγγι, ο Μοργκάνι και άλλοι επιστήμονες της εποχής θεμελίωσαν επιστημονικά την ιατρική και έτσι αναπτύχθηκαν κλάδοι, όπως η παθολογοανατομία, μέσα σε μια εποχή ανακαλύψεων στην οποία φιλοδοξία ήταν να ανακαλυφθεί πληρέστερα ο «άνθρωπος-μηχανή». Αναπόφευκτο τμήμα ήταν ο παραμερισμός του χειροπιαστού ή μετρητού αντικειμένου, όπως οι ανθρώπινες σχέσεις, παρόλο που ορισμένα “φωτισμένα μυαλά”, όπως ο Stahl και ο Sydenham δεν έπαυαν να τονίζουν τη σπουδαιότητα τους.

Σε μια εποχή σπουδαίων επιτευγμάτων όπως για παράδειγμα οι μελέτες του VIRCHOW για το κύτταρο κ.α. κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, η ψυχιατρική μόλις είχε αρχίσει να δημιουργείται σαν ειδικότητα θέλησε να αποδειχθεί ως επιστήμη άρχισε να κάνει συνεχής ταξινομήσεις και περιοριζόταν στις δικές της μεγάλες ασθένειες, τις οργανικές ψυχώσεις και τις διανοητικές διαταραχές. Στην ακατάπαυστη προσπάθεια της να αποδείξει νευροπαθολογικά πως ψυχή και εγκέφαλος επηρεάζουν το ένα το άλλο, η ψυχιατρική σκέψη «αποβλήθηκε» από την ιατρική, αφού αυτό είχε ήδη γίνει στον ψυχιατρικό τομέα.

Κατά συνέπεια οι νευρώσεις και οι «ψυχοσωματικές» διαταραχές, που είχαν εγκαταλειφθεί στους υπόλοιπους γιατρούς, δεν ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν με τον ψυχιατρικό τρόπο σκέψης. Εξαιρέσεις χωρίς όμως ευρύτερο αντίκτυπο, υπήρξαν στη Βιέννη με τον von Feuchtersleben (1845) και στην Αγγλία με τον Tuke (1872) να είναι αντίθετοι σε αυτή τη θεώρηση. Το έντονα αντιβιταλιστικό και αντιθεολογικό πνεύμα κατά τον 18^ο και 19^ο αιώνα με τις κοινωνικές επαναστάσεις συνέβαλε στις μηχανιστικές υπερβολές και μια ματεριαλιστική θεώρηση, όπου κάθε τι ψυχολογικό έπαιε να είναι επιστημονικό. Έτσι δεν αποκαταστάθηκε η ενότητα στη θεώρηση, σώματος και ψυχής που είχαν πετύχει οι αρχαίοι, παρόλη την πολλαπλότητα των φαινομένων.

Είναι περίεργο πώς από ανορθόδοξες πηγές, όπως ο Metier και οι υπνωτιστές, ξαναστράφηκε το ενδιαφέρον της επίσημης ιατρικής στην ισχυρή θεραπευτική επίδραση που μπορεί να έχει ο θεραπευτής πάνω στον άρρωστο, δηλ. ένα ανθρώπινο ον πάνω σε ένα άλλο ανθρώπινο ον. Έτσι όταν ο Freud πήγε στις κλινικές του Παρισιού βρήκε τα ερεθίσματα που στις αρχές του αιώνα μας τον έκαναν να ανακαλύψει τις μεγάλες “ψυχαναλυτικές αλήθειες”. Πέρα από οποιοσδήποτε θεωρητικές αντιρρήσεις, κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί ότι η ψυχανάλυση προσέθεσε και πάλι στην ψυχιατρική σκέψη τους κανόνες της ανθρώπινης επικοινωνίας.

Αυτό το γεγονός πλούτισε την ιατρική σκέψη γενικότερα. Οι εργασίες του Franz Alexander με τα “ψυχοσωματικά πειράματα” σε ασθενείς ενίσχυσαν την ενιαία θεώρηση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης στην ιατρική σκέψη και πράξη.

1.4 Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στις μέρες μας μιλώντας για «Ψυχοσωματική Ιατρική» δεν εννοείται ένα ξεχωριστό είδος ιατρικής ή μια ιδιαίτερη ειδικότητα αλλά η ίδια η Ιατρική, «αυτή καθ' αυτή». Κάθε αρρώστια ή διαταραχή είναι «ψυχοσωματική» με την έννοια ότι στην αιτιολογία της, την πορεία και θεραπεία της οι λεγόμενοι «συγκινησιακοί» (ψυχικοί) και «φυσικοί» (βιολογικοί) παράγοντες βρίσκονται ανάμεικτοι κατά έναν αδιάαιρετο και δυσδιάκριτο τρόπο.

Είναι αλήθεια ότι σε πολλές παθήσεις η ψυχική συμμετοχή ενοχοποιείται περισσότερο και σαφέστερα. Είναι οι παθήσεις εκείνες που πρώτες περιγράφηκαν ως ψυχοσωματικές (όπως το γαστρικό έλκος, η κολίτιδα, το άσθμα κλπ.) και μπορούν να χαρακτηριστούν ως οι «κατεξοχήν» ψυχοσωματικές. Το να περιορίσει κανείς τη ψυχοσωματική σκέψη και προσέγγιση σ' ένα αυστηρά καθορισμένο αριθμό διαταραχών θα ήταν σφάλμα. Ακόμη και ο καινούργιος όρος "ψυχοφυσιολογικές διαταραχές», αν και είναι ευρύτερος γιατί αναφέρεται σ' ένα μεγαλύτερο φάσμα παθοφυσιολογικών μεταβολών (και όχι μόνο παθολογοανατομιών), δεν θα έπρεπε να χρησιμοποιείται με περιορισμένα όρια(Ιεροδιακόνου).

Η Ιατρική θα πρέπει να είναι ψυχοσωματική στη θεώρηση της και στον τρόπο που μελετά τη δημιουργία και την εξέλιξη μιας οποιασδήποτε παθολογικής κατάστασης. Επομένως θα ήταν καλύτερα να μιλά κανείς για μια «ψυχοσωματική προσέγγιση», εννοώντας ότι δεν αποκλείονται οι ψυχικοί παράγοντες και ότι οι ψυχικές και σωματικές εκδηλώσεις αντιμετωπίζονται σαν μια ενότητα στην ιατρική πράξη κάθε ειδικότητας. Αυτή είναι μια πιο ολοκληρωμένη (ολιστική) αντιμετώπιση κάθε παθολογικής διεργασίας στο ανθρώπινο ον (όχι σώμα), η οποία και επιτρέπει μια σωστότερη θεώρηση και βοηθά στο να αποφευχθεί ο μηχανιστικός τρόπος σκέψης του παρελθόντος. Με τον προληπτικό και κοινωνικό μάλιστα προσανατολισμό που προσλαμβάνει σήμερα η ιατρική σκέψη και με την αυξανόμενη συνεργασία με προνοιακές και κοινωνικές υπηρεσίες (που ανέκαθεν διατηρούσε η Ψυχιατρική) ορθότερο είναι να μιλά κανείς για μια βιοψυχοκοινωνική θεώρηση, την οποία και να εφαρμόζει.

Η ψυχιατρική σκέψη έχει βοηθήσει τα τελευταία χρόνια στην ορθότερη

κατανόηση πολλών παθήσεων που απασχολούν διάφορες ειδικότητες. Μελέτες του Ιεροδιακόνου και των συνεργατών του που αναπτύσσονται μέσω της βιβλιογραφίας του έχουν δείξει σε διάφορες παθήσεις ότι ένας ή περισσότεροι ψυχοπαθολογικοί παράγοντες, όπως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η συμπεριφορά των γονέων, ο τύπος των μηχανισμών άμυνας, εκλυτικοί παράγοντες από το περιβάλλον κλπ. μπορούν να συνδυασθούν με άλλους παράγοντες (ιδιοσυγκρασιακούς, ορμονικούς, αλλεργικούς κ.ά.) και να δημιουργήσουν μια βλάβη σ' ένα συγκεκριμένο όργανο. Κοινοί ψυχοπαθολογικοί παράγοντες έχουν βρεθεί σε σημαντικό αριθμό ασθενών που πάσχουν από την ίδια πάθηση, όπως: όμοια δομή της προσωπικότητας στο επίπεδο συμπεριφοράς ή στο υποσυνείδητο επίπεδο σε παθήσεις όπως το τραύλισμα, η κολίτιδα, το γαστρικό έλκος, και το άσθμα ορισμένου τύπου σχέσεις με τους γονείς στην υπερκινητικότητα, στο τραύλισμα, στην κεφαλαλγία και συγκεκριμένες εκλυτικές συνθήκες (στον ψυχογενή εμετό, στο τραύλισμα, στην υπεριδρωσία, στην δευτερογενή αμηνόρροια, και στο άσθμα). (Ιεροδιακόνου "αρχαία εταιρ." Παιδ 1976)

Συμπεραίνει λοιπόν κανείς ότι οι ψυχοπαθολογικοί παράγοντες ανευρίσκονται να διαδραματίζουν ρόλο είτε ως προδιαθετικοί είτε ως γενεσιουργοί, πολύ συχνά μάλιστα ως επιβαρυντικοί ή εκλυτικοί παράγοντες. Είναι αλήθεια ότι για πολλές από τις «ψυχοσωματικές» παθήσεις δεν έχουν ακόμη αποκαλυφθεί όλοι οι «κρίκοι» στη σειρά της γένεσης τους (προδιατεθειμένο έδαφος - γενεσιουργό ψυχικό stress - εκλυτικός παράγοντας - μηχανισμός άμυνας - ψυχική σκοπιμότητα), αλλά υπάρχουν αρκετά αποδεικτικά στοιχεία, έστω τμηματικά, που υποδεικνύουν την ανωτέρω ψυχοπαθολογική σειρά.

1.5 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ : Ολιστική Φροντίδα

Θα ήταν ελλιπής η θεώρηση αν παρέμενε κανείς στη γραμμική αλληλουχία ψυχικό αίτιο - σωματικό αποτέλεσμα, γιατί η αντίδραση είναι αμφίδρομη δηλαδή και σωματικά αίτια -προς-ψυχικό αποτέλεσμα. Έτσι ο πεπειραμένος γιατρός κάθε «σωματικής» ειδικότητας ξέρει πόσες ψυχικές εκδηλώσεις μπορεί να περιμένει στους αρρώστους του. Η ανάπτυξη όμως των εργαστηριακών μεθόδων έχει κατατεμαχίσει τον άρρωστο σε "όργανα" και "ηλεκτρολύτες" με αποτέλεσμα ο ειδικός να μην έχει το χρόνο να δει τον ασθενή σαν μια ολότητα και προσωπική οντότητα. Ορισμένοι οικογενειακοί γιατροί, που ο χαρακτήρας τους τους επιτρέπει να διδαχθούν απ' την πείρα, ίσως διατηρούν ακόμη αυτή την ικανότητα να σκέφτονται «ολιστικά».

Ευχάριστη στροφή τα τελευταία χρόνια αποτελεί η αρθρογραφία πολλών περιοδικών γενικής ιατρικής που υπογραμμίζει τις ψυχικές επιπτώσεις των σωματικών ασθενειών. Σε μελέτη που αναπτύσσεται σε σύγγραμμα του Ιεροδιακόνου και των συνεργατών του(εκδ. Μαστορίδη) έχει φανεί πώς μια συνηθισμένη λοιμώδης νόσος π.χ. ο μελιταίος μπορεί να δημιουργήσει ποικίλες ψυχικές εκδηλώσεις. Το ότι ο γενικός γιατρός πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος στην εξιχνίαση των ψυχικών παραγόντων και εξοικειωμένος με την ψυχιατρική ολιστική σκέψη φαίνεται από τα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας ανάμεσα σε παθολογικούς ασθενείς που ανέρχονται σε 23-51%. Ο προαναφερθέν με τους συνεργάτες του σύμφωνα με έρευνα που αναφέρουν στο ίδιο σύγγραμμα έχουν βρει ψυχοπαθολογικά στοιχεία σε πολύ διαφορετικού τύπου καταστάσεις, όπως μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, σε μεσογειακή αναιμία, σε νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε περιοδική αιμοκάθαρση, σε γυναίκες μετά από υστερεκτομή, σε οσφυοϊσχιαδικές συνδρομές κ.ά., καθώς και διαφορετικά στοιχεία αν το άτομο είναι στην εφηβεία, στην προγεροντική ή γεροντική ηλικία κ.λ.π.(Ιεροδ και Ιακωβ “εκδ Μαστορίδη”

Ο γιατρός κάθε ειδικότητας πρέπει να διαθέτει το χρόνο και την υπομονή να γνωρίζει τον άρρωστο του σαν ένα ανθρώπινο ον, με τα προβλήματα του μέσα στην οικογένεια και την κοινωνία. Πρέπει να στέκεται πραγματικός σύμβουλος του αρρώστου και της οικογένειας του όχι μόνο για το πάσχον όργανο, αλλά και για τις αποφάσεις που θα ληφθούν για τη διαβίωση του αρρώστου και τη σωστή επικοινωνία του με το περιβάλλον. Η αντιμετώπιση δεν μπορεί να είναι ολοκληρωμένη αν δεν υιοθετείται ένας ολιστικός τρόπος προσέγγισης στην ιατρική σκέψη κάθε γιατρού. Όχι μόνο η θεραπεία, αλλά και η πρόληψη στην ιατρική θα είχαν πολύ μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα . Απλό κι επίκαιρο παράδειγμα με τεράστιες συνέπειες είναι ο τρόπος που θα συμβουλευσει και θα πείσει ο γιατρός τον άρρωστο του να -μην καπνίζει. Αλλά και σε άλλα θέματα, όπως η διαφώτιση για τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, η σεξουαλική μύηση των νεαρών, προβλήματα γάμου του ζευγαριού κλπ., όταν ο γιατρός επεμβαίνει διακριτικά μπορεί να ελαττώσει τη νοσηρότητα του γενικότερου πληθυσμού.

Αποφοιτά η πλειονότητα των φοιτητών με μια θολή ιδέα ότι όλες οι ψυχικές παθήσεις είναι περίπου ίδιες, και μάλιστα κληρονομούμενες. Ο γιατρός που τελειώνει δεν μπορεί να χειριστεί σωρεία περιστατικών ψυχονευρώσεων, οργανονευρώσεων και οικογενειακών προβλημάτων που συναντά σε κάθε ειδικότητα. Δεν αποκτά πάντοτε από το Πανεπιστήμιο τη συναίσθηση των δυνατοτήτων που έχει και της ωφέλειας που μπορεί να προσφέρει στην αρχή τέτοιων παθήσεων, ώστε να μη χρειαστεί να

παραπέμψει την περίπτωση στον ψυχίατρο. Ορθή επιμόρφωση στα ψυχικά προβλήματα πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται και σ' όλους τους ειδικευόμενους, καθώς και συχνά μετά την ειδικότητα. Εκείνο κατά το οποίο μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά η Ψυχιατρική σκέψη στην Ιατρική πράξη είναι η μετάδοση και η συναίσθηση απ' όλους τους επαγγελματίες υγείας της συνεχούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην ψυχή και στο σώμα.

Η φιλοσοφία, η τέχνη, η επιστήμη και η ιστορία συντελούσαν πάντοτε αναπόσπαστο κομμάτι στην προσπάθεια του ανθρώπου για να αντιληφθεί τον κόσμο γύρω του, καθώς επίσης και τον τομέα της υγείας. Αυτά τα ίδια στοιχεία συνεχίζουν να αποτελούν σημαντικό παράγοντα, ακόμα και σήμερα, στον τομέα της νοσηλευτικής στην προσπάθεια της αντιμετώπισης της ανθρώπινης υγείας. Σ' αυτά τα προβλήματα συγκαταλέγονται οι επιπτώσεις τόσο στο σωματικό οργανισμό όσο και στην ψυχολογία, στις σχέσεις του ανθρώπου με τον εαυτό του, το κοινωνικό του περιβάλλον, στην εργασία του και γενικότερα στη ζωή του.

Η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως τέχνη διότι απαιτεί ακριβή, ευαίσθητη, συμπαθή, έκφραση ή εφαρμογή επιστημονικών και ανθρωπιστικών γνώσεων. Επίσης χαρακτηρίζεται και ως εφαρμοσμένη επιστήμη λόγω του ότι αντλεί, οργανώνει και συνθέτει αρχές από τις βασικές και άλλες επιστήμης καθώς και από τα πορίσματα νοσηλευτικών ερευνών που χρησιμοποιεί με διάφορους συνδυασμούς όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της ψυχικής υγείας / ψυχιατρικής νοσηλευτικής που ως επιστήμη είναι :

- 1) Εμπειρική, κάνει παρατηρήσεις
- 2) Περιγραφική, αναφέρει συστηματικά παρατηρήσεις
- 3) Θεωρητική, επιλέγει, ταξινομεί και διατυπώνει περιληπτικά σημαντικά χαρακτηριστικά περιστατικών
- 4) Συνθετική-προοδευτική καθώς διορθώνει, διευρύνει, αναμορφώνει και τελειοποιεί με βάσει των νέων δεδομένων, παλιές θεωρίες και τέλος
- 5) Ερμηνευτική, διότι έχει τη δυνατότητα ακόμα και σε έλλειψη ομοιογένειας να αποδεικνύει τη μοναδικά υποκειμενική φύση της ψυχικής αρρώστιας.

Γι' αυτό και η νοσηλευτική για να φωτίσει και να αναπτύξει τις θεωρίες και τις πράξεις κάνει χρήση της ολιστικής φύσης της, δηλαδή την τέχνη και την επιστήμη.

Η νοσηλευτική είχε πάντα σαν αρχή της την φροντίδα και υποστήριξη των αδυνάτων, των αρρώστων και των αναπήρων. Η εξέλιξη της συμβαδίζει με την

εξέλιξη της ιατρικής, εξελίσσεται επιστημονικά, αναλαμβάνει συνεχώς νέες αρμοδιότητες, νέους ρόλους και επεκτείνεται όσο αναφορά τη συμβολή της στον τομέα της υγείας αλλά και στην καλυτέρευση της ποιότητας του κοινωνικού συνόλου. Αυτό που δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου είναι η ολιστική φροντίδα που γίνεται με θερμό ενδιαφέρον και αληθινή ανθρωπία για τον άνθρωπο-ασθενή που υποφέρει καθώς επίσης και για τους οικείους του, και αυτό είναι το κλειδί για την καλή νοσηλευτική. Βέβαια υπάρχουν και οι πιθανότητες αυτό να μην είναι αυτονόητο πρέπει να μεταδίδετε σε κάθε νέα γενιά νοσηλευτικού προσωπικού, γιατί αν αυτές οι αξίες χαθούν μαζί τους χάνεται και όλη η σημασία του όρου της νοσηλευτικής.

Η ολιστική ψυχιατρική νοσηλευτική δεν επικεντρώνει το ενδιαφέρον της μονάχα για την σωματική υγεία του ασθενή αλλά μελετά όλες του τις πλευρές. Ασχολείται με το παρελθόν, το παρών του, τις αντιλήψεις του γύρω από τον εαυτό του και την ζωή γενικότερα, τις σκέψεις, τα συναισθήματα του και φυσικά με την σωματική του κατάσταση. Τονίζεται ότι η νοσηλευτική ψυχικής υγείας επιτυγχάνει την ολιστική φροντίδα όταν :

- Ασκείται ως παιδαγωγική, θεραπευτική, διαπροσωπική διεργασία που οδηγεί στην ωρίμανση της προσωπικότητας προς την κατεύθυνση της δημιουργικής, οικοδομικής, προσωπικής και κοινωνικής ζωής.
- Σέβεται και νοσηλεύει εξατομικευμένα τον ψυχικά ασθενή ως μοναδικά πρόσωπα με αξία ανεκτίμητη ανεξάρτητα από το χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαφορετικότητας του από τους άλλους.

Συμπερασματικά η ολιστική νοσηλευτική διαπροσωπική σχέση νοσηλευτού και ασθενή με ενεργητική συνεργασία που αποσκοπεί στη νοσηλεία και θεραπεία καθώς και στην καλυτέρευση της υγείας του ασθενούς με την αμοιβαία ευθύνη και των δυο προσώπων.(Ραγιά, 2005)

1.6 Σύγκριση των δύο μοντέλων προσέγγισης υγείας / ασθένειας

Υπάρχουν δύο βασικές ιδεολογίες για την υγεία και την ασθένεια. Οι ιδεολογίες αυτές κατατάσσονται σε 2 μοντέλα υγείας:

1. Το **Βιοϊατρικό Μοντέλο** και
2. Το **Ολιστικό, Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο**.

Για το **Βιοϊατρικό Μοντέλο** υπάρχει μόνο η αιτία που είναι το οργανικό πάντα και το αποτέλεσμα το σύμπτωμα δηλαδή, η ασθένεια.

Για το **Ολιστικό, Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο** υπάρχει ο ορισμός της υγείας και της ασθένειας σύμφωνα με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Το **Βιοϊατρικό Μοντέλο** έχει ως ορισμό της αρρώστιας / ασθένειας την οργανική δυσλειτουργία του ανθρώπινου σώματος που ονομάζεται «μηχανή» κατά τον Καρτέσιο(17^{ος} αιώνας) και ότι η βλάβη οφείλεται σε συγκεκριμένη αιτία.

Το **Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο** από την άλλη πλευρά θεωρεί ότι αρρώστια / ασθένεια είναι μια «προειδοποίηση» ένα «σήμα κινδύνου» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Συνήθως οφείλεται σ' ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που μέσα σ' αυτούς συγκαταλέγεται και το βλαβερό για την υγεία χρόνιο και παρατεταμένο στρες που συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών παθήσεων.

Ως υγεία τώρα στο **Βιοϊατρικό Μοντέλο** θεωρείται ο εντοπισμός των συμπτωμάτων, η διάγνωση δηλαδή, οι οργανικές αιτίες, η θεραπεία και η ψυχοσωματική ασθένεια. Στο **Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο** αντίθετα υγιής δεν είναι εκείνος που δεν έχει συμπτώματα αλλά αυτός που είναι σε ισοροπία με τον εαυτό του και το περιβάλλον. Απαιτείται η αυτογνωσία και ο νέος τρόπος «σκέψης» για να επικοινωνήσει με την ασθένεια και να την αποφύγει.

1.7 Σύνοψη 1^{ου} Κεφαλαίου

Συνοψίζοντας το 1^ο κεφάλαιο της εργασίας αυτής καταβλήθηκε η προσπάθεια προσέγγισης ορισμού του φυσιολογικού βάσει 1) του κατά στατιστικού ορισμού του φυσιολογικού όπου θεωρείται η ποσοτική εκτίμηση της φυσιολογικότητας των περισσότερων μελών μιας κοινωνικής ομάδας. 2) του κατά κοινωνικού ορισμού που εξαρτάται από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο καθένας 3) το κατά υποκειμενικά φυσιολογικό όπου αξιολογείται πως είναι το πώς αισθάνεται ο καθένας ανεξάρτητα από το τι πιστεύουν οι υπόλοιποι 4) το κατά αναπτυξιακά φυσιολογικό είναι ότι ο άνθρωπος έχει περάσει απ' όλες τις φάσεις της

ζωής του χωρίς συνέπειες. Προχωρώντας στην ψυχολογική διάσταση της σωματικής υγείας γίνεται κατανοητό ότι όταν αρρωσταίνει το σώμα ο άνθρωπος ευαισθητοποιείται και προκαλείται η εμφάνιση ψυχικών αντιδράσεων και εκδηλώσεων.

Κατόπιν, αναλύοντας την έννοια της ολιστικής φροντίδας είναι εύκολο να κρίνει κανείς ότι εντάσσεται μέσα στις βασικές αρχές της νοσηλευτικής. Πραγματοποιείται από τους νοσηλευτές με θερμό ενδιαφέρον και πραγματική ανθρωπιά. Επίσης αναλύθηκε και η ολιστική φροντίδα στο χώρο της ψυχικής υγείας η οποία χαρακτηρίζεται ως επιτυχής, και γίνεται αντιληπτό, όταν ασκείται παιδαγωγικά, θεραπευτικά και μέσω της διαπροσωπικής διεργασίας και στοχεύουν στην ωρίμανση της προσωπικότητας στην κοινωνική ζωή και όταν σέβεται την διαφορετικότητα των ασθενών. Έπειτα γίνεται μια ιστορική αναφορά ως προς την Βιοϊατρική προσέγγιση του ασθενή. Κατά την αναφορά στην ψυχιατρική αντίληψη της νόσου κρίνεται ότι η ψυχική συμμετοχή σε πολλές κατέχει βασικό ρόλο και δεν θα έπρεπε να αγνοείται από την Ιατρική και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν μια ενότητα.

Βασικό κομμάτι του κεφαλαίου κρίνεται ότι είναι η σύγκριση των δύο μοντέλων προσέγγισης υγείας/ασθένειας στο οποίο κατά την ανάγνωση του δόθηκε η ευκαιρία στον αναγνώστη να δει δύο διαφορετικές απόψεις γύρω από τους ορισμούς της υγείας και της ασθένειας που παρατέθηκαν μέσω του Βιοϊατρικού και του Βιοψυχοκοινωνικού Μοντέλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Στο παρακάτω κεφάλαιο παραθέτονται αναλυτικά οι ψυχιατρικές υπηρεσίες που λειτουργούν στα Γενικά Νοσοκομεία της Ελλάδας καθώς και ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονται από το νοσηλευτικό προσωπικό και από άλλες ειδικότητες σχετικές με την ψυχική υγεία.

Κατόπιν δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην Συμβουλευτική / Διασυνδετική(Ψυχιατρική Υπηρεσία) που έχει την έναρξή της γύρω στο 1902 και παρατηρείται η εξέλιξή της η οποία την φέρνει να υπάγεται σήμερα σε υποειδικότητα της ψυχιατρικής. Αναλύεται ο στόχος και ο σκοπός λειτουργίας της υπηρεσίας αυτής και τα αντικείμενα μελέτης της. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναφέρεται η διεπαγγελματική θεραπευτική ομάδα η οποία αποτελείται από τον κοινωνικό λειτουργό και από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας για τους οποίους θα μιλήσουμε εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο.

Από την πλευρά του κοινωνικού λειτουργού αναφέρονται οι σχέσεις του με τον ασθενή, ο ρόλος που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια της ψυχιατρικής θεραπείας του ασθενή καθώς και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί. Για το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρεται το τι καλείται να αντιμετωπίσει όσο αφορά τον ψυχικά ασθενή και αναφορικά για τον ρόλο του καθώς θα υπάρξει εκτενέστερη ανάλυση στο επόμενο κεφάλαιο.

2.1 Ψυχιατρικές υπηρεσίες

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες ενός γενικού νοσοκομείου αποτελούνται από :

1) Την νοσηλεία ψυχικά ασθενών έπειτα από αυτόβουλη εισαγωγή του
Κατά την λειτουργία ενός Γενικού Νοσοκομείου οι ψυχικά ασθενείς έχουν την δυνατότητα παροχής όλων των υπηρεσιών , αναλόγως και των αναγκών τους φυσικά, ανεξαρτήτως αν είναι ήδη νοσηλευόμενοι. Αυτό φυσικά είναι πιο συχνό φαινόμενο σε περιοχές οι οποίες απέχουν από μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και αναγκαστικά καταφεύγουν σε αυτή τη λύση που θεωρείται και για τους πάσχοντες αλλά και για τους οικείους τους η ορθότερη, ειδικότερα στις περιπτώσεις αποφυγής κακής κοινωνικής κριτικής που επιφέρει συχνά η

νοσηλεία κάποιου σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

2) Η ψυχολογική υποστήριξη και η παροχή συμβουλών των νοσηλευόμενων σε «κρίσιμη και επικίνδυνη κατάσταση»

Ασθενείς σε «κρίσιμη και επικίνδυνη κατάσταση» χαρακτηρίζονται εκείνοι οι οποίοι είναι χρόνιοι οργανικοί άρρωστοι, οι καρκινοπαθείς, οι νεφροπαθείς, οι χειρουργοί ασθενείς. Σε αυτούς γίνεται έντονη η παρουσία ψυχοσωματικών διαταραχών, άτυπων σωματικών εκδηλώσεων ψυχογενούς προέλευσης ή απλώς απαρνούντε τις θεραπευτικές εντολές. Σ' αυτές τις περιπτώσεις επεμβαίνει η παροχή συμβουλών ψυχολογικής μορφής από την εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα του Γενικού Νοσοκομείου στο χώρο νοσηλείας.

3) Η παροχή των κατάλληλων γνώσεων και η κινητοποίηση των «ευαίσθητων χορδών» των λοιπών εργαζομένων υγείας γύρω από την Ψυχολογία Υγείας

Στόχος της συγκεκριμένης παροχής στους εργαζόμενους υγείας είναι η γνώση και η λειτουργία της ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενή βάσει του «Βιοψυχοκοινωνικού Μοντέλου» φροντίδας.

Ο μικρότερος αριθμός υπηρεσιών που προσφέρει ο ψυχικός τομέας ενός Γενικού Νοσοκομείου είναι: η Ψυχιατρική Κλινική, τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσηλείας, τα επείγοντα ιατρεία των εφημεριών, οι θάλαμοι βραχείας νοσηλείας καθώς και η Συμβουλευτική-Διασυνδετική υπηρεσία για τους νοσηλευόμενους. Σε νοσοκομεία με περισσότερες παροχές συναντάτε επίσης τόσο για ενηλίκους όσο και για έφηβους-παιδιά μονάδες ημερήσιας περίθαλψης, ιατροπαιδαγωγικός σταθμός, ψυχολογικό εργαστήριο και κινητή μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Η ύπαρξη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας λειτουργεί ως το πρώτο στάδιο της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας στο ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς και την διασφάλιση της συνεχούς παρακολούθησης των ψυχικά άρρωστων στο οικείο περιβάλλον τους. Η θεραπευτική ομάδα ψυχικής υγείας εφαρμόζει κατ' οίκον επισκέψεις ή στα κέντρα υγείας της περιοχής όπου ανήκουν (συνήθως επαρχία) με στόχο την σωστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή, να κρίνει το στάδιο της επανένταξης του και να υποστηρίζει τις οικογένειες στην καταβολή προσπάθειας στήριξης των αρρώστων τους.

Η ψυχιατρική κλινική με λίγες κλίνες σε σύγκριση με τον αριθμό κλινών του γενικού νοσοκομείου, είναι κυρίως για τα οξέα περιστατικά της κοινότητας όπου ανήκει το

νοσοκομείο και για τα επείγοντα περιστατικά ψυχιατρικών κρίσεων που συμβαίνουν μέσα στο ίδιο νοσοκομείο. Στην κλινική αυτή καλό είναι να εργάζονται νοσηλευτές ειδικευμένοι στη νοσηλευτική ψυχική υγεία.

Το εξωτερικό ψυχιατρικό ιατρείο είναι μια άλλη υπηρεσία που εξυπηρετεί και τους πολίτες, αλλά και τις ανάγκες ψυχικής υγείας του προσωπικού του ίδιου νοσοκομείου.

Τέλος, μια σημαντική υπηρεσία είναι η διασυνδεδετική – συμβουλευτική ψυχιατρική, με την οποία αντιμετωπίζονται οι ψυχολογικές ανάγκες των σωματικά αρρώστων και του προσωπικού που βιώνει στρεσογόνες περιστάσεις κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Οι πιο πάνω υπηρεσίες αποτελούν τον ψυχιατρικό τομέα του γενικού νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να συνδέεται και με κέντρο ψυχικής υγείας στην ίδια γεωγραφική περιοχή, καθώς και με νοσοκομεία ημέρας και ξενώνα για τις ανάγκες των ασθενών με χρόνια ψυχική νόσο.

2.2. Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ / ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

2.2.1 Ιστορική Εξέλιξη

Η ανάπτυξη των πρώτων ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, υλοποίησε τη σύνδεση της ψυχιατρικής με την υπόλοιπη ιατρική μέσω κυρίως της Συμβουλευτικής – Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής (Consultation – Liaison Psychiatry). Οι λόγοι που επέβαλαν τη σύνδεση αυτή, δεν αντικατοπτρίζουν τόσο μια πρακτική εξόδου της ψυχιατρικής από το περιθώριο και την απομόνωση του ασύλου, όσο την επιτακτική ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς και των ανθρώπινων παθήσεων

Αν και το ενδιαφέρον για τις σχέσεις ψυχής και σώματος ξεκίνησε από τον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό όπως ήδη έχει αναφερθεί, μόλις στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, ο B. Rush, καθηγητής Ιατρικής, έθεσε τις πρώτες επιστημονικές βάσεις της αλληλεπίδρασης ψυχικών και σωματικών λειτουργιών. Ένα αιώνα μετά και συγκεκριμένα το 1902 ιδρύθηκε το πρώτο ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου. στο Albany Hospital της Ν. Υόρκης. Ο J. Mosher, πρώτος διευθυντής του, δημοσίευσε το 1899 και 1900 τα πρώτα δοκίμια, περί αναγκαιότητας ίδρυσης ψυχιατρικών υπηρεσιών εσωτερικών και

εξωτερικών ασθενών στα γενικά νοσοκομεία.

Η διασυνδεδετική-συμβουλευτική ψυχιατρική εμφανίστηκε ταυτόχρονα με την ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία, η πρώτη των οποίων δημιουργήθηκε στο Albany Hospital της Νέας Υόρκης το 1902.

Η δημιουργία ψυχιατρικής μονάδας στο γενικό νοσοκομείο έκανε τους ψυχιάτρους περισσότερο διαθέσιμους και ορατούς μέσα στα τμήματα των σωματικά πασχόντων ασθενών. Το ίδρυμα Rockefeller πρόσφερε το 1934 μεγάλες επιδοτήσεις για την ανάπτυξη τμημάτων διασυνδεδετικής -συμβουλευτικής ψυχιατρικής σε γενικά νοσοκομεία. Την ίδια χρονική περίοδο παρουσίασε μεγάλη ανάπτυξη η ψυχοσωματική ιατρική, ενσωματώθηκε η διδασκαλία της ψυχιατρικής στα προγράμματα εκπαίδευσης της γενικής ιατρικής και η διασυνδεδετική-συμβουλευτική ψυχιατρική εξελίχθηκε σε υποειδικότητα της ψυχιατρικής.

Η διασυνδεδετική-συμβουλευτική ψυχιατρική νοσηλευτική, όπως ήταν επόμενο, παρουσίασε μια παράλληλη εξέλιξη, έτσι ώστε γύρω στο 1960 εμφανίστηκε και ασκήθηκε επίσημα ο ρόλος της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής νοσηλεύτριας.

Ένδεκα χρόνια αργότερα δημιουργείται η δεύτερη ψυχιατρική κλινική σε γενικό νοσοκομείο και συγκεκριμένα στο Johns Hopkins Hospital. Διευθυντής της είναι ο Adolf Meyer, οι μελέτες του οποίου συνθέτουν την Ψυχοβιολογική Σχολή, που θεωρεί τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνική μονάδα και αποτελεί το θεμέλιο για τη ραγδαία εξέλιξη της Ψυχοσωματικής και της Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής τις επόμενες δεκαετίες. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ουσιαστικοί πρωτεργάτες της Ψυχοσωματικής Ιατρικής Helen Flunders Dunbar και George W. Henry είναι εκείνοι που διαμόρφωσαν το αρχικό εννοιολογικό και οργανωτικό πλαίσιο της Σ/Δ ψυχιατρικής γύρω στο 1930. Η Η. F. Dunbar ασχολήθηκε κυρίως με το θεωρητικό πλαίσιο του κοινού πεδίο ιατρικής και ψυχιατρικής. Εργαζόμενη ως σύμβουλος ψυχίατρος των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων του Columbia – Presbyterian Hospital της Ν. Υόρκης δημοσίευσε ερευνητικές μελέτες με θέμα την ψυχοσωματική διάσταση ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιαγγειακές διαταραχές τονίζοντας το λειτουργικό αδιαίρετο ψυχικών και σωματικών παραγόντων για την αιτιοπαθογένεση μιας πάθησης. Ο G.W. Henry δημοσιεύει την πρώτη αναφορά με θέμα τη Σ/Δ ψυχιατρική και το δισυπόστατο έργο του σύμβουλου ψυχιάτρου, θεραπευτικό και εκπαιδευτικό με άξονα την ψυχοσωματική αντίληψη.

Στη διάρκεια της περιόδου 1935-1960 οι σταθμοί στη εξέλιξη της Σ/Δ ψυχιατρικής περιλαμβάνουν τη μορφοποίηση των αντίστοιχων υπηρεσιών, την ανάπτυξη διαφόρων

λειτουργικών μοντέλων, τις μελέτες αξιολόγησης των δραστηριοτήτων της Σ/Δ ψυχιατρικής και την αναζήτηση εκπαιδευτικού πλαισίου. Αναπτύσσονται ποικίλα οργανωτικά πρότυπα που κινούνται είτε προς την κατεύθυνση του συμβουλευτικού έργου των ψυχιάτρων, είτε προς την κατεύθυνση της εκπαίδευσης προς τους μη ψυχιάτρους.

Από το 1960 και μετά παρατηρείται μια τάση σύγκλισης των δύο ακραίων τοποθετήσεων, ενώ παράλληλα αυξάνεται ραγδαία η παρουσία ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία, όχι μόνο στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια η θέση της Σ/Δ ψυχιατρικής άρχισε να αμφισβητείται, κυρίως στις Η.Π.Α. καθώς υπήρξαν σημαντικές περικοπές στη χρηματοδότηση προγραμμάτων στον τομέα αυτό. Πιο έντονα αμφισβητήθηκε η λειτουργία της διασύνδεσης ως χρονοβόρα διαδικασία, ασύμφορη οικονομικά. Η πολεμική αυτή συνέβαλε, εκτός των άλλων, στη διαμόρφωση της επικρατούσας αντίληψης ως προς το λειτουργικό πρότυπο της Σ/Δ ψυχιατρικής με τη μέγιστη και συμφέρουσα απόδοση. Τις τελευταίες δεκαετίες, πρωταρχικό ρόλο, στον τομέα σύνδεσης της ψυχιατρικής με την υπόλοιπη ιατρική, έχουν παίξει οι εργασίες του Z.I. Lipowski, καθηγητή Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Toronto στον Καναδά. Οι απόψεις του με θέμα το εννοιολογικό και λειτουργικό πρότυπο της Σ/Δ ψυχιατρικής απεικονίζουν ουσιαστικά το σύγχρονα εφαρμοζόμενο πλαίσιο δομής και λειτουργίας της Σ/Δ ψυχιατρικής.

Στην Ελλάδα μπορούμε να πούμε ότι η παρουσία της ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία, που διέθεταν νευρολογικά τμήματα, χρονολογείται από τότε που η ψυχιατρική με την νευρολογία αποτελούσαν μια ειδικότητα. Και αυτό διότι οι επιστήμονες εκείνοι χειρίζονταν όλα τα ψυχιατρικά προβλήματα που συνέβαιναν στο νοσοκομείο σε αρρώστους και στο προσωπικό. Όμως η ανάπτυξη της διασυνδετικής-συμβουλευτικής ψυχιατρικής ως ιδιαίτερης υπηρεσίας εμφανίζεται στη δεκαετία του '80 σε περιφερειακά πανεπιστημιακά και σε μεγάλα αστικά γενικά νοσοκομεία, όπως είναι της Αλεξανδρούπολης, των Ιωαννίνων, της Πάτρας, της Θεσσαλονίκης και σε ορισμένα των Αθηνών.

Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό του Lipowski η Σ/Δ ορίζεται ως υποειδικότητα της ψυχιατρικής, που προσφέρει κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο στις μη ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας. Κατά τον ορισμό αυτό διευρύνεται το πεδίο δραστηριοτήτων της Σ/Δ και προς υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πέραν του γενικού νοσοκομείου όπως ίσχυε προηγουμένως. Είναι φανερό ότι η διεύρυνση αυτή είναι αναγκαία για μια εγκυρότερη προσέγγιση της βιοψυχοκοινωνικής αντίληψης, όχι

μόνο στη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά και στην κοινότητα, στα πλαίσια της συνέχειας της φροντίδας.

Ο βασικός σκοπός της Σ/Δ ψυχιατρικής είναι η βελτίωση της συνολικής ποιότητας της φροντίδας του ασθενούς, με βάση την συνεκτίμηση του ρόλου ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη δημιουργία, πορεία και έκβαση κάθε σωματικής πάθησης. Επιπλέον στους στόχους της περιλαμβάνεται η θετικοποίηση και προώθηση της σχέσης γιατρού-ασθενούς καθώς επίσης και η επισήμανση του ψυχολογικού ενδιαφέροντος των ποικίλων ιατρικών χειρισμών, διαγνωστικών και θεραπευτικών.

2.2.2. Υπηρεσίες της ΣΔΨΥ

Τα αντικείμενα της διασυνδεδετικής-συμβουλευτικής ψυχιατρικής, σύμφωνα με μελέτες που τα περιγράφουν και σύμφωνα με στοιχεία αρχείων ανάλογων υπηρεσιών, είναι:

1)· Ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες ασθενειών, οι συνηθέστερες των οποίων είναι καταθλιπτικές διαταραχές, οργανικά ψυχοσύνδρομα, νευρωτικές αντιδράσεις, ψυχοσωματικά νοσήματα και απόπειρες αυτοκτονίας.

2) Οι περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν έντονη ψυχολογική κρίση ή αντίδραση στη σωματική αρρώστια, π. χ. στην καρδιοπάθεια, στα νεοπλάσματα, σε εγκαύματα, στις γυναικολογικές παθήσεις και εγχειρήσεις, σε μονάδες εντατικής νοσηλείας, σε μονάδες τεχνητού νεφρού κ.ά.

3) Οι ψυχιατρικοί άρρωστοι με σωματικά νοσήματα που νοσηλεύονται στο γενικό νοσοκομείο.

4)· Οι άρρωστοι με ψυχοσωματικά νοσήματα, π.χ. έλκος στομάχου, ρευματοειδή αρθρίτιδα, νευροδερματίτιδα, βρογχικό άσθμα κ.ά.

Το μέλλον της διασυνδεδετικής συμβουλευτικής ψυχιατρικής διαφαίνεται ότι θα παρουσιάσει μεγάλη εξέλιξη, που θα εξαρτάται από την ανάπτυξη της ψυχοσωματικής έρευνας και του βιοψυχοκοινωνικού ιατρικού μοντέλου στην κλινική ιατρική. Πρέπει όμως σ' αυτό το σημείο να τονιστεί ότι η επιτυχημένη ανάπτυξη και η πρόοδος της διασυνδεδετικής συμβουλευτικής ψυχιατρικής εξαρτάται και θα συνεχίσει να εξαρτάται άμεσα από τη στενή συνεργασία με τη νοσηλευτική, αλλά και από την απόδειξη διαμέσου ερευνών ότι οι γενικοί άρρωστοι περιθάλπονται πιο σωστά, είναι πιο ευχαριστημένοι από τη νοσηλεία τους και εξέρχονται σε συντομότερο διάστημα από ίο νοσοκομείο, όχι μόνο χωρίς ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και με ενισχυμένη την

ψυχική υγεία.

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί ειδικότητα της νοσηλευτικής που ασχολείται με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Όπως ήδη αναφέρθηκε η υγεία είναι πολύπλευρο φαινόμενο βιοψυχοκοινωνικής ευεξίας και όταν μια πλευρά, π.χ. η σωματική ή ψυχική, διαταράσσεται, τότε επηρεάζονται και οι άλλες πλευρές. Για το λόγο αυτό η νοσηλευτική ψυχικής υγείας δεν προσφέρει μόνο φροντίδα στους ψυχικά ασθενείς, αλλά είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ψυχολογική φροντίδα των σωματικά αρρώστων και μάλιστα όταν η σωματική αρρώστια απαιτεί προσαρμογή του ασθενή σε νέο τρόπο ζωής.

2.3 Η διεπαγγελματική θεραπευτική ομάδα

Το προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής αποτελεί μια ομάδα ειδικευμένων και έμπειρων Επαγγελματιών Υγείας. Όλοι έχουν μια βασική αρχή: «Σεβασμός της προσωπικότητας, των δικαιωμάτων του αρρώστου και αντιμετώπιση του ως ενιαίας βιοψυχοκοινωνικής οντότητας».

Ένα από τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας είναι ο ψυχολόγος, αρμοδιότητα του οποίου είναι η παροχή συμβουλών σε άλλους επαγγελματίες, γνωστή ως συμβουλευτική γνωμάτευση. Η συμβουλευτική γνωμάτευση μπορεί να περιλαμβάνει ή όχι την άμεση επαφή με τους ασθενείς. Η ψυχολογική εξέταση αποτελεί ένα είδος συμβουλευτικής γνωμάτευσης, επειδή ο ψυχολόγος που είναι επιφορτισμένος με αυτό το ρόλο ενεργεί ως εμπειρογνώμονας στη θεραπευτική ομάδα ασκώντας την ειδικότητά του. Ένα από τα πιο συνήθη είδη συμβουλευτικής γνωμάτευσης που προσφέρουν οι ψυχολόγοι στους ψυχιατρικούς χώρους είναι η εδραίωση και η καθοδήγηση συγκροτημένων περιβαλλοντικών παρεμβάσεων.

Στις κλινικές δραστηριότητες του ψυχολόγου στο χώρο του νοσοκομείου περιλαμβάνεται και η λειτουργία του ως μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, η οποία αποτελείται επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και ψυχίατροι. Σε μερικά νοσοκομεία οι ψυχολόγοι λειτουργούν και αυτοί ως μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας που είναι υπεύθυνη για το συντονισμό της θεραπείας ενός ενδονοσοκομειακού ασθενή. Σε άλλα νοσοκομεία οι ψυχολόγοι εργάζονται κυρίως ως ειδικοί, παρέχοντας υπηρεσίες σε όλες τις μονάδες του

νοσοκομείου ανάλογα με την ειδικότητά τους.

Παρά την ποικιλία των μορφών ψυχοθεραπείας που παρέχονται στους ψυχιατρικούς χώρους, υπάρχουν κάποια όλο και περισσότερο κοινά μεταξύ τους θέματα. Κατ' αρχήν, η ψυχοθεραπεία σπάνια πραγματοποιείται με «καθαρή» αμιγώς μορφή, ειδικά σε ενδονοσοκομειακά πλαίσια, αντίθετα θεωρείται μέρος μιας πολύπλευρης παρεμβατικής προσπάθειας, που είναι πιθανό να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (φαρμακοθεραπεία), διάφορες μορφές θεραπείας μέσω δραστηριοτήτων (π.χ. εργασιοθεραπεία ή μουσικοθεραπεία) και κοινοτική θεραπεία ή θεραπεία περιβάλλοντος (η ιδέα του ατόμου ότι αποτελεί μέλος της δομής μιας ψυχιατρικής μονάδας είναι από μόνη της θεραπευτική). (Καλαντζή – Αναγνωστόπουλος 1997)

Με την έναρξη των νέων μεθόδων της «ψυχικής κοινότητας» προκύπτει ότι μόνο η παρουσία του ψυχολόγου, δεν είναι αρκετή, έτσι κρίνεται αναγκαία η παρουσία ενός κοινωνικού λειτουργού για τους εξής λόγους :

- α) Στο επίπεδο της πρόληψης. Εργασία τους σε σχολεία επαγγελματικής εκπαίδευσης, σε κοινωνικές υπηρεσίες κ.α.
- β) Στο επίπεδο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Θα μπορούσε να αναλάβει υποχρεώσεις ατομικής συμβουλευτικής διαδικασίας σε κρίσιμες καταστάσεις και τέλος
- γ) Στο επίπεδο αποκατάστασης. Απαραίτητη συνεργασία τόσο σε εξωϊδρυματική παρακολούθηση ασθενών όσο και σε μονάδες μερικής περίθαλψης, σε συμβουλευτικούς σταθμούς κ.α.

Συχνά ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού βρίσκεται σε σύγχυση διότι θεωρείται ότι εκτελεί καθήκοντα ειδικού γραφειοκρατίας, ψυχολόγου ίσως και δικηγόρου ή δικαστή ακόμη και ως γιατρού. Βάσει λοιπόν αυτής της σύγχυσης ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαχωρίσει τη θέση του και να επικρατήσει αυτής της θέσης και να αποβάλλει κάθε συνειδητή και ασυνειδητή επιθυμία του ασθενή να τον βλέπει και σαν σύμβουλο και σαν θεραπευτή.

Όσο αναφορά ώρα τη συμβουλευτική λειτουργία υπάρχει πιθανότητα να ξεκινήσει είτε από τον κοινωνικό λειτουργό είτε από τον ασθενή ο οποίος μπορεί να ζητήσει συμβουλή-λύση για τις μη ευνοϊκές συνθήκες της ζωής του όπως για το συνταξιοδοτικό, ανεύρεση εργασίας κατοικίας κ.α. Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα

πρέπει να εξεταστεί λεπτομερώς εκτός από το κοινωνικό κομμάτι του προβλήματος και το συναισθηματικό. Εάν δεν δοθεί η ανάλογη προσοχή και στο συναισθηματικό κομμάτι υπάρχει πιθανότητα πρόκλησης έντονων συναισθηματικών διαταραχών που τελικά θα δημιουργήσουν μεγαλύτερα προβλήματα . Αυτό λοιπόν κρίνει αναγκαία την ανάπτυξη και την γνώση συμβουλευτικών τεχνικών που θα προφυλάσσουν τον κοινωνικό λειτουργό από τέτοιου είδους παγίδες που μόνο κακό θα προκαλέσουν στον ασθενή.

Η διαρκής επεξεργασία της συμπεριφοράς καθώς και ο γενικότερος τρόπος λειτουργίας του ασθενή στην ομάδα είναι η καλύτερη εξασφάλιση τόσο για τον εντοπισμό και την διόρθωση τυχών λαθών όσο και για ανάπτυξη στρατηγικών που θα καλυτερεύσουν και τις προσφερόμενες θεραπευτικές δυνατότητες.

Συμπερασματικά λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να πληρεί τρεις προϋποθέσεις :

- 1) Πρακτικές υποχρεώσεις απέναντι στον ασθενή εκτός της θεραπευτικής ομάδας όπως σύναψη σχέσεων με διάφορους κοινωνικούς φορείς, κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης, συμμετοχή σε γενικότερες κοινωνικές εκδηλώσεις.
- 2) Συμβουλευτική λειτουργία για την ξεκαθάριση τυχόν νομικών προβλημάτων σε σχέση με τις απαιτήσεις π.χ. επίδομα ανεργίας, οικογενειακό επίδομα, ακόμα και για γενικότερες μεταβολές στο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή.
- 3) Συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες γύρω από τον χώρο της ψυχοθεραπείας όπως ατομικές ή ομαδικές συναντήσεις, λογοθεραπείες κ.α.(Παπαγεωργίου 1991)

Ο νοσηλευτής από την άλλη μεριά στο ψυχιατρικό πλαίσιο καλείται να αντιμετωπίσει τον ψυχικά ασθενή όχι σαν μια περίπτωση η οποία θα μπορέσει να θεραπευτεί με την χορήγηση και μόνο ψυχοφαρμάκων, αλλά θα πρέπει ο νοσηλευτής να τον αντιμετωπίσει ως «μια συγκεκριμένη και ανεπανάληπτη προσωπικότητα με ψυχοβιολογική ενότητα, σαν μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας του οποίου η ζωή έχει νόημα, σκοπό και ανεκτίμητη αξία». Στόχος είναι η ενεργητική επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.

Σε αρκετά ψυχιατρικά κέντρα οι νοσηλευτές είναι ,σχεδόν, παρόντες σε όλες τις φάσεις του ψυχιατρικά ασθενή. Δηλαδή, μπορεί να είναι παρών στην εισαγωγή του, σε θεραπευτικές συζητήσεις με τον ψυχίατρο, σε ομαδικές θεραπείες ή ακόμη και οι ίδιοι καθοδηγούν τους ασθενείς σε παρόμοιες θεραπευτικές

συναντήσεις π.χ. «πρωινή συγκέντρωση ασθενών».

Το νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχική υγεία είναι ο βασικός παράγοντας που θα επιταχύνει ή θα επιβραδύνει οποιαδήποτε αλλαγή στο χώρο αυτό. Για τον λόγο αυτό είναι υποχρέωση του ο διαρκής εμπλουτισμός των γνώσεων τους και η εξιδίκευση τους ως ψυχιατρικοί ειδικοί νοσηλευτές. Η καλή του διάθεση και η φιλοτιμία είναι πραγματικά αγαθά –όχι αρκετά όμως- αν δεν συνοδεύονται και από τις κατάλληλες γνώσεις για να σώσουν κάποιες στιγμές τους ασθενείς αλλά και τους ίδιους από την αποδιοργανωτική δυναμική της ψυχικής πάθησης.(Παπαγεωργίου 1991)

2.4 Σύνοψη 2^{ου} Κεφαλαίου

Φτάνοντας λοιπόν στο τέλος 2^{ου} κεφαλαίου καταλήγει κανείς στο ότι για την ορθή λειτουργία της επιστημονικής ομάδας απαιτούνται η συμπληρωματικότητα και η συνεργασία των επιστημόνων υγείας με πλήρη καθορισμό των αρμοδιοτήτων και των τομέων δραστηριότητας με ισότιμη συμμετοχή όλων στις διοικητικές και θεραπευτικές αποφάσεις αν και κάποιες στιγμές αλληλοκαλύπτονται. Συχνά παρατηρείται από τους νοσηλευτές ότι χρησιμοποιούνται μόνο ως εκτελεστικά όργανα των θεραπευτικών αποφάσεων ή το ότι δεν έχουν το δικαίωμα εφαρμογής κάποιας ψυχοθεραπείας.

Στη διασυνδεδετική – συμβουλευτική απαιτείται η ύπαρξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία. Η συμβουλευτική ψυχιατρική δίνει την δυνατότητα στον ψυχίατρο να δώσει την συμβουλή του και την εμπειριστατωμένη γνώμη και διάγνωση του στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής ή οποιασδήποτε άλλης ανεπιθύμητης συμπεριφοράς του ασθενούς. Η διασυνδεδετική από την άλλη πλευρά είναι το «σύστημα» που καλείται από το προσωπικό του όπως ψυχιάτρους και άλλες ιατρικές ειδικότητες που ασχολούνται με την κλινική πράξη, να αντιμετωπίσει τις

ψυχοκοινωνικές μεταβλητές σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Έχει σαν σκοπό της την προαγωγή της επικοινωνίας ατόμων και ομάδων στο χώρο του νοσοκομείου με στόχο την εξασφάλιση της διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενή σχετικές πάντα με την βιοψυχοκοινωνική θεωρία αλλά και της κλινικής προσέγγισης.

Συμπερασματικά λοιπόν η συμβουλευτική-διασυνδετική περιέχει και την παρέμβαση από τον ψυχίατρο πάνω στις σχέσεις γιατρού-νοσηλεύτη-ασθενή-οικογένειας-διακλινικές σχέσεις κ.α. βελτιώνοντας τες φέρνοντας και την ολιστική προσέγγιση στο χώρο του γενικού νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με μια νοσηλευτική υπηρεσία την Διασυνδετική – Συμβουλευτική. Στην Ελλάδα στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου δεν είναι ευρέως διαδεδομένη αν και υπάρχουν εξαιρέσεις εφαρμογής της υπηρεσίας αυτής, θα παρατεθούν αναλυτικά ο ορισμός και οι βασικές έννοιες της Διασυνδετικής – Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Αναλύονται οι ρόλοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και οι δραστηριότητές του γύρω από την Διασυνδετική – Συμβουλευτική, καθορίζονται τα προσόντα του νοσηλευτή προκειμένου να διεκδικήσει μια θέση στο χώρο της ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση στη Διασυνδετική – Συμβουλευτική. Συνεχίζοντας την ανάλυση γύρω από τον Νοσηλευτή Διασυνδετικής – Συμβουλευτικής αναφέρονται εκτενέστερα οι δραστηριότητες του σε κλειστά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου, στην Κοινότητα καθώς και σε άλλες δομές. Τέλος αναλύεται η Νοσηλευτική Διεργασία στη Διασυνδετική – Συμβουλευτική Γενικού Νοσοκομείου.

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ

Η Δ.Σ.Ν.Ψ.Υ. ορίζεται ως η άσκηση της κλινικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο. Συμβάλει στην ενσωμάτωση της ψυχολογικής φροντίδας στην όλη φροντίδα των σωματικά πασχόντων ασθενών στο πλαίσιο της οποίας περιλαμβάνονται: νοσηλευτικές, συμβουλευτικές, ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες.

Η άσκηση της διασυνδετικής – συμβουλευτικής νοσηλευτικής σε γενικό νοσοκομείο στηρίζεται στην ίδια λογική βάση με την άσκηση της ψυχιατρικής.

Πραγματοποιείται από νοσηλευτική τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. με εκπαίδευση και τίτλο ειδικότητας νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

Η Δ.Σ.Ν.Ψ.Υ. προήλθε από την ανάγκη των σωματικά αρρώστων για βοήθεια στα ψυχιατρικά / ψυχολογικά τους προβλήματα. Στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με σωματικά προβλήματα βρίσκονται σε κατάσταση stress και δε διαθέτουν κατάλληλους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Χωρίς υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης το stress του αρρώστου εκδηλώνεται πολλές φορές με παράταση της νόσου ή και άλλες εκδηλώσεις διαταραγμένης συμπεριφοράς, γεγονός που μπορεί να συντελέσει στην αποθάρρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού και στη μείωση της ποιότητας της φροντίδας του.

Η ολοένα αυξανόμενη συνειδητοποίηση της ανάγκης για ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα που περιλαμβάνει και την ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών των αρρώστων, απαιτεί την ανάπτυξη της διασυνδετικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε όλα τα γενικά νοσοκομεία, όπου είναι εγκατεστημένοι οι ψυχιατρικοί τομείς.

3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Σ/Δ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πριν ακόμα αναφερθούμε στο ρόλο του νοσηλευτή της Σ/Δ Νοσηλευτικής Ψ.Υ., θα πρέπει να αναφερθούμε στα τυπικά προσόντα και στις ειδικές δεξιότητες, που θα πρέπει να έχει, ώστε να ανταποκριθεί στον πολυδύναμο ρόλο του. Σχετικά με αυτό το θέμα, η Joyce Levy και η Anita Lewis (1988) αναφέρουν: « Ο ψυχιατρικός νοσηλευτικής της Σ/Δ είναι ένας νοσηλευτής με μεταπτυχιακό δίπλωμα, κλινική εμπειρία στη γενική νοσηλευτική, κλινικές δεξιότητες στην ψυχιατρική νοσηλευτική και εμπειρία στη διοίκηση ή την επίβλεψη. Ο νοσηλευτής αυτός πρέπει να είναι κλινικά επαρκής, ειδικός στην προσέγγιση περίπλοκων νοσηλευτικών προβλημάτων και γνώστης των μεταβιβαστικών και ανημεταβιβαστικών τάσεων.

Οι ακρογωνιαίοι λίθοι της ψυχιατρικής Σ/Δ Νοσηλευτικής είναι αντικειμενικότητα, ευελιξία, προσωπική και επαγγελματική ωριμότητα και ικανότητα να λαμβάνονται λογικά ρίσκα. Ειδικές δεξιότητες στην τέχνη της ενεργητικής ακρόασης είναι απαραίτητες... Η ικανότητα για αυτόνομη δράση είναι βασική».

Ακόμη αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής αυτός θα πρέπει να έχει γνώσεις της ψυχοπαθολογίας, ψυχοδυναμικής, έρευνας και κλινικής εμπειρίας με άτομα, οικογένειες και ομάδες. Τέλος θα πρέπει οπουδήποτε να κατανοεί τα οργανωτικά συστήματα και τα συστήματα του γενικού νοσοκομείου, καθώς και την οργανωτική δομή, την πολιτική, τις πρακτικές και τους στόχους του ιδρύματος στο οποίο ανήκει.

Με βάση αυτό που αναφέρθηκαν παραπάνω δηλαδή τους ορισμούς ,την ιστορική εξέλιξη και τις βασικές αρχές, «του διέπουν τη Συμβουλευτική και τη Διασυνδετική θα μπορούσαμε να καθορίσουμε αδρά το ρόλο του ψυχιατρικού νοσηλευτή της Σ/Δ ως συμβούλου, θεραπευτή, εκπαιδευτή και ερευνητή (Lego).

Συγκεκριμένα ως σύμβουλος, βοηθάει τα μέλη του προσωπικού να κατανοήσουν τη φύση και την πηγή του προβλήματος τους, να ερμηνεύσουν τις παρατηρήσεις τους,

να καθορίσουν ρεαλιστικούς στόχους, να φτιάξουν ένα πλάνο για να χειριστούν το πρόβλημα, να προσδιορίσουν τις πηγές για την επίλυση του προβλήματος, να ανιχνεύσουν τις συνιστώσες του stress της εργασίας τους και να τις διαχωρίσουν από τη φροντίδα του ασθενούς, να ενισχύσουν τις εσωτερικές δυνάμεις και να μεγιστοποιήσουν τις προσαρμοστικές δεξιότητες, να αξιολογήσουν το αποτέλεσμα των ενεργειών τους.

Βασικό μέλημα των νοσηλευτών είναι η φροντίδα του αρρώστου ως μοναδικού ατόμου. Προσπαθούν γι' αυτό να προσφέρουν στον άρρωστο άνεση και ελευθερία να εκφράσει τα συναισθήματα του, τις επιθυμίες του και να αναπτύξει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Αποτελούν το έμπυχο θεραπευτικό περιβάλλον της κλινικής ώστε ο άρρωστος να νιώσει προστασία, εμπιστοσύνη, αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτοκατανόηση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολύμορφος. Μπορεί να γίνεται ένα μοντέλο για τον άρρωστο, ένας κλινικός συνεργάτης των ειδικών ή ένας σύμβουλος ψυχικής υγείας για την οικογένεια. Αυτό το πετυχαίνει με την προθυμία του να ακούσει και να εξυπηρετήσει οποιοδήποτε του ζητήσει βοήθεια, με την ευγένεια του, την συναισθηματική σταθερότητα του χαρακτήρα, με το θάρρος και την υπομονή του. Κατέχει καλά την τέχνη της «προσέγγισης» του ψυχιατρικού αρρώστου, ώστε να νιώθει ο άρρωστος ασφαλής και φιλικός στο χώρο του νοσοκομείου, χωρίς όμως η σχέση αυτή να υπερβαίνει κάποια όρια οικειότητας.

Στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου νοσηλεύονται άρρωστοι που παραπέμπονται από τις άλλες ειδικότητες είτε γιατί έχουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα και παρουσιάζουν ένα πρόσθετο παθολογικό ή χειρουργικό σύμπτωμα, ή γιατί εκδήλωσαν ψυχιατρική σημειολογία μετά από το στρες της αρρώστιας τους, ή τέλος γιατί επέδρασαν διάφοροι βιοχημικοί παράγοντες (φάρμακα, υπερουραιμία, διαβήτης, τοκετός, οξύ οργανικό επεισόδιο, AIDS κλπ.). Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της ολοκληρωμένης φροντίδας του καλείται να αντιμετωπίσει και το σωματικό πρόβλημα. Για το λόγο αυτό πρέπει να κατέχει κάποιες τεχνικές τις οποίες έχει αποκομίσει από τη σπουδή και την κλινική εμπειρία της άσκησης της γενικής νοσηλευτικής, - π.χ. περιποίηση τραύματος, κατακλίσεως, τραχειοστομίας, φροντίδα λεχωϊδας κλπ.

Η συνεργασία με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι στενή σαν αμφίδρομη χημική αντίδραση. Οι παρατηρήσεις και οι ενέργειες του ενός και του άλλου πρέπει να έχουν ένα κοινό αποτέλεσμα: Την γρήγορη αποκατάσταση του αρρώστου και την επανένταξη του στην κοινωνία. Π.χ. εάν αναφερθεί στο γιατρό ότι ο άρρωστος ακολουθεί κάποιες «ιεροτελεστίες» κατά το πλύσιμο του ή το φαγητό του, ενδεχομένως να τροποποιηθεί η

αρχική πιθανή διάγνωση και η θεραπεία. Εάν αναφερθούν από την πλευρά των νοσηλευτών παρατηρήσεις για τυχόν παρενέργειες ή τοξικές επιδράσεις των φαρμάκων, η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής από γιατρούς θα αποβεί ανακουφιστική ή σωτήρια για τον άρρωστο.

Ο ρόλος ως θεραπευτή συνίσταται στο να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν τη φύση και την πηγή του προβλήματος τους, να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα τους, που συνδέονται με το πρόβλημα, να κινητοποιήσουν εσωτερικές δυνάμεις και περιβαλλοντικές πηγές για αποτελεσματική προσαρμογή, να περιορίσουν το πρόβλημα, να μάθουν νέες και αποτελεσματικές μεθόδους προσαρμογής, να σχεδιάζουν πλάνα πρόληψης για μελλοντικές προσαρμογές, να μειώσουν το άγχος συμμετέχοντας σε ομάδες στήριξης.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσ/τή της Σ/Δ, στόχο έχει να παρέχει άτυπα εκπαίδευση σχετικά με το κλινικό θέμα που προκύπτει, να οργανώσει συναντήσεις για ανταλλαγές απόψεων μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων προσωπικό, να βοηθάει στην ανάπτυξη ενδονοσοκομειακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, να παρουσιάζει εργασίες πάνω σε ψυχοκοινωνικά θέματα, που ενδιαφέρουν το προσωπικό, να ενισχύει τη θεραπευτική επικοινωνία και συμπεριφορά.

Τέλος ο νοσ/τής της Σ/Δ Νοσ/κής Ψ.Υ. βοηθάει τα μέλη του προσωπικού να εκτιμήσουν τήν αξία της έρευνας και να χρησιμοποιούν τήν έρευνα στην πρακτική τους ενθαρρύνοντας την αναζήτηση βιβλιογραφίας δια την επίλυση κλινικών προβλημάτων, χρησιμοποιώντας προηγούμενες νοσ/κές έρευνες, ορίζοντας το πρόβλημα με συγκεκριμένους και μετρήσιμους όρους, χρησιμοποιώντας επιστημονική μέθοδο στη συλλογή δεδομένων, αναλύοντας τα δεδομένα, όπως εφαρμόζεται στο ερευνητικό ζητούμενο, παρέχοντας μια φόρμουλα για τη μετάδοση των ευρημάτων στους συναδέλφους.

Το 1976,οι Nelson και Schlike προσπάθησαν να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά της Ψ.Σ/Δ.Νοσ/κής. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι στενά συνυφασμένα με τους ρόλους του ειδικευμένου ψυχιατρικού-διασυνδετή νοσηλευτή. Προσδιορίστηκαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά.

1. Συμβουλευτική στο νοσ/κό προσωπικό.
2. Εκπαίδευση της θεραπευτικής ομάδας
3. Άμεση ειδικευμένη ψυχολογική φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους.
4. Επιστημονική γνωμοδότηση για ψυχολογικά προβλήματα, φυσιολογικές και ανώμαλες απαντήσεις στην αρρώστια και προσαρμογή του ασθενούς και της

οικογένειας του.

5. Κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης.

6. Γνώση της συστηματικής θεωρίας και των διεργασιών της ομάδας.

7. Διασύνδεση μεταξύ προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων.

Η Lewis και Levy(1982) ανέφεραν ότι οι μεγαλύτεροι στόχοι της Σ/Δ Νοσηλευτικής Ψ.Υ. είναι η προαγωγή της παροχής ψυχολογικής φροντίδας και ο αποτελεσματικός χειρισμός της φροντίδας. Χρησιμεύει επίσης ως καταλύτης για να διευκολύνει αποτελεσματικές ' διαπραγματεύσεις' μεταξύ προσωπικού και ασθενών και είναι υπεύθυνη για τη ανάπτυξη μιας επαγγελματικά υποστηρικτικής σχέσης αποδοχής και συνεργασίας με τον συμβουλευόμενο.

Οι στόχοι της είναι:

1. να διδάξει τις αρχές της αποτελεσματικής ψυχολογικής φροντίδας και την εφαρμογή τους.

2. να στηρίξει το νοσ/κό προσωπικό παρέχοντας ψυχολογική φροντίδα.

3. να συμβάλλει στη διατήρηση δεσμών, σεβασμού και εκτίμησης με το συμβουλευόμενο.

4. να ενθαρρύνει την αποδοχή και την ανοχή ανεπίλυτων κλινικών προβλημάτων.

Οι σκοποί αυτοί μπορούν να επιτευχθούν με τυπική ή άτυπη διδασκαλία, άμεση ή έμμεση επέμβαση στον ασθενή, κλινικές διαλέξεις, ομάδες στήριξης για το προσωπικό, πολυδύναμες διαλέξεις και με τη διαμόρφωση μοντέλων για τον καθορισμό των ρόλων.

3.3 Προσόντα νοσηλευτή Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής

Πουθενά αλλού δεν διαφαίνονται τόσο ξεκάθαρα οι αυξημένες γνώσεις και ικανότητες των νοσηλευτών, από ότι στον τομέα της διασυνδεδετικής. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί πως για να μπορεί ένας νοσηλευτής να είναι μέλος της Δ.Σ.Ψ. ομάδας, πρέπει να έχει ορισμένα προσόντα, από τα οποία τα κυριότερα είναι :

- Βασικό νοσηλευτικό πτυχίο, ανώτερης ή ανώτατης σχολής και πτυχίο της σχετικής ειδικότητας, διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους πλήρους εκπαίδευσης.

- Μεταπτυχιακό τίτλο στην ψυχιατρική Νοσηλευτική που να δείχνει το βάθος της γνώσης, τις δεξιότητες και την πρακτική εκπαίδευση σε ψυχιατρικά τμήματα.

- Γενικές γνώσεις και κλινική εμπειρία στη γενική Νοσηλευτική, την παθολογική και

χειρουργική Νοσηλευτική.

- Σύγχρονες γνώσεις νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Ψυχιατρικής, Ψυχοπαθολογίας και Ψυχοφαρμακολογίας.
- Γνώση των αρχών και της τέχνης της συμβουλευτικής.
- Καλή συνεργασία και επικοινωνία με τα άλλα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας, με νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων, ιατρούς, ασθενείς, οικογένειες και κάθε παράγοντα που προασπίζει την υγεία. Εξειδικευμένες δεξιότητες στην τέχνη της ακρόασης.
- Ικανότητα να λειτουργεί αυτόνομα και ευέλικτα, να ανανεώνει συνεχώς τις γνώσεις του, να βελτιώνει τις δεξιότητες του, αλλά και να μπορεί να αντεπεξέρχεται στις απαιτήσεις του ρόλου του με υπευθυνότητα και σύνεση.
- Να έχει οργανωτικές, διοικητικές και ηγετικές ικανότητες.
- Κλινική ικανότητα για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση ψυχολογικών αναγκών, προβλημάτων και κρίσεων σε ασθενείς και προσωπικό.
- Νοσηλευτική κρίση και τόλμη λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων, καθώς και υπεύθυνης αυτόνομης νοσηλευτικής παρέμβασης στα νομικά πλαίσια δικαιοδοσίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Ερευνητική ικανότητα.
- Εκπαιδευτικές-διδακτικές ικανότητες.
- Αντικειμενικότητα, ελαστικότητα, σεβασμό, πραγματικό ενδιαφέρον και συνείδηση για την δημιουργία και την διατήρηση κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος καθώς και κατανόηση για κάθε άνθρωπο, προσωπική και επαγγελματική ωριμότητα, ευρύτητα πνεύματος, υπομονή και θάρρος.

3.4 Δραστηριότητες του νοσηλευτη Δ.Σ.Ψ.Υ.

Οι νοσηλευτές της Σ/Δ Νοσηλευτικής Ψ.Υ. μπορούν να εργασθούν σε :

- 1) Γενικά νοσοκομεία
- 2) Στα σπίτια των ασθενών
- 3) Μονάδες αποκατάστασης
- 4) Μονάδες αποκατάστασης χρόνιων ασθενών
- 5) Εταιρίες κοινοτικής νοσηλευτικής
- 6) Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και σε ειδικές κλινικές
- 7) Σε οργανώσεις προαγωγής της υγείας
- 8) Σε ξενώνες

9) Ιδιωτικά, π.χ. σε εργοστάσια επιχειρήσεις κ.α.

Στο γενικό νοσοκομείο οι νοσηλευτές της Σ/Δ μπορεί είτε να ανήκουν σε μια ειδική ανεξάρτητη υπηρεσία, που υπάγεται απευθείας στη διοίκηση της νοσοκομειακής υπηρεσίας π.χ. στη διευθύνουσα, στο διευθυντή προσωπικού, στον τομεάρχη Ψυχιατρικού Τομέα κ.λ.π., είτε να ανήκει σε μια πολυδύναμη ομάδα του ψυχιατρικού τομέα εξειδικευμένη στη Σ/Δ, είτε μπορεί να εργάζεται ως ιδιώτης, που έχει μια σύμβαση καθορισμένου χρόνου ή έργου με το νοσοκομείο.

3.4.1 Σε κλειστά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου

Ως κλειστά τμήματα ενός Γενικού Νοσοκομείου θεωρούνται:

- Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας(Κ.Κ.Ψ.Υ)
- Το Νοσοκομείο και Κέντρο Ημέρας

Στο **Κ.Κ.Ψ.Υ.** βασικό αντικείμενο απασχόλησης είναι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στα ζητήματα ψυχικής υγείας που αφορούν την κοινότητα. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από ένα νοσηλευτή στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι η διαχείριση περιπτώσεων, η φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, η συμβουλευτική υποστήριξη ασθενών και των οικογενειών και η κοινωνική παρέμβαση για την επίλυση συνταξιοδοτικών και προνοιακών θεμάτων.

Το **Νοσοκομείο** και **Κέντρο Ημέρας** τώρα είναι εγκαταστάσεις οι οποίες προσφέρουν μερική νοσηλεία στους ψυχικά ασθενείς. Απαντώντας συχνότερα μέσα στα κρατικά ψυχιατρεία, στις ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία ή στα κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.

Σαν σκοπό οι δραστηριότητες των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτά έχουν την επίτευξη του στόχου της θεραπείας των μη χρόνιων ασθενών για να έχουν μια ευκολότερη επανένταξη στην κοινωνία καθώς επίσης και βοηθούν τους χρόνιους ασθενείς στο να εγκληματιστούν και να προσαρμοστούν στην κοινότητα.(Μπελλάλη 2002)

3.4.2 Στην Κοινότητα

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής της Διασυνδεδετικής συμμετέχει με τα άλλα μέλη της κοινότητας στην εκτίμηση, σχεδιασμό, χρήση και αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των κοινοτικών συστημάτων που περιλαμβάνουν την προώθηση της ευρείας συνέχισης της πρωτογενούς, δευτερογενούς και

τριτογενούς πρόληψης των ψυχικών διαταραχών.

Φροντίζει για την σύνδεση του γενικού νοσοκομείου με τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στην ίδια γεωγραφική περιοχή- ξενώνες και νοσοκομεία ημέρας, Κέντρα Υγείας όπως και για την αντιμετώπιση κρίσεων στα μέλη της κοινωνίας όπως είναι οι αναπτυξιακές κρίσεις της εφηβείας, οι γονικές κρίσεις ιδιαίτερα κατά την γέννηση του πρώτου παιδιού, οι οικογενειακές κρίσεις λόγω θανάτου ενός ατόμου, λόγω οικονομικής καταστροφής κ.α.

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών επιτυγχάνεται άλλοτε με την ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών των αρρώστων, των συγγενών τους και του προσωπικού, άλλοτε με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πρώιμων συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και άλλοτε με την αποτελεσματική νοσηλευτική - θεραπευτική αντιμετώπιση εκδηλωθέντων χρόνιων ψυχικών νοσημάτων ώστε να μην εγκατασταθούν υπολειμματικές ψυχικές αναπηρίες.

Το ολοκληρωμένο μοντέλο της νοσηλευτικής πράξης στην κοινοτική ψυχική υγεία περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Τακτικές νοσηλευτικές επισκέψεις ώστε να παρέχεται βασική ψυχιατρική εκτίμηση και αξιολόγηση.
- Επείγουσες επισκέψεις ή στο σπίτι του πελάτη ή στο χώρο εργασίας του νοσηλευτή.
- Τακτική διασύνδεση ανάμεσα στο γενικό παθολόγο και του νοσηλευτή. Εκπαίδευση σε θέματα υγείας τόσο σε ασθενείς όσο και σε επαγγελματίες υγείας.
- Συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία. Διαχείριση περίπτωσης (case management). Επισκέψεις κατ' οίκον γι' αυτούς που αδυνατούν να προσέλθουν στο κέντρο.

Ένα από τα πεδία με τα οποία μπορεί να ασχοληθεί ο ψυχιατρικός Διασυνδεδετικός νοσηλευτής στην κοινότητα αφορά στη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Καθώς η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή διαταραχή στους ηλικιωμένους η Διασυνδεδετική - Συμβουλευτική Νοσηλευτική Υπηρεσία θα πρέπει να προσανατολίζεται στις ανάγκες αυτών των ατόμων. Ο ρόλος του Διασυνδεδετικού νοσηλευτή αφορά στην εκτίμηση και σχεδιασμό της φροντίδας, συμπεριλαμβανόμενης της ψυχολογικής φροντίδας και θεραπείας, διασύνδεση και εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών που συναλλάσσονται με ηλικιωμένα άτομα, σχεδιασμός και πρωτογενής πρόληψη (μελέτη κοινωνικών παραγόντων).

3.4.3 Σε άλλες δομές

- Ξενώνες

Οι **ξενώνες** λειτουργούν με το δικαίωμα του καθενός ασθενή ανεξάρτητα από την βαρύτητα της υπάρχουσας παθολογίας και προσπαθούν μέσω αυτών να επιτύχουν ένα επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης αν γίνει χρήση κατάλληλης και εξατομικευμένης υποστήριξης.

Οι νοσηλευτές προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη και φαρμακευτική αγωγή, βοήθεια στην κοινωνικοποίηση και κοινωνική επανένταξη ανάλογα βέβαια με τις ανάγκες και τις αντιδράσεις του ασθενή. Ταυτόχρονα, ενισχύουν και την αποδοχή των νοσηλευόμενων ασθενών από την κοινωνική ομάδα, θέτουν σε λειτουργία ένα πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων που βοηθούν την αποκατάσταση του ασθενή για το επόμενο βήμα της ζωής των ασθενών.

- Οικοτροφεία

Τα **οικοτροφεία** αποτελούν εγκαταστάσεις για πολυετή διαμονή ψυχικά ασθενών με δική τους πρωτοβουλία. Η θέση του νοσηλευτή δεν διαφέρει ιδιαίτερα από την θέση που κατέχει στους ξενώνες. Προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των ψυχικά αρρώστων – μελών των οικοτροφείων και τους παρέχουν βοήθεια ούτως ώστε να αναπτύξουν τις ατομικές και κοινωνικές τους ικανότητες, για την ενίσχυση της εργασιακής τους συνείδησης και συμπεριφοράς μέσω εργαστηρίων προεπαγγελματικής εκπαίδευσης για την συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες και επικροτούν της διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ενόικων.

- Βιομηχανίες

Οι **βιομηχανίες** είναι οι πιθανότεροι υποψήφιοι μετά τα νοσοκομεία που μπορούν οικονομικώς να παρέχουν στους εργαζόμενους την χρήση των υπηρεσιών της Συμβουλευτικής - Διασυνδεδετικής Νοσηλευτικής. Χρησιμοποιώντας αρχές της οργανωτικής συμπεριφοράς ο Διασυνδεδετικός Νοσηλευτής εφαρμόζει δύο διαφορετικούς αλλά σχετιζόμενους ρόλους για τη συμβουλευτική στη βιομηχανία. Ο πρώτος ρόλος είναι η παροχή

συμβουλευτικής προς τον οργανισμό μέσω γκρουπ συζητήσεων και ομάδων εργασίας ώστε να κερδίσει μια εσωτερική επαφή με το πώς λειτουργεί η οργανωτική διαδικασία της βιομηχανίας. Η διεργασία της συμβουλευτικής βασίζεται στην αρχή ότι τόσο τα άτομα όσο και οι ομάδες είναι πιο αποτελεσματικοί όταν μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τις απαραίτητες βελτιώσεις στους μηχανισμούς με τους οποίους λειτουργούν. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την αναγνώριση των ρόλων των εργαζομένων διαδικασίες επικοινωνίας, ενεργητικές και παθητικές τεχνικές διαχείρισης του stress καθώς και διαπροσωπικά και ομαδικά δυναμικά. Ο δεύτερος λειτουργικός ρόλος του νοσηλευτή της Διασυνδεδετικής στην βιομηχανία είναι αυτός του συμβούλου στον απασχολούμενο ,στο χώρο, νοσηλευτή. Παραδοσιακά οι νοσηλευτές σε βιομηχανικά συγκροτήματα εστιάζουν στα σωματικά προβλήματα υγείας των ασθενών καθώς όμως το κόστος που σχετίζεται με τις απουσίες λόγω τραυματισμών ή ασθενειών και η αποκαταστασιακή φροντίδα υγείας συνεχίζει να αυξάνεται, ο ρόλος του νοσηλευτή αλλάζει. Ο νοσηλευτής της Διασυνδεδετικής μπορεί να εκπαιδεύσει τον νοσηλευτή στην βιομηχανία ώστε να μεταφέρει στους εργαζόμενους τις βασικές αρχές του "ευ ζην" που είναι σύμφωνα με τον Ardell 1) προσωπική υπευθυνότητα, 2) διατροφική φροντίδα 3) καλή σωματική κατάσταση, 4) διαχείριση του stress και 5) περιβαλλοντική ευαισθητοποίηση.

3.5 Νοσηλευτική διεργασία στη διασυνδεδετική συμβουλευτική

Η επιστημονική κλινική μέθοδος που επικρατεί σήμερα στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα του κάθε αρρώστου αλλά και του ψυχικά αρρώστου είναι η νοσηλευτική διεργασία. Αυτή περιλαμβάνει τα πιο κάτω στάδια:

- 1) Νοσηλευτική αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του αρρώστου.
- 2) Προγραμματισμό και εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με βάση τα δεδομένα της αξιολόγησης.
- 3) Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι κυκλική, δηλαδή γίνεται αναθεώρηση του προγράμματος νοσηλείας αρχίζοντας πάλι από τα αποτελέσματα των εφαρμογών. Όλη

η νοσηλευτική εργασία καταγράφεται στο ατομικό δελτίο νοσηλείας του αρρώστου, οπότε εύκολα διακρίνονται τυχόν επαναλαμβανόμενα κλινικά προβλήματα που μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο νοσηλευτικής έρευνας. Επίσης τα συλλεγόμενα αυτά νοσηλευτικά στοιχεία μπορούν να δείξουν τόσο τις ανεξάρτητες και αυτόνομες όσο και τις εξαρτημένες από την ιατρική νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ακόμα και τα κενά και τα ελλειμματικά σημεία της νοσηλευτικής εργασίας. Αυτό ακριβώς το νοσηλευτικό πεδίο, περιχαρακωμένο βέβαια στο ρόλο του ειδικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας, διερευνήθηκε με την παρούσα διατριβή.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η κλινική εργασία του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με αρρώστους στο γενικό νοσοκομείο και το εύρος της συνεργασίας του με το προσωπικό.

Οι κλινικές δραστηριότητες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στα πλαίσια της συμβουλευτικής νοσηλευτικής και σε ότι αφορά στη σχέση του με αρρώστους αρχίζουν με την παραλαβή της πρόσκλησης ή της παραπομπής που μπορεί να σταλεί από το γιατρό, το νοσηλευτή, τον κοινωνικό λειτουργό ή την οικογένεια ίου αρρώστου που νοσηλεύεται σε κάποιο τμήμα. Η πρόσκληση συνοδεύεται από ειδικό έντυπο στο οποίο -εκτός από το σωματικό πρόβλημα- αναγράφεται και η αιτία για την οποία ζητείται η ψυχιατρική συμβουλή. Το σύστημα αυτό των προσκλήσεων από τις διάφορες κλινικές χρησιμοποιείται ως αφετηρία για την επίσκεψη των αρρώστων.

Ακολουθεί η αξιολόγηση της πρόσκλησης, κατά την οποία εξετάζονται τα ακόλουθα:

- 1) Η αιτία για την οποία ζητείται η ψυχιατρική βοήθεια.
- 2) Το σωματικό πρόβλημα του αρρώστου.
- 3) Η ενημέρωση του αρρώστου για την ψυχιατρική εξέταση.

4) Η ημερομηνία της πρόσκλησης σε σχέση με την ημερομηνία εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Αυτό ίσως είναι ένδειξη για ορισμένες προϋποθέσεις. Αν η. χ. η πρόσκληση γίνεται την ίδια ημέρα ή την επομένη της εισαγωγής μπορεί να σημαίνει δυσφορία ή, αντίδραση του αρρώστου στο νοσοκομειακό περιβάλλον ή ότι μπορεί να ήλθε με κάποιο ψυχικό πρόβλημα και αυτό δημιουργεί δικαιολογημένη ανησυχία στο προσωπικό του τμήματος. Όπως γίνεται φανερό η αξιολόγηση της πρόσκλησης αφορά στην καταλληλότητα και την επικαιρότητα της για να διεκπεραιωθεί από τη σχετική υπηρεσία και από το ανάλογο μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας.

Ο νοσηλευτής προχωρεί στον εντοπισμό και τη διάγνωση του προβλήματος. Ανάλογα με το πρωτόκολλο της υπηρεσίας μπορεί να επισκεφθούν τον άρρωστο μεμονωμένα ο νοσηλευτής, ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός.

Μπορεί όμως οι τέσσερις αυτοί να αποφασίσουν να μην επισκεφθούν τον άρρωστο όλοι, αλλά ένας, ανάλογα με τη φύση του προβλήματος. Εδώ συνεχίζουμε να περιγράφουμε μόνον το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παίρνει την πρόσκληση και επισκέπτεται το τμήμα όπου νοσηλεύεται ο συγκεκριμένος άρρωστος. Έρχεται σε επαφή με το νοσηλευτή ή το γιατρό του αρρώστου, προκειμένου να μάθει πώς αυτοί βλέπουν το πρόβλημα, και να εξασφαλίσει περισσότερες πληροφορίες για τα αίτια που το προκάλεσαν, διότι αυτά συνήθως δε γράφονται αναλυτικά στην πρόσκληση, αλλά ανακαλύπτονται μετά από συζήτηση με το περιβάλλον. Τότε αποφασίζει να επικοινωνήσει άμεσα με τον άρρωστο ή να βοηθήσει έμμεσα, υποστηρίζοντας το νοσηλευτή του τμήματος πώς να χειριστεί το πρόβλημα.

Ο κυριότερος λόγος άμεσης παρέμβασης, δηλαδή απευθείας επαφής με τον άρρωστο, είναι η αξιολόγηση της προσαρμογής του στην αρρώστια. Άλλες ενδείξεις περιλαμβάνουν την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον άρρωστο, την εκτίμηση παραγόντων που συντέλεσαν στο αίσθημα υπερέντασης και ανεπάρκειας του νοσηλευτή του τμήματος και τη βοήθεια του πώς να φροντίζει αποτελεσματικότερα τον άρρωστο. Γι' αυτό πολλές φορές ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας επισκέπτεται τον άρρωστο με το νοσηλευτή του τμήματος, ώστε ο άρρωστος να αισθάνεται λιγότερο άγχος και ο νοσηλευτής του τμήματος να μάθει πώς να επικοινωνεί μαζί του με περισσότερη ευαισθησία και κατανόηση.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας συνιστά τον εαυτό του στον άρρωστο και με τη μέθοδο της συνέντευξης τον ενθαρρύνει να περιγράψει ο ίδιος τι του συμβαίνει, πώς βλέπει την αρρώστια του και ποιου είδους βοήθεια νομίζει ότι χρειάζεται από τους άλλους. Μιλάει λίγο και τον ακούει περισσότερο, ενθαρρύνοντας την αυτοέκφραση και τις ερωτήσεις του, και ανάλογα με εκείνα που ακούει και παρατηρεί αξιολογεί την ψυχολογική κατάσταση και τις ανάγκες του αρρώστου και προσφέρει ψυχολογική φροντίδα και υποστήριξη.

Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής κατά την αξιολόγηση του αρρώστου προσπαθεί να απαντήσει στα επόμενα ερωτήματα:

- 1) Υπάρχει ιστορικό ή τρέχοντα συμπτώματα ψυχικής νόσου;
- 2) Παρατηρούνται νευρωτικές ή ψυχωσικές διαταραχές ή ακόμα διανοητική έκπτωση στον άρρωστο;
- 3) Υπάρχουν ενδείξεις για ψυχιατρική θεραπεία;
- 4) Χρειάζεται μεταφορά του αρρώστου σε ψυχιατρικό τμήμα ή πρέπει να

παραπεμφθεί στο εξωτερικό ψυχιατρικό ιατρείο (ή και τα δύο).

5) Υπάρχει πρόβλημα μη συμμόρφωσης του αρρώστου με τη νοσηλευτική και τη θεραπευτική αγωγή που θα παρατείνει την αρρώστια και θα καθυστερήσει την ανάρρωση;

6) Διαπιστώνονται ψυχολογικοί παράγοντες ή στρεσογόνες καταστάσεις που προκάλεσαν την εμφάνιση της σωματικής αρρώστιας;

7) Οι ψυχολογικές ανάγκες του αρρώστου που εξακριβώθηκαν περιλαμβάνονται στα νομικά πλαίσια του κλινικού έργου του νοσηλευτή;

Ανάλογα με τα ευρήματα και τις απαντήσεις στα πιο πάνω ο νοσηλευτής προγραμματίζει την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Με άλλα λόγια η συμβουλευτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι μια μέθοδος με την οποία διαπιστώνονται, προλαμβάνονται και αντιμετωπίζονται ψυχολογικά ή και ψυχιατρικά προβλήματα και λύνονται ή υπερνικούνται δυσκολίες μεταξύ αρρώστων και προσωπικού.

Η νοσηλευτική φροντίδα ψυχικής υγείας που παρέχει ο ειδικός νοσηλευτής απευθείας στον άρρωστο περιλαμβάνει:

1) Δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης με σκοπό την ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τις δυσκολίες προσαρμογής του στα προβλήματα που του δημιουργεί η αρρώστια του και το περιβάλλον του νοσοκομείου, δηλαδή η συζήτηση εντοπίζεται στην επικαιρότητα και τις συνειδητοποιημένες δυσκολίες του. Πρέπει να τονιστεί ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας που επισκέπτεται τον σωματικά άρρωστο επικεντρώνει το ενδιαφέρον του παράλληλα και στα σωματικά και στα ψυχολογικά του προβλήματα. Αποδέχεται την πραγματικότητα του πόνου, τον ενοχλητικό καθετήρα και τη δύσπνοια με τη δυσφορία που προκαλούν.

2) Αξιολόγηση των ψυχικών δυσκολιών και των αναγκών του αρρώστου.

3) Πληροφόρηση του αρρώστου για το νοσοκομείο, το προσωπικό, το σύστημα νοσηλείας και θεραπείας και για όσα ενδιαφέρεται ο άρρωστος να μάθει.

4) Ενίσχυση του αρρώστου για κατανόηση και παραδοχή της πραγματικότητας που βιώνει και ενεργητική προσαρμογή σ' αυτήν με τις δυνάμεις που διαθέτει, αλλά και με συστηματική ψυχολογική υποστήριξη.

5) Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών συμπεριφοράς ή μη συμμόρφωση στη νοσηλεία και τη θεραπεία, τυχόν υπάρχουσες ψευδαισθήσεις, επιθετικότητα, μελαγχολία, απόσυρση, αρνητισμό, τάση αυτοκτονίας κλπ.

6) Συνεργασία με τον άρρωστο για την κατάσταση προγράμματος προσαρμογής του στην κατάσταση που βιώνει και παραπέρα βοήθεια του από το νοσηλευτή

ψυχικής υγείας.

7) Βοήθεια για τη λύση παρεξηγήσεων και συγκρούσεων στις σχέσεις του αρρώστου με το προσωπικό.

8) Καθοδήγηση της οικογένειας του αρρώστου πώς να συμπεριφέρεται και πώς να τον υποστηρίζει με θερμό ενδιαφέρον.

9) Επικοινωνία με τους νοσηλευτές του τμήματος για να τους ενημερώσει ποιες είναι οι ανάγκες του αρρώστου και να τους κατευθύνει πώς να τις αντιμετωπίσουν αν χρειάζεται.

10) Ψυχολογική υποστήριξη των νοσηλευτών και βοήθεια για να υπερνικούν το stress της εργασίας τους και μέσα απ' αυτό να ωριμάζουν και να καταξιώνονται προσωπικά και επαγγελματικά. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι η νοσηλευτική συμβουλευτική εργασία δεν είναι θεραπεία, αλλά μπορεί να επιδράσει θεραπευτικά.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μετά από την πρώτη επίσκεψη παραμένει διαθέσιμος, προσιτός, αντικειμενικός, χωρίς κριτικό πνεύμα, και συνεργάσιμος με τους συμβουλευόμενους, άρρωστο και νοσηλευτή. Δηλαδή συνάπτεται μια αξιόλογη και αποτελεσματική κλινική συνεργασία μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενων. Στη συνέχεια συνεργάζεται με το προσωπικό του τμήματος και το βοηθεί να αντιμετωπίσει τον άρρωστο και να ξεπεράσει τις ψυχικές δυσκολίες του, αν κρίνει ότι αυτό χρειάζεται. Στο μεταξύ ενημερώνει τον ψυχίατρο και τα άλλα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για το περιστατικό και αποφασίζεται αν θα συνεχίσει ο ίδιος τις επισκέψεις του στον άρρωστο, αν ο νοσηλευτής του τμήματος μπορεί να συνεχίσει την ψυχολογική φροντίδα του αρρώστου ύστερα από τις οδηγίες που έλαβε ή αν η περίπτωση αφορά τον ψυχίατρο, διότι δεν εμπίπτει στα πλαίσια της νοσηλευτικής.

Η διεργασία της κλινικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας παρουσιάζει μια ιδιαιτερότητα. Κλείνει τον κύκλο της σχετικά σύντομα. Δηλαδή ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας διακόπτει τις επισκέψεις του στον άρρωστο όταν κρίνει ότι το πρόβλημα του έληξε ή αν έμαθε να χρησιμοποιεί αποτελεσματικούς μηχανισμούς προσαρμογής στην αρρώστια και στις επιπτώσεις της. Αυτό μπορεί να γίνει μετά από την πρώτη, τη δεύτερη ή και την τέταρτη επίσκεψη. Αν ορισμένες φορές συνεχίζεται η σχέση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με τον άρρωστο, σε περίπτωση ψυχιατρικού αρρώστου, τότε σκόπιμα επιδιώκεται η επαφή μαζί του και όταν ακόμα θεραπευθεί από τη σωματική αρρώστια.

Όπως έχει περιγραφεί, το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο φαίνεται ότι είναι πολύ υπεύθυνο και πολύπλευρο, διότι περιλαμβάνει συμβουλευτικές, κλινικές, διδακτικές και ερευνητικές δραστηριότητες.

3.6 Σύνοψη 3^{ου} Κεφ.

Οι δραστηριότητες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαμορφώνονται και μεταλλάσσονται σύμφωνα με τις εκάστοτε μορφοποιήσεις στις παρούσες δομές που προσφέρουν φροντίδα στους ψυχικά ασθενείς. Παρ' όλες τις αλλαγές και τις αναμείξεις που παρατηρούνται από άλλους ειδικούς της ψυχικής υγείας αποδεικνύεται πως τον βασικότερο ρόλο παίζει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ο οποίος παρέχει ολοκληρωτική και συνεχόμενη παρουσία στην αντιμετώπιση του ασθενούς και όχι μόνο για συγκεκριμένη στιγμή. Κατά την παραμονή του ένας νοσηλευτής στο χώρο της ψυχικής υγείας ,ως εργαζόμενος, ο οποίος δεν εμπιστεύεται τον εαυτό του καθώς και την επαγγελματική του εξέλιξη έχει την δυνατότητα μέσω αυτού του χώρου να αναλάβει ισότιμη συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες ως προς τη λήψη θεραπευτικών, διοικητικών και άλλων αποφάσεων, θα έχει την δυνατότητα να ενεργεί αυτοβούλως κατά την διάρκεια των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, θα μπορεί να αναλάβει θέσεις υψηλής ευθύνης και επίσης θα μπορέσει να εκτελέσει χρέη συντονιστή και επόπτη έργου. Όπως διαφαίνεται δυνατότητες και προοπτικές εξέλιξης υπάρχουν πολλές, οπότε είναι στο «χέρι» και στη διάθεση του νοσηλευτή το κατά πόσο θα φανεί άξιος να αναλάβει όλες αυτές τις αρμοδιότητες ή έστω κάποιες από αυτές. Το αν θα καταφέρει να φανεί άξιος εξαρτάται από : α) την συνεχή εκπαίδευσή του τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, β) την διαμόρφωση του χαρακτήρα του στην ψυχική ασθένεια αλλά και απέναντι στα νέα δεδομένα που διαμορφώνονται από την αλλαγή στην ψυχιατρική περίθαλψη και βασικά γ) να έχει την διάθεση και τη δυνατότητα επίσης να εργαστεί εκτός πόλεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ / ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ)

Σε αυτό το κεφάλαιο που είναι και το τελευταίο της πτυχιακής εργασίας παραθέτονται οι Διασυνδεδετικές – Συμβουλευτικές Υπηρεσίες που ασκούνται στα Νοσοκομεία της χώρας μας. Στη συνέχεια αναφέρεται ενδεικτικό παράδειγμα εφαρμογής Διασυνδεδετικής – Συμβουλευτικής Υπηρεσίας (Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ) με τα θετικά στοιχεία αυτής καθώς και η σπουδαιότητα εφαρμογής της στο σύνολο του Εθνικού Συστήματος Υγείας(Ε.Σ.Υ.)

4.1. ΟΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΕΣ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Όπως έχει προαναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια οι Διασυνδεδετικές / Συμβουλευτικές υπηρεσίες δεν είναι ακόμα ευρέως διαδεδομένες, υπάρχουν όμως σε ελάχιστο αριθμό βέβαια στο χώρο κάποιων νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες αυτές είναι οι εξής:

- Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου
- Το Νοσοκομείο Ημέρας και το Νοσοκομείο Νύχτας
- Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.)
- Οι Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης, τέλος
- Η Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα.

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου είναι μονάδες που σαν σκοπό έχουν την σταδιακή αναστολή των ψυχιατρικών ασύλων. Βασική υπηρεσία της είναι η περιστασιακή νοσηλεία ασθενών που χρειάζονται νοσοκομειακής περίθαλψης. Συνεργάζεται και με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου όσο

αναφορά τις ψυχοσωματικές περιπτώσεις κάνοντας χρήση της Διασυνδετικής / Συμβουλευτικής. Παρέχουν βοήθεια σε ψυχολογικά προβλήματα που προκλήθηκαν από σωματικές ασθένειες και τέλος διαθέτει εξωτερικό ιατρείο για την μετέπειτα παρακολούθηση των ασθενών.

Το Νοσοκομείο Ημέρας είναι μονάδα μερικής νοσηλείας κατά την διάρκεια της ημέρας δηλαδή. Μεριμνά της είναι να δέχεται ασθενείς που είναι αδύνατο να αντιμετωπιστούν από τα εξωτερικά ιατρεία και δεν κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Στα πλαίσια του Νοσοκομείου Ημέρας υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες που χωρίζονται σε 3 ομάδες.

Ομάδα 1: Εργασιοθεραπεία, χειροτεχνία, ξυλουργική, μεταλλοτεχνία, κηπουρική, άλλες υπαίθριες απασχολήσεις, κεραμική, τυπογραφία, ζωγραφική κ.α.

Ομάδα 2: Κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής, παιχνίδια, χαρτιά, πινγκ - πονγκ, παρακολούθηση τηλεόρασης – ραδιόφωνο, διάβασμα, συμμετοχή οικογένειας και φίλων κ.α.

Ομάδα 3: Διάφορες θεραπείες (Ομαδική θεραπεία, Ατομική θεραπεία).

Στο Νοσοκομείο Νύχτας νοσηλεύονται οι ασθενείς τη νύχτα και πρόκειται για άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της επαγγελματικής τους επανένταξης. Βρίσκονται σε άρρηκτη συνεργασία με το Νοσοκομείο Ημέρας.

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.) έχει σαν βασική της ασχολία την ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε θέματα ψυχικής υγείας που έχουν να κάνουν με την κοινότητα. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι η διαχείριση περιπτώσεων, η φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, η συμβουλευτική υποστήριξη ασθενών και των οικογενειών τους καθώς και οι κοινωνική παρέμβαση για επίλυση άλλων θεμάτων.

Οι Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης είναι εξοπλισμένες κατάλληλα μονάδες που σαν κύριο στόχο έχουν την επανεμφάνιση των δεξιοτήτων των ψυχικά ασθενών ή ακόμα και την εκπαίδευση τους σε κάποια τέχνη. Μελετούν τις ικανότητες του κάθε ασθενή, τον κατατάσσουν στον σωστό τομέα εκπαίδευσης που είναι πάντα σύμφωνες με τις επιθυμίες και ανάγκες του. Γι' αυτό το σκοπό συνεργάζονται και ειδικοί τεχνίτες που έχουν κάποια

ψυχιατρική ευαισθητοποίηση, νοσηλευτές Διασυνδετικής, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Απευθύνονται τόσο σε νοσοκομειακούς όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς.

Τέλος η Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα που ουσιαστικά είναι ένα παρακλάδι του Γενικού Νοσοκομείου και λειτουργεί λόγω της άνισης κατανομής των ψυχιάτρων, ψυχιατρικών κλινών κτλ στην επαρχία. Η Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα έχει σαν στόχο να καλύψει τις ανάγκες στον τομέα της ψυχιατρικής σ' ένα συγκεκριμένο νομό, σε μια γεωγραφική περιφέρεια στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

4.2 Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ

Σε πρόσφατη μελέτη που αξιολογήθηκε το έργο της Σ/Δ ψυχιατρικής υπηρεσίας, στο Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ μετά 8 έτη λειτουργίας, με σύγκριση των δεδομένων του 1987 και 1994.

Το 1987 παραπέμφθηκαν για εξέταση στη Σ/Δ ψυχιατρική υπηρεσία του Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ 165 ασθενείς ηλικίας άνω των 17 ετών. Από αυτούς εξετάστηκαν τελικά 161 ασθενείς, ενώ 4 ασθενείς αρνήθηκαν συνεργασία (ποσοστό 2,5% των παραπομπών). Ο αντίστοιχος αριθμός ασθενών για το 1994 ήταν 245 παραπομπές ασθενών, από τους οποίους εξετάστηκαν τελικά 238, ενώ 7 ασθενείς αρνήθηκαν συνεργασία (2,8% των παραπομπών).

Τα ποσοστά παραπομπών αντιστοιχούν στο 0,8% των νοσηλευθέντων ασθενών στο νοσοκομείο κατά το 1987 και στο 1,0% των νοσηλευθέντων κατά το 1994 (μετά την αφαίρεση των νοσηλευθέντων στην ψυχιατρική κλινική-και τις παιδιατρικές κλινικές), σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία δραστηριότητας του νοσοκομείου.

Όσο αναφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που ζήτησαν βοήθεια η κατανομή των ασθενών ως προς το φύλο δε μεταβλήθηκε μεταξύ 1987 και 1994. Υπερέχουν τα ποσοστά των γυναικών (58,4% και 56,3% αντίστοιχα για τις δύο περιόδους). Παρόμοια ήταν η μέση ηλικία των ασθενών. Στο σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν η μέση ηλικία ήταν 44,5 έτη και για το 1987 και για το

1994. Η μέση ηλικία των ανδρών ήταν 45,9 έτη για το 1987 και 47,6 έτη για το 1994, ενώ των γυναικών 43,5 και 42,1 έτη, αντίστοιχα.

Το ποσοστό παραπομπών από τις παθολογικές κλινικές μειώθηκε από 80,1% σε 65,0%, που σημαίνει ότι η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής επεκτάθηκε και στις υπόλοιπες κλινικές του νοσοκομείου, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στο παρελθόν. Ιδιαίτερα, παρατηρήθηκε σχεδόν τριπλασιασμός των παραπομπών από τις νευρολογικές κλινικές. Το φαινόμενο αυτό, που είναι θετικό, σχετίζεται με τον σχετικά πρόσφατο διαχωρισμό των ειδικοτήτων της Νευρολογίας και της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

Όσον αφορά στην αιτία παραπομπής, παρατηρούνται αρκετές ομοιότητες, αλλά και διαφορές, σε σύγκριση με όσα αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Φάνηκε ότι κατά τη διάρκεια της διετούς λειτουργίας της Σ/Δ υπηρεσίας στο Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ έχει επέλθει στατιστικώς σημαντική μεταβολή-η οποία κρίνεται ως θετική και η οποία σε μεγάλο βαθμό θα πρέπει να αποδοθεί στη διαρκή και καθημερινή επαφή των συμβούλων ψυχιάτρων με τους ιατρούς των λοιπών ειδικοτήτων, στα πλαίσια της διασύνδεσης. Πιο συγκεκριμένα, η απόπειρα αυτοκτονίας, όπως και στο Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ, και διεθνώς αποτελεί τη συχνότερη αιτία παραπομπής στη Σ/Δ υπηρεσία του γενικού νοσοκομείου.

Αδιαμφισβήτητα, κρίνεται ως θετική η σημαντική μείωση του ποσοστού παραπομπών για «ψυχιατρική εκτίμηση» (από 23,0% σε 7,9%). Και αυτό διότι τις περισσότερες φορές πίσω από την ασαφή αυτή διατύπωση κρύβονται κυρίως ανάγκες υποκειμενικές των γιατρών ή/και του νοσηλευτικού προσωπικού που προβληματίζονται στη σχέση τους με έναν ασθενή ή, ακόμη, η αδυναμία αναγνώρισης και διατύπωσης της πραγματικής αιτίας, για την οποία γίνεται η παραπομπή.

Η αύξηση του ποσοστού παραπομπών για συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση (από 5,6% σε 12,2%) είναι επίσης θετική, ιδίως αν συσχετισθεί με το ποσοστό διάγνωσης οργανικής ψυχικής διαταραχής (13,7% και 17,6%, αντίστοιχα), οπότε προκύπτει ότι - εκτός από αύξηση των παραπομπών- υπήρξε και αύξηση του ποσοστού ορθής αναγνώρισης από τους παραπέμποντες ιατρούς. Η σημασία του φαινομένου αυτού είναι προφανής, αν αναλογισθούμε ότι στο 70% περίπου

των περιπτώσεων επρόκειτο για οξύ οργανικό παραλήρημα, μια κατάσταση που δυνατόν να αποβεί μοιραία για τη ζωή, εάν δεν αναγνωρισθεί και αντιμετωπισθεί άμεσα η υποκείμενη οργανική αιτία. Επιπλέον, αν και πρόκειται για δύσκολους στο χειρισμό ασθενείς, η κατάλληλη ψυχοφαρμακευτική αγωγή συνήθως έχει άμεσο αποτέλεσμα, με συνέπεια τη σημαντική διευκόλυνση του περαιτέρω διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου.

Η μείωση του ποσοστού παραπομπών, λόγω προηγούμενου ιστορικού ψυχικής νόσου και παρά την απουσία ενεργού ψυχοπαθολογίας, επίσης κρίνεται ως θετική, καθώς συχνά αυτή η αιτία παραπομπής δεν αντανακλά παρά το φόβο των θεραπόντων ιατρών για ενδεχόμενη έξαρση ψυχικής συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Ιδιαίτερα θετική είναι η αύξηση του ποσοστού των παραπομπών για κατάθλιψη (από 2,5% το 1987 σε 12,2% το 1994). Βέβαια, αν σκεφθούμε ότι τελικώς κατάθλιψη διαγνώσθηκε σε 36,1% των ασθενών το 1994 (αντιστοίχως σε 37,3% το 1987), φαίνεται πως η δυσκολία στην ανίχνευση της καταθλιπτικής διαταραχής από τους μη ψυχιάτρους παραμένει σε σημαντικό βαθμό. Η δυσκολία αυτή επισημαίνεται από όλους όσους ασχολούνται με τη λειτουργία της Σ/Δ ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο.

Η ποσοστιαία κατανομή των ψυχιατρικών διαγνώσεων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά σε σύγκριση με το πρώτο έτος λειτουργίας κι αυτό ενισχύει την άποψη ότι η μεταβολή που παρατηρήθηκε, όσον αφορά την αιτία παραπομπής, οφείλεται στην ορθότερη αναγνώριση ορισμένων καταστάσεων από την πλευρά των γιατρών που παραπέμπουν (κάτι που αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της Σ/Δ υπηρεσίας).

4.3 Σύνοψη 4^{ου} Κεφαλαίου

Από τις παραπάνω αναφορές συμπεραίνει κανείς ότι από την έναρξη λειτουργίας των υπηρεσιών της Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής το 1987 έως το 1994 το ποσοστό των παραπομπών σε παθολογικές κλινικές μειώθηκε από 80.1 σε 65%. Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση παραπομπών από τις νευρολογικές

κλινικές πράγμα που είναι πολύ θετικό για την ύπαρξη της υπηρεσίας καθώς επίσης και το γεγονός ότι στην διετή λειτουργία της Σ / Δ έχει επέλθει σημαντική μεταβολή που αποδίδετε στην απόλυτη συγκέντρωση των συμβούλων ψυχιάτρων με τους ιατρούς των λοιπών σχετικών ειδικοτήτων. Από την παράγραφο αυτή οδηγείτε κανείς στο συμπέρασμα ότι πολλοί ζήτησαν βοήθεια από την υπηρεσία και ωφελήθηκαν αν μελετηθούν / συγκριθούν τα στατιστικά στοιχεία.

Ως συχνότερη αιτία εμφανίζεται η αιτία της κατάθλιψης. Τα ποσοστά παραπομπών για το 1987 είναι 25% και 12.2% για το 1994. Επίσης για την συγχιτικοδιεγερτική κατάσταση (1987 5.6% σε 12.2% 1994) και για οργανική διαταραχή (1987 13.7% σε 17.6% 1994). Οπότε κρίνεται χρήσιμη και σημαντική η συνέχιση της ύπαρξης της Σ / Δ υπηρεσίας γιατί διαθέτει εξειδικευμένο προσωπικό ικανό για την αντιμετώπιση περιστατικών όπως η κατάθλιψη, οι συγχιτικοδιεγερτικές καταστάσεις και οι οργανικές διαταραχές. Επίσης μέσω αυτής της υπηρεσίας αποφεύγετε η παραπομπή των ανωτέρω αναφερόμενων περιστατικών σε λάθος τομείς, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες γραφειοκρατικές επιπτώσεις – καθυστερήσεις, την μείωση των λειτουργικών εξόδων και την κατασπατάληση χρόνου από σοβαρότερα – επείγοντα ενδεχομένως περιστατικά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας εδώ την πτυχιακή αυτή εργασία γίνεται απόλυτα κατανοητή η σπουδαιότητα του Νοσηλευτή στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Υγείας και αυτό διότι ο νοσηλευτής στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι ο βασικός άξονας ο οποίος θα ενισχύσει ή θα αποδυναμώσει οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο αυτό. Για να επιτευχθεί βέβαια κάτι τέτοιο οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να βρίσκονται σ' έναν συνεχόμενο εμπλουτισμό των γνώσεων τους και να εξειδικεύονται ως ψυχιατρικά ειδικοί νοσηλευτές.

Από την προσωπικότητα και τις γνώσεις των νοσηλευτών εξαρτάται:

- α) Η ατμόσφαιρα του ιδρύματος
- β) Η δομή και η διεύθυνση του ιδρύματος
- γ) Η συμπεριφορά και η διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και
- δ) Η επανασύνδεση της σχέσης του ασθενή με τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

Όσο αξιόλογες και αξιосέβαστες είναι οι γνώσεις των ψυχιάτρων δεν θα είχαν και δεν θα έχουν σωστή στήριξη και εφαρμογή εάν δεν βασιστούν στις ανάλογες δεξιότητες των νοσηλευτών.

Στις μέρες μας ο νοσηλευτής της Ψυχιατρικής Διασυνδεδετικής υπηρεσίας έχει έναν πολυδιάστατο και πολυσήμαντο ρόλο. Είναι εκπαιδευμένος να παρέχει συμβουλές και νέες γνώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, βοηθώντας όχι μόνο στη λύση των άμεσων προβλημάτων της φροντίδας των ασθενών, αλλά και στην απόδειξη των ικανοτήτων που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά στην παρατήρηση, τη βοήθεια των ασθενών, αλλά και την έρευνα. Παρέχει άμεση εξειδικευμένη ψυχολογική φροντίδα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Είναι εξειδικευμένος όχι μόνο στα συνηθισμένα ψυχιατρικά προβλήματα, αλλά και σε μια ποικιλία φυσιολογικών και παθολογικών ανταποκρίσεων, που εμφανίζουν οι

ασθενείς απέναντι σε σοβαρά και απειλητικά ή χρόνια νοσήματα. Στο πλαίσιο των ανταποκρίσεων αυτών περιλαμβάνεται το πώς ο ασθενής ανταποκρίνεται στο stress του να είναι ασθενής και νοσηλευόμενος, η κρίση που πηγάζει από το γεγονός της νοσηλείας και της ασθένειας και το πώς εκείνος και η οικογένεια του συμπεριφέροντε.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Annie Altschul, Ruth Simpson 1988 Ψυχιατρική νοσηλευτική.**
- Burgess A., Lazare A. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 2nd ed. Englewood Cliffs NJ: Prentice – Hall, 1976.**
- Kaplan HI., Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1988.**
- Lego : “Psychiatric nursing reference”**
- Levy Joyce and Lewis Annita : “Mental health psychiatric nursing”, St. Louis : C. V. Mosky, 1988.**
- Lewis A., Levy J. Psychiatric – liaison nursing: The theory and clinical practice. Reston, Va: Reston publishing Co, 1982.**
- Lipowski ZJ. Consultation – Liaison psychiatry. Past failure and new opportunities. Gen Hosp Psychiatry, 1979, 1:3-10.**
- Lipowski ZJ. Liaison psychiatry, Liaison nursing and behavioral medicine, Comprehensive Psychiatry 1981, 22 554-561 .**
- Minaraki PA. The psychiatric liaison nurse’s role with families in acute care. Nurs Clin North Am. 1984, 19:161-172.**
- Watson Linda : “Psychiatric consultation – liaison in the acute physical disabilities setting”, The American Loyrnal of Occupational Therapy 1986, Vol. 40, No 5**
- Ιεροδιακόνου και Ιακωβίδης : «Η ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο», εκδόσεις Μαστορίδη**
- Ιεροδιακόνου Χ. Ψυσοχωματικά τινά προβλήματα επί σπαστικής και ελκώδους κολίτιδας. Πρακτικά Α Πανελλ. Συν Γαστρεντερολογίας, Αθήναι, 1969 σελ 535**
- Ιεροδιακόνου Χ Σκλαβούνου- Τσουρουκτσόγλου Σ, Κατριού-Νικολακάκη Δ, Νανάς Χ, και Αθανασιάδου Φ Ψυχολογικά και ιατροκοινωνικά προβλήματα παιδιών με αναιμία Cooley και των οικογενειών τους. Αρχεία Εταιρ. (Παιδ),1976, 2, 702.**
- Ιεροδιακόνου Χ Παπαδημητρίου Μ., Παπακώστα- Βαρλάμη Ε Βεργεμέζης Β και Μεταξάς Π Ψυχολογικά προβλήματα ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Διάγνωση και αντιμετώπιση 1978**

Καλαντζή-Αζίζ Α., Αναγνωστόπουλος Φ. (Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία)
Αθήνα 1997

Μάνος Ν., Γκιουζέπας Γ., Λαυρεντιάδης Γρ. Παρατηρήσεις και προοπτικές από την εφαρμογή της συμβουλευτικής ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο. Ελληνική Ιατρική. 1982, 48: 450\$454.

Μπελλάλη Θ. (Οι νέοι ρόλοι των νοσηλευτών ψυχικής υγείας «άρθρο Πολιτικές Υγείας»2002

Neuropsychiatric conference, Thessaloniki, p.244

Παπαγεωργίου Ε. (ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ)1991

Πριάμη Μ. Μελέτη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων του ειδικού νοσηλευτού ψυχική υγείας στο γενικό νοσοκομείο. Διδακτορική διατριβή Αθήνα 1993

Πριάμη Μ. Συμβολή του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο. Νοσηλευτική 1991, 30: 29-34.

Ραγιά Α. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας στη γενική κλινική νοσηλευτική. Νοσηλευτική 1991, 30(1): 13-16.

Ραγιά Α. Σημειώσεις Ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Πανεπιστημιακές παραδόσεις. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής. 1989.

Ραγιά Α., Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική νοσηλευτική» Αθήνα 1993, σελ. 216, 223.

Ραγιά Α., «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική»Αθήνα 2005