

Η Συμβοδή Του Νοσηλευτή Στη Φροντίδα Του Ηβηφρενικού Ασθενούς

Ιωάννα Σπύρου, Νοσηλεύτρια παιδων Αγια Σοφία,
φοιτήτρια παιδαγωγικού τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αυτή η εργασία αποσκοπεί να δώσει μια εικόνα για τη Νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα με ηβηφρευία και να τουίσει τα οφέλη που μπορούν να έχουν από τη Νοσηλευτική παρέμβαση τα άτομα αυτά.

Ο προβληματισμός που δημιουργείται γύρω από την αιτιολογία της σχιζοφρένειας και η μελέτη των διαφόρων αιτιολογικών θεωριών που έχουν διατυπωθεί και υποστηριχθεί κατά καιρούς, κίνησαν το ενδιαφέρον μου προς αυτή την κατεύθυνση ώστε να γράψω ένα άρθρο ανασκόπησης

Σύμφωνα με τον Γάλλο Φιλόσοφο Μ. Φουκώ: *«Τρέλα, είναι μια ακανόνιστη ασταραχή των πνευμάτων, μια κίνηση ακατάστατη των πνευμάτων, μια κίνηση ακατάστατη των ιδιών και ιδείων, δεν πάει γι' αυτό να είναι και ένα πιξίμο του κορμιού και της ψυχής, ένα βάλτωμα των υγρών, μια ακινησία των ιδιών μέσα στη δυσκαμψία τους, μια εμμονή των ιδείων και της προσοχής σ' ένα μοναδικό θέμα που σιγά-σιγά αντικαθιστά όλα τα άλλα».*

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει στο βιβλίο του: «Ιστορία της τρέλας». (Μ. ΦΟΥΚΩ)

ΗΒΗΦΡΕΝΕΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η μορφή αυτής της σχιζοφρένειας αναφέρεται διαφορετικά και ως «αποδιοργανωτική» σχιζοφρένεια. Αποτελεί την περισσότερο οδοκληρωμένη και βαριά μορφή έκφρασης του διαλυτικού έργου της διασχιτικής διεργασίας. (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ)

Ο χαρακτηρισμός της (ηβηφρενική) οφείλεται κυρίως στην πρώιμη έναρξη στην εφηβική ηλικία (συνήθως μεταξύ 13 μέχρι 25 ετών).

Η ηβηφρενική μορφή σχιζοφρένειας, ξεκινάει με συμπτωματολογία μικρής έντασης την περίοδο της ήβης, γι αυτό

και στην αρχή παραποιείται ή παραβλέπεται απ' το οικολογικό περιβάλλον. Έτσι λοιπόν σταδιακά στην μορφή αυτή παρατηρούνται.

- 1. Η Αποδιοργάνωση και Διαταραχή της Σκέψης** είναι από τα πρώιμα συμπτώματα της συγκεκριμένης μορφής που κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Αρχικά εμφανίζεται σε ασθενείς με πνευματική ευασχόληση (μαθητές - φοιτητές) μειώνεται η απόδοσή τους. Μειώνεται σταδιακά η αφομοιωτική τους ικανότητα και δεν μπορούν να συγκεντρωθούν ιδιαίτερα σε περιόδους stress. Στην αρχή οι διαταραχές αυτές αποδίδονται σε υπερκόπωση. Τελικά όμως η δομή, η οργάνωση της σκέψης και ο λόγος αλλοιώνονται, τα νοήματα γίνονται ασαφή χωρίς ειρμό. Υπάρχει ένα απέραντο κενό στην σκέψη τους.
- 2. Οι Διαταραχές του Συναισθήματος.** Το συναίσθημα περνάει απ' όλες τις κλίμακες. Αρχικά κυριαρχεί η κατάθλιψη, αλλά επικροτούν ρηχές συναισθηματικές αντιδράσεις καταθλιπτικού ή εκφορικού χαρακτήρα. Πριν καταλήξει στην τέλεια απάθεια και αδιαφορία ο ασθενής, περνάει από την δυσαρμονία, αστάθεια, αμφιθυμία και αμβλύτητα. Αγαπάει και μισεί ταυτόχρονα το ίδιο πρόσωπο, ακούει θλιβερά νέα και γελάει, έτσι διαφαίνεται η αντιφατική συμπεριφορά(ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998)
- 3. Διαταραχές της Ταυτότητας του ΕΓΩ**
Η αλλοιοπροσωπία. Οι ασθενείς υιώθουν ότι μεταμορφώνονται και ότι κάτι αλλάζει πάνω τους π.χ. μεγαλώνει το κεφάλι τους.
- 4. Ο Αιτισμός.** Η φαντασία αντικαθιστά την πραγματικότητα και ο έφηβος αρχίζει να ζει σε δικούς του κόσμους, που τους χτίζει σύμφωνα με τις ανάγκες του. Γίνεται απρόσιτος και εσωστρεφής, ανίκανος να παρακολουθήσει μια συζήτηση, σπάει όλα τα υήματα που του συνδέει με τους άλλους.

5. **Η Παιδαριώδης Συμπεριφορά.** Οι ασθενείς δένε κενά και άκαιρα αστεία, χασκογελάνε, τραγουδούν και παραμιλούνε δυνατά. Τα γέλια ακολουθούνται από δάκρυα, χωρίς κάποια ουσιαστική αιτία.
6. **Τάσεις Αυτοκτονίας.** Οι ηβηφρενικοί συνηθίζουν να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είτε, από βαθιά κατάθλιψη που κυριαρχεί, είτε, γιατί πρέπει να βρουν ένα τρόπο να εκφράσουν τις διαταραχές, την αντίφαση και το κενό που υιώνουν.
7. **Ψευδαισθήσεις** παρουσιάζονται επίσης σε προχωρημένα στάδια της νόσου και είναι κυρίως ακουστικές. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες που παρουσιάζονται είναι παροδικές.
8. **Στα τελικά στάδια της Νόσου** καταργείται κάθε συναισθηματική και κοινωνική σχέση. Οι ασθενείς παραμελούν του εαυτού τους δεν πλένουνται, δεν ντύνουνται, ουρούν και αφοδεύουν πάνω τους φθάνουν μέχρι σημείο κοπροφαγίας.
9. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται επίσης από την έρπουσα έναρξη, τη φτώχεια ή την απουσία παραληρημάτων, τη δεσπόμενη θέση της απροσφορότητας στους διάφορους τομείς της σκέψης, την νοσηρότητα, του λόγου του θυμικού. Έχει συνήθως, ως τελική κατάσταση την κατάσταση της καθολικής έκπτωσης, που δίνει στον παρατηρητή μία ευτύπωση αθεράπευτης αποζωτικοποίησης και εκμηδένισης. Η εξέλιξη προς τη ψυχική πτώχευση, συχνά προς ανοϊκού τύπου ψυχοκινητική ανεπάρκεια, είναι αρκετά συχνή παρά τις υπάρχουσες θεραπευτικές μεθόδους. Πάντως έχουν παρατηρηθεί και αξιόλογες βελτιώσεις ηβηφρενών που παιδιότερα φαινόταν καταδικασμένοι να περάσουν τη ζωή τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. (ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998 , ΣΟΛΔΑΤΟΣ)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η νόσος διακρίνεται από:

Την υποχονδριακή νεύρωση, λόγω των συχνών σωματικών αιτιάσεων των ηβηφρενικών.

Την καταθλιπτική νεύρωση, που εκλαμβάνεται σαν αντιδραστική κατάθλιψη.

Διαταραχές της προσωπικότητας ή ψυχανωμαδίας λόγω της έκπτωσης του συναισθήματος και της μείωσης των ηθικών αναστολών που οδηγεί σε ανάλογους τρόπους συμπεριφοράς.

Τις συναισθηματικές ψυχώσεις όταν συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και διαταραχές της σκέψης.

Την απλή μορφή σχιζοφρένειας λόγω των πολλών κοινών χαρακτηριστικών τους.

ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η ηβηφρένεια, παραμένει μια δύσκολα αντιμετωπίσιμη

ψυχική διαταραχή με βαριά πρόγνωση. Η φτωχή πρόγνωση είναι ανεξάρτητη από το φύλο, αν και στ' αγόρια είναι διπλάσια απ' τα κορίτσια. Η προνοσηρή λειτουργικότητα και η σοβαρότητα των θετικών συμπτωμάτων θεωρούνται ως οι πιο αξιόπιστοι προγνωστικοί δείκτες. Ειδικότερα: α) ως προς τη μεσοπρόθεσμη εξέλιξη (10-19 χρόνια) σημασία έχει, η στάση της οικογένειας και η βαρύτητα των θετικών συμπτωμάτων και β) ως προς την μακροπρόθεσμη εξέλιξη (20 χρόνια), η ύπαρξη θετικού κληρονομικού ιστορικού για σχιζοφρένεια και το επίπεδο της κοινωνικής λειτουργικότητας πριν τη νόσηση, έχουν τη μεγαλύτερη αξία.

Το 70%, με πρώτη νόσηση γίνονται ασυμπτωματικοί, το πρώτο τρίμηνο. Το 85% ζουν έξω απ' το νοσοκομείο στο τέλος του 1ου χρόνου. Μετά από 5 χρόνια εξακολουθούν να ζουν έξω απ' τα νοσοκομεία το 60%. Το 30% που έχουν ευεργή συμπτωματολογία, διακινούνται ανάμεσα σε νοσοκομεία, ξενώνες και φροντίδες κοινότητας. Το 10% μένουν μόνιμα σε ψυχιατρεία ως τρόφιμοι. (ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 1973- Κ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ 2001- Π. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ διακρίνονται σε:

- A) **ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ** στις οποίες ανήκουν
 - α) Τα ψυχοφάρμακα
 - β) Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία
- B) **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ** στις οποίες ανήκουν
 - α) οι ψυχοθεραπείες
 - β) η θεραπεία περιβάλλοντος και
- Γ) **ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ** στις οποίες ανήκουν
 - α) Το ψυχόδραμα
 - β) Η εργασιοθεραπεία
 - γ) Η Μουσικοθεραπεία

A. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Αργότερα η μελέτη της ειδικής δράσης και ουσίας, έδωσε τις βάσεις για το διαχωρισμό των φαρμάκων σε ομάδες και τελικά διαμορφώθηκε μια ευρεία κατηγορία φαρμάκων που της δόθηκε το όνομα «ψυχοφάρμακα».

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ - ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΟΜΑΔΑ	ΔΡΑΣΗ	ΕΠΙΔΕΞΕΙΣ
1. ΜΕΙΖΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ⇒ Α. Παράγωγα φαινοθειαδικής Largactil ⇒ Nozinan ⇒ Phenergan ⇒ Β. Παράγωγα Βουτιροφαινούνης Allopriidon ⇒	Ελάττωσουν το άγχος Αποκατάσταση σχέσεων Υπνωτική δράση Ηρεμιστική δράση	Σχιζοφρενική ψύχωση Μανία Αγχώδης κατάθλιψη
2.ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ⇒ Equanil ⇒ Librium ⇒ Stedon ⇒	Αγχοδυστική Ηρεμιστική Μυοχαλαρωτική Σπασμοδυστική	Σχιζοφρένεια Μανία Πευρώσεις και ψυχώσεις που συνοδεύονται από άγχος
3. ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΑ ⇒ Anafranil ⇒ Tofranil ⇒	Ισχυρή αντικαταθληπτική Αγχοδυστική Ηρεμιστική	Κατάθλιψη Ιδιοψυχαστασιαστική νεύρωση
4. ΑΛΑΤΑ ΛΙΘΙΟΥ ⇒ Χρειάζονται προσοχή στην χορήγηση, γιατί τα θεραπευτικά επίπεδα απέχουν ελάχιστα απ' τα τοξικά	Ηρεμιστική Ψυχοπροφυλακτική	Μανιοκατάθλιψη Πρέπει συχνά να ελέγχεται το αίμα μην ανέβει η στάθμη πάνω από 2 ΜΕQ/L.

με άδειο στομάχι να προκαλέσουν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά, διότι έχουν υπνωτική δράση. Αν υπάρχει δυσκοιλία στη κατάποση κάψουλα ή ταμπλέτα θα πρέπει ο Ποσοδευτής να διευκολύνει την κατάποση χορηγώντας το, είτε σε υγρή μορφή είτε κοινοποιώντας την ταμπλέτα. Κύριο μέλημα του Ποσοδευτή είναι να χορηγήσει ο ίδιος τα φάρμακα στον ασθενή, διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος να τα συγκεντρώσει ο ασθενής προκειμένου ν' αυτοκτονήσει. Ο Ποσοδευτής τα χορηγεί σε ευέσμη ευδομυϊκή μορφή, όταν οι ασθενείς αρνούνται επίμονα και κατηγορηματικά να τα πάρουν. Συνήθως τα φάρμακα λαμβάνονται με νερό, και απαιτείται προσοχή, διότι μερικά υγρά, όπως καφές, τσάι, συθρακούχα ανασπυκτικά είναι δυνατό να επηρεάσουν τη δράση ορισμένων φαρμάκων.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- 1. ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ** ό εμφανίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών και αντιμετωπίζεται με ελάττωση δοσοδογίας.
- 2. ΔΙΣΤΟΝΙΑ** ό περιλαμβάνονται σπασμοί των μυών των οφθαλμών, προσώπου, αυχένα και μυϊκή δυσκαμψία. Αντιμετωπίζεται με ελάττωση της δοσοδογίας του φαρμάκου.
- 3. ΕΞΩΠΝΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΕΡΓΕΙΕΣ** ό οφείδονται στον αποκλεισμό της ντοπαμίνης.
- 4. ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ** όπροκαλείται από χαμηλής ισχύος αντιψυχωσικά και μπορεί να προκαλέσει κраниοεγκεφαλική κάκωση.
- 5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ** ό Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, διαταραχή στύσης και ανοργασμίας.
- 6. ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΠΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ** ό Προκαλείται από όλα τα αντιψυχωσικά φάρμακα και δεν σχετίζεται με την δοσοδογία. Δημιουργεί πυρετό - εφίδρωση - ταχύπνοια (ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ 2000, ΜΙΑΝΟΥ 1997).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν χορηγήσει ο Ποσοδευτής ψυχοφάρμακα, πρέπει να γνωρίζει τον άρρωστο, και το ιστορικό του.

Σαφώς, οφείδει ο Ποσοδευτής να γνωρίζει τις ενέργειες των φαρμάκων όπως και τις παρενέργειες αυτών, την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία - καθώς και του τρόπου και το χρόνο χορήγησής τους.

Τα ψυχοφάρμακα χορηγούνται μετά το φαγητό, διότι μπορεί

Ο Ποσοδευτής παρατηρεί τις παρενέργειες όπως: πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, τρόμο, σϋπνια, αναιμία, δυσκοιλιότητα και τις αναφέρει στο γιατρό για να αντιμετωπιστούν ανάλογα, διότι μπορεί να χρειάζεται αλλαγή της δόσεως, ή διαφορετικό φάρμακο.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η φαρμακευτική αγωγή επιφέρει μια επιφανειακή βελτίωση, αλλά βαθύτερα διατηρείται η κατάθλιψη. Καθήκου λοιπόν του Ποσοδευτή είναι να παρακολουθεί στενά αυτούς τους ασθενείς να παρατηρεί και να εκτιμά τις ενέργειές του για πρόληψη τυχόν αυτοκτονίας. (Α. ΧΡ. ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ 2000- Α. ΧΡ. ΡΑΓΓΑ 1998).

Γ.ΠΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΒΗΦΡΕΝΙΑ α) ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η συμβολή στην Ποσοδευτική Φροντίδα ασκεί σημαντικό ρόλο στην πορεία του ασθενούς. Ο ρόλος του Ποσοδευτή είναι, να προσπαθήσει να ικανοποιήσει τις περισσότερες ανάγκες του ασθενούς σ' ένα περιβάλλον, όπου ολόκληρο το 24ωρο θεωρείται θεραπευτικός χρόνος για του άρρωστο με ψυχικές διαταραχές.

Έτσι λοιπόν προκύπτει η ανάγκη επικοινωνίας του ασθενούς με τους άλλους.

Βασικός στόχος του νοσοδευτή είναι η δημιουργία νοσοδευτικής θεραπευτικής - διαπροσωπικής σχέσης με του ασθενή.

Πρωταρχική θέση στη Ποσοδευτική Φροντίδα του ηβηφρενικού έχει η επικοινωνία, η ηθική συμπαράσταση και η κατανόηση.

Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι ν' αναγνωρίσει τον ηθικολογικό σαν μοναδικό και ιδιαίτερο πρόσωπο. Ο Νοσηλευτής, πρέπει να δημιουργήσει ήσυχο περιβάλλον και άνετο, ώστε, ο ασθενής να μπορέσει να μιλήσει ελεύθερα και να μην αποσπάται η προσοχή του από κάποιο εξωτερικό ερέθισμα. Ο Νοσηλευτής πρέπει να έχει ευσυναισθηση, να παρακολουθεί τον τόνο της φωνής του ηθικολογικού, την άρθρωση του, επίσης να παρατηρεί το ύψος, τις έντονες χειρουργικές και την στάση του σώματος του, για να αντιληφθεί μηνύματα που μεταβιβάζονται χωρίς λόγο. Με αυτό τον τρόπο σταδιακά και προοδευτικά μπορεί να πετύχει την προσωπική επικοινωνία και να την προωθήσει σε κοινωνική επαφή με μικρή ομάδα άλλων ασθενών. (FOUNDATION OF MENTAL HEALTH NURSING)

β) ΠΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΕΑΥΤΟΥ

Η Ανεπαρκής αυτοφροντίδα και η έλλειψη ατομικής υγιεινής είναι, προβλήματα που παρουσιάζονται κυρίως στην ηθικολογική μορφή σχιζοφρένειας.

Οι βασικοί στόχοι του ψυχιατρικού νοσηλευτή σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή είναι να αντιμετωπίσει τις ανάγκες της ατομικής υγιεινής και να ενισχύσει την προσωπική ευθύνη του ασθενούς για αυτοφροντίδα.

Η αξιολόγηση του ασθενή για να εκτιμήσουμε προσωπικά του βαθμό ανεπάρκειας της ψυχικής ή και της σωματικής ανικανότητας για αυτοφροντίδα.

Από το παρουσιαστικό των ηθικολογικών, γίνεται αντιληπτό, ότι αδιαφορούν για την ατομική τους καθαριότητα και είναι στην μέση αδιάφοροι.

Ο Ψυχιατρικός Νοσηλευτής προσπαθεί να εμπνεύσει εμπιστοσύνη στον ασθενή, για να καταστεί δυνατή η προσέγγιση και να αρχίσει έτσι ο ασθενής, να καταλαβαίνει την σημασία και το νόημα της αυτοφροντίδας και των κανόνων της ατομικής υγιεινής. Διότι μονάχα, ό,τι εμπνεύσει άδολα, μπορείς (ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998, MENTAL HEALTH & MENTAL ILLNESS).

γ) ΠΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

Ένα πρόβλημα των ηθικολογικών είναι, η διαμόρφωση και δημιουργία των φανταστικών κόσμων και αναγκών, οι οποίοι δεν έχουν καμία σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.

Βασικός στόχος του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί την πραγματικότητα χωρίς, την παρέμβαση παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων. Κυρίαρχο μέλημα λοιπόν είναι να προσπαθήσει να αποστασιοποιήσει τον ασθενή, μακριά από τον δικό του κόσμο, που έχει δημιουργήσει. Κάθε δεσμός με την πραγματικότητα πρέπει να ενισχύεται και να τούζεται για να μπορέσει να γίνει γέφυρα και να περάσει ο ασθενής στην φυσιολογική του ζωή. (ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998, MENTAL HEALTH & MENTAL ILLNESS).

δ) ΠΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Έχει αποδειχθεί ότι πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν πάντα τα κλασικά χαρακτηριστικά της κατάστασής τους. Γι' αυτό λοιπόν πρέπει να επανεξετάσουμε με προσοχή τα ξεσπάσματα σε κλάματα, την άρνηση της τροφής, την έλλειψη ζωτικού ενδιαφέροντος, αισθήματα και σκέψεις ανασφάλειας και τις ιδέες και τάσεις για αυτοκτονία.

Ο Νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά την πρόοδο του ασθενούς, να ενισχύει την ικανότητά του να ενδιαφέρεται για τον εαυτό του και το περιβάλλον του, και η συμμετοχή του ασθενούς σε διάφορες δραστηριότητες.

Κύριο μέλημα του Νοσηλευτή, είναι να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, να πληροφορηθεί με ποιους τρόπους αντιμετώπισε ο ασθενής το Stress στην διάρκεια της ζωής του. Είναι σημαντικό να του πάρει και ένα Νοσηλευτικό Ιστορικό, για να μάθει με λεπτομέρειες την παιδική και σχολική ηλικία του και κατ' επέκταση την εφηβική του.

Χρειάζεται περισσότερη ικανότητα και υπομονή να βοηθήσουμε τον ασθενή να τα καταφέρει μόνος του, παρά να τα κάνουμε όλα εμείς. (ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998)

ε) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΠΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Αυτοκτονία είναι μια εξέγερση ενάντια στην Ζωή και ενάντια σ' Αυτόν που την δημιουργεί. Υπάρχει αυτοκτονία λόγω αποτυχίας, αυτοκτονία για την δόξα, αυτοκτονία μεταφυσική λόγω υπερεκτιμήσεως της σχετικής ελευθερίας. Η Πράξη της Αυτοκτονίας αποτελεί μια επίθεση σε τρία επίπεδα. 1. Εναντίον του Θεού. 2. Εναντίον του ίδιου μας του εαυτού και 3. Εναντίον της Κοινωνίας. Παρ' όλα αυτά ο άνθρωπος είναι ένα ανιδεοκίνητο για την σωτηρία. Είμαστε για την αγάπη «Εκείνος που δεν τον αγγίζει η αγάπη, περπατάει στο σκοτάδι» μας έλεγε χαρακτηριστικά ο Πλάτωνας στο Συμπόσιο. (Π.ΜΑΝΟΥ 1997)

Οι περισσότεροι ψυχασθενείς έχουν τάσεις αυτοκτονίας, αλλά κυρίως οι ηθικολογικοί αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα πέρα απ' όλα τα άλλα, διότι η εφηβεία είναι η εξελικτική διεργασία στην ζωή του ανθρώπου στην οποία συμβαίνουν πολλές αναστατάξεις και ανασητήσεις. Εκείνο που οδηγεί στην αυτοκτονία σχεδόν πάντα είναι ανεξέλεγκτο.

«Από μια άποψη το να σκοτωθείς, σημαίνει, όπως στο μελόδραμα, πως αναγνωρίζεις κάτι. Σημαίνει πως αναγνωρίζεις πως νικήθηκες απ' την ζωή ή πως δεν την καταλαβαίνεις. Σημαίνει πως αναγνωρίζεις ότι «δεν αξίζει τον κόπο να ζεις». Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Καμύ στον «Μύθο του Σίσσυφου». (ΚΑΜΥ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998). σκοπός του Νοσηλευτή είναι να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διάθεσης του ασθενούς, ή για να μπορεί να παρακολουθεί τις κινήσεις και την συμπεριφορά του, μήπως, και τυχόν κρύβει αιχμηρά αντικείμενα.

Ο Νοσηλευτής λοιπόν είναι, υποχρεωμένος να τυχόν καταλάβει ότι ο ασθενής έχει τάσεις αυτοκτονίας, να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Ο ασθενής εδώ έχει ανάγκη από ιδιαίτερη μεταχείριση και συναισθηματική βοήθεια.

Κύριο μέλημα του νοσηλευτή σε τέτοιες καταστάσεις είναι, να αφήνει στον ασθενή ελευθερία, στο να δραστηριοποιείται σύμφωνα με αυτά που του ευχαριστούν και του ικανοποιούν. Επίσης πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να παίρνει πρωτοβουλίες και να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες ομαδικές ή ατομικές, για να ξεφεύγει απ' τις αυτοκτονικές σκέψεις. (ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ 2000)

Δ. ΟΞΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Συνήθως εμφανίζεται μια οξεία ουερική μετάθεση της συνείδησης που οδηγεί σε απάθη συμπεριφορά. Τα υποκείμενα, τα αντικείμενα, οι καταστάσεις και το περιβάλλον αποκτούν μια ιδιόμορφη και υποκειμενική σημασία που δεν έχει σχέση με την πραγματικότητα. Ο ασθενής βρίσκεται σε μια πλήρη σύγχυση και εμφανίζει ιδέες συσχέτισης. Τα συμπτώματα αποδρομούν μετά από εβδομάδες ή και μήνες χωρίς να αφήνουν έντονα υποδειγματικά στοιχεία στην προσωπικότητα του ασθενή.

Η δουλειά του ψυχιατρικού νοσηλευτή έγκειται στην προσεκτική παρατήρηση και αναφορά των εκδηλώσεων του ασθενή με σκοπό, την ευτόπιση παρενεργειών, την σημείωση της συμπεριφοράς που προηγήθηκε του οξέος επεισοδίου και την επισήμανση ευδειξιών βελτίωσης ή επιδείνωσης της κατάστασής του, μετά την θεραπεία.

Έτσι ο Νοσηλευτής, πρέπει να παρατηρεί προσεκτικά και διακριτικά και να αναφέρει αν τυχόν παρατηρεί σύγχυση, η διακύμανση της συνείδησης ή απώλεια συνείδησης και επιληπτικές κρίσεις.

Κάποιες φορές που ο Νοσηλευτής αναφέρει ιδέες που κρίνει απατητές και παράλογες, πρέπει να διαισαφηνίζει και ν' αναφέρει ακριβώς τα λόγια του ασθενούς. Άλλο μέλημα του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή είναι να παρατηρεί και ν' αναφέρει την επίδραση του ασθενούς στην θεραπεία, την βελτίωση ή χειροτέρευση στην γενική συμπεριφορά του, την στάση του ασθενούς προς τις δραστηριότητες και την αύξηση ή υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Είναι σημαντικό όταν ο Νοσηλευτής όταν αναφέρει κάτι, να το διαισαφηνίζει και να αποδογείται η κάθε φράση που αναφέρει με παραδείγματα. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων που προηγούνται, μιας οξείας κρίσης και η έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να προλάβουν την κρίση προς όφελος ασθενούς και προσωπικού.

Επακόλουθο της ασθένειας, είναι η μερική ή ολοκληρωτική κατάρρευση της ομαλής επικοινωνίας του ασθενούς με τον κόσμο γύρω του. Αυτό προκαλεί δυσκολίες στις σχέσεις του, με αποτέλεσμα να συξάνουν ή να διαιωίζονται τα συμπτώματά του.

Στην οξεία φάση λοιπόν, είναι - δύσκολο να δημιουργηθεί μια πραγματική επαφή με τον ασθενή. Είναι σημαντικό όμως, να θυμόμαστε ότι ακόμα και στις πιο οξείες καταστάσεις ο ασθενής, μπορεί να αναλαμβάνει τη στάση του προσωπικού απέναντί του, και αυτό έχει επίδραση στις μετέπειτα σχέσεις μαζί του. (ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ 1998, ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ 2000).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ

Το χρόνιο σχιζοφρενικό επεισόδιο συνδέεται με την βαθμιαία απώλεια και έκπτωση των ικανοτήτων. Συνήθως αυτοί που πάσχουν από χρόνιο σχιζοφρενικό επεισόδιο, παρουσιάζονται ως ληθαργικοί και αδιάφοροι και κυρίως αποσύρονται απ' τον κόσμο. Είναι χαρακτηριστικό, οι συγκεκριμένοι ασθενείς, να μην μπορούν να δείξουν το ελάχιστο ενδιαφέρον για οτιδήποτε, ακόμα και για τους ίδιους τους εαυτούς τους.

Ο Ψυχιατρικός Νοσηλευτής στοχεύει στην πρόληψη της Ιδρυματοποίησης τη Κοινωνικοποίηση και Αποκατάσταση του ασθενούς.

Η Ιδρυματοποίηση στηρίζεται κυρίως στην έλλειψη εξωτερικών επαφών. Εδώ ο Νοσηλευτής, πρέπει να καταβάλει κάθε προσπάθεια προκειμένου να πείσει τους συγγενείς για την αναγκαιότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή. Ακόμη, μπορεί ο νοσηλευτής να ευθαρρύνει τον ασθενή, να ενδιαφέρεται και να ενημερώνεται για τα γεγονότα του έξω κόσμου και να παρακολουθεί ειδήσεις, εφημερίδα και να συζητάει ομαδικά. Επιπλέον, η Ιδρυματοποίηση, στηρίζεται στην έλλειψη προσωπικότητας και ατομικότητας του ασθενούς. Επίσης να δοθεί βαρύτητα στη κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης και ενσυναίσθησης από την πλευρά του προσωπικού προς τον ασθενή. Τέλος, θα πρέπει να αποφεύγονται τα μεγάλα διαστήματα ανίας και αργίας, κάτι που μπορεί να βοηθήσει και ο Εργοθεραπευτής σε αυτό του τομέα (ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ 2000)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Α. ΧΡ. ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ (2000) - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, τέταρτη έκδοση
2. Α ΚΑΜΙΥ - Ο ΜΥΘΟΣ ΤΟΥ ΣΙΣΥΦΟΥ - ΠΑΝΟΥΚΛΑ
3. Ν. ΜΑΝΟΥ (1997) - ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ αναθεωρημένη έκδοση - University Studpress - Θεσσαλονίκη
4. ΕΤ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (1998) - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ τρίτη έκδοση
5. Α. ΧΡ. ΡΑΠΑ (1998) - ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - θεωρητικές και Δεοντολογικές αρχές -Β΄ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ
6. Κ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ (2001) - ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ιατρική εταιρεία Αθηνών -ΑΘΗΝΑ
7. Μ. ΦΟΥΚΩ - Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΕΛΑΣ - εκδόσεις Ηριδάνος
8. Π. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ εκδόσεις ΘΕΜΕΛΙΟ
9. ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Της ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΩΣΗΣ ΤΟΥ Ψ.Π.Α.
10. FOUNDATIONS OF MENTAL HEALTH NURSING, EDITION MORRISON
11. MENTAL HEALTH & MENTAL ILLNESS -SIXTH EDITION
12. THE MOSBY MEDICAL ENCYCLOPEDIA (1998) LONDON