

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΊΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία με Θέμα :

Τεχνικές λήψης νοσηλευτικού ιστορικού σε ψυχωσικό ασθενή

Όνοματεπώνυμο φοιτητριών : Τσακανίκα Μαρία

Καρυπίδου Ελίνα

Καθηγήτρια : Ποδέρη Αναστασία

Θεσσαλονίκη 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 " Ορισμοί "

1. Ψυχική υγεία και ψυχική νόσος
2. Ψυχικές λειτουργίες
3. Ψυχώσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 "Παρατήρηση"

1. Παρατήρηση και καταγραφές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 " Συνέντευξη"

1. Εγκατάσταση επεφής με τον άρρωστο
2. Έναρξη συνέντευξης
3. Προϋποθέσεις επιτυχούς επικοινωνίας νοσηλεύτριας-ασθενούς
4. Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία
5. Οι εναρκτήριες ερωτήσεις
6. Τεχνικές των ερωτήσεων
7. Η συνέντευξη με ψυχασικούς ασθενείς
8. Εξετάζοντας τους συγγενείς
9. Κλείσιμο της συνέντευξης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 "Ψυχιατρικό ιστορικό"

1. Το ψυχιατρικό ιστορικό
2. Παρούσα ψυχική κατάσταση
2. Καταγραφή ψυχιατρικού ιστορικού

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία του ιστορικού προκύπτει από τη χρησιμότητα του ως κύριου διαγνωστικού μέσου ζωής ή και μεγαλύτερας σημασίας όμως είναι η διαδικασία της λήψης του η οποία αποτελεί το θεμέλιο της σχέσης νοσηλεύτριας- ασθενούς με προφάσεις όχι μόνο διαγνωστικές αλλά και θεραπευτικές – προγνωστικές επιπτώσεις. Το ποιες και πόσες πληροφορίες θα συλλεγούν και θα καταγραφούν στο ιστορικό εξαρτάται από α) τις ικανότητες της νοσηλεύτριας (προσωπική ευαισθησία , γενικές γνώσεις , ψυχιατρική εκπαίδευση , πείρα , αντιμετώπισης ψυχιατρικών προβλημάτων κ.α. β) τις δυνατότητες επικοινωνίας του ασθενούς επίπεδο συνείδησης , νοημοσύνη , γνωσιακές λειτουργίες , τυχόν διαταραχές της σκέψης , εκφραστικότητα , ευφράδεια γ) της συνθήκες της λήψης του ιστορικού θάλαμος νοσοκομείου, τμήμα εκτάκτων περιστατικών) δ) τη διαθεσιμότητα και καταλληλότητα ως πληροφοριοδοτών άλλων προσώπων από το περιβάλλον του ασθενούς .

Στα κεφάλαια που ακολουθούν περιγράφονται τα εξής θέματα : Ορισμοί ψυχικής υγείας και ψυχικές λειτουργίες , παρατήρηση και καταγραφή, συνέντευξη και λήψη ιστορικού από ψυχωσικό ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ψυχική Υγεία και ψυχική νόσος

A. Ψυχική Υγεία : Είναι η ολοκληρωτική λειτουργία της όλης προσωπικότητας (Π.Ο.Υ.)

« Ψυχική υγεία είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει , έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει τον μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεώς του ».

Η Dr. M. Jahoda υποστηρίζει ότι δεν είναι αρκετό να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι η απουσία ψυχικής νόσου. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τον ένα πολιτισμό στον άλλο ως προς τα ποια είδη παρεκκλίσεων από την φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά . Δεν μας βοηθάει το να ισοβαθμήσουμε την ψυχική υγεία με τον όρο « Φυσιολογικός » γιατί και ο όρος « Φυσιολογικός » είναι το ίδιο απροσδιόριστος . Ούτε πάλι το να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι κατάσταση ευεξίας είναι ικανοποιητικό. Το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική ιδέα για τις ικανότητες του ότι έχει περάσει τα διάφορα στάδια της αναπτύξεώς του αποβάλλοντας τους τύπους της συμπεριφοράς και τις απόψεις του που του φαίνονται ακατάλληλοι καθώς μεγαλώνει ότι έχει κάποιο σκοπό σταθμίζοντας τις δικές του ανάγκες και σκεπτόμενος τους άλλους . Η προσωπικότητά του είναι ολοκληρωμένη δείχνοντας ότι έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και ασυνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι . Είναι σε θέση να αναλάβει προσωρινές χαρές και απολαύσεις για κάποιο ανώτερο μελλοντικό καλό.

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πράγματι είναι και όχι πως θα τα ήθελε να είναι . Το άτομο αυτό είναι σε θέση να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου και έτσι να γευθεί τι οι άλλοι σκέπτονται και αισθάνονται . Αυτό ονομάζεται συμπάθεια ή κοινωνική ευαισθησία . Τέλος , η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει την ικανότητα να αγαπάει , είναι επαρκές στις σχέσεις του με τους άλλους , - όπως στην εργασία , στο παιχνίδι κ.α. - είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για την ζωή του στην κοινότητα , να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής .

Με πιο απλά λόγια , όσον αφορά την υπεροχή του ατόμου στο περιβάλλον του, το άτομο με ικανοποιητική ψυχική υγεία μπορεί να αντέξει σε ένα βαθμό συγκρούσεως – εσωτερικής και εξωτερικής – και να αποκτήσει δύναμη στην υπερνίκηση των εμποδίων όπως αυτά συμβαίνουν .

B. Ψυχική Νόσος : Είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει .

Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής νόσου.

- Κληρονομικοί
- Οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί).
- Ενδοπροσωπικοί
- Διαπροσωπικοί – Οικογενειακοί (ψυχογεννητική άποψη)
- Φθορά της «εκτενούς» οικογένειας με τους πολυάριθμους συγγενείς και
- Μετατόπιση προς την μάλλον απομονωμένη μονάδα, την «πυρηνική»
- Οικογένεια, που αποτελείται από γονείς και τέκνα, απορραϊσμός κ.α.
- Κοινωνικοί
- Μεγαλύτερη ποικιλία διαπροσωπικής συμπεριφοράς, τεχνολογία που μεταβάλλεται και αυξημένη μόρφωση και καλλιέργεια ή και το αντίθετο.
- Πολιτιστικοί
- Μεταβολές ηθικής, εθίμων, στάσεων στα άτομα που αποκλίνουν από το φυσιολογικό.
- Πολυπαραγοντική άποψη
- Θεωρείται η επικρατέστερη και συμπεριλαμβάνει όλους τους παραπάνω παράγοντες.
- Οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν, μεταξύ των δυνάμεων που ασκούν αυτοί οι παράγοντες, λεπτή ισορροπία, που τους επιτρέπει σχετικά σταθερή ζωή.

Η ισορροπία διατηρείται με τους μηχανισμούς άμυνας (Μετουσίωση, απώθηση, προβολή, άρνηση, ενδοβολή, επαναγωγή, ματαιώση, σχηματισμός από αντίδραση, απομόνωση, μετάθεση, εκλογίκευση, ταυτοποίηση).

Όταν η ισορροπία αυτών των παραγόντων διαταραχθεί, έχουμε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση:

1. Stress από άτομο που προκαλεί «νευρικές » αντιδράσεις, όπως άγχος ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών, όπως του ύπνου και της ορέξεως.
2. Stress στους γύρω από το άτομο, που προκαλείται από περίεργη συμπεριφορά γνωστή συχνά σαν «συναισθηματική εκφόρτιση» ή «αντικοινωνική συμπεριφορά» – και προκαλεί διάγνωση «διαταραχής προσωπικότητας», με την έννοια ότι το άτομο εμφανίζει ελάχιστα ή κανένα άγχος, αν και ο τρόπος της ζωής του είναι άκαμπος και απροσάρμοστος.
3. Συνδυασμός των παραπάνω κάνει το άτομο να μη προσαρμόζεται στο περιβάλλον του, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας ψυχικής νόσου.

4. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το άτομο έχει ανάγκη ειδικής φροντίδας και, στις βαρύτερες περιπτώσεις, νοσοκομειακής περίθαλψης.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1. Συνείδηση

Συνείδηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις λειτουργίες που είναι απαραίτητες ώστε να γνωρίζει το περιβάλλον του κι όσα συμβαίνουν γύρω του και μέσα στον ίδιο τον εαυτό του.

Από ψυχολογική πλευρά «συνείδηση είναι το σύνολο των ψυχικών εκδηλώσεων του ατόμου σε κάθε στιγμή, μέσα στην αλληλουχία τους».

Συνείδηση είναι η αφύπνιση του πνεύματος και η στροφή προς τη μελέτη ή την προσαρμογή κάποιου αντικειμένου.

Ό, τι γνωρίζω σε μια στιγμή με σαφήνεια, αυτό αποτελεί τη συνείδηση. Η συνείδηση αποτελεί το απαραίτητο δομικό στοιχείο του ψυχικού οργάνου, στο οποίο ευαισθητοποιούμαστε δηλ. έχουμε επίγνωσή του εαυτού μας.

Στοιχεία του εαυτού μας – σκέψεις, δεδομένα, αποτιμήσεις – για τα οποία δεν έχουμε επίγνωση, βρίσκονται έξω από το χώρο της συνειδήσεως, στο ασυνείδητο.

2. Προσωπικότητα

Δεν υπάρχει ενιαία άποψη περί του τι είναι προσωπικότητα .

Η προσωπικότητα είναι πολυσύνθετο δεδομένο, κάτι το δυναμικό, που η διαμόρφωση του δεν φθάνει ποτέ στο τέρμα..

Ωριμος και υγιής προσωπικότητα

Η προσωπικότητα σχηματίζεται από τη συρροή και την αλληλεπίδραση δύο κυρίως παραγόντων: α) Κληρονομούμενου βιολογικού υποστρώματος και β) Περιβάλλοντος.

Ο Freud υποστηρίζει ότι ένα άτομο είναι υγιές όταν δεν δεσμεύεται από τα αισθήματά του. Το υγιές άτομο έχει αρκετή ενέργεια για να κάνει παραγωγική εργασία και ακόμη είναι ελεύθερο να εκφράσει τον εαυτό του σε σχέσεις αγάπης με τους άλλους.

Ο Sullivan υποστηρίζεται ότι το άτομο με υγιή προσωπικότητα κατανοεί τον εαυτό του, τους άλλους ανθρώπους γύρω του και ξέρει πώς να συνδέεται μαζί τους. Το άτομο έχει μια πραγματική αντίληψη για τους άλλους ανθρώπους. Η ζωή του έχει νόημα, οι σχέσεις του μαζί τους είναι πλούσιες και πλήρεις, γιατί έχει την ικανότητα να τους αγαπά.

Η θεωρία της υγιούς προσωπικότητας κατά τον Maslow περιγράφει το άτομο σα μια οντότητα που συνεχώς που συνεχώς αναζητά, αναπτύσσεται και βρίσκει νέα ερεθίσματα για δημιουργία. Το άτομο με υγιή προσωπικότητα είναι αυθόρμητο και φυσικό καθώς ενεργά ζει τη ζωή και εκφράζει τη μοναδικότητα του.

Συνοψίζοντας το άτομο με υγιή προσωπικότητα :

- Έχει θετική και σωστή εικόνα για το σώμα του. Η εικόνα αυτή είναι το σύνολο των συνειδητών και ασυνειδητών απόψεων που έχει το άτομο για το σώμα του π.χ. μέγεθος, λειτουργίες, εμφάνιση, υγεία, δύναμη.
- Έχει μια πραγματική αντίληψη περί του πως πρέπει να συμπεριφέρεται καθώς και αξιόλογους και πραγματοποιήσιμους σκοπούς για τη ζωή του.
- Έχει θετική αντίληψη για τον εαυτό του σαν μέρος της προσωπικότητάς του.
- Έχει αυτοεκτίμηση. Βλέπει τον εαυτό του σαν ένα πρόσωπο που αξίζει το σεβασμό.
- Έχει αίσθηση της ταυτότητάς του. Γνωρίζει ποιος είναι και τι μπορεί να γίνει.
- Έχει την ικανότητα να συνδέεται με τους άλλους ανθρώπους. Με την ειλικρινή επικοινωνία του μπορεί να εμπιστευτεί τους άλλους και να δημιουργεί σχέσεις αμοιβαιότητας και αλληλοεξάρτησης.

Το άτομο με τις παραπάνω ιδιότητες είναι ικανό να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους σωστά. Η ικανότητά του αυτή του δημιουργεί ένα αίσθημα αρμονίας και εσωτερικής ειρήνης.

3. Χαρακτήρας

« Χαρακτήρας είναι το σύνολο των διαθέσεων και των μορφών συμπεριφοράς, με τις οποίες το άτομο εκφράζει τον τρόπο της ύπαρξής του και αντιδρά απέναντι στον εξωτερικό κόσμο και στον εαυτό του ».

Δηλαδή λέγοντας χαρακτήρα εννοούμε ένα τρόπο ζωής, ένα ιδιαίτερο τρόπο αντιδράσεως του υποκειμένου προς το περιβάλλον.

Χωρίς περιβάλλον δεν εκδηλώνεται ο χαρακτήρας.

Ο τρόπος που ο άνθρωπος αισθάνεται και ενεργεί, παίρνει αποφάσεις, αξιοποιεί και βάζει σκοπούς, κρίνει και παίρνει θέση απέναντι στον έξω κόσμο, ο τρόπος που εκδηλώνεται, μιλάει, βαδίζει, χειρονομεί κ.λ.π. που τον διακρίνει από τους άλλους ανθρώπους, αποτελεί το χαρακτήρα.

Είναι το εκφραστικό όργανο της προσωπικότητας.

Οι αντιδράσεις, που αποτελούν το χαρακτήρα, εξαρτώνται από τη βιολογική κατασκευή και γι' αυτό, σε μεγάλο βαθμό, είναι κληρονομικές, όπως αφορά την προέλευση.

4. Συμπεριφορά

Οι ενέργειες ενός ατόμου ή μιας ομάδας αποτελούν την συμπεριφορά. Συμπεριφορά είναι η παρατηρούμενη απάντηση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η συμπεριφορά είναι το εκτελεστικό όργανο της προσωπικότητας.

Ο ψυχολόγος Spencer, ο οποίος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την σχέση του ατόμου προς το περιβάλλον του, ορίζει τη ζωή σαν μια συνεχή προσαρμογή των εσωτερικών σχέσεων του ατόμου προς τις εξωτερικές σχέσεις και τονίζει ότι η λειτουργία της ψυχικής σφαίρας του οργανισμού είναι αυτή ακριβώς, το να βοηθήσει τον οργανισμό να προσαρμοσθεί στις καταστάσεις του περιβάλλοντός του.

Τα αισθήματα ενός ατόμου, οι αισθητικές του λειτουργίες, η δύναμη της σκέψης του, η ικανότητα του να αποκτά νέες συνήθειες και η μνήμη του, θεωρούνται σαν μέσα με τα οποία το άτομο μπορεί να συνδιαλαγεί και να ανταποκριθεί σωστά στις ανάγκες της ζωής.

Παράγοντες που διαμορφώνουν την συμπεριφορά είναι :

- α. Η αρχική, γενετικά καθορισμένη βιολογική δομή του ατόμου.
- β. Η προσωπικότητά του όπως διαμορφώνεται από κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.
- γ. Οι εμπειρίες της ζωής και ιδιαίτερα αυτές που άφησαν ανεξίτηλα ψυχοτραυματικά εντυπώματα.
- δ. Οι μηχανισμοί άμυνας και προσαρμογής που διαμόρφωσαν όλοι οι προηγούμενοι παράγοντες.

Ανώμαλη συμπεριφορά

Μ' αυτό τον όρο αποδίδουμε τον τύπο εκείνο της συμπεριφοράς του ατόμου που προκαλεί είτε στον ίδιο είτε στους άλλους ενόχληση και δυσφορία.

Ακόμη προκαλεί αντίδραση ξενισμού, γιατί βρίσκεται, έξω από το πλαίσιο, τον τύπο της συμπεριφοράς που είναι παραδεκτή για το δεδομένο τόπο και χρόνο.

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Η ψύχωση ορίζεται σαν μια μείζονα ψυχική διαταραχή στην οποία σκέψη, συναίσθημα, επικοινωνία και συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα ώστε η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής παρακωλύεται σημαντικά. Τέτοιοι ορισμοί δίνουν έμφαση στην απώλεια της λειτουργικότητας.

Εντούτις, πολλά άτομα τα οποία είναι σοβαρά διαταραγμένα στην καθημερινή τους ζωή (π.χ. αυτά με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας) δεν θεωρούνται ψυχωτικά, ενώ μερικοί άρρωστοι που κρύβουν προσεκτικά τις παραληρητικές ιδέες τους (π.χ. ότι οι σκέψεις τους ελέγχονται από ξένους πράκτορες) μπορούν παρόλα αυτά να είναι λειτουργικοί στην εργασία τους και ακόμη να καταφέρνουν να διατηρούν οικογενειακή ζωή.

Δεν υπάρχει κάποιος ενιαίος ορισμός που να ικανοποιεί όλους τους κλινικούς. Για πρακτικούς σκοπούς η ψύχωση μπορεί να ορισθεί ως η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμη κι όταν οι αποδείξεις της πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες. Βασικά, το ψυχωτικό άτομο έχει διαταραγμένη την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας.

Η απώλεια της ικανότητας ελέγχου της πραγματικότητας είναι ουσιώδες στοιχείο της ψύχωσης.

Τεκμήριο για την ψύχωση είναι το μπέρδεμα ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο. Το ψυχωτικό άτομο έχει χάσει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο «μέσα» και το «έξω».

Κοινές ψυχωτικές πεποιθήσεις είναι ότι το άτομο μπορεί να ελέγξει τη σκέψη των άλλων, ότι ξένες δυνάμεις έχουν τοποθετήσει σκέψεις στο μυαλό του ατόμου, ότι οι άλλοι μπορούν να διαβάσουν τις σκέψεις του ατόμου κ.λ.π. Όλα αυτά εμπεριέχουν την ιδέα ενός «διαπερατού» μυαλού. Οι ψευδαισθήσεις οι οποίες είναι παθογνωμονικές της ψύχωσης είναι εσωτερικά ερεθίσματα (π.χ. φωνές) τα οποία λανθασμένα πιστεύεται ότι προέρχονται από εξωτερική πηγή.

Στο στενό ορισμό που δόθηκε παραπάνω η ψύχωση περιλαμβάνει λανθασμένες ιδέες ή αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο οι οποίες δεν μπορούν να αλλάξουν ακόμη κι όταν υπάρχουν αποδείξεις. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει σαφές όριο ανάμεσα στην ψυχωτική και την μη ψυχωτική σκέψη, γιατί λανθασμένες ιδέες και αντιλήψεις μπορούν να υποστηρίζονται από διάφορους ανθρώπους με μια ποικίλου βαθμού εμμονή.

Θα πρέπει να παρατηρείτε και να ακούτε προσεκτικά για σημεία ψύχωσης καθ' ότι μπορεί να είναι καλά καλυμμένα στη διάρκεια της συνέντευξης. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα ψύχωσης αφορούν διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης (π.χ. παραληρητικές ιδέες) ή της αντίληψης

(π.χ. ψευδαισθήσεις) και περιγράφονται κάπως λεπτομερειακά παρακάτω. Επίσης αλλόκοτοι τρόποι ομιλίας και συμπεριφοράς έχουν συνήθως σχέση με ψύχωση.

Η ψύχωση δεν είναι από μόνη της μια νόσος. Αποτελεί σύμπτωμα μιας ποικιλίας διαταραχών που εκτείνονται από την υπερβολική δόση φαρμάκων έως τη μανιο-καταθλιπτική νόσο και τη σχιζοφρένεια.

Μερικές διαταραχές περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα εξ ορισμού (π.χ. σχιζοφρένεια), ενώ άλλες πιθανόν να περιλαμβάνουν και πιθανόν όχι (π.χ. κατάθλιψη). Ένα άτομο μπορεί να είναι ψυχωτικό για περίοδο λεπτών ή πολλών ετών. Τα ψυχωτικά συμπτώματα συχνά αυξάνονται και ελαττώνονται όσον αφορά τη βαρύτητά τους, μπορεί όμως να παραμείνουν αναλλοίωτα για μεγάλες χρονικές περιόδους. Έτσι σε κάθε συνέντευξη με τον ασθενή θα πρέπει να επανεκτιμάτε εάν η ψύχωση είναι παρούσα.

ΚΥΡΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

1. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια θεωρείται μια από τις σημαντικότερες ψυχικές παθήσεις, η αιτιολογία της αποτελεί αίνιγμα για την ιατρική, καθώς αναφέρεται ότι υπάρχει κάποιου βαθμού κληρονομική επιβάρυνση.

Κλινικές μορφές Σχιζοφρένειας

1. Απλή σχιζοφρένεια
2. Ηβηφρενική σχιζοφρένεια
3. Κατατονική σχιζοφρένεια
4. Παρανοειδής σχιζοφρένεια

2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση

Είναι συναισθηματική ψύχωση που εμφανίζεται σε μεγάλη κάπως άτομα κυρίως ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Εκδηλώνεται με δυο φάσεις – μανία και κατάθλιψη – που είτε εναλλάσσονται στην κλινική εκδήλωση είτε εκδηλώνεται πάντα η μια μόνο φάση.

Κλινικές μορφές

1. Μανία
2. Μελαγχολία (κατάθλιψη)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Παρατήρηση και καταγραφές

Η παρατήρηση και η ακριβής καταγραφή είναι ανάμεσα στις πιο σπουδαίες λειτουργίες του ψυχιατρικού νοσηλευτή.

Η ψυχιατρική θεραπεία είναι τόσο αποδοτική, όσο περισσότερο βασίζεται σε καλή γνώση της προσωπικότητας του αρρώστου. Οτιδήποτε έκανε στη ζωή του και όλα όσα έχουν συμβεί σ' αυτόν, έχουν συμβάλει να τον διαμορφώσουν στο είδος του ανθρώπου που είναι. Ο ψυχίατρος προσπαθεί να μάθει όσα περισσότερα πράγματα μπορεί σχετικά με τον άρρωστο από τη συνέντευξη και, με την άδεια του αρρώστου, από τη συνέντευξη συγγενών και άλλων πιθανόν ανθρώπων που μπορούν να δώσουν πληροφορίες. Σχηματίζει μια εικόνα της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου και συμπληρώνει τη δική του εντύπωση με τα αποτελέσματα από τις ψυχολογικές δοκιμασίες. Μερικοί ψυχίατροι επιθυμούν να δουν τον άρρωστο και τους πλησιέστερους συγγενείς του μαζί. Είναι υποβοηθητικό να παρατηρεί κανείς τις αντιδράσεις του ενός προς τον άλλον, να δει αν οικογενειακές δυσκολίες μπορεί να έχουν συμβάλει στην αρρώστια του ασθενή και να εκτιμήσει τι υποστήριξη μπορεί να περιμένει ο ασθενής από τους συγγενείς.

Επιπρόσθετες πληροφορίες χορηγούνται από τη νοσηλεύτρια που δίνει μια εικόνα του αρρώστου, όπως αυτός παρουσιάζεται στο περιβάλλον της κλινικής που παρακολουθεί τη συμπεριφορά του από μέρα σε μέρα.

Ακριβής αντικειμενική παρατήρηση και καταγραφή πρέπει να μαθευτούν. Η παρατήρηση όλων των λεπτομερειών είναι αδύνατη. Αυτό που παρατηρείται και ερμηνεύεται σαν σημαντικό, εξαρτάται από την εμπειρία της νοσηλεύτριας και τις γνώσεις της. Είναι αδύνατο να καταγράφεται κάθε λεπτομέρεια από κάθε γεγονός αλλά η εκπαίδευση κάνει τη νοσηλεύτρια ικανή να διαλέγει τα πιο σχετικά και σημαντικά στοιχεία για τις καταγραφές της.

Επειδή όλες τις παρατηρήσεις είναι επιλεκτικές και καθορίζονται από το σύνολο των ιδεών του παρατηρητή, π.χ. τις προσδοκίες του, την προσοχή του, τη γνώση του, τις προκαταλήψεις του, είναι χρήσιμο να γίνεται σύγκριση των στοιχείων που καταγράφονται από διάφορα άτομα. Στο νοσοκομείο είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν οι παρατηρήσεις ενός αριθμού νοσηλευτριών, να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σ' αυτές τις παρατηρήσεις που έχουν γίνει και από άλλους και να διερευνηθεί ο λόγος για τις παρατηρήσεις και τις καταγραφές που έρχονται σε αντίθεση με των άλλων.

Οι βασικές αρχές της παρατήρησης

Οι παρακάτω είναι μερικές από τις βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται για να λαμβάνονται τα καλύτερα αποτελέσματα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τι πληροφορίες ψάχνει. Ένας άνθρωπος τότε μόνο μπορεί να παρατηρήσει αυτό που είναι σημαντικό, αν η παρατήρηση συνοδεύεται και από γνώση.

1) Φυσιολογική Ανάπτυξη και Πολιτισμικές Διαφορές στη Φυσιολογική Συμπεριφορά

Μια γνώση του τύπου της φυσιολογικής συμπεριφοράς σε διάφορες εθνικές ομάδες είναι απαραίτητη. Αυτό που εκλαμβάνεται σαν φυσιολογική συμπεριφορά διαφέρει με την κοινωνική τάξη, με το διαφορετικό μορφωτικό και με την εθνικότητα. Είναι σημαντικό να παρατηρηθεί σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά του αρρώστου απέχει απ' αυτό που είναι αποδεκτό από τη δική του ομάδα. Χωρίς ένα υπόβαθρο γνώσης κοινωνιολογίας υπάρχει ο κίνδυνος να επηρεασθούν οι παρατηρήσεις από την ίδια την κοινωνική τάξη και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο της νοσηλεύτριας. Εκεί όπου οι νοσηλευτές και οι ασθενείς προέρχονται από διαφορετικές χώρες, ιδιαίτερα αν δεν μιλούν την ίδια γλώσσα, χρειάζεται ειδική φροντίδα ώστε οι παρατηρήσεις να είναι αξιόπιστες.

2) Ψυχοπαθολογία και Συμπτωματολογία της Ψυχικής Διαταραχής

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι εξοικειωμένη με τους τύπους της ανώμαλης συμπεριφοράς και τη συχνότητα εμφάνισης στις διάφορες ψυχικές διαταραχές. Μια γνώση ψυχολογίας και των ψυχιατρικών νόσων μπορεί να βοηθήσει να παρατηρήσει νωρίτερα τις εκδηλώσεις της διαταραχής, όταν αυτές μπορεί να είναι άτυπες και να διαφέρουν σε κάθε άρρωστο. Πολλές διαταραχές μπορούν να αποφευχθούν αν οι νοσηλεύτριες καταστούν ευαίσθητες στα πρώιμα σημεία του άγχους στους αρρώστους.

3) Παρατήρηση με Συμμετοχή

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι με τον άρρωστο για αρκετό χρονικό διάστημα για να μπορεί να καταγράψει τη γενική εικόνα που εμφανίζει αυτός. Μόνο αν το γνωρίσει από κοντά μπορεί να παρατηρήσει μικρές παραλλαγές στη συμπεριφορά του.

4) Η επίδραση του παρατηρητή

Η νοσηλεύτρια δεν θα πρέπει να ενοχλεί τον άρρωστο με την παρουσία της. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να είναι στο τμήμα όσο η παρουσία της θεωρείται φυσική και είναι αρκετά μη παρεμβατική, έτσι ώστε οι ασθενείς να συμπεριφέρονται σαν να μην είχαν καμιά νοσηλεύτρια εκεί.

Είναι ευκολότερο να παρατηρεί κανείς τη συμπεριφορά του αρρώστου όταν συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες. Εάν η νοσηλεύτρια παρατηρεί παθητικά χωρίς να κάνει τίποτε, ενώ ο άρρωστος χρειάζεται να παίρνει μέρος σε ορισμένες δραστηριότητες του τμήματος, η παρουσία της μπορεί να δημιουργεί εμπόδια και η εντύπωση την οποία σχηματίζει αυτή είναι τότε αλλοιωμένη. Εάν έρχεται και φεύγει, διαταράσσει τις δραστηριότητες του αρρώστου και δεν μπορεί στην πραγματικότητα να παρατηρήσει.

5) *Αντικειμενικότητα*

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ένας αντικειμενικός παρατηρητής. Γι' αυτό το λόγω, δεν πρέπει να επιτρέπει στον εαυτό της να φοβάται ή να ενοχλείται από τη συμπεριφορά του αρρώστου ή να σοκάρεται ή να θυμώνει. Το ενδιαφέρον για τη βελτίωση του αρρώστου δεν θα πρέπει να την επηρεάζει συναισθηματικά. Δεν θα πρέπει να αισθάνεται κολακευμένη ή περήφανη για τη βελτίωση του αρρώστου γιατί αυτό μπορεί να οδηγήσει να βλέπει βελτιώσεις εκεί όπου δεν υπάρχουν. Ένας από τους λόγους που οι συγγενείς είναι μερικές φορές μη βάσιμοι πληροφοριοδότες είναι η ανικανότητά τους να παραμένουν συναισθηματικά απόμακροι. Η κοντινή συναισθηματική επαφή με τον άρρωστο, παρόλο που συχνά είναι επιθυμητή, παρεμποδίζει την αντικειμενική παρατήρηση.

6) *Προκατάληψη και Επιλογή στην Καταγραφή*

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να θυμάται να παρατηρεί σφαιρικά την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος. Αυτό είναι εύκολο να το κάνει όταν η αναφορά της νοσηλεύτριας αφορά τη διεργασία ανάμεσα στους αρρώστους ή αυτήν ανάμεσα στον άρρωστο και σε μια άλλη νοσηλεύτρια. Είναι πολύ πιο δύσκολο να καταγράψει ένα περιστατικό που αφορά την ίδια. Η συμπεριφορά του αρρώστου που παρατηρεί είναι τότε μια αντίδραση στα ίδια της τα λόγια, τις πράξεις ή τις χειρονομίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η εγκατάσταση επαφής με τον άρρωστο

Το πρώτο βήμα μιας συνέντευξης είναι η εγκατάσταση επαφής και οι συνεντευκτές, προκειμένου να διευκολύνουν την ανάπτυξη επαφής, συχνά χρησιμοποιούν τις δικές τους ενσυναισθητικές αντιδράσεις. Οι Othmer και Othmer είδαν τη διαδικασία ανάπτυξης επαφής να περιλαμβάνει έξι στρατηγικές : (1) να νιώσουν, ο άρρωστος και ο συνεντευκτής, άνετα, (2) να εντοπιστεί ο πόνος και να εκφραστεί συμπόνοια, (3) να αξιολογηθεί η εναισθησία του αρρώστου και να αναπτυχθεί συμμαχία ανάμεσα στο θεραπευτή και στον άρρωστο, (4) ναδειχθεί ότι ο θεραπευτής είναι ο ειδικός και ο γνώστης, (5) να εδραιωθεί η εξουσία του συνεντευκτή ως νοσηλευτή και θεραπευτή και (6) να εξισορροπηθούν οι ρόλοι του ενσυναισθητικού ακροατή, του ατόμου που είναι ειδικός και ξέρει, και του ατόμου που έχει την εξουσία.

Η αποτυχία του νοσηλευτή να αναπτύξει καλή επαφή με τον άρρωστο, ευθύνεται σε ένα μεγάλο βαθμό για την αναποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καλή επαφή σημαίνει ότι ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον άρρωστο υπάρχει κατανόηση και εμπιστοσύνη. Διαφορές στην κοινωνική, διανοητική και μορφωτική κατάσταση παρεμποδίζουν σοβαρά την καλή επαφή. Η κατανόηση (ή η έλλειψή της) για τις πεποιθήσεις, τη γλώσσα και τη στάση του αρρώστου απέναντι στην αρρώστια του, επηρεάζει σημαντικά το χαρακτήρα που παίρνει η ιατρική εξέταση.

Η εκτίμηση των κοινωνικών πιεστικών παραγόντων στην παρελθούσα ζωή του αρρώστου, βοηθάει το νοσηλευτή να καταλάβει καλύτερα τον άρρωστο. Οι ψυχικές αντιδράσεις, υγιείς ή νοσηρές, είναι αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών δυνάμεων. Κάθε στρες αφήνει πίσω του ίχνη, που ανάλογα με την ένταση της επίδρασής του και την τρωστικότητα κάθε ξεχωριστού ανθρώπου, εξακολουθούν να φαίνονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Αυτά τα στρες και οι εντάσεις θα πρέπει να προσδιορίζονται με τη μεγαλύτερη δυνατή σαφήνεια . Το σημαντικό μάλιστα, μπορεί να μην είναι το στρες το ίδιο, αλλά οι αντιδράσεις του αρρώστου σε αυτό.

Η ανάπτυξη μιας αυθεντικής επαφής εξαρτάται επίσης από τη στοιχειώδη κατανόηση σύνθετων διαπροσωπικών παραγόντων, όπως είναι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση.

Η μεταβίβαση

Σαν μεταβίβαση ορίζεται γενικά το σύνολο των προσδοκιών, των πεποιθήσεων και των ψυχικών αντιδράσεων που φέρνει ένας άρρωστος στη σχέση του με το θεραπευτή του. Η μεταβίβαση δεν βασίζεται κατ' ανάγκη στο ποιός είναι και στο πως δρά ο νοσηλευτής στην πραγματικότητα, αλλά

μάλλον σε μακροχρόνιες εμπειρίες που είχε ο άρρωστος με άλλα σημαντικά πρόσωπα που είχαν κατά το παρελθόν εξουσία επάνω του.

Η αντιμεταβίβαση

Όπως ακριβώς ο άρρωστος κρατάει μια μεταβιβαστική στάση στη σχέση νοσηλευτή – αρρώστου, έτσι και οι νοσηλευτές αναπτύσσουν αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις απέναντι στους αρρώστους τους. Η αντιμεταβίβαση μπορεί να πάρει τη μορφή αρνητικών συναισθημάτων, που θα αναστασώνουν τη σχέση νοσηλευτή – αρρώστου, αλλά μπορεί επίσης να συμπεριλάβει δυσανάλογα θετικές, εξιδανικευτικές ή ακόμα και ερωτικές αντιδράσεις. Όπως ακριβώς οι άρρωστοι περιμένουν ορισμένα πράγματα από τους θεραπευτές τους – για παράδειγμα να είναι ικανοί και αντικειμενικοί, να μην τους εκμεταλλευτούν, να τους κάνουν να νιώσουν άνεση και ανακούφιση – έτσι και οι νοσηλευτές πολύ συχνά έχουν ορισμένες ασυνείδητες ή ανομολόγητες προσδοκίες από τους αρρώστους. Συνήθως οι άρρωστοι χαρακτηρίζονται σαν καλοί όταν η εκφραζόμενη βαρύτητα των συμπτωμάτων τους αναλογεί σε μια καταφανώς διαγνώσιμη βιολογική διαταραχή, όταν συμμορφώνονται και δεν αμφισβητούν τη θεραπεία, όταν είναι συναισθηματικά συγκρατημένοι και όταν είναι ευγνώμονες. Εάν αυτές οι προσδοκίες δεν ικανοποιηθούν, ακόμη και εάν είναι παράγωγα ασυνείδητων εξωπραγματικών αναγκών του νοσηλευτή, τότε μπορεί ο άρρωστος να γίνει αντικείμενο κατηγοριών και να θεωρηθεί δυσάρεστος, μη συνεργάσιμος ή κακός.

Αυτοελεγχος των αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων.

Τα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα δεν πρέπει να γίνονται πάντοτε κατανοητά αποκλειστικά με αρνητικούς όρους. Εάν αναγνωρισθούν και αναλυθούν μπορεί να βοηθήσουν το νοσηλευτή να καταλάβει καλύτερα τον άρρωστο ο οποίος διακίνησε τέτοια συναισθήματα. Για παράδειγμα, εάν ο νοσηλευτής αισθάνεται ότι πλήττει και ανυπομονεί με κάποιον συγκεκριμένο άρρωστο και είναι βέβαιος ότι η πλήξη δεν οφείλεται σε προσωπικές του έγνοιες, τότε μπορεί να εικάσει ότι ο άρρωστος μιλάει για ασήμαντα και ανάξια λόγου θέματα, προκειμένου να αποφύγει τα πραγματικά και δυνάμει ενοχλητικά ζητήματα .

Έναρξη συνέντευξης

Η συνέντευξη είναι νοσηλευτική επικοινωνία που αποβλέπει στη διατήρηση, αποκατάσταση της υγείας. Οι ιδιαίτεροι αντικειμενικοί σκοποί της συνέντευξης του νοσηλευτή με τον άρρωστο είναι

η ανάπτυξη μιας διαπροσωπικής σχέσης με τον άρρωστο που του ενισχύει το αίσθημα της αυτοαξίας και την αυτοεκτίμηση καθώς και τον βεβαιώνει για το ενδιαφέρον του νοσηλευτή να τον βοηθήσει.

- Η ενθάρρυνση της έκφρασης ιδεών, συναισθημάτων και πληροφοριών από τον άρρωστο για την αναγνώριση των αμέσων και απώτερων αναγκών υγείας του.
- Η μεταβίβαση στον άρρωστο της διάθεσης του νοσηλευτή να κατανοήσει τις ιδέες, τα συναισθήματα και τις προσωπικές του πληροφορίες, ώστε με συνεργασία να φθάσουν σε κοινή επισήμανση των αναγκών υγείας του αρρώστου.

Επιγραμματικά, οι σκοποί της νοσηλευτικής συνέντευξης είναι :

- Λήψη πληροφοριών
- Παροχή πληροφοριών
- Ενθάρρυνση της έκφρασης συναισθημάτων
- Εξακρίβωση και αποσαφήνιση αναγκών και σκοπών

Ο νοσηλευτής λειτουργεί κατά τη συνέντευξη με ολόκληρη την προσωπικότητά του, δηλαδή με το χαρακτήρα, τις αξίες, την προθυμία να βοηθήσει τον άλλον, με τη σκέψη, με το συναίσθημα και με ψυχοκινητικές ενέργειες, π.χ. γράφει, μιλά, χειρονομεί κ.λ.π. Κάθε συνέντευξη είναι μοναδική στο χρόνο που πραγματοποιείται και σχετικά με τα πρόσωπα που συνομιλούν. Υπάρχουν όμως και ορισμένες αρχές που πρέπει να ακολουθούνται. Αναφέρονται οι πιο αντιπροσωπευτικές :

- Δημιουργείστε ένα θερμό, δεκτικό κλίμα που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη, ώστε ο άρρωστος να αισθανθεί ελεύθερος να μιλήσει για θέματα που τον απασχολούν.
- Εξασφαλίστε ήσυχο ιδιαίτερο χώρο με επαρκή φωτισμό και αερισμό και άνετα καθίσματα. Φροντίστε να μην υπάρχουν περισπασμοί και διακοπές, ώστε να δοθεί απόλυτη προσοχή στη συνέντευξη.
- Αρχίστε με εξήγηση του σκοπού της συνέντευξης ότι είναι η καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με την καλύτερη γνωριμία μαζί του. Επίσης συμφωνήστε με τον άρρωστο για την διάρκεια της συνέντευξης.
- Χρησιμοποιήστε λεξιλόγιο κατανοητό από τον άρρωστο. Αποφεύγετε επιστημονικούς όρους και αφηρημένες έννοιες που δεν είναι κατανοητές στο συνομιλητή είτε λόγω του επιπέδου μόρφωσης είτε λόγω της κατάστασης της υγείας του. Μιλάτε καθαρά, αργά και συγκεκριμένα.

- Παραμερίζετε τυχόν προσχηματισμένες απόψεις και προκαταλήψεις. Μην επιβάλλετε τις προσωπικές σας αξίες στους άλλους.
- Μιλάτε όσο μπορείτε λιγότερο για να διατηρείτε τη λειτουργία της συνέντευξης. Κάνετε ερωτήσεις επίκαιρες, ανοικτές, σχετικές με την περίπτωση. Ερωτήσεις χωρίς νόημα παίρνουν απαντήσεις χωρίς νόημα. Κάνετε ερωτήσεις που αρχίζουν με : «Τι...: », Πού...; », «Ποιος...; » και «Πότε...; »για να εξασφαλίσετε αντικειμενικές πραγματικές πληροφορίες. Ερωτήσεις που βομβαρδίζουν το άτομο παράγουν αναξιόπιστες πληροφορίες. Η επιλογή της κατάλληλης ώρας για μεταβίβαση συγκεκριμένων μηνυμάτων και παροχή άνεσης χρόνου στον άρρωστο να καταλάβει το κάθε μήνυμα και να απαντήσει, είναι ουσιώδη στοιχεία της καλής νοσηλευτικής. Αν ένα θέμα συναντά αντίσταση αλλάξτε το. Να θυμάστε ότι αυτά που δεν λέει ο άρρωστος είναι εξίσου σημαντικά όπως αυτά που λέει.
- Ακούτε τον άρρωστο με προσοχή. Δείχνετε το ενδιαφέρον σας με την έκφραση του προσώπου σας και με σύντομες εκφράσεις, Παραμένετε σιωπηλός. Όταν ο άρρωστος μιλά ψάξτε να βρείτε μη λεκτικές απαντήσεις στα εξής : Τι σημαίνει αυτή η εμπειρία για τον άρρωστο; Γιατί λέχθηκε αυτό στη συγκεκριμένη στιγμή; Ποια είναι η σημασία της επανάληψης ορισμένων λέξεων, του χαμηλώματος της φωνής, της διστακτικής ή θυμωμένης ομιλίας, του θέματος που διάλεξε ο άρρωστος για συζήτηση; Ακούτε και τον συναισθηματικό τόνο, και όσα δεν συζητούνται. Μη βιάζεστε να απαντήσετε ή να κάνετε μια πρόωμη ερώτηση. Μη παρεμβαίνετε συνεχώς. Αφήνετε τον άρρωστο να ολοκληρώνει αυτό που θέλει να πει.
- Παρατηρείτε προσεκτικά τα μη λεκτικά μηνύματα για σημεία άγχους, stress, θυμού, αισθήματος μόνωσης ή ενοχής. Ανιχνεύετε τυχόν αισθήματα ψυχικής πίεσης, καλυπτόμενα από την προσπάθεια του αρρώστου να φαίνεται ήρεμος.
- Ενθαρρύνετε την ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων διότι τα συναισθήματα φέρουν μαζί τους γεγονότα. Η εξωτερίκευση άλλωστε των αισθημάτων είναι το κλειδί λύσεις πολλών ψυχολογικών δυσκολιών και ανοίγει την πόρτα σε ένα δεδομένα και μεγαλύτερη κατανόηση του αρρώστου.
- Επιδοκιμάζετε τον άρρωστο για την προσοχή και τις προσπάθειές του.
- Δείξτε πότε η συνέντευξη τελειώνει. Διαλέξτε ένα φυσικό τερματικό σημείο της συνέντευξης, π.χ. αν το πρόβλημα λύθηκε, αν οι αναγκαίες πληροφορίες λήφθηκαν. Αν το άλλο άτομο αλλάζει το θέμα, μπορείτε να πείτε : «Υπάρχει άλλη μια ερώτηση που θα ήθελα να σας κάνω...», ή « Ακόμη δύο σημεία θα ήθελα να διευκρινίσω...», ή «Πριν

τελειώσουμε, έχετε τίποτε που θέλετε να πείτε ή να ρωτήσετε; ». Προγραμματίστε μαζί με τον άρρωστο πότε θα γίνει η επόμενη συνάντησή σας.

- Γράφετε με συντομία και κρατάτε υπό εχεμύθεια τις εμπιστευτικές πληροφορίες του. Τις λέτε μόνο στα υπεύθυνα μέλη της ομάδας υγείας, αφού πρώτα ενημερώσετε τον άρρωστο τι ακριβώς και σε ποιόν θα το πείτε. Αποφεύγετε να διαβάζετε τις προσωπικές σας γνώμες και υποθέσεις ή ερμηνείες. Αν το κάνετε, πρέπει να διευκρινίσετε τι είπε ο άρρωστος και τι είναι δική σας γνώμη.
- Αξιολογείτε τη συνέντευξη. Οι νοσηλευτικοί σκοποί εκπληρώθηκαν; Αξιολογείτε και τον εαυτό σας, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά σας σε κάθε συνέντευξη.

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί, ότι η νοσηλευτική δραστηριότητα της συνέντευξης αποτελείται από μια σειρά διαδοχικών πράξεων, που εκτελεί ο νοσηλευτής για τον άρρωστο και μαζί του, με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι νοσηλευτικές πράξεις της παρατήρησης, ακρόασης, λεκτικών και μη λεκτικών εκφράσεων, ερμηνείας και καταγραφής των πληροφοριών, αποτελούν τον πυρήνα των πράξεων κατά τη συνέντευξη. Οι πράξεις αυτές είναι προγραμματισμένες, κατευθύνονται από συγκεκριμένους σκοπούς αντιμετώπισης των συγκεκριμένων αναγκών του αρρώστου και στηρίζονται σε επιστημονικές αρχές.

Συμπεριφορές που πρέπει να αποφεύγονται από τον νοσηλευτή κατά τη συνέντευξη είναι :

- Λογομαχία ή υποτίμηση ή πρόκληση του αρρώστου
- Αστήρικτος έπαινος ή ψεύτικη εφησυχασμός η του αρρώστου.
- Υποσχέσεις που δεν πρόκειται και δεν μπορούν να εκπληρωθούν.
- Ερμηνεία του προβλήματος που αναφέρει ο άρρωστος για λογαριασμό του.
- Αναφορά της ιατρικής διάγνωσης στον άρρωστο ακόμη και όταν επιμένει.
- Ερωτήσεις που αφορούν ευαίσθητες περιοχές της ζωής του αρρώστου.

Συνέργεια με τον άρρωστο όταν κατηγορεί γονείς, σύζυγο, φίλους ή συναδέλφους, ακόμη και μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού.

Συνέντευξη

Το πώς ο νοσηλευτής θα αρχίσει τη συνέντευξη, συνιστά την πρώτη ιδιαίτερα σημαντική εντύπωση που θα αποκομίσει ο άρρωστος. Ο τρόπος με τον οποίο ο νοσηλευτής ανοίγει έναν διάλογο επικοινωνίας με τον άρρωστο μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες στο πως θα προχωρήσει η υπόλοιπη συνέντευξη. Οι άρρωστοι είναι συχνά ιδιαίτερα αγχωμένοι στην πρώτη τους συνάντηση με το νοσηλευτή και αισθάνονται ευάλωτοι και φοβισμένοι. Ο νοσηλευτής που θα μπορέσει να

αποκτήσει γρήγορα επαφή με τον άρρωστο, να καθησυχάσει και να του δείξει σεβασμό, είναι σίγουρα σε καλό δρόμο, προκειμένου να γίνει εφικτή μια παραγωγική ανταλλαγή πληροφοριών. Αυτή η ανταλλαγή είναι καθοριστική για τη μορφοποίηση μιας σωστής διάγνωσης και την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατ' αρχή να βεβαιωθεί ότι ξέρει το όνομα του αρρώστου και ότι ο άρρωστος ξέρει το όνομα του νοσηλευτή. Θα πρέπει ακόμα να συστηθεί σε κάθε άτομο που είναι μαζί με τον άρρωστο. Εάν ο άρρωστος συνοδεύεται από φίλους ή συγγενείς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βεβαιωθεί κατά πόσο ο άρρωστος θέλει την παρουσία τους στη διάρκεια της πρώτης συνέντευξης. Εάν ο άρρωστος εκφράσει emphaticά την επιθυμία να είναι παρόν και άλλο στην πρώτη συνέντευξη, θα πρέπει αυτή του επιθυμία να γίνει σεβαστή, δεδομένου ότι έτσι μπορεί να αρθεί το άγχος του για τη συνέντευξη. Αυτό μπορεί επίσης να είναι το πρώτο βήμα για να κερδηθεί η εμπιστοσύνη των ανθρώπων που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του αρρώστου και οι οποίοι θα παίζουν έναν ουσιαστικό ρόλο στην αποδοχή του νοσηλευτή από τον άρρωστο και στη συμμόρφωσή του με τη θεραπεία στο μέλλον. Θα πρέπει, εντούτις, ο νοσηλευτής να προσπαθήσει να μιλήσει με τον άρρωστο κατ' ιδίαν, ώστε να βεβαιωθεί ότι ο άρρωστος είχε την ευκαιρία να πει στο νοσηλευτή κάτι, που πιθανόν δεν θέλει να πει παρουσία τρίτων.

Προϋποθέσεις επιτυχούς επικοινωνίας νοσηλευτριών ασθενούς.

Κατά τις πρώτες μέρες στο νοσοκομείο, ο ασθενής βρίσκεται μεταξύ ξένων και όπως είναι φυσικό αισθάνεται ανασφάλεια και δυσπιστία.

Ο ασθενής έχει ανάγκη από την ευκαιρία να επικοινωνήσει με άλλους ανθρώπους οι οποίοι ειλικρινά ενδιαφέρονται για τα προβλήματά του και τον φροντίζουν. Το προσωπικό ενδιαφέρον που η νοσηλεύτρια δείχνει στον ασθενή δίνει την ευκαιρία για επικοινωνία. Η νοσηλεύτρια που παραλαμβάνει τον ασθενή, που ασχολείται με τα πράγματά του, τα ρούχα του, που τον ξεναγεί στο τμήμα και που έχει συναντήσει και μιλήσει με τους συγγενείς του κατά την πρώτη ημέρα, είναι συν για εκείνη στην οποία ο ασθενής αισθάνεται περισσότερη εμπιστοσύνη, γεγονός ότι η νοσηλεύτρια δείχνει ενδιαφέρον για την καθημερινή ζωή του ασθενούς τον ενθαρρύνει να πιστεύει ότι παίρνει ζεστά καθετί που τον αφορά.

Ο ασθενής μπορεί συνήθως να κρίνει εάν η νοσηλεύτρια ευχαριστιέται να περνά μαζί του τον καιρό της, ή εάν απλώς και μόνο το κάνει από αίσθηση καθήκοντος. Κάθε ένδειξη ανυπομονησίας, κοιτάγματος του ρολογιού εύκολα ανακαλύπτεται. Οι ασθενείς θυμούνται συνήθως πιο εύκολα από ότι η νοσηλεύτρια τι συζήτησαν την τελευταία φορά. Εάν η νοσηλεύτρια ξεχνά ερμηνεύεται σαν ένα καθαρό δείγμα ότι δεν την ενδιαφέρει το θέμα και αυτό μπορεί να είναι απογοητευτικό ή ακόμη και υβριστικό για τον ασθενή. Αντίθετα το να αναφερθεί πάλι σε κάτι που ο ασθενής ανέφερε την

τελευταία φορά, ή το να τον ρωτήσει για τις δραστηριότητές του όταν εκείνη είχε ρεπό, δείχνει ενδιαφέρον.

Ο ασθενής όχι μόνο κρίνει τη συμπεριφορά της νοσηλεύτριας προς αυτόν προσεκτικά, αλλά ενδιαφέρεται ακόμη για την συμπεριφορά της προς τους άλλους. Είναι παρηγορητικό να βλέπει την νοσηλεύτρια να ασχολείται σωστά και ευγενικά με κάποιον σοβαρά προβληματικό ασθενή και είναι τελείως δυσάρεστο να τη βλέπει να αγνοεί κάποιον που έχει ανάγκη βοήθειας, ή να ασχολείται βιαστικά με κάποιον άλλον. Κάθε ασθενής πιστεύει ότι η αγωγή που γίνεται σε κάποιον άλλον μπορεί εύκολα να γίνει και στον ίδιο.

Ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού πρέπει να αναπτυχθεί για να μπορεί ο ασθενής να αισθάνεται αρκετά ασφαλής και να επικοινωνήσει με την νοσηλεύτρια. Αυτό δεν είναι καθόλου εύκολο, γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικά ασθενών δεν συνηθίζουν να εμπιστεύονται άλλα πρόσωπα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει πρωταρχικά να αποδείξει στον ασθενή ότι μπορεί να την εμπιστευτεί. Η προσπάθειά της αυτή φέρνει πολλές φορές την ίδια σε δίλημμα. Για να καρποφορήσει απαιτούνται χρόνος, υπομονή, γνώσεις και επιδεξιότητα.

Στα πρώτα στάδια η συζήτηση με τον ασθενή σπάνια αγγίζει προσωπικά προβλήματα. Μόνο λίγοι ασθενείς είναι ικανοί να συζητούν σοβαρά με την νοσηλεύτρια μόλις γίνει η πρώτη προσέγγιση. Οι περισσότεροι έχουν ανάγκη από συζήτηση ουδέτερων θεμάτων πριν φθάσουν σε ουσιαστικά θέματα. Οτιδήποτε ενδιαφέρει τον ασθενή είναι ένα καλό σημείο για αρχή, π.χ. τα ρούχα, τα σπορ, η απασχόλησή του, το ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα, το περιεχόμενο της εφημερίδας.

Ποτέ η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να κάνει κατευθείαν ερωτήσεις ή να φαίνεται ότι τον κατασκοπεύει. Πολλές συζητήσεις που έχουν φαινομενικά ουδέτερο θέμα ανακαλύπτουν τις βασικές πεποιθήσεις του ασθενούς σε μια πολύ πλατιά ακτίνα εμπειριών ή και μερικές ειδικές δυσκολίες του π.χ. η συζήτηση που αρχίζει με θέμα το σπίτι του ασθενούς μπορεί να παραμείνει τελείως ουδέτερη και εν τούτοις να βοηθήσει την νοσηλεύτρια να μάθει το περιβάλλον του τη στάση του προς τους γείτονές του της ανώτερης ή της κατώτερης κοινωνικής τάξης, τις απόψεις του για τα μπαρ, τον κινηματογράφο, τις λέσχες της γειτονιάς, το σχολείο και τη συμπεριφορά των μαθητών ή το ποσό συχνά τον επισκέπτεται η μητέρα του που μένει στο διπλανό διαμέρισμα.

Η θεραπευτική δυναμικότητα της νοσηλεύτριας μπορεί αρκετά να αυξηθεί αν από μέρους της γίνει μια συνειδητή προσπάθεια να θέσει το σκοπό της επικοινωνίας με τον ασθενή προτού αρχίσει τη συζήτηση. Ο καθορισμένος σκοπός θα βοηθήσει σαν οδηγός στη σωστή προσέγγιση κατά τη διάρκεια της συζητήσεως και στον τρόπο με τον οποίο θα τερματιστεί.

Ένας γενικός κανόνας, που πρέπει να ληφθεί υπόψη όταν η νοσηλεύτρια ομιλεί με τον ασθενή, είναι να τον ενθαρρύνει να κατευθύνει εκείνος τη συζήτηση. Παρ' όλα που μπορεί η νοσηλεύτρια να αρχίσει τη συζήτηση και να την κρατά ζωνή, αυτή θα πρέπει να είναι στραμμένη στα ενδιαφέροντα και στις έννοιες του ασθενούς.

Η ακρόαση συνεπάγεται σιωπή, αλλά όχι παθητικότητα. Ο ακροατής μπορεί και πρέπει να είναι ενεργητικός, ξύπνιος και με ενδιαφέρον παρ' ότι μπορεί να λέει λίγες κουβέντες. Η νοσηλεύτρια δείχνει το ειλικρινές ενδιαφέρον της με έκφραση του προσώπου της, τον τρόπο με τον οποίο σαν ακροατής βλέπει τον ομιλητή – ασθενή και με το θάρρος που του δίνει.

Ενθαρρυντικά σήματα και νεύματα είναι συχνά αρκετά για να συνεχίσει ο ασθενής να συζητάει. Μερικές φορές είναι απαραίτητο να του πει κάτι περισσότερο, «συνέχισε» «ναι, και μετά» «πες μου περισσότερα» ή «θα μου άρεσε να ακούσω περισσότερα σχετικά μ' αυτό το θέμα». Το να παραδεχθεί ότι αυτό που λέει ο ασθενής είναι ενδιαφέρον και σημαντικό, τον βοηθά να συνεχίσει.

Όταν ο ασθενής συζητάει δεν πρέπει να βλέπει στο πρόσωπό της νοσηλεύτριας σημεία παραδοχής ή αποδοκιμασίας. Ούτε η παραδοχή. Ούτε η αποδοκιμασία βοηθούν. Αν η νοσηλεύτρια επιδοκιμάζει υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ότι αργά ή γρήγορα θα αποδοκιμάσει. Γι' αυτό ο ασθενής μπορεί να επιχειρεί συνεχώς να εξακριβώσει κατά πόσο κάθε στιγμή μπορεί να έλθει κάποια δυσαρέσκεια και μπορεί στην πραγματικότητα να προσπαθεί να προκαλέσει την νοσηλεύτρια να θυμώσει ή να διαφωνήσει.

Σε κάθε περίπτωση που η νοσηλεύτρια δεν μπορεί να ακολουθήσει τον ειρμό των περιστατικών, που διηγείται ο ασθενής είναι καλύτερα να ζητήσει απ' αυτόν να επαναλάβει το μέρος, που δεν κατάλαβε απ' την αρχή χρησιμοποιώντας ερωτήσεις, όπως «μπορείς να επαναλάβεις την τελευταία πρόταση για μένα;» «Δεν πιστεύω ότι το έχω καταλάβει καλά».

Θα ήταν καλό για τον ασθενή αν η νοσηλεύτρια τον βοηθούσε να δει κάποιο πρόβλημά του από κοντά, να το εξετάσει από περισσότερες πλευρές και να εκφράσει τη γνώμη του πιο καθαρά. Η ενδοσκόπηση δεν γίνεται με το να ρωτά η νοσηλεύτρια «γιατί». Ο ασθενής θα φτάσει να ανακαλύψει το «γιατί» αν η νοσηλεύτρια τον βοηθήσει να εξερευνήσει το «πότε», «που», «πως», «πόσο καιρό», «τι άλλο», «με ποιον». Για να βοηθήσει τον ασθενή να ελέγχει τα συναισθήματά του είναι κάποτε χρήσιμο να δείξει η νοσηλεύτρια πως εκείνη βλέπει την κατάσταση. Σπάνια είναι χρήσιμο να δώσει συμβουλή. Σκοπός είναι να βοηθήσει τον ασθενή να πάρει ο ίδιος απόφαση να αναλάβει την ευθύνη για την πράξη του. Μια συμβουλή που δίνεται χωρίς να ληφθούν υπόψη όλοι οι σχετικοί παράγοντες είναι άχρηστη και μια συμβουλή αμφιταλαντευόμενη υπονομεύει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τη νοσηλεύτρια και μεγαλώνει τις δυσκολίες του.

Στην επικοινωνία της με τον ασθενή η νοσηλεύτρια μπορεί να χρησιμοποιήσει περιόδους σιωπής. Συχνά ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι πιέζεται, για να βρει λόγια που να διατηρούν

αμείωτο το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας. Λέγοντας στον ασθενή με λόγια και ακόμη περισσότερα χωρίς λόγια, ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλάει, μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του. Το μήνυμα που η νοσηλεύτρια προσπαθεί να στείλει είναι : «Είσαι ένα πρόσωπο με αξία. Όταν θα είσαι έτοιμος να μιλήσεις θα είμαι εδώ. Τα λόγια δεν είναι ο μόνος τρόπος επικοινωνίας ».

Παρ' ότι η σωστή χρήση της σιωπής έχει μεγάλη θεραπευτική αξία συχνά προκαλεί άγχος στην νοσηλεύτρια και στον ασθενή, ιδιαίτερα όταν συνεχίζεται για πολύ χρόνο. Η σιωπή μπορεί να είναι δυσάρεστη, αλλά η νοσηλεύτρια πρέπει να μάθει να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή χωρίς να κάνει τίποτε. Γιατί αν κάποιος προσπαθεί να κάνει μια επιπόλαια συζήτηση, ή κινείται νευρικά, ή προσπαθεί να ενθαρρύνει τον ασθενή να κάνει κάτι, μπορεί να τον κάνει περισσότερο νευρικό. Αντίθετα ήσυχη, αναπαυτική, σιωπηλή παρέα μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει ότι η επαφή με τους ανθρώπους παρέχει ασφάλεια. Δεν είναι πάντα εύκολο να ξέρεις κατά πόσο η επαφή μπορεί να είναι ευεργετική για τον ασθενή.

Κάποια στιγμή η επαφή νοσηλεύτριας και ασθενούς πρέπει να φθάσει στο τέλος της. Καλό είναι η νοσηλεύτρια να ενημερώνει εκ των προτέρων τον ασθενή για τον χρόνο επαφής, εκτός βέβαια, αν και οι δύο ξέρουν πόσος χρόνος είναι διαθέσιμος. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι πολύ προσεκτική στο πως θα διακόψει την συνομιλία. «Μ' ενδιαφέρει πολύ αυτό που λέτε και ελπίζω ότι θα μπορέσουμε να συνεχίσουμε μια άλλη φορά, γιατί αυτή τη στιγμή με περιμένουν κάποια άλλα καθήκοντα» είναι μια ωραία λύση.

Η βάση όλων των σχέσεων προς βοήθεια του ασθενούς είναι η αποδοχή. Αποδοχή σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια βλέπει τον ασθενή σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο και όχι σαν μια διαγνωστική οντότητα, ή σαν ένα σύνολο ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Η νοσηλεύτρια δείχνει ότι αποδέχεται τον ασθενή καλώντας τον με το όνομά του και αναγνωρίζοντας ότι και αυτός έχει τα ίδια βασικά προσωπικά δικαιώματα όπως και εκείνη. Αποδοχή σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια προσπαθεί να κατανοήσει την έννοια και τη σημασία της συμπεριφοράς του ασθενούς . Του επιτρέπει να της εκφράσει τα αισθήματά το, θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο μπορεί να ανακουφιστεί από την συναισθηματική του ένσταση και πίεση. Αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά του είναι εκδήλωση της ασθένειάς του και ότι οι παρατηρήσεις και οι συστάσεις του μπορεί να μην απευθύνονται σε αυτήν προσωπικά.

Όλοι οι ψυχικά ασθενείς δοκιμάζουν ότι χάνουν την εκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους . Η παραδοχή του ασθενούς σαν μια σπουδαία ανθρώπινη ύπαρξη, η ευγενής έκφραση ενδιαφέροντος για αυτόν, η ακρόαση με κατανόηση για τα αισθήματά του, είναι όλα τρόποι που τον βοηθούν να αισθάνεται ότι αξίζει, ότι είναι σπουδαίος και επιθυμητός.

Όλες οι επαφές μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς δεν επηρεάζουν την πορεία του δεύτερου. Πολλές επαφές μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς απλώς και μόνο κάνουν την διαμονή του πιο

ενδιαφέρουσα, ελαττώνουν τη βαριεστημάρα ή του μεταδίδουν μια αίσθηση φροντίδας και ενδιαφέροντος για την ευτυχία του. Μερικές επαφές ωστόσο επιφέρουν σημαντικές εξελίξεις στην θεραπεία του ασθενούς. Αυτές δημιουργούνται από την ευαίσθητη εκτίμηση της διάθεσης, της προκατάληψης και σκέψης του ασθενούς, που δημιουργήθηκε κατά τη συνηθισμένη επαφή της νοσηλεύτριας με αυτόν. Εάν δεν υπάρχουν συχνές επαφές η πιθανότητα για παρατεταμένη επαφή θα χαθεί.

Η επικοινωνία θα επιτύχει το σκοπό της σαν μέρος του όλου θεραπευτικού προγράμματος – όταν έχει σαν αποτέλεσμα το να αποκτήσει ο ασθενής εμπιστοσύνη στον εαυτό του.

Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές που εμποδίζουν την θετική και οικοδομητική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον άρρωστο και την οικογένειά του σε οποιαδήποτε νοσηλευτική περίσταση, επομένως πρέπει να αποφεύγονται συστηματικά.

- Μεταβίβαση από τον νοσηλευτή στον άρρωστο συναισθημάτων άγχους, θυμού, κριτικής, αρνητισμού, μόνωσης, έλλειψης αυτοέλεγχου ή έλλειψης σωματικής ή ψυχικής υγείας. Επιδρούν αρνητικά στον άρρωστο και προκαλούν την απόσυρσή του από την επικοινωνία.
- Δημιουργία εκτύπωσης ότι ο νοσηλευτής είναι πολύ απασχολημένος, δεν έχει χρόνο να ακούσει τον άρρωστο, δεν δίνει επαρκεί χρόνο για μια απάντηση ή φαινομενικά δεν θέλει να ακούσει, περιορίζει την επικοινωνία σε επιφανειακά θέματα ή και τη διακόπτει.
- Χρησιμοποίηση ακατάλληλου λεξιλογίου, π.χ. αφηρημένων και ακατανόητων όρων, η πολυλογία του νοσηλευτή, η χρήση μεγάλων προτάσεων και λέξεων εκτός θέματος, μπορεί να ερμηνευθούν από τον άρρωστο ως απροθυμία για επικοινωνία.
- Παροχή άσχετων πληροφοριών, η πρόωγη ερμηνεία των λεγομένων του αρρώστου, η αναφορά σπουδαίων πραγμάτων όταν ο άρρωστος είναι εκνευρισμένος και δεν αισθάνεται καλά και συνεπώς ανίκανος να ακούσει ότι λέγεται, όλα αυτά προκαλούν άγχος και παρεμποδίζουν τη λύση του προβλήματος εκ μέρους του αρρώστου.
- Εντυπωσιακές εκφράσεις με ανεδαφική καθησύχαση του αρρώστου ότι όλα θα πάνε καλά και δεν πρέπει να ανησυχεί για τίποτε. Αυτές εκλαμβάνονται ως έλλειψη κατανόησης ή ως υποτίμηση των προσωπικών συναισθημάτων και προβλημάτων του αρρώστου, οπότε αποθαρρύνεται η αυτό έκφρασή του.
- Αυτόματες βιαστικές απαντήσεις, προβολή προσωπικών γνώμων, υπερβολική επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία, συμφωνία ή διαφωνία με τον άρρωστο ή απόρριψη των ιδεών ή της

συμπεριφοράς του. Όλα αυτά αυξάνουν τη μόνωση και αποξένωση, ακόμη και τα νοσηρά συμπτώματα και αποθαρρύνουν τον άρρωστο να ζητήσει βοήθεια για να μη συναντήσει αποδοκιμασία, διαφωνία ή απόρριψη.

- Συχνές συμβουλές και οδηγίες, λέγοντας στον άρρωστο τι να κάνει ή διήγηση προσωπικών εμπειριών ή έκφραση γνώμων και κρίσεων. Αυτά διατηρούν τον άρρωστο εξαρτημένο από τον νοσηλευτή και τον κάνουν να αισθάνεται ανίκανος για αυτό κατεύθυνση.
- Προκλητικές, επίμονες, άκυρες ερωτήσεις. Αναγκάζουν τον άρρωστο να αμύνεται ή να προστατεύει τον εαυτό του δίδοντας όχι ειλικρινείς και ακριβείς απαντήσεις..
- Απαίτηση εξηγήσεων και αποδείξεων και μάλιστα για θέματα συναισθηματικά φορτισμένα με ερωτήσεις που αρχίζουν με το : γιατί; ωθούν τον άρρωστο να επινοήσει λόγους και αιτίες και ελλιπείς απαντήσεις κι ακόμη μπορούν να τον αναγκάσουν σε εκλογικεύσεις και επέκταση των ψευδαισθήσεών του.
- Υποτίμηση των συναισθημάτων του αρρώστου λέγοντας ότι πολλοί άλλοι αισθάνονται έτσι. Ερμηνεύονται από τον άρρωστο σαν έλλειψη κατανόησης και δεν του προσφέρει οικοδομητική βοήθεια.
- Ερμηνεία της συμπεριφοράς του αρρώστου με αναλυτικές έννοιες της συμπεριφοράς. Μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος , αρνητισμό ή απόσυρση και δείχνει, ότι ο νοσηλευτής δεν έχει εμπιστοσύνη στην ικανότητα του αρρώστου να κατανοήσει και αντιμετωπίσει τα προσωπικά προβλήματα.
- Άρνηση ή μη παραδοχή ότι ο άρρωστος έχει κάποιο πρόβλημα.
- Διακοπή ή απότομη αλλαγή του θέματος που συζητείται με τον άρρωστο. Ανακόπτει τη ροή των ιδεών και τον αυθορμητισμό του αρρώστου και μπορεί να τον κάνει συγχυτικό, οπότε και οι πληροφορίες που δίνει μπορεί να μην είναι έγκυρες και γίνεται ανίκανος να ωφεληθεί από τη διδασκαλία ή άλλη βοήθεια που του παρέχεται.
- Έντονη υπεράσπιση κάποιου από το προσωπικό, τον οποίο κατηγορεί ο άρρωστος. Δείχνει άρνηση των συναισθημάτων και εμπειριών του.

Οι Εναρκτήριες Ερωτήσεις

Μετά τις συστάσεις και τις αρχικές εκτιμήσεις, ένας χρήσιμος και κατάλληλος τρόπος για να ανοίξει κανείς τη συζήτηση είναι: « πείτε μου για τα προβλήματα που έχετε». Συχνά, προκειμένου να δοθούν πληροφορίες που ο άρρωστος είναι στην αρχή απρόθυμος να δώσει, πρέπει την πρώτη ερώτηση να την ακολουθήσει μια δεύτερη, τύπου: «τι άλλο;». Μια τέτοια ερώτηση βοηθάει επίσης

να γίνει κατανοητό ότι ο νοσηλευτής είναι πρόθυμος να ακούσει όλα όσα θέλει να του πει ο άρρωστος.

Οι περισσότεροι άρρωστοι δεν μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα, εάν δεν βρεθούν μόνοι με το νοσηλευτή και εάν δεν είναι βέβαιοι ότι αποκλείεται κανείς να κρυφακούσει τη συζήτηση. Ο νοσηλευτής, ο οποίος διαβεβαιώνει από την αρχή της συνέντευξης ότι παράγοντες, όπως η ιδιωτικότητα, η ησυχία και η απουσία παρενοχλήσεων, έχουν εξασφαλισθεί, δίνει ταυτόχρονα στον άρρωστο την εντύπωση ότι θεωρηθεί σημαντικά και άξια προσοχής τα λεγόμενά του.

Ένας άρρωστος μπορεί να είναι φοβισμένος ή αμυντικός στην αρχή της συνέντευξης και μπορεί να μην θέλει να απαντήσει στις ερωτήσεις. Σε μια τέτοια περίπτωση, μπορεί να βοηθήσει το νοσηλευτή το να κάνει επ' αυτού, με ευγενικό και υποστηρικτικό τρόπο.

Τεχνικές ερωτήσεων

Οι περισσότεροι ειδικοί επάνω στα θέματα της συνέντευξης συμφωνούν ότι η ιδεώδης συνέντευξη είναι αυτή κατά την οποία ο συνεντευκτής αρχίζει με ευρείες ανοιχτές ερωτήσεις, συνεχίζει με πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις και κλείνει κάνοντας άμεσες ερωτήσεις επάνω σε λεπτομερή θέματα. Το πρώτο τμήμα της συνέντευξης είναι γενικά πιο ανοικτό: ο νοσηλευτής επιτρέπει στον άρρωστο να μιλήσει όσο το δυνατόν περισσότερο, με δικά του λόγια. Κλειστές ή καθοδηγητικές ερωτήσεις είναι αυτές κατά τις οποίες ζητούνται ειδικές πληροφορίες και στις οποίες δεν επιτρέπεται στον άρρωστο να απαντήσει με πολλούς τρόπους. Πολλές κλειστές ερωτήσεις ειδικά στο πρώτο τμήμα της συνέντευξης, μπορεί να οδηγήσουν σε περιστολή των απαντήσεων του αρρώστου. Μερικές φορές οι καθοδηγητικές ερωτήσεις είναι αναγκαίες προκειμένου να συλλεχθούν απαραίτητα στοιχεία, αλλά αν χρησιμοποιούνται πολύ συχνά, μπορεί ο άρρωστος να νομίσει ότι οι πληροφορίες πρέπει να δίνονται μόνο σαν απάντηση σε άμεσες ερωτήσεις του νοσηλευτή. Οι κλειστές ερωτήσεις, εντούτοις, μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην απόσπαση ειδικών και γρήγορων απαντήσεων επάνω σε ένα σαφώς καθορισμένο θέμα. Οι κλειστές ερωτήσεις έχει δειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές στην απόσπαση πληροφοριών σχετικά με την απουσία ορισμένων συμπτωμάτων (για παράδειγμα, ακουστικών ψευδαισθήσεων ή αυτοκτονικού ιδεασμού). Οι κλειστές ερωτήσεις έχουν βρεθεί αποτελεσματικές στην εκτίμηση παραγόντων, όπως είναι η συχνότητα, η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων.

Η ανάκλαση

Σε αυτήν την τεχνική, ο νοσηλευτής επαναλαμβάνει με υποστηρικτικό τρόπο κάτι που είπε ο άρρωστος. Ο σκοπός της ανάκλασης είναι διττός: να βεβαιωθεί ο νοσηλευτής ότι κατάλαβε καλά αυτό που προσπαθεί να του πει ο άρρωστος και να δώσει στον άρρωστο να καταλάβει ότι ο

νοσηλευτής αντιλαμβάνεται αυτά που λέγονται. Είναι μια εναισθητική απάντηση, που αποσκοπεί στο να επιτρέψει στον άρρωστο να καταλάβει ότι ο νοσηλευτής και ακούει και κατανοεί τις ανησυχίες του. Για παράδειγμα, ο άρρωστος λέει ότι φοβάται ότι θα πεθάνει και ότι δυσκολεύεται να μιλήσει γι' αυτούς τους φόβους στην οικογένειά του. Ο νοσηλευτής θα μπορούσε να πει: «Φαίνεται ότι ανησυχείτε μην τυχόν γίνετε βάρος στην οικογένειά σας». Αυτή η ανάκλαση δεν είναι μια ακριβής επανάληψη αυτών που είτε ο άρρωστος, αλλά μάλλον μια παράφραση, που δείχνει ότι ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται αυτά που προσπαθεί να του πει ο άρρωστος.

Η διευκόλυνση

Ο νοσηλευτής βοηθάει τον άρρωστο να συνεχίσει τη συνέντευξη κάνοντας λεκτικούς και εξωλεκτικούς υπαινιγμούς, που τον ενθαρρύνουν να συνεχίσει να μιλάει. Παραδείγματα διευκόλυνσης είναι τα νεύματα με το κεφάλι, η ελαφριά κάμψη του σώματος προς τον άρρωστο, οι φράσεις « ναι.....και μετά ;» ή «Μμμ...συνεχίστε».

Η σιωπή

Η σιωπή μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις συνήθειες συζητήσεις με πολλούς τρόπους, ακόμη και για να δείξει αποδοκιμασία ή έλλειψη ενδιαφέροντος. Στη σχέση νοσηλευτή – αρρώστου, εντούτοις, η σιωπή μπορεί να είναι σε ορισμένες περιπτώσεις επικοινωνιακή: να δώσει δηλαδή στον άρρωστο την ευκαιρία να σκεφθεί σε ένα δεκτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον, όπου είναι σαφές ότι δεν πρέπει απαραίτητα κάθε στιγμή να είναι κατάφορτη από λόγια.

Η αντιπαράθεση

Αυτή η τεχνική αποσκοπεί στο να υποδείξει ο νοσηλευτής στον άρρωστο ότι ο τελευταίος κάτι δεν προσέχει, παραλείπει ή κατά κάποιο τρόπο αρνείται. Η αντιπαράθεση πρέπει να γίνεται με επιδέξιο τρόπο, έτσι που να μην ωθηθεί ο άρρωστος να γίνει εχθρικός ή αμυντικός. Η αντιπαράθεση αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει αυτό που πρέπει να αντιμετωπισθεί, αλλά και σεβασμό. Για παράδειγμα, ένας άρρωστος, ο οποίος έχει μόλις πραγματοποιήσει μια χειριστική απόπειρα αυτοκτονίας και λέει στο νοσηλευτή ότι δεν πρόκειται για τίποτα σοβαρό, μπορεί να αντιπαρατεθεί με τι φράση: «Αυτό που κάνατε μπορεί να μην σας σκότωσε, αλλά μου λέει ότι αυτή τη στιγμή έχετε σοβαρά προβλήματα και ότι χρειάζεται βοήθεια για να μην ξανασυμβεί ».

Η διασαφήνιση

Εδώ ο νοσηλευτής επιχειρεί να πάρει περισσότερες πληροφορίες από τον άρρωστο, σχετικά με κάτι που ο άρρωστος έχει ήδη πει. «Μου λέτε ότι αισθάνεστε κατάθλιψη. Πότε αισθάνεστε βαρύτερο αυτό το συναίσθημα ;»

Η ερμηνεία.

Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται συνήθως όταν ο νοσηλευτής δηλώνει κάτι γύρω από τη συμπεριφορά ή στις σκέψεις του αρρώστου, που ο ίδιος ο άρρωστος πιθανόν δεν ξέρει. Η ερμηνεία είναι το επακόλουθο προσεκτικής παρακολούθησης των θεμάτων και των τρόπων που λανθάνουν στην αφήγηση του αρρώστου. Οι ερμηνείες βοηθούν συνήθως στη διασαφήνιση των συσχετισμών, που ο άρρωστος πιθανόν δεν βλέπει. Αυτή η τεχνική είναι περίπλοκη και πρέπει γενικά να χρησιμοποιείται μόνον όταν ο νοσηλευτής έχει εδραιώσει κάποια επαφή με τον άρρωστο και μόνον όταν έχει μια σχετικά σαφή ιδέα για το ποιος είναι ο συσχετισμός. Ένα παράδειγμα είναι το εξής: «Λέτε πόσο θυμωμένος είσαστε που η οικογένεια σας δεν σας έχει στηρίξει. Νομίζω ότι μου λέτε επίσης, πόσο ανησυχείτε μην τυχόν δεν σας στηρίξω και εγώ. Τι νομίζετε;».

Η σύνοψη

Κατά καιρούς, στη διάρκεια της συνέντευξης, ο νοσηλευτής μπορεί να διακόπτει προκειμένου να ανακεφαλαιώσει ότι έχει πει μέχρι στιγμής ο άρρωστος. Έτσι βεβαιώνονται και ο νοσηλευτής και ο άρρωστος, ότι αυτά που άκουσε ο νοσηλευτής είναι τα ίδια με αυτά που είπε ο άρρωστος: «Θα ήθελα να βεβαιωθώ ότι έχω καταλάβει καλά αυτά που μου είπατε μέχρι τώρα...»

Η εξήγηση

Ο νοσηλευτής εξηγεί το θεραπευτικό σχέδιο σε απλή και εύκολα κατανοητή γλώσσα και δίνει τη δυνατότητα στον άρρωστο να απαντήσει και να κάνει ερωτήσεις. «Ήρθατε στο νοσοκομείο λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής σας και θα εισαχθείτε το βράδυ από το τμήμα επειγόντων. Εγώ θα είμαι εκεί για να τακτοποιήσω όλα τα διαδικαστικά. Θα σας δώσω ένα φάρμακο σε μικρή δόση που θα σας φέρει ύπνο. Το φάρμακο λέγεται Halcion και η δόση θα είναι 0,125mg. Θα σας δω πάλι νωρίς αύριο το πρωί, για να κάνουμε αυτά που χρειάζονται πριν προχωρήσουμε...κ.λ.π. κ.λ.π. Φαντάζομαι πως υπάρχουν πράγματα που θα θέλατε να ρωτήσετε».

Η μετάβαση

Η τεχνική αυτή επιτρέπει στο νοσηλευτή να δώσει στον άρρωστο να καταλάβει ότι έχουν λεχθεί αρκετά πράγματα για ένα θέμα και τον ενθαρρύνει να συνεχίσει σε κάποιο άλλο. Για παράδειγμα:

«Με βοηθήσατε να καταλάβω καλά αυτή την περίοδο της ζωής σας. Θα ήθελα τώρα, να μου λέγατε κάτι παραπάνω για τις ακόμη παλαιότερες περιόδους της».

Οι αποκαλύψεις προσωπικών στοιχείων

Σε ορισμένες περιπτώσεις ίσως να χρειαστεί να αποκαλύψει ο νοσηλευτής, με διακριτικό βέβαια και οριοθετημένο τρόπο, προσωπικά του στοιχεία. Είναι σημαντικό να αισθάνεται ο νοσηλευτής φυσικός και να μεταδίδει μια αίσθηση άνεσης. Η μετάδοση αυτής της αίσθησης μπορεί να συνεπάγεται και απαντήσεις σε ερωτήσεις του αρρώστου σχετικές με το αν ο νοσηλευτής είναι παντρεμένος ή όχι, ή σχετικές με τον τόπο καταγωγής του. Ο νοσηλευτής, εντούτοις, που υπερβάλλει στις αποκαλύψεις προσωπικών του στοιχείων, καταχράται του νοσηλευτικού του ρόλου και χρησιμοποιεί τον άρρωστο προκειμένου να ικανοποιήσει συγκεκριμένες ανεκπλήρωτες ανάγκες της προσωπικής του ζωής. Εάν ο νοσηλευτής αισθάνεται ότι ορισμένα στοιχεία θα βοηθήσουν τον άρρωστο να αισθανθεί πιο άνετα, μπορεί να αποφασίσει ανάλογα με την περίπτωση, εάν θα μιλήσει ή όχι γι' αυτά. Αυτό εξαρτάται από το εάν οι πληροφορίες που θα δοθούν, θα βοηθήσουν στη θεραπεία του αρρώστου ή θα αποδειχθούν άχρηστες. Ακόμη όμως και εάν αποφασίσει ο νοσηλευτής ότι η αποκάλυψη προσωπικών του στοιχείων δεν είναι απαραίτητη, θα πρέπει να είναι προσεκτικός, έτσι που να μην ντραπεί ο άρρωστος για την ερώτηση που έκανε:

«Δεν είμαι βέβαιος εάν αυτό που πραγματικά με ρωτάτε είναι το εάν είμαι παντρεμένος. Θα ήθελα να μου πείτε περισσότερο γι' αυτό, ώστε να καταλάβω γιατί αυτή η πληροφορία είναι σημαντική για σας. Ίσως η ερώτησή σας να έχει να κάνει περισσότερο με κάποια ανησυχία σας, για το πόσο αποφασισμένος θα είμαι να αφοσιωθώ στη θεραπεία σας » ή «παντρεμένος είμαι, αλλά πείτε μου γιατί έχει σημασία για σας να το ξέρετε. Εάν το συζητήσουμε θα έχω περισσότερες πληροφορίες για σας και για το ποιες είναι οι ανησυχίες σας σχετικά με μένα και σχετικά με τη συμμετοχή μου στη θεραπεία σας». Ή ίσως το σημαντικότερο σημείο σε αυτή την περίπτωση, είναι το να μην παίρνει κανείς τις ερωτήσεις των αρρώστων τοις μετρητοίς. Πολλές ερωτήσεις, ειδικά οι προσωπικές, εκτός από το να δηλώνουν μια φυσιολογική περιέργεια για το ποιος είναι ο νοσηλευτής, συχνά περιέχουν κρυμμένες ανησυχίες, οι οποίες δεν πρέπει να παραγνωριστούν.

Η θετική ενίσχυση

Η τεχνική αυτή δίνει τη δυνατότητα στον άρρωστο να μιλήσει με άνεση για οτιδήποτε, ακόμη και για πράγματα όπως η μη συμμόρφωση με την θεραπεία. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον άρρωστο να αισθανθεί ότι ο νοσηλευτής δεν θα θυμώσει με οτιδήποτε και αν του πει, διευκολύνοντας έτσι μια ανοιχτή συναλλαγή: «Εκτιμώ το γεγονός ότι μου λέτε ότι σταματήσατε τα φάρμακα. Θα μπορούσατε να μου πείτε τι πρόβλημα υπάρχει με τα φάρμακα ; Όσα περισσότερα ξέρω για το τι

σας συμβαίνει, τόσο περισσότερο θα μπορέσω να σας βοηθήσω να αισθανθείτε καλύτερα με την θεραπεία σας ».

Η καθυσύχαση

Η ειλικρινής καθυσύχαση του αρρώστου από το νοσηλευτή μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της εμπιστοσύνης και της συμμόρφωσης του αρρώστου. Ο άρρωστος θα αισθανθεί ότι ο νοσηλευτής τον καταλαβαίνει και ότι τον νοιάζεται. Η ψευδής καθυσύχαση από την άλλη μεριά, σημαίνει στην ουσία ότι ο νοσηλευτής ψεύδεται έναντι του αρρώστου και αυτό μπορεί να μειώσει σοβαρά την εμπιστοσύνη και τη συμμόρφωση του τελευταίου. Η ψευδής καθυσύχαση δίνεται συχνά εξαιτίας της επιθυμίας να αισθανθεί ο άρρωστος καλύτερα, αλλά από τη στιγμή που ο άρρωστος θα καταλάβει ότι ο νοσηλευτής δεν του λέει την αλήθεια είναι μάλλον απίθανο να δεχτεί ή να πιστέψει ακόμη και την ειλικρινή καθυσύχαση.

Η συμβουλή

Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου το να συμβουλέψει ο νοσηλευτής τον άρρωστο δεν είναι μόνο αποδεκτό, αλλά και επιθυμητό. Προκειμένου να είναι ο νοσηλευτής αποτελεσματικός και προκειμένου να τον νιώσει ο άρρωστος ενσυναισθητικό και όχι παρεμβατικό ή απρόσφορο, η συμβουλή πρέπει να δίνεται αφού έχει επιτραπεί στον άρρωστο να μιλήσει ελεύθερα, οποιοδήποτε και να είναι το πρόβλημα του, έτσι που η οποιαδήποτε παρέμβαση του νοσηλευτή να στηρίζεται επάνω σε επαρκή στοιχεία. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου μετά από προσεκτική παρακολούθηση των λεγομένων του αρρώστου, γίνεται φανερό ότι ο άρρωστος δεν θέλει στην πραγματικότητα να ακούσει κάποια συμβουλή και ότι αυτό που θέλει είναι η παρουσία κάποιου που θα τον ακούσει αντικειμενικά, με συμπάθεια και χωρίς να το κρίνει. Το να δίνονται συμβουλές πολύ γρήγορα, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να αισθανθεί ο άρρωστος ότι ο νοσηλευτής στην πραγματικότητα δεν τον ακούει και να πιστέψει ότι ο νοσηλευτής είτε αντιδρά στο προσωπικό του άγχος είτε απαντάει πιστεύοντας ότι, εξ ορισμού, οι νοσηλευτές ξέρουν σε αυτές τις καταστάσεις περισσότερα από τους αρρώστους.

Η συνέντευξη με ψυχωτικούς αρρώστους.

Οι ψυχωτικοί άρρωστοι έχουν συχνά περιορισμένη ευαισθησία, η σκέψη τους είναι περισσότερο συγκεκριμένη παρά αφηρημένη, και δεν έχουν πάντα ψυχολογική σκέψη και ενδοσκοπική ικανότητα. Από την άλλη μεριά, πολλοί ψυχωτικοί άρρωστοι βιώνουν την ευαισθησία και την ενδοσκοπική εμπειρία σαν απειλητικές και φοβογόνους, γιατί η αντίληψή τους είναι διαταραγμένη

και γιατί δεν μπορούν να απαρτιώσουν ορισμένα από τα συναισθήματά τους, τις φαντασιώσεις τους και τις ιδέες τους, χωρίς να αποδιοργανωθούν (να γίνουν περισσότερο ψυχωτικοί). Η εσωτερική ψυχολογική τους συγκρότηση είναι εύθραυστη ή τρωτή και η γνώση ορισμένων πλευρών του ψυχισμού τους μπορεί να τους προκαλέσει μεγάλο στρες. Εάν ένας ψυχωτικός μπορεί να αντέξει κάποιου βαθμού ευαισθησία και ενδοσκόπηση, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί σε αυτήν την κατεύθυνση, αν και στο μεγαλύτερό του μέρος ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στον ψυχωτικό άρρωστο είναι μάλλον υποστηρικτικός και όχι εναισθητικά προσανατολισμένος. Αυτή η υποστήριξη αφορά κατά ένα μέρος στην αύξηση της ικανότητας του ατόμου να ελέγχει την πραγματικότητα (να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ φαντασίωσης και πραγματικότητας). Οι εναισθητικά προσανατολισμένες παρεμβάσεις από την άλλη μεριά, πυροδοτούν συχνά φαντασιώσεις που αναστατώνουν τον άρρωστο. Οι ψυχωτικοί άρρωστοι ζουν συχνά αυτό που έχει ονομαστεί «δίλημμα ανάγκης και φόβου». κατά το οποίο βιώνουν τόσο μια κατακλυστική μοναξιά και ανάγκη για επαφή με τους άλλους, όσο και έναν καταφανή φόβο ότι η επαφή με τους άλλους είναι επικίνδυνη, ισοπεδωτική και καταστροφική. Οι ειδικές θεραπευτικές τεχνικές που πρέπει να χρησιμοποιούνται με τους ψυχωτικούς αρρώστους, περιλαμβάνουν τα εξής: (1) Μην επιχειρείτε να βγάλετε ένα άτομο από την παραληρητική του πίστη. (2) Μην γελάτε με το αλλόκοτο ψυχωτικό υλικό, που μπορεί να ακούγεται αστείο, αλλά σίγουρα δεν λέγεται σαν αστείο. (3) Διατηρήστε μια καθορισμένη τυπικότητα με τον άρρωστο, ούτως ώστε να μην φοβηθεί από αυτό που θα εκλάβει σαν απειλητική εγγύτητα. (4) Εστιάστε πάνω σε συγκεκριμένες δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την επιβίωση και την κοινωνικότητα του αρρώστου. (5) Μην πιέζετε τον άρρωστο να πετύχει περισσότερα πράγματα από αυτά που αισθάνεται ικανός να πετύχει (συμπεριλαμβανομένων και απαντήσεων σε ερωτήσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης). (6) Οργανώστε τις συνεδρίες έτσι ώστε ο άρρωστος να ξέρει τι περιμένει. Να μην μεσολαβούν, για παράδειγμα, μεγάλες περίοδοι σιωπής εάν αυτές οι περίοδοι δείχνουν ότι αυξάνουν το άγχος του. (7) Δείξτε μεγάλη ευαισθησία απέναντι στο γεγονός ότι αυτοί οι άρρωστοι αισθάνονται εύκολα ντροπή και ταπείνωση για σχετικά ασήμαντες ανεπάρκειές τους (όπως η αδυναμία τους να θυμηθούν τα φάρμακα που έπαιρναν κατά το παρελθόν)

Εξετάζοντας τους συγγενείς

Οι συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς μπορούν να είναι τόσο πολύτιμες, όσο και γεμάτες δυσκολίες. Για παράδειγμα, ένας σύζυγος πιθανόν να είναι τόσο πολύ ταυτισμένος με την ασθενή, ώστε το άγχος να υπερσκελίζει την ικανότητα του για παροχή κατανοητής πληροφόρησης. Τα μέλη της οικογένειας πιθανόν να μην κατανοούν ότι κάποιο είδος πληροφόρησης παρέχεται καλύτερα από έναν παρατηρητή και άλλα είδη πληροφόρησης μπορούν

να αποκτηθούν μόνο από ασθενή. Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι ικανότερα στο να περιγράφουν την κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς, αλλά μόνον ο ασθενής μπορεί να περιγράψει τι σκέφτεται ή αισθάνεται. Είναι σημαντικό για τον εξεταστή να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις συζητήσεις με τα μέλη της οικογένειας..

Οι συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας μπορούν να ιδωθούν από διάφορες προοπτικές. Εάν ο στόχος κάποιου είναι να διαγνώσει μια ασθένεια, τότε όσο περισσότερα γεγονότα έχει στη διάθεση του τόσο ευκολότερο θα είναι να διατυπώσει μια διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία. Ωστόσο, από δυναμική ή αναλυτική άποψη, εάν κάποιος θεωρήσει τα προβλήματα των ασθενών σαν επηρεαζόμενα κατά πολύ από τις αλληλεπιδράσεις με τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους, τότε η εξωτερική πραγματικότητα είναι κατά κάποιο τρόπο λιγότερο σημαντική σε σχέση με τις προσωπικές αντιλήψεις του ασθενούς. Γενικά, όσο περισσότερο σοβαρή είναι η παρουσιαζόμενη κατάσταση ενός ασθενούς (π.χ. μείζον κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός ή ψύχωση), τόσο περισσότερο πιθανό είναι, και ίσως περισσότερο χρήσιμο, για τον εξεταστή να ασχοληθεί με τα μέλη της οικογένειας.

Μια από τις πιο σημαντικές όψεις της συζήτησης με τα μέλη της οικογένειας σχετίζεται με την εμπιστευτικότητα. Βασικά ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει να εκμαιεύει πληροφορίες και να προσφέρει ελπίδα στα μέλη της οικογένειας, χωρίς να αποκαλύπτει πληροφορίες σχετικές με τον ασθενή, τις οποίες ο ασθενής δεν επιθυμεί να αποκαλυφθούν. Το να προδοθεί η εμπιστοσύνη μπορεί να καταστήσει τη θεραπεία του ασθενούς αδύνατη. Ωστόσο, για την προστασία του ασθενούς και άλλων, εάν τα θέματα αφορούν έντονο αυτοκτονικό ή ανθρωποκτονικό ιδεασμό, ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι αυτή η πληροφορία δεν μπορεί να παραμείνει ολοκληρωτικά εμπιστευτική.

Το Κλείσιμο της συνέντευξης

Επιθυμία του νοσηλευτή είναι να φύγει ο άρρωστος από τη συνέντευξη με την αίσθηση ότι τον κατάλαβαν και τον σεβάστηκαν και με την αίσθηση ότι μετέφερε όλες τις σημαντικές πληροφορίες, τις σχετικές με το πρόβλημα του, σε κάποιον που γνωρίζει και που μπορεί να συναισθανθεί τον άλλον. Προκειμένου να γίνει αυτό, θα πρέπει ο νοσηλευτής στο τέλος να δώσει την ευκαιρία στον άρρωστο να κάνει ερωτήσεις και να τον βοηθήσει να μάθει όσο το δυνατόν περισσότερα πράγματα για το θα γίνει στο μέλλον. Θα πρέπει να ευχαριστήσει τον άρρωστο που μοιράστηκε μαζί του τις απαραίτητες πληροφορίες και να του δώσει να καταλάβει πόσο βοήθησαν αυτές οι πληροφορίες στο να διασαφηνιστούν τα επόμενα βήματα. Κάθε συνταγή πρέπει να αναγράφεται με σαφήνεια και απλότητα και πρέπει ο νοσηλευτής να είναι βέβαιος ότι ο άρρωστος κατάλαβε πως ακριβώς θα παίρνει τα φάρμακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Το ψυχιατρικό ιστορικό

Το ψυχιατρικό ιστορικό είναι η καταγραφή της ζωής του ασθενούς, η οποία δίνει τη δυνατότητα να κατανοήσει ποιος είναι ο ασθενής, από που έχει έρθει και που είναι πιθανόν να οδηγηθεί στο μέλλον. Το ιστορικό είναι η ιστορία της ζωής του ασθενούς, ειπωμένη στο νοσηλευτή με τα ίδια τα λόγια του ασθενούς από τη δική του/της σκοπιά. Πολλές φορές το ιστορικό περιλαμβάνει επίσης πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, αποκτημένες από άλλες πηγές, όπως είναι ένας γονιός ή ένας σύζυγος. Η λήψη ενός προσεκτικού και περιεκτικού ιστορικού από έναν ασθενή και εάν είναι αναγκαίο, από πληροφορημένες πηγές, είναι σημαντική για να γίνει μια σωστή διάγνωση και να διατυπωθεί ένα ειδικό και αποτελεσματικό θεραπευτικό πλάνο. Το ψυχιατρικό ιστορικό διαφέρει ελαφρά από τα ιστορικά τα οποία παίρνονται στην παθολογία ή τη χειρουργική. Εκτός από την συλλογή των συγκεκριμένων και τεκμηριωμένων πληροφοριών, οι οποίες συνδέονται χρονολογικά με τη δημιουργία των συμπτωμάτων, καθώς και το ατομικό ψυχιατρικό και ιατρικό αναμνηστικό, ο νοσηλευτής αγωνίζεται να αντλήσει από το ψυχιατρικό ιστορικό την πλέον αδιόρατη εικόνα των ατομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων τόσο των δυνατοτήτων τους όσο και των αδυναμιών τους. Το ψυχιατρικό ιστορικό παρέχει βαθιά κατανόηση της φύσης των σχέσεων με εκείνους οι οποίοι είναι οι περισσότεροι κοντινοί τους και περιλαμβάνει όλους τους σημαντικούς ανθρώπους της παλαιότερης και της παρούσας ζωής τους. Μια λογικά περιεκτική εικόνα της εξέλιξης του ασθενούς από τα πρώτα χρόνια της διάπλασης μέχρι το παρόν, συνήθως, μπορεί να αποκτηθεί.

Η περισσότερο σημαντική τεχνική στην απόκτηση του ψυχιατρικού ιστορικού είναι να επιτραπεί στους ασθενείς να πουν τις ιστορίες τους με τα δικά τους λόγια, με τη σειρά που αυτοί αισθάνονται περισσότερο σημαντική. Οι επιδέξιοι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τα σημεία, καθώς οι ασθενείς συνδέουν τις ιστορίες τους, στα οποία μπορούν να κάνουν σχετικές ερωτήσεις αναφορικά με τα θέματα που περιγράφονται στα κύρια σημεία του ιστορικού και της εξέτασης της ψυχικής κατάστασης.

Διάγραμμα Ψυχιατρικού Ιστορικού

- I. Στοιχεία ταυτότητας
- II. Κύριο αίτημα
- III. Ιστορικό παρούσας νόσου
 - Έναρξη
 - Προδιαθεσικοί παράγοντες
- IV. Προηγούμενα νοσήματα
 - Ψυχιατρικά
 - Οργανικά
 - Ιστορικό χρήσης αλκοόλ ή ουσιών
- V. Προηγούμενο προσωπικό ιστορικό (αναμνηστικό)
 - Προγεννητικό και περιγεννητικό
 - Πρώιμη παιδική ηλικία (έως τα τρία χρόνια)
 - Μέση παιδική ηλικία (από 3 – 11 χρόνων)
 - Όψιμη παιδική ηλικία (εφηβεία έως ενηλικίωση)
 - Ενηλικίωση
 - Επαγγελματικό Ιστορικό
 - Ιστορικό γάμου και σχέσεων
 - Ιστορικό στρατιωτικής θητείας
 - Ιστορικό εκπαίδευσης
 - Θρησκεία
 - Κοινωνική δραστηριότητα
 - Τρέχουσες συνθήκες διαβίωσης
 - Νομικό ιστορικό
 - Ψυχοσεξουαλικό ιστορικό
 - Οικογενειακό ιστορικό
 - Όνειρα, φαντασιώσεις και αξίες

Στοιχεία Ταυτότητας

Αυτή η πληροφόρηση παρέχει μια περιεκτική δημογραφική περίληψη του ασθενούς με το όνομα, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το φύλλο, την απασχόληση, την γλώσσα, εάν είναι άλλη από τα ελληνικά, το εθνικό υπόβαθρο και τη θρησκεία, στο βαθμό που αυτά είναι

σχετικά και αφορούν τις ισχύουσες συνθήκες διαβίωσης. Η πληροφόρηση μπορεί να περιλαμβάνει επίσης σε ποια τοποθεσία ή συνθήκη έγινε η παρούσα συνέντευξη, τις πηγές της πληροφόρησης, την αξιοπιστία των πηγών και κατά πόσον αυτό είναι το πρώτο επεισόδιο τέτοιου τύπου για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δείξει εάν ο ασθενής ήρθε μόνος του, εάν παραμπεμφθηκε από κάπου ή αν προσήλθε με κάποιον άλλον. Τα στοιχεία ταυτότητας έχουν σκοπό να δώσουν μια συνοπτική περιγραφή από δυνητικά σημαντικά χαρακτηριστικά του ασθενούς που μπορούν να επηρεάσουν τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία και τη συμμόρφωση.

Το Κύριο Ενόχλημα

Το κύριο ενόχλημα, με τα ίδια λόγια του ασθενούς, δηλώνει το γιατί αυτός ή αυτή έχει έρθει ή έχει παραπεμφθεί για βοήθεια. Αυτό πρέπει να καταγραφεί ακόμα και εάν ο ασθενής είναι ανίκανος να μιλήσει και θα πρέπει συμπεριληφθεί μια περιγραφή από το πρόσωπο το οποίο έδωσε την πληροφορία. Η εξήγηση του ασθενούς, αναφορικά με το πόσο παράδοξη ή άσχετη είναι αυτή, πρέπει να καταγράφεται αυτολεξεί στο κεφάλαιο του κύριου αιτήματος. Οι άλλοι παράγοντες, σαν πηγές πληροφόρησης μπορούν τότε να δώσουν τις δικές τους εκδοχές παρουσίασης των γεγονότων στο κεφάλαιο του ιστορικού της παρούσας νόσου.

Ιστορικό της Παρούσας Νόσου

Αυτό το τμήμα του ψυχιατρικού ιστορικού παρέχει μια περιεκτική και χρονολογική εικόνα των γεγονότων, τα οποία οδήγησαν στην τωρινή στιγμή στη ζωή του ασθενούς. Είναι το μέρος του ιστορικού που πιθανόν είναι το πλέον χρήσιμο στη δημιουργία της διάγνωσης. Ποια ήταν η έναρξη του παρόντος επεισοδίου και ποια ήταν τα αμέσως προηγούμενα γεγονότα ή εμπόδια? Η κατανόηση του ιστορικού της παρούσας νόσου βοηθά να απαντηθεί το ερώτημα «γιατί τώρα;» Ποιες ήταν οι καταστάσεις ζωής του ασθενούς στην έναρξη των συμπτωμάτων ή οι αλλαγές συμπεριφοράς και πως αυτές επηρεάζουν τον ασθενή, έτσι ώστε η παρούσα διαταραχή να γίνεται αισθητή; Γνωρίζοντας ποια ήταν η προσωπικότητα του ασθενούς επίσης βοηθά στο να δώσει μια άποψη της παρούσας νόσου του ασθενούς.

Η εξέλιξη των συμπτωμάτων του ασθενούς θα πρέπει να προσδιοριστεί και να συνοψισθεί με ένα οργανωμένο και συστηματικό τρόπο. Συμπτώματα που δεν φαίνονται θα πρέπει επίσης να σχεδιαστούν. Όσο πιο λεπτομερές είναι το ιστορικό της παρούσας νόσου, τόσο πιο πιθανό είναι ο κλινικός να κάνει ακριβή διάγνωση. Ποια από τα προηγούμενα γεγονότα ήταν μέρος των κυρίως άμεσων γεγονότων; Με ποιους τρόπους η νόσος του ασθενούς έχει επηρεάσει τις δραστηριότητες του (για παράδειγμα, εργασία, σημαντικές σχέσεις); Ποια είναι η φύση της δυσλειτουργίας (για

παράδειγμα, λεπτομέρειες για αλλαγές σε παράγοντες όπως προσωπικότητα, μνήμη, λόγος); Υπάρχουν ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα; Εάν υπάρχουν θα πρέπει να περιγραφούν ως προς την εντόπιση, την ένταση και την διακύμανση. Εάν υπάρχει σχέση ανάμεσα στα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα θα πρέπει να σημειωθεί. Ενδείξεις δευτερογενούς οφέλους (η έκταση στην οποία η νόσος εξυπηρετεί κάποιους επιπρόσθετους σκοπούς) θα πρέπει επίσης να σημειωθούν. Μια περιγραφή για το τρέχον άγχος του ασθενούς, εάν αυτό είναι γενικευμένο και μη ειδικό (ελεύθερα επιπλέον) ή είναι συνδεδεμένο με ιδιαίτερες καταστάσεις, είναι βοηθητική. Πως χειρίζεται ο ασθενής το άγχος; Συχνά, μια σχετική ερώτηση ανοιχτού τέλους, όπως «πώς άρχισαν όλα αυτά;» οδηγεί σε μια επαρκή ανάπτυξη της ιστορίας της παρούσας νόσου. Ένας καλά οργανωμένος ασθενής είναι γενικά ικανός να παρουσιάζει μια χρονολογική περιγραφή ιστορικού. Ωστόσο, είναι δύσκολη η συνέντευξη με έναν αποδιοργανωμένο ασθενή, αφού η χρονολογική σειρά που παρουσιάζει είναι συγκεχυμένη. Σε αυτή την περίπτωση, η άθροιση άλλων πληροφοριών, όπως από μέλη της οικογένειάς ή φίλους, μπορεί να είναι χρήσιμη βοήθεια για τη διευκρίνιση του ιστορικού του ασθενούς.

Προηγούμενη Νόσος

Αυτό το κεφάλαιο του ψυχιατρικού ιστορικού αποτελεί μια μετάβαση ανάμεσα στην ιστορία της παρούσας νόσου και στο προηγούμενο προσωπικό ιστορικό του ασθενούς(αναμνηστικό). Περιγράφονται τα προηγούμενα επεισόδια τόσο των ψυχιατρικών όσο και των οργανικών νοσημάτων. Ιδανικά σε αυτό το σημείο δίνεται μια λεπτομερής περιγραφή του προϋπάρχοντα και υποκείμενου ψυχολογικού και βιολογικού υποστρώματος και παρέχονται σημαντικά συμπεράσματα και υποψίες για τις τρωτές περιοχές της λειτουργικότητας του ασθενούς. Τα συμπτώματα του ασθενούς, η έκταση της ανικανότητας, ο τύπος της λαμβανόμενης θεραπείας, τα ονόματα των νοσοκομείων, η διάρκεια κάθε νόσου, η επίδραση προηγούμενων θεραπειών και ο βαθμός της συμμόρφωσης, πρέπει όλα να διερευνηθούν και να καταγραφούν χρονολογικά. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο πρώτο επεισόδιο, το οποίο σηματοδότησε την αρχή της νόσου, καθώς τα πρώτα επεισόδια παρέχουν συχνά χρήσιμες πληροφορίες για τα εκλυτικά γεγονότα, τις διαγνωστικές πιθανότητες και τις ικανότητες αντιμετώπισης.

Όσον αφορά το ατομικό ιατρικό αναμνηστικό, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιχειρήσει μια ανασκόπηση των συμπτωμάτων και να σημειώσει κάποια σημαντικά παθολογικά ή χειρουργικά νοσήματα και σημαντικά τραύματα που πέρασε ο ασθενής. Ιδιαίτερα εκείνα τα οποία απαίτησαν νοσηλεία. Επεισόδια από κρανιοεγκεφαλικά τραύματα, νεοπλάσματα και επιληπτικοί σπασμοί σχετίζονται ιδιαίτερα με το ψυχιατρικό ιστορικό και το ίδιο συμβαίνει εάν υπάρχει θετικό αποτέλεσμα για ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Χρειάζεται να ερωτηθούν

ειδικές ερωτήσεις σχετικά με την παρουσία επιληπτικών σπασμών, επεισόδια απώλειας της συνείδησης, αλλαγές στα συνήθη μοντέλα πονοκεφάλων , αλλαγές την όραση και επεισόδια σύγχυσης και αποπροσανατολισμού. Ένα ιστορικό με μόλυνση από σύφιλη είναι κρίσιμο και σχετικό.

Η αιτία, οι επιπλοκές και η θεραπεία κάθε μιας ασθένειας και ‘ επιδράσεις της ασθένειας πάνω στον ασθενή, πρέπει να σημειώνονται. Πρέπει να γίνονται και να σημειώνονται ειδικές ερωτήσεις σχετικά με ψυχοσωματικές διαταραχές. Αυτές που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία είναι πυρετός εκ χόρτου, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ελκώδης κολίτιδα, το άσθμα, ο υπερθυρεοειδισμός, οι γαστρεντερικές διαταραχές , τα επαναλαμβανόμενα κρυολογήματα και δερματολογικές καταστάσεις. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να ρωτούνται σχετικά με χρήση αλκοόλ και φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των λεπτομερειών για την ποιότητα και τη συχνότητα της χρήσης. Συχνά ενδείκνυται να διατυπώσει κανείς τις ερωτήσεις με την μορφή μιας υποθετικής χρήσης, όπως « Πόσο αλκοόλ θα λέγατε ότι πίνετε σε μια ημέρα;) καλύτερα από το «Πίνετε;») Η τελευταία ερώτηση πιθανόν να κάνει τον ασθενή αμυντικό, ανήσυχο για το τι θα σκεφτεί ο γιατρός εάν η απάντηση είναι ναι. Εάν ο νοσηλευτής υποθέσει ότι το ποτό είναι ένα γεγονός, είναι πιο πιθανόν ο ασθενής να αισθανθεί άνετα να παραδεχθεί χρήση.

Προσωπικό Ιστορικό (Αναμνηστικό)

Επιπλέον της μελέτης της παρούσας νόσου του ασθενούς και της τρέχουσας κατάστασης της ζωής του, ο νοσηλευτής έχει ανάγκη από μια βαθιά κατανόηση της μέχρι τώρα ζωής του ασθενούς και της σχέσης της με το παρόν συναισθηματικό πρόβλημα. Το αναμνηστικό ή το προηγούμενο ατομικό ιστορικό διαιρείται συνήθως στις μεγάλες αναπτυξιακές περιόδους της προγεννητικής και περιγεννητικής , της πρώιμης παιδικής, της μέσης παιδικής, της όψιμης παιδικής και της ενήλικης ζωής. Οι επικρατέστερες συγκινήσεις που συνδέονται με τις διαφορετικές περιόδους ζωής, πρέπει να σημειώνονται (π.χ. οδυνηρές, στρεσογόνες, συγκρούσεις). Ανάλογα με τη χρονική στιγμή και την κατάσταση, ο ψυχίατρος μπορεί να προσχωρήσει σε περισσότερες ή λιγότερες αναφορικά με την κάθε μια από αυτές περιοχές.

Επαγγελματικό ιστορικό

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να περιγράψει την επιλογή του επαγγέλματος του ασθενούς, την απαιτούμενη εκπαίδευση και προετοιμασία, τυχόν συγκρούσεις που συνδέονται με την εργασία και τις μακροπρόθεσμες φιλοδοξίες και στόχους. Ο εξεταστής πρέπει επίσης να διερευνήσει τα συναισθήματα του ασθενούς σχετικά με την τωρινή θέση του και τις σχέσεις του στην εργασία (με την εξουσία, τους συναδέλφους και εάν υπάρχουν και με τους υφισταμένους) και να περιγράψει το

ιστορικό εργασίας(π.χ. αριθμός και χρονική διάρκεια, αιτίες για αλλαγές στην εργασία και αλλαγές στη θέση του) Τι δουλειά θα έκανε ο ασθενής εάν μπορούσε να διαλέξει ελεύθερα;

Κοινωνική δραστηριότητα

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να περιγράψει την κοινωνική ζωή του ασθενούς και την φύση των φιλικών σχέσεων δίνοντας έμφαση στο βάθος, τη διάρκεια και την ποιότητα των ανθρωπίνων σχέσεων. Τι είδος κοινωνικών, διανοητικών και υλικών ενδιαφερόντων μοιράζεται ο ασθενής με τους φίλους; Τι είδος σχέσεων έχει ο ασθενής με άτομα του ιδίου και του αντιθέτου φύλλου; Είναι κατά βάση ο ασθενής απομονωμένος ή κοινωνικός; Επιλέγει ο ασθενής την απομόνωση ή είναι απομονωμένος εξαιτίας άγχους και φόβων για τους άλλους ανθρώπους; Ποιος επισκέπτεται στο νοσοκομείο τον ασθενή και πόσο συχνά;

Τρέχουσα κατάσταση διαβίωσης

Ο νοσηλευτής πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να περιγράψει που αυτός ζει, από την άποψη της γειτονιάς και της κατοικίας. Θα πρέπει να συμπεριληφθούν ο αριθμός των δωματίων , ο αριθμός των μελών της οικογένειας που ζουν στο σπίτι και οι ρυθμίσεις του ύπνου. Θα πρέπει να ρωτήσει σχετικά με τις οικογενειακές πηγές εισοδήματος και τυχόν οικονομικές στερήσεις. Εάν υπάρχει δημόσια βοήθεια, να ζητήσει να μάθει ο νοσηλευτής τα συναισθήματα του ασθενούς γι' αυτήν την υποστήριξη. Εάν ο ασθενής έχει νοσηλευτεί, έχουν γίνει προβλέψεις τέτοιες ώστε να μην χάσει μια δουλειά ή ένα διαμέρισμα; Ο νοσηλευτής πρέπει να ρωτήσει ποιος φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, ποιος επισκέπτεται τον ασθενή στο νοσοκομείο και πόσο συχνά.

Οικογενειακό ιστορικό

Σε αυτό το τμήμα του ιστορικού πρέπει να γίνει μια σύντομη αναφορά σχετικά με ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου, νοσηλείες και θεραπείες των στενών μελών της οικογένειας του ασθενούς. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης οινόπνευματος και φαρμάκων ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς; Επιπλέον, το οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει να περιέχει μια περιγραφή των προσωπικοτήτων και της ευφυΐας των διαφόρων προσώπων που έζησαν στο σπίτι του ασθενούς από την απιδική του ηλικία έως σήμερα, καθώς και περιγραφές των διαφορετικών προσώπων τα οποία κατοικούν σε αυτό. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να προσδιορίσει το ρόλο τον οποίο έχει παίξει κάθε ένα πρόσωπο στην ανατροφή του ασθενούς και την τωρινή σχέση μαζί του. Ποιες ήταν οι εθνικές και θρησκευτικές παραδόσεις της οικογένειας; Άλλοι πληροφοριοδότες εκτός του ασθενούς μπορεί να είναι διαθέσιμοι να συνεισφέρουν στο οικογενειακό ιστορικό και η πηγή θα πρέπει να καταχωρείται στη γραπτή αναφορά. Συχνά, διαφορετικά μέλη της οικογένειας δίνουν

διαφορετικές περιγραφές για τα ίδια πρόσωπα και γεγονότα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσδιορίσει τη στάση της οικογένειας και την κατανόησή της για τη νόσο του ασθενούς.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΠΨΚ)

Η ΠΨΚ είναι το μέρος εκείνο της κλινικής εκτίμησης, το οποίο περιγράφει το συνολικό άθροισμα των παρατηρήσεων και των εντυπώσεων του εξεταστή για τον ασθενή, την ώρα της συνέντευξης. Ενώ το ιστορικό του ασθενούς παραμένει σταθερό, η ψυχική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να αλλάξει από ημέρα σε ημέρα ή από ώρα σε ώρα. Η ΠΨΚ είναι η περιγραφή της εμφάνισης, του λόγου, των πράξεων και των σκέψεων του ασθενούς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Ακόμα και όταν ο ασθενής είναι βουβός ή ασυνάρτητος ή αρνείται να απαντήσει τις ερωτήσεις, μπορεί κάποιος να αποκτήσει άφθονες πληροφορίες με την προσεκτική παρατήρηση.

Γενική περιγραφή

Εμφάνιση

Πρόκειται για την περιγραφή της συνολικής σωματικής εντύπωσης που μεταφέρεται από τη στάση, το παρουσιαστικό, το ντύσιμο και την καθαριότητα. Εάν ο ασθενής φαίνεται ιδιαίτερα παράξενος, κάποιος μπορεί να ρωτήσει: «Έχει κανείς σχολιάσει την εμφάνιση σου;», «Πώς θα περιέγραφες το πώς φαίνεσαι;», «Μπορείς να με βοηθήσεις να καταλάβω από μερικές από τις επιλογές που κάνεις σχετικά με το πώς φαίνεσαι;»

Παραδείγματα στην κατηγορία της εμφάνισης περιλαμβάνουν το σωματότυπο, τη στάση, το παρουσιαστικό, τα ρούχα, την καθαριότητα, τα μαλλιά και τα νύχια. Κοινοί όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγραφεί η εμφάνιση είναι υγιής, ασθενικός, ασθενής σε ανάρρωση, συγκρατημένος, μοιάζει γέρος, μοιάζει νέος, αχτένιστος, σαν παιδί και παράξενος. Σημάδια άγχους καταγράφονται: υγρά χέρια, ιδρωμένο μέτωπο, τεντωμένη στάση, ορθάνοικτα μάτια.

Συμπεριφορά και ψυχοκινητική δραστηριότητα.

Αυτή η κατηγορία αναφέρεται τόσο στις ποσοτικές όσο και στις ποιοτικές όψεις της κινητικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Αυτές περιλαμβάνουν μανιερισμούς, χειρονομίες, συσπάσεις, στερεοτυπική συμπεριφορά, ηχωπραξία, υπερδραστηριότητες, ανησυχία, εριστικότητα, ευκαμψία, τρόπο βαδίσματος και κινητικότητα. Νευρική, τρίψιμο χεριών βηματισμός και άλλες φυσικές εκδηλώσεις περιγράφονται. Ψυχοκινητική επιβράδυνση των κινήσεων του σώματος πρέπει να καταγράφεται. Κάθε άσκοπη, δραστηριότητα πρέπει να περιγράφεται.

Η στάση απέναντι στον εξεταστή

Η στάση του ασθενούς απέναντι στον εξεταστή μπορεί να περιγραφεί σαν συνεργάσιμη, φιλική, προσεκτική, με ενδιαφέρον, ειλικρινής, αποπλανητική, αμυντική, περιφρονητική, αμήχανη, απαθής, εχθρική, παιχνιδιάρικη, επιφυλακτική, με προσπάθεια να ξεφύγει ή να αποκτήσει εύνοια. Οποιοδήποτε άλλο επίθετο μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Το επίπεδο της σχέσης που έχει εγκατασταθεί πρέπει να καταγράφεται.

Διάθεση και Συναισθημα

Διάθεση: Η διάθεση ορίζεται σαν μια διάχυτη και σταθερή συγκινησιακή κατάσταση που χρωματίζει την αντίληψη του ατόμου για τον κόσμο. Ο ψυχίατρος ενδιαφέρεται για τι εάν ο ασθενής αναφέρεται εθελοντικά στα αισθήματά του ή είναι απαραίτητο να ερωτηθεί για το πώς νιώθει. Η περιγραφή σχετικά με τη διάθεση του ασθενούς περιλαμβάνει το βάθος, την ένταση, τη διάρκεια και τις διακυμάνσεις. Κοινά επίθετα που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη διάθεση είναι καταθλιπτική, απελπισμένη, ευερέθιστη, αγχώδης, θυμωμένη, διαχυτική, ευφορική, κενή, ενοχική, φοβισμένη, μάταιη, αυτοπεριφρονητική, έντρομη και αμήχανη. Η διάθεση μπορεί να είναι ευμετάβλητη, που σημαίνει ότι κυμαίνεται ή μεταβάλλεται γρήγορα, ανάμεσα σε ακραίες καταστάσεις (π.χ. δυνατό γέλιο και ευφορία τη μια στιγμή, δάκρυα και απελπισία την επόμενη).

Συναίσθημα: Το συναίσθημα μπορεί να ορισθεί σαν η εξωτερική έκφραση της συγκινησιακής απαντητικότητας του ασθενούς. Το συναίσθημα είναι αυτό που ο εξεταστής παρατηρεί, όπως την έκφραση του προσώπου του ασθενούς, περιλαμβάνοντας την ποσότητα και το εύρος της εκφραζόμενης συμπεριφοράς. Το συναίσθημα μπορεί να είναι ή να μην είναι σύμφωνο με τη διάθεση. Περιγράφεται σαν ευρισκόμενο σε φυσιολογικά πλαίσια, περιεσφιγμένο, αμβλύ ή επίπεδο. Στο συναίσθημα, σε φυσιολογικά πλαίσια, υπάρχει μια μεταβολή στην έκφραση του προσώπου, στον τόνο της φωνής, στη χρήση των χεριών και στις κινήσεις του σώματος. Όταν το συναίσθημα είναι περιεσφιγμένο υπάρχει μια σαφής μείωση του εύρους και της έντασης της έκφρασης. Παρόμοια, στο αμβλύ συναίσθημα, η συγκινησιακή έκφραση είναι ακόμα μειωμένη. Για να διαγνώσει κανείς επίπεδο συναίσθημα θα πρέπει ουσιαστικά να μην βρει σημεία συναισθηματικής έκφρασης, η φωνή του ασθενούς θα πρέπει να είναι μονότονη και το πρόσωπο θα πρέπει να είναι ακίνητο. «Αμβλύ», «επίπεδο», και «περιεσφιγμένο» είναι όροι που χρησιμοποιούνται αναφορικά με το φαινομενικό βάθος του συναισθήματος. Καταθλιπτικό, περήφανο, θυμωμένο, οργισμένο, αγχώδες, ενοχικό, ευφορικό και διαχυτικό είναι όροι που χρησιμοποιούνται αναφορικά με ιδιαίτερες διαθέσεις. Είναι επίσης, σημαντικό να σημειωθεί η δυσκολία του ασθενούς στην έναρξη, διατήρηση ή λήψη μιας συναισθηματικής απάντησης.

Προσφορότητα: Η προσφορότητα της συναισθηματικής έκφρασης του ασθενούς πρέπει να εξετασθεί μόνο στο πεδίο του θέματος που αυτός συζητά. Παρανοϊκοί ασθενείς, οι οποίοι περιγράφουν μια παραληρητική ιδέα δίωξης, θα πρέπει να είναι θυμωμένοι ή φοβισμένοι για την εμπειρία που πίστευαν ότι τους συμβαίνει. Ο θυμός ή ο φόβος σε αυτή την περίπτωση δεν είναι μια απρόσφορη έκφραση της διάθεσης. Πολλές φορές χρησιμοποιείτε ο όρος απροσφορότητα του συναισθήματος για μια ποιότητα απάντησης που απαντάτε σε μερικούς σχιζοφρενικούς ασθενείς, κατά την οποία το συναίσθημα του ασθενούς δεν είναι σύμφωνο με ότι ο ασθενής λέει (π.χ. επιπεδωμένο συναίσθημα όταν αναφέρονται σε δολοφονικές παρορμήσεις).

Λόγος

Εδώ περιγράφονται τα φυσικά χαρακτηριστικά του λόγου. Ο λόγος μπορεί να περιγραφεί με όρους που αφορούν στην ποσότητα, το ρυθμό παραγωγής, και την ποιότητά του. Ο ασθενής μπορεί να περιγραφεί σαν ομιλητικός, πολυλογάς, ευφράδης, λιγόλογος, συγκρατημένος ή με φυσιολογική απάντηση στους υπαινιγμούς του εξεταστή. Ο λόγος μπορεί να είναι αργός ή γρήγορος, υπό πίεση, διστακτικός, συναισθηματικός, δραματικός, μονότονος, δυνατός, ψιθυριστός, μπερδεμένος, με τονισμένες και διάκριτες λέξεις ή με κακή άρθρωση. Διαταραχές του λόγου, όπως τραύλισμα, περιλαμβάνονται εδώ. Ασυνήθιστη, ρυθμικότητα (ονομαζόμενη δυσπροσωδία) και οποιαδήποτε προφορά που μπορεί να υπάρχει, πρέπει να σημειώνονται. Είναι ο λόγος του ασθενούς αυτόματος ή όχι ;

Διαταραχές της Αντίληψης

Οι αντιληπτικές διαταραχές, όπως ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, μπορεί να βιώνονται σε σχέση με τον εαυτό ή το περιβάλλον. Το αισθητηριακό σύστημα που εμπλέκεται (π.χ. ακοή, όραση, γεύση, αφή). Και το περιεχόμενο της ψευδαισθητικής εμπειρίας πρέπει να περιγράφονται. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται μια ψευδαισθητική εμπειρία έχουν σημασία, δεδομένου ότι οι υπναγωγικές ψευδαισθήσεις (που συμβαίνουν όταν το άτομο αρχίζει να κοιμάται) και οι υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις (που συμβαίνουν καθώς το άτομο ξυπνάει) θεωρούνται λιγότερο σημαντικές από άλλους τύπους ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις επίσης πιθανόν να συμβούν σε ιδιαίτερες για κάθε ασθενή συνθήκες στρες. Τα αισθήματα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης (ακραία αισθήματα αποκοπής κάποιου από τον εαυτό του ή το περιβάλλον) αποτελούν άλλα παραδείγματα αντιληπτικών διαταραχών. Η μυρμηκίαση, το αίσθημα ότι ζωύφια έρπονται κάτω από το δέρμα, παρατηρείται στον κοκκινισμό.

Σκέψη

Η σκέψη διαιρείται στη διεργασία (ή μορφή) και το περιεχόμενο. Η διεργασία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο συνθέτει τις ιδέες και τους συνειρμούς, τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο σκέπτεται. Η διεργασία ή η μορφή της σκέψης μπορεί να είναι λογική και κατανοητή ή ολοκληρωτικά παράλογη και ακόμα ακατανόητη. Το περιεχόμενο αναφέρεται πρακτικά σε αυτό που το άτομο σκέφτεται: ιδέες, πεποιθήσεις, ενασχολήσεις, ιδεοληψίες. Κάθε μια από αυτές τις διαταραχές αναφέρεται σύντομα παρακάτω.

Διεργασία της σκέψης (μορφή της σκέψης).

Ο ασθενής μπορεί να έχει υπεραφθονία ή φτώχεια ιδεών. Μπορεί να υπάρχει γρήγορη σκέψη, η οποία αν είναι σε ακραία μορφή ονομάζεται ιδεοφυγή. Ένας ασθενής μπορεί να παρουσιάζει αργή ή διατακτική σκέψη. Η σκέψη μπορεί να είναι ασαφής ή άδεια. Απαντάει ο ασθενής πραγματικά στις ερωτήσεις και είναι ικανός για στόχο κατευθυνόμενη σκέψη; Είναι οι απαντήσεις σχετικές ή άσχετες; Υπάρχει μια ξεκάθαρη σχέση αιτίας και αποτελέσματος στις εξηγήσεις του ασθενούς; Έχει ο ασθενής χάλαση συνειρμών(π.χ. οι εκφραζόμενες ιδέες φαίνονται ασύνδετες και συνδεδεμένες κατά τρόπο ιδιοσυγκρασιακό); Οι διαταραχές στο συνεχές της σκέψης περιλαμβάνουν καταστάσεις, όπως είναι σχοινοτενής, περιφερικός, ακατάλυτος, με ασάφεια ή εμμονή λόγος. Η ανακοπή είναι διακοπή στη ροή της σκέψης πριν ολοκληρωθεί μια ιδέα. Ο ασθενής πιθανόν να παρουσιάζει ανικανότητα να ανακαλέσει αυτό που έλεγε ή επρόκειτο να πει.. Η *περιφερικότητα* υποδηλώνει την απώλεια ικανότητας για στόχο-κατευθυνόμενη σκέψη. Στη διαδικασία εξήγησης μιας ιδέας, ο ασθενής αναφέρει πολλές άσχετες λεπτομέρειες ή παρενθετικά σχόλια, αλλά τελικά επιστρέφει στο αρχικό σημείο. Ο *σχοινοτενής* λόγος είναι μια διαταραχή κατά την οποία ο ασθενής χάνει τον ειρμό της συζήτησης και ακολουθεί εκτός στόχου και σκέψης, που πυροδοτούνε από ποικίλα εξωτερικά ή εσωτερικά άσχετα ερεθίσματα, χωρίς να επιστραφεί ποτέ το αρχικό σημείο. Οι διαταραχές στη διεργασία της σκέψης πιθανόν να αντανακλώνται σε ασυνάρτητες και ακατανόητες συνδέσεις σκέψεων (*σαλάτα λέξεων*), ηχητικούς συνειρμούς (συνειρμός με ομοιοκαταληξία), *λογοπαίγνια* (συνειρμός με διπλό μήνυμα) και νεολογισμούς(νέες λέξεις που δημιουργούνται από τον ασθενή μέσω του συνδυασμού ή της συμπύκνωσης άλλων λέξεων).

Περιεχόμενο της σκέψης

Οι διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης περιλαμβάνουν παραληρήματα, ενασχολήσεις(οι οποίες πιθανόν να εμπεριέχουν την αρρώστια του ασθενούς), ιδεοληψίες («υπάρχουν ιδέες που να είναι ενοχλητικές και επαναλαμβανόμενες ;»), ψυχαναγκασμός φοβίες, πλάνα, προθέσεις,

επαναλαμβανόμενες ιδέες σχετικές με αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία, υποχονδριακά συμπτώματα και ειδικές αντικοινωνικές επιθυμίες. Έχει ο ασθενής σκέψεις για να βλάψει τον εαυτό του; Υπάρχει σχέδιο γι' αυτό; Μια μεγάλη κατηγορία διαταραχών του περιεχομένου της σκέψης αντιπροσωπεύουν τα παραληρήματα. Τα παραληρήματα μπορεί να είναι σύμφωνα με τη διάθεση (σε συμφωνία με μια καταθλιπτική ή επηρεασμένη διάθεση) ή ασύμφωνα με τη διάθεση. Τα παραληρήματα είναι σταθερές, λανθασμένες πεποιθήσεις, που δεν συμφωνούν με το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενούς. Το περιεχόμενο κάθε παραληρηματικού συστήματος πρέπει να περιγράφεται και ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιχειρήσει να αξιολογήσει την οργάνωσή του και την πεποίθηση του αρρώστου για την ύπαρξή του. Ο τρόπος που αυτό επηρεάζει τη ζωή του ασθενούς, κανονικά, περιγράφεται στο ιστορικό της παρούσας νόσου. Τα παραληρήματα πιθανόν να είναι παράδοξα και μπορεί να περιλαμβάνουν πεποιθήσεις σχετικές με εξωτερικό έλεγχο. Τα παραληρήματα μπορεί να έχουν θέματα όπως δίωξη ή παράνοια, μεγαλείο, ενοχή, να είναι σωματικά, μηδενιστικά ή ερωτικά. Μπορεί επίσης να περιγράφουν ιδέες αναφοράς και ιδέες επίδρασης. Παραδείγματα ιδεών αναφοράς περιλαμβάνουν πεποιθήσεις ότι στην τηλεόραση ή στο ραδιόφωνο κάποιος μιλά σε ή γι' αυτόν. Παραδείγματα ιδεών επίδρασης είναι πεποιθήσεις που περιλαμβάνουν ένα άλλο πρόσωπο ή δύναμη που ελέγχει μερικές όψεις της συμπεριφοράς κάποιου.

Εγρήγορη και επίπεδο συνείδησης

Διαταραχές της συνείδησης συνήθως υποδηλώνουν οργανική εγκεφαλική βλάβη. Ο όρος «θόλωση της συνείδησης» περιγράφει μια συνολική μείωση της επίγνωσης του περιβάλλοντος. Ένας ασθενής πιθανόν να είναι ανίκανος να δώσει προσοχή σε ερεθίσματα από το περιβάλλον ή να έχει σκέψη ή συμπεριφορά που να κατευθύνονται σε κάποιο στόχο. Η «θόλωση της συνείδησης» συχνά δεν αποτελεί μια σταθερή κατάσταση. Ο τυπικός ασθενής εμφανίζει διακυμάνσεις του επιπέδου επίγνωσης για τα όσα συμβαίνουν γύρω του. Ο ασθενής που παρουσιάζει μια μεταβαλλόμενη συνειδησιακή κατάσταση συχνά εκδηλώνει κάποια βλάβη στον προσανατολισμό, αν και το αντίθετο δεν αληθεύει. Μερικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς είναι θόλωση, υπνηλία, εμβροντησία, κώμα, λήθαργος, εγρήγορη και κατάσταση φυγής.

Προσανατολισμός.

Οι διαταραχές προσανατολισμού παραδοσιακά διαχωρίζονται σύμφωνα με το χρόνο, τον τόπο και τα πρόσωπα. Οποιαδήποτε βλάβη συνήθως εμφανίζεται με αυτή τη σειρά (δηλαδή η αίσθηση του χρόνου επηρεάζεται πριν από την αίσθηση του τόπου) παρομοίως, καθώς ο ασθενής βελτιώνεται, η βλάβη αποκαθίσταται με την αντίθετη σειρά. Είναι απαραίτητο να προσδιορισθεί

εάν ο ασθενής είναι σε θέση να αναφέρει κατά προσέγγιση την ημερομηνία και ώρα της ημέρας. Επίσης, εάν ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο, γνωρίζει πόσο χρονικό διάστημα βρίσκεται εκεί; Συμπεριφέρεται σαν να είναι προσανατολισμένος στο παρόν; Στις ερωτήσεις που σχετίζονται με τον προσανατολισμό του αρρώστου στο τόπο, δεν αρκεί να είναι ικανοί να αναφέρουν την τοποθεσία και το όνομα του νοσοκομείου σωστά. Πρέπει επίσης να *συμπεριφέρονται* σαν να γνωρίζουν που βρίσκονται. Στην εκτίμηση του προσανατολισμού ως προς τα πρόσωπα, ο νοσηλευτής ρωτάει τους ασθενείς εάν γνωρίζουν τα ονόματα των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους και αν αναγνωρίζουν το ρόλο τους στη σχέση με αυτούς. Γνωρίζουν ποιος είναι ο νοσηλευτής; Μόνο στις πολύ σοβαρές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν γνωρίζουν ποιοι είναι οι ίδιοι.

Μνήμη

Οι μνημονικές λειτουργίες διαιρούνται παραδοσιακά σε τέσσερις περιοχές: παλαιά μνήμη, πρόσφατη παλαιά μνήμη, πρόσφατη μνήμη καθώς και άμεση εγχάραξη και ανάκληση. Η πρόσφατη μνήμη μπορεί να ελεγχθεί ρωτώντας τους ασθενείς σχετικά με την όρεξη τους για φαγητό και στη συνέχεια ζητώντας τους να αναφέρουν τι έφαγαν για πρωινό ή τι είχαν για δείπνο το προηγούμενο βράδυ. Οι ασθενείς μπορούν επίσης τη στιγμή αυτή να ερωτηθούν εάν είναι σε θέση να ανακαλέσουν το όνομα του νοσηλευτή. Η ικανότητα για άμεση εγχάραξη ελέγχεται ζητώντας από τους ασθενείς να επαναλάβουν έξι ψηφία; Η παλαιά μνήμη μπορεί να ελεγχθεί ζητώντας από τους ασθενείς πληροφορίες από την παιδική τους ηλικία, οι οποίες μπορούν αργότερα να επιβεβαιωθούν. Ζητώντας από τους ασθενείς να ανακαλέσουν σημαντικά καινούργια γεγονότα των λίγων τελευταίων μηνών ελέγχει κανείς την πρόσφατη παλαιά μνήμη. Συχνά, σε οργανικά ψυχοσύνδρομα η πρόσφατη ή βραχύχρονη μνήμη βλάπτεται πρώτα και η παλαιά ή μακρόχρονη μνήμη αργότερα. Εάν υπάρχει βλάβη, ποιες είναι οι προσπάθειες που γίνονται για να αντιμετωπιστεί ή να αποκρυβεί η βλάβη; Υπάρχει άρνηση, μυθοπλασία, καταστροφική αντίδραση ή περιφερικότητα με σκοπό να καλυφθεί η έλλειψη; Οι αντιδράσεις στην απώλεια μνήμης μπορούν να δώσουν σημαντικές ενδείξεις για τις υποκειμενικές διαγνώσεις και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Συγκέντρωση και προσοχή

Η συγκέντρωση του ασθενούς είναι δυνατόν να είναι επηρεασμένη για διάφορους λόγους. Για παράδειγμα, οι οργανικές εγκεφαλικές βλάβες, το άγχος, η κατάθλιψη και τα εσωτερικά ερεθίσματα, όπως ακουστικές ψευδαισθήσεις, όλα συμβάλλουν σε βλάβη της συγκέντρωσης. Η αφαίρεση του 7 αρχίζοντας από το 100, είναι μια απλή άσκηση που απαιτεί τόσο η συγκέντρωση όσο και οι γνωστικές ικανότητες να είναι άθικτες. Η δοκιμασία εκτελείται ζητώντας από τον ασθενή να αφαιρέσει το 7 από το 100 και να συνεχίσει να αφαιρεί το 7. Εάν ο ασθενής αδυνατεί να

αφαιρέσει το 7, δοκιμάστε αφαιρώντας το 3. Μπορούν να επιτευχθούν ευκολότερα καθήκοντα -4 X 9, 5 X 4 ; Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά πάντοτε εάν υπάρχει άγχος, κάποια διαταραχή της διάθεσης ή της συνείδησης, ή εάν ευθύνονται για τη δυσκολία μαθησιακές ελλείψεις.

Η προσοχή ελέγχεται με την αρίθμηση ή ζητώντας από τον ασθενή να συλλαβίσει τη λέξη «κόσμος» (ή άλλες) αντίστροφα. Μπορεί επίσης να ερωτηθεί να ονοματίσει πέντε πράγματα που αρχίζουν από ένα γράμμα

Έλεγχος των Παρορμήσεων

Είναι ικανός ο ασθενής να ελέγχει τις σεξουαλικές, επιθετικές και τις άλλες παρορμήσεις του; Η εκτίμηση του ελέγχου των παρορμήσεων αποτελεί κρίσιμο σημείο στην εξακρίβωση της συνειδητοποίησης του ασθενούς για κατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά και αποτελεί μέτρο της επικινδυνότητας του ασθενούς για τον εαυτό του και τους άλλους. Μερικοί ασθενείς πιθανόν να είναι ανίκανοι να ελέγξουν τις δευτερογενείς σε οργανική ψυχική νόσο παρορμήσεις, άλλοι τις δευτερογενείς σε ψύχωση και άλλοι σαν αποτέλεσμα χρόνιων χαρακτηρισολογικών ελλειμμάτων, όπως παρατηρείται στις διαταραχές προσωπικότητας. Ο έλεγχος των παρορμήσεων μπορεί να εκτιμηθεί μέσω πληροφοριών από το πρόσφατο ιστορικό του ασθενούς και την παρατήρηση της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Κρίση και εναισθησία

Κρίση. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να εκτιμήσει πολλές όψεις της ικανότητας του ασθενούς για κοινωνική κρίση. Κατανοεί ο ασθενής την πιθανή έκβαση της συμπεριφοράς του και επηρεάζεται από αυτήν την κατανόηση; Ένα παράδειγμα ελέγχου της κρίσης είναι το να προβλέψει ο ασθενής τι θα έκανε σε φανταστικές καταστάσεις.

Εναισθησία. Η εναισθησία αναφέρεται στο βάθος της επίγνωσης και της κατανόησης εκ μέρους των ασθενών ότι αυτοί είναι άρρωστοι. Οι ασθενείς πιθανόν να παρουσιάσουν μια πλήρη άρνηση της ασθένειάς τους ή μπορεί να εμφανίσουν κάποια επίγνωση για το γεγονός ότι είναι άρρωστοι, αλλά να ρίξουν το φταιξιμο σε άλλους, σε εξωτερικούς παράγοντες ή ακόμα σε οργανικούς παράγοντες. Πιθανόν να γνωρίζουν ότι έχουν μια ασθένεια, αλλά να την αποδίδουν σε κάτι άγνωστο ή μυστηριώδες σε αυτούς.

Διανοητική εναισθησία υπάρχει όταν οι ασθενείς μπορούν να παραδεχτούν ότι είναι ασθενείς και να αναγνωρίσουν ότι η αποτυχία τους να προσαρμοστούν οφείλεται κατά ένα μέρος στα δικά τους παράλογα συναισθήματα. Αλλά ο μεγαλύτερος περιορισμός για διανοητική εναισθησία είναι ότι οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εφαρμόσουν τη γνώση με σκοπό να τροποποιήσουν μελλοντικές εμπειρίες. Πραγματική συναισθηματική εναισθησία υπάρχει όταν η επίγνωση των ασθενών για τα

προσωπικά τους κίνητρα και τα βαθιά τους αισθήματα, τους οδηγεί σε αλλαγή της προσωπικότητας ή του τρόπου συμπεριφοράς τους.

Ακολουθεί μια περίληψη των επιπέδων εναισθησίας :

1. Πλήρης άρνηση της ασθένειας.
2. Μικρού βαθμού επίγνωση ότι είναι άρρωστος και χρειάζεται βοήθεια και Άρνηση της ασθένειας την ίδια στιγμή.
3. Επίγνωση ότι είναι άρρωστος, αλλά ρίχνοντας την ευθύνη στους άλλους, σε εξωτερικούς ή οργανικούς παράγοντες.
4. Επίγνωση ότι η ασθένεια οφείλεται σε κάτι άγνωστο για τον ασθενή.
5. Διανοητική εναισθησία : Αναγνώριση ότι ο ασθενής είναι άρρωστος και ότι τα συμπτώματα ή οι αποτυχίες στην κοινωνική προσαρμογή οφείλονται αποκλειστικά και μόνο στα προσωπικά παράλογα συναισθήματα ή διαταραχές του ασθενούς, χωρίς αυτή η γνώση να βρίσκει εφαρμογή σε μελλοντικές εμπειρίες.
6. Πραγματική συναισθηματική εναισθησία : Συναισθηματική συνειδητοποίηση των αιτιών και των συναισθημάτων στον ασθενή και στους σημαντικούς ανθρώπους της ζωής του, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βασικές αλλαγές της συμπεριφοράς.

Αξιοπιστία

Η αναφορά στην ψυχική κατάσταση τελειώνει με την εντύπωση του νοσηλευτή σχετικά με την αξιοπιστία του ασθενούς και την ικανότητά του να αναφέρεται με ακρίβεια στην κατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει μια εκτίμηση της εντύπωσης του νοσηλευτή σχετικά με την ειλικρίνεια του ασθενούς ή την φιλαλήθειά του. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής αναφέρεται σε τρέχουσα κατάχρηση ουσιών ή σε συνθήκες για τις οποίες γνωρίζει ότι μπορεί να προκαλέσουν άσχημη εντύπωση (π.χ. προβλήματα με το νόμο), ο νοσηλευτής πιθανόν να εκτιμήσει εάν η αξιοπιστία του ασθενούς είναι καλή.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Όταν ο νοσηλευτής έχει συμπληρώσει ένα περιεκτικό ψυχιατρικό ιστορικό και ΠΨΚ, η πληροφορία που έχει αποκτηθεί καταγράφεται και οργανώνεται στο έντυπο ψυχιατρικού ιστορικού. Το έντυπο ακολουθεί το περίγραμμα του πρότυπου ψυχιατρικού ιστορικού και της ΠΨΚ. Στο έντυπο ο νοσηλευτής (1) εκθέτει τις κρίσιμες ερωτήσεις για περαιτέρω διαγνωστικές μελέτες που πρέπει να εκτελεστούν, (2) προσθέτει μια περίληψη των θετικών και των

αρνητικών ευρημάτων, (3) ορίζει μια προσωρινή νοσηλευτική διάγνωση, (4) δίνει μια πρόγνωση, (5) δίνει μια ψυχοδυναμική διατύπωση και (6) δίνει μια σειρά από συστάσεις αντιμετώπισης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Έίναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι το πρωταρχικό ρολο στη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού από κάποιον ψυχωσικό ασθενή τον έχει η επικοινωνία. Η επικοινωνία θα αναπτυχθεί μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενούς με τη μορφή της συνέντευξης. Μια καλή ψυχιατρική συνέντευξη δεν είναι μια ψυχρή ανάκριση ούτε μια φιλική συνομιλία αλλά ούτε και τυποποιημένη και τεχνητή. Αντίθετα πρέπει να μοιάζει με καθημερινή συζήτηση ώστε να προσφέρει στον ασθενή την ασφάλεια και την ελευθέρια να μιλήσει ανοιχτά. Ο νοσηλευτής δεν είναι δυνατόν να μένει προσκολλημένος σε ένα σχεδιάγραμμα λήψης ψυχιατρικού ιστορικού απλώς πρέπει να το κρατά στο μυαλό του και έτσι να μπορεί να ξέρει ποια θέματα θα προσπαθήσει να καλύψει στην πορεία της εκτίμησής του για να μην περιορίζει το ποσό των πληροφοριών που μπορεί να συγκεντρωθούν. Οι μέθοδοι που κυρίως χρησιμοποιούνται κατά την συνέντευξη αφορούν στην εγκατάσταση επαφής με τον άρρωστο και αναφέρονται σε σειρά τεχνικών που διευκολύνουν τη διαδικασία της συνέντευξης και διασφαλίζουν την επίτευξη των στόχων της. Οι οποίοι είναι: **διάγνωση, θεραπεία και συμμόρφωση** στη θεραπευτική παρέμβαση.

*Από τότε που θρηνώ,
το γαλανό και ουράνιο φώς μου,
μετεβλήθει εντος μου,
ο ρυθμός του κοσμου.*

Γ.Βιζυηνός

Μια πολύ δραματική διαταραχή που έρχεται πιο κοντά στη γνωστή ιδέα της "τρέλας"

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νίκου Μάνου, Σύνθεση και επιλογή στην Ψυχιατρική θεραπευτική,university studio press, Α έκδοση ,Θεσσαλονίκη 1993.
2. Πέτρος Χαρτοκόλλης, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδόσεις θεμέλιο, Β έκδοση,1991.
3. Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής,university stydio press, Α έκδοση,Θεσσαλονίκη 1988.
4. Kaplan and Sadock's, Ψυχιατρική,ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, έβδομη έκδοση,Α τόμος,Αθήνα.
5. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά ,Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Έ έκδοση ,Αθήνα 2005.
6. Γ.Ν.Χριστοδούλου και συνεργάτες,Κλινική Ψυχιατρική,Α τόμος,Αθήνα 2004.
7. Νίκου Μάνου,Σύνθεση και επιλογή στην ψυχιατρική θεραπευτική μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση,university stydio press,Θεσσαλονίκη 1993.
8. Αθηνά Χρ.Γιαννοπούλου,Ψυχιατρική Νοσηλευτική,Αθήνα 1990.