

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΤΕΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωταρχικά την καθηγήτρια μου κ. Σαμαρτζή Κυριακή για το χρόνο που μου αφιέρωσε να φέρω εις πέρας την εργασία μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν για να ολοκληρώσω την εργασία μου και ιδιαίτερα τους γονείς μου για την υπομονή και τη στήριξη τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στις ανεπτυγμένες χώρες, το 35-50% των ασθενών με σοβαρές διαταραχές διανοητικής κατάστασης δεν έλαβαν θεραπεία σε περίοδο 12 μηνών. Τα ποσοστά στις λιγότερο εύπορες χώρες είναι ακόμη πιο ανησυχητικά, στο 76-85%. Η γεφύρωση αυτού του χάσματος θεραπείας αποτελεί προτεραιότητα στην παγκόσμια αντίδραση σε ψυχικές ασθένειες. Η νοσηλευτική διαδικασία της ψυχικής υγείας, αποσκοπεί στην εκτίμησης της υγείας και της ασφάλειας των ασθενών και στη βελτίωση των ικανοτήτων αντιμετώπισης προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους ανάκαμψης τους και να προωθήσουν τις δεξιότητες στην καθημερινότητα τους. Για την επίτευξη αυτού θα πρέπει οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας να λαμβάνουν συνεχή εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας

Σκοπός: η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό την μελέτη και την κατανόηση της έννοιας της ψυχικής υγείας και το ρόλο που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στην προώθηση της ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετώντας άρθρα και βιβλία των τελευταίων ετών.

Συμπεράσματα: Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας είναι εξειδικευμένος κλάδος νοσηλευτικής με επίκεντρο τη φροντίδα ατόμων με κάποια ψυχική ασθένεια. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην κοινότητα συνεργάζονται με τους ασθενείς για την προώθηση της ψυχολογικής ευεξίας, της συναισθηματικής υγείας και της σωματικής ευεξίας ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην βοήθεια των ασθενών ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες ψυχικής υγείας τους, να μάθουν πώς να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να γνωρίζουν τι μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση της ψυχικής υγείας τους.

Λέξεις-κλειδιά: νοσηλευτής, ψυχική υγεία, προαγωγή υγείας, κοινότητα

ABSTRACT

Introduction: In developed countries, 35-50% of patients with severe mental disorders did not receive treatment over a 12-month period. Rates in the less affluent countries are even worse at 76-85%. Bridging this treatment gap is a priority in the global response to mental illness. The nursing process of mental health aims to assess the health and safety of patients and to improve their skills to achieve their recovery goals and to promote skills in their everyday lives. To achieve this, mental health nurses should receive ongoing mental health education

Purpose: This work was designed to study and understand the concept of mental health and the role played by nursing staff in promoting mental health in the community. A bibliographic review was carried out for the realization of this work by studying articles and books of the last few years.

Conclusions: Nursing of mental health is a specialized nursing branch focusing on the care of people with some mental illness. Mental health nurses in the community work together with patients to promote psychological well-being, emotional well-being and physical well-being, while helping patients to cope with their mental health conditions, learn how to manage their symptoms and to know what can aggravate their mental health condition.

Keywords: nurse, mental health, health promotion, community

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	8
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	8
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	9
1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	11
1.5 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	12
1.7 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	16
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.1 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	17
2.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	18
2.4 ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.5 ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	24
2.6 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	25
2.7 ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	30
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	30
3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	30
3.2 Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	33
3.3 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	38
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	38
4.1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	38
4.2 ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ	40
4.3 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	41
4.3.1 ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ.....	42
4.3.2 ΕΡΓΑΣΙΑ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	42
4.3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	43
4.3.4 ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	43
4.3.5 ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	43
4.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣΩΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	44
4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	45
4.6 Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	45
4.7 Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	46
4.8 ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	50
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	50
5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄	50
5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	63

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο της κοινότητας αντιπροσωπεύει έναν εναλλακτικό τρόπο παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η αλλαγή των δημογραφικών στοιχείων, η αλλαγή των προτύπων ασθενειών, η αύξηση των χρόνιων ασθενειών που οδηγούν σε υποτιμημένες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, η μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης της υγείας και η ανανεωμένη εστίαση στην προαγωγή της υγείας ανοίγουν νέες ευκαιρίες για παροχή κοινοτικής φροντίδας σε κοινοτικούς χώρους.

Παρατηρείται να δίνεται έμφαση στην υγεία και την πρόσβαση στην περίθαλψη στην κοινότητα ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης των ανθρώπων όπου ζουν και εργάζονται. Σε κάθε χώρα, οι υπηρεσίες υγείας / οικογενειακής υγείας / πρόληψης ασθενειών και προαγωγής της υγείας που παρέχονται στην κοινότητα παρέχονται μέσω του διαθέσιμου κοινοτικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στις αναπτυγμένες χώρες, το 35-50% των ασθενών με σοβαρές διαταραχές ψυχικής υγείας δεν έλαβαν θεραπεία σε περίοδο 12 μηνών. Τα ποσοστά στις λιγότερο εύπορες χώρες είναι ακόμη πιο ανησυχητικά, στο 76-85%. Με συνήθεις καταστάσεις όπως η διπολική διαταραχή, η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους, πάνω από το 50% των ανθρώπων δεν έχουν λάβει θεραπεία. Η γεφύρωση αυτού του χάσματος θεραπείας αποτελεί προτεραιότητα στην παγκόσμια αντίδραση σε ψυχικές ασθένειες.

Η νοσηλευτική διαδικασία, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής για την ψυχική υγεία, αποσκοπεί στην προώθηση της υγείας και της ασφάλειας ενώ παράλληλα αποσκοπεί στη βελτίωση των ικανοτήτων αντιμετώπισης προκειμένου να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιτύχουν τους δικούς τους στόχους ανάκτησης, να προσφέρουν εκπαίδευση ώστε να διαχειριστούν τα συμπτώματα που παρουσιάζονται και να αποτρέψουν την περαιτέρω αναπηρία.

Δεδομένου ότι οι νοσηλευτές αντιπροσωπεύουν σημαντικό μέρος των επαγγελματιών υγείας, φαίνεται συνετό να εξεταστεί ο σημερινός και ο δυνητικός ρόλος τους στην κάλυψη της ζήτησης περί ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει τη συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία μας. Επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, αίσθησης και δράσης. Βοηθά επίσης τον καθορισμό του τρόπου με τον οποίο διαχειρίζεται κάποιος το άγχος. Η ψυχική υγεία είναι σημαντική σε κάθε στάδιο της ζωής, από την παιδική και την εφηβική ηλικία έως την ενηλικίωση.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, επηρεάζουν τη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως:

- Βιολογικοί παράγοντες, όπως γονίδια ή χημεία του εγκεφάλου
- Ζωές, όπως τραύμα ή κατάχρηση
- Οικογενειακό ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι κοινά αλλά υπάρχει βοήθεια. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να βελτιωθούν και πολλοί ανακάμπτουν πλήρως (Estiri et al., 2016).

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μια ψυχική διαταραχή, που ονομάζεται επίσης ψυχική ασθένεια ή ψυχιατρική διαταραχή, είναι ένα συμπεριφορικό ή πνευματικό πρότυπο που προκαλεί σημαντική αγωνία ή εξασθένιση της προσωπικής λειτουργίας. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι επίμονα, υποτροπιάζοντα και επαναλαμβανόμενα, ή να εμφανίζονται ως ένα μόνο επεισόδιο. Έχουν περιγραφεί πολλές διαταραχές, με σημεία και συμπτώματα που ποικίλλουν ευρέως μεταξύ συγκεκριμένων διαταραχών. Τέτοιες διαταραχές μπορεί να διαγνωσθούν από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (Estiri et al., 2016).

Οι αιτίες των ψυχικών διαταραχών είναι συχνά ασαφείς. Οι θεωρίες μπορούν να περιλαμβάνουν ευρήματα από μια σειρά πεδίων. Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως καθορίζονται από έναν συνδυασμό του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο συμπεριφέρεται, αισθάνεται, αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου, συχνά σε ένα κοινωνικό

πλαίσιο. Μια ψυχική διαταραχή είναι μια πτυχή της ψυχικής υγείας. Οι πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, καθώς και οι κοινωνικές προδιαγραφές, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάγνωση.

Οι υπηρεσίες βασίζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή στην κοινότητα και οι αξιολογήσεις πραγματοποιούνται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς, χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους όπως οι ψυχομετρικές εξετάσεις, αλλά συχνά βασίζονται σε παρατήρηση και ανάκριση. Οι θεραπείες παρέχονται από διάφορους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχοθεραπεία και τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι δύο σημαντικές επιλογές θεραπείας. Άλλες θεραπείες περιλαμβάνουν κοινωνικές παρεμβάσεις, υποστήριξη από ομοτίμους και αυτοβοήθεια. Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων μπορεί να υπάρξει ακούσια κράτηση ή θεραπεία. Τα προγράμματα πρόληψης έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν την κατάθλιψη.

Οι κοινές ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, η οποία επηρεάζει περίπου τα 400 εκατομμύρια, η άνοια που επηρεάζει περίπου 35 εκατομμύρια, και η σχιζοφρένεια, η οποία πλήττει περίπου 21 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Το στίγμα και οι διακρίσεις μπορούν να αυξήσουν την ταλαιπωρία και την αναπηρία που συνδέονται με τις ψυχικές διαταραχές, οδηγώντας σε διάφορα κοινωνικά κινήματα που προσπαθούν να αυξήσουν την κατανόηση και να προκαλέσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό (Estiri et al., 2016).

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι αρχαίοι πολιτισμοί περιγράφουν και αντιμετωπίζουν πολλές ψυχικές διαταραχές. Οι ψυχικές ασθένειες ήταν γνωστές στην αρχαία Μεσοποταμία όπου οι ασθένειες και οι ψυχικές διαταραχές πιστεύονταν ότι προκλήθηκαν από συγκεκριμένες θεότητες. Επειδή τα χέρια συμβολίζουν τον έλεγχο ενός προσώπου, οι ψυχικές ασθένειες ήταν γνωστές ως «χέρια» ορισμένων θεοτήτων.

Μια ψυχολογική ασθένεια ήταν γνωστή "Χέρι του Ishtar". Άλλοι ήταν γνωστοί ως "Χέρι του Σαμάς", "Χέρι του Φαντάσματος" και "Χέρι του Θεού". Ωστόσο, οι περιγραφές αυτών των ασθενειών είναι τόσο ασαφείς ώστε είναι συνήθως αδύνατο να προσδιοριστεί ποιες ασθένειες αντιστοιχούν στη σύγχρονη ορολογία. Οι Μεσοποταμιαί γιατροί τήρησαν λεπτομερή καταγραφή των ψευδαισθήσεων των ασθενών τους και τους αποδίδουν πνευματικές έννοιες.

Η βασιλική οικογένεια του Elam ήταν διαβόητη για τα μέλη της που συχνά υποφέρουν από παραφροσύνη. Οι Έλληνες έφεραν όρους για μελαγχολία, υστερία και φοβία και ανέπτυξαν τη θεωρία του χιούμορ. Περιγράφηκαν ψυχικές διαταραχές και αναπτύχθηκαν θεραπείες στην Περσία, την Αραβία και στον μεσαιωνικό ισλαμικό κόσμο.

Οι αντιλήψεις της τρέλας στον Μεσαίωνα στη χριστιανική Ευρώπη ήταν ένα μείγμα των θεϊκών, διαβολικών, μαγικών και χυμικών και υπερβατικών. Στις αρχές της νεότερης εποχής, μερικά άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί να έχουν πέσει θύματα των κυνηγών των μαγισσών. Ενώ δεν ήταν καμιά μάγισσα και μάγος κατηγορούμενοι ότι ήταν ψυχικά άρρωστοι, όλοι οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν μάγισσες ή μάγοι. Στις αρχές του 16ου και 17ου αιώνα, οι διανοητικά άρρωστοι έγιναν ολοένα και περισσότερο δεκτοί σε τοπικά εργαστήρια, φυλακές και ιδιωτικά μαντέμια από υποστηρικτές της κοινωνικής δικαιοσύνης, όπως η Dorothea Dix. Πολλοί όροι για ψυχική διαταραχή που βρήκαν τον τρόπο τους στην καθημερινή χρήση έγιναν πρώτοι δημοφιλείς τον 16ο και 17ο αιώνα (Osborn et al., 2016).

Μέχρι τα τέλη του 17ου αιώνα και στον Διαφωτισμό, η τρέλα θεωρείται ολοένα και περισσότερο οργανικό φυσικό φαινόμενο χωρίς σύνδεση με την ψυχή ή την ηθική ευθύνη. Η φροντίδα για το άσυλο ήταν συχνά σκληρή και αντιμετώπιζε ανθρώπους όπως τα άγρια ζώα, αλλά στα τέλη του 18ου αιώνα αναπτύχθηκε σταδιακά ένα κίνημα ηθικής μεταχείρισης. Σαφείς περιγραφές ορισμένων σύνδρομων μπορεί να είναι σπάνιες πριν από τον 19ο αιώνα.

Η εκβιομηχάνιση και η αύξηση του πληθυσμού οδήγησαν σε μαζική επέκταση του αριθμού και του μεγέθους των παράφρων ασύλου σε κάθε δυτική χώρα κατά τον 19ο αιώνα. Πολυάριθμα διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης και διαγνωστικοί όροι αναπτύχθηκαν από διαφορετικές αρχές και ο όρος ψυχιατρική (1808), παρόλο που οι ιατρικοί επιστάτες ήταν ακόμα γνωστοί ως αλλινοί.

Η στροφή του 20ου αιώνα είδε την ανάπτυξη της ψυχανάλυσης, η οποία αργότερα θα έμπαινε στο προσκήνιο, μαζί με το σύστημα ταξινόμησης του Kraepelin. Οι κρατούμενοι άσυλο αναφερόταν όλο και περισσότερο ως "ασθενείς" και τα άσυλα μετονομάστηκαν σε νοσοκομεία (Osborn et al., 2016).

1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Μεταξύ 200 και 1300 μ. Χ. η ψυχική ασθένεια θεωρείται από την σχολή του Γαληνού ως έλλειψη ισορροπίας των βιολογικών υγρών του μυαλού και εξηγείται μέσω οργανικών αιτιών. Εκείνο το διάστημα υπήρχαν οι δεισιδαιμονίες στο εν λόγω θέμα που θεωρούσαν πως το φαινόμενο είχε σχέση με την μαγεία και διάφορες ουσίες που είχαν σχέση με ξόρκια. Όσοι έπασχαν θεωρούσαν πως θα προστατευτούν με φυλαχτά (Osbornet.al. 2016). Η θρησκεία ερμήνευε το γεγονός ως προϊόν δαιμονίων και χρησιμοποιούνταν η μέθοδος του εξορκισμού ως μέσο θεραπείας.

Ανάμεσα στο 1400 και το 1500 οι ψυχικά πάσχοντες καίγονταν στην φωτιά, καθώς θεωρούνταν μάγοι ή μάγισσες (Robertset.al. 2016). Το 1800 δημιουργήθηκε το πρώτο ψυχιατρείο στην Γαλλία, με ιδρυτή τον PhillipPinel. Ο Διαφωτισμός είχε σημαντική επιρροή στην δημιουργία του. Ο ψυχικά πάσχοντας αντιμετωπίζεται πλέον ως ασθενής και όχι ως κακοποιός. Το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα είναι η εποχή της καινούριας ψυχιατρικής. Από την δεκαετία του '50 γίνεται η χρήση ψυχοφαρμάκων (Osborn et al., 2016).

1.5 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τα μέσα του 1800 ως και το 1950, η άσκηση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Εγκαθιδρύεται η ειδικότητα της ψυχιατρικής ως κλάδος της Ιατρικής με σκοπό τη μελέτη, διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών παθήσεων. Στην Ελλάδα ιδρύονται τα περισσότερα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που λειτουργούν έως και σήμερα καθώς και αρκετές ιδιωτικές κλινικές. Από την δεκαετία του '50 ως το 1983 ψηφίστηκε ο ν. 1397 που προέβλεπε την ψυχιατρική φροντίδα εντός ασύλων. Ωστόσο, ο αριθμός των μη εκπαιδευμένων νοσηλευτών που εργάζονταν εκεί ήταν μικρός, και η ειδίκευση των ιατρών σε νευρολογικά και ψυχιατρικά θέματα ήταν ανεπαρκής, όπως και η κατάρτιση των εμπλεκόμενων ψυχολόγων (Μάνος, 2008).

Μέσω του ν. 1397 γίνεται προσπάθεια αναδιαμόρφωσης των μονάδων ψυχικής υγείας. Μέσω του κανονισμού 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι μονάδες ψυχικής υγείας γίνονται ανοικτού τύπου και η αρχή γίνεται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής(Δαφνί) και το

Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Σημαντικές βελτιώσεις επιτελέστηκαν στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, μέσω των νόμων 2071/1992 και 2716/1999 και τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το 1999 είναι το έτος δημιουργίας του προγράμματος “Ψυχαργός”, που χρηματοδοτείται από εθνικούς και ευρωπαϊκούς πόρους. Το πρόγραμμα αυτό, απέβλεπε στην κοινωνική ενσωμάτωση και την ένταξη στην εργασία 700 ψυχικά πασχόντων (Παπαδημητρίου κ.α.2013).

1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου για ψυχικές ασθένειες περιλαμβάνουν τη γενετική κληρονομικότητα, όπως οι γονείς που έχουν κατάθλιψη ή μια τάση για υψηλό νευρωτισμό ή "συναισθηματική αστάθεια". Κατά την κατάθλιψη, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη γονική μέριμνα περιλαμβάνουν τη γονική άνηση μεταχείριση και υπάρχει συσχέτιση με τη χρήση υψηλής κάναβης.

Στη σχιζοφρένεια και την ψύχωση, οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη μετανάστευση και τις διακρίσεις, το τραύμα κατά την παιδική ηλικία, το πένθος ή το διαχωρισμό στις οικογένειες και την κατάχρηση ναρκωτικών συμπεριλαμβανομένης της κάναβης και της αστικοποίησης (Estiri et al., 2016).

Στο άγχος, οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να περιλαμβάνουν οικογενειακό ιστορικό (π.χ. άγχος), ιδιοσυγκρασία και συμπεριφορές (π.χ. απαισιοδοξία) και παράγοντες γονικής μέριμνας συμπεριλαμβανομένης της γονικής απόρριψης, έλλειψης γονικής ζεστασιάς, υψηλής εχθρότητας, σκληρής πειθαρχίας, την παιδική ηλικία, τη μοντελοποίηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς και τη χρήση ναρκωτικών και την κακοποίηση των παιδιών (συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική).

Περιβαλλοντικά γεγονότα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη γέννηση έχουν επίσης εμπλακεί. Ο τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης ορισμένων ψυχικών διαταραχών. Έχουν υπάρξει κάποιες προσωρινές ασυνεπείς συνδέσεις που βρέθηκαν σε ορισμένες ιογενείς λοιμώξεις, στην κατάχρηση ουσιών και στη γενική σωματική υγεία.

Οι κοινωνικές επιρροές έχουν βρεθεί σημαντικές, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης, της αμέλειας, του εκφοβισμού, του κοινωνικού στρες, των τραυματικών γεγονότων και άλλων αρνητικών ή συντριπτικών εμπειριών ζωής. Για

τη διπολική διαταραχή, το άγχος (όπως οι αντιξοότητες παιδικής ηλικίας) δεν αποτελεί συγκεκριμένη αιτία, αλλά θέτει σε κίνδυνο γενετικά και βιολογικά ευάλωτα άτομα για πιο σοβαρή ασθένεια. Ωστόσο, οι ειδικοί κίνδυνοι και οι οδοί για συγκεκριμένες διαταραχές είναι λιγότερο σαφείς. Έχουν επίσης εμπλακεί πτυχές της ευρύτερης κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων απασχόλησης, κοινωνικοοικονομικής ανισότητας, έλλειψης κοινωνικής συνοχής, προβλημάτων που σχετίζονται με τη μετανάστευση και χαρακτηριστικών συγκεκριμένων κοινωνιών και πολιτισμών (Estiri et al., 2016).

1.7 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ο όρος “Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας” αντιπροσωπεύει μια σειρά ενεργειών-δράσεων που ως στόχο έχουν την ενδυνάμωση:

- α) των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας και των δεξιοτήτων του ατόμου και
- β) την ευαισθητοποίηση-εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων ενίσχυσης αυτής (κοινωνικές πολιτικές και πολιτικές υγείας). Η “Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας” εφαρμόζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο και σκοπός της είναι αφενός η αύξηση της ανθεκτικότητας και της προσαρμοστικότητας των ατόμων και αφετέρου η προστασία της δημόσιας υγείας.

Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης (της εικόνας του εαυτού), του αισθήματος ελέγχου (της αίσθησης ότι η ζωή μας εξαρτάται κυρίως από εμάς, από την προσπάθεια και τις επιλογές μας) και της αυτοαποτελεσματικότητας (της πεποίθησης ότι ό,τι πετυχαίνουμε το πετυχαίνουμε κυρίως χάρη στις δικές μας προσπάθειες και επιλογές) αποτελούν προτεραιότητες της “Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας” και “οχυρώνουν” όχι μόνο την ψυχική αλλά και την σωματική υγεία, καθώς συχνά οι ψυχολογικές δυσκολίες προδιαθέτουν στην έκλυση ή επιδείνωση σωματικών νόσων. (Mojtabai et al., 2011)

Οι παρεμβάσεις της Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας ξεκινούν πριν από τη σύλληψη και συνεχίζονται μέχρι και την ενήλικη ζωή. Μπορεί να είναι ατομικές ή ομαδικές (ομάδες ατόμων ή κοινωνικά σύνολα).

- Πριν από τη σύλληψη οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως τον οικογενειακό προγραμματισμό (πχ. πόροι της οικογένειας, καταλληλότητα για γονεϊκό

- ρόλο, πολυμελείς οικογένειες, έφηβες ή πολύ μεγάλης ηλικίας γυναίκες) και την ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική (πληροφόρηση σχετικά με ζητήματα όπως η πιθανότητα νόσησης των απογόνων του πάσχοντος ατόμου ή άλλων συγγενών αυτού, ο γάμος με πάσχον άτομο ή άτομο με κληρονομικό ιστορικό μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής, η τεκνοποίηση από πάσχον άτομο ή άτομο με κληρονομικό ιστορικό μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής, η προγεννητική διάγνωση, οι επιπτώσεις της διαταραχής εφόσον αυτή εκδηλωθεί, η υιοθεσία).
- Κατά την εμβρυϊκή ζωή οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως τον τρόπο ζωής της εγκύου (πχ. σωστή διατροφή, κατάλληλη σωματική άσκηση, αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ, διαχείριση ψυχοπρεστικών καταστάσεων) και την πρόληψη ή αντιμετώπιση πιθανών σωματικών νόσων (πχ. λοιμώξεις, προεκλαμψία).
 - Κατά τον τοκετό οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως την πρόληψη ή την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών (πχ. πρόωρος τοκετός, λιποβαρές βρέφος, περιγεννητική υποξία, τραυματισμός της κεφαλής του βρέφους).
 - Κατά την διάρκεια της βρεφικής, της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως την πρόληψη ή την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν στην οικογένεια (πχ. ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, μονογονεϊκές οικογένειες, απώλεια γονέα, ακαταλληλότητα γονέων) ή στο σχολείο (πχ. μαθησιακές δυσκολίες, δυσκολίες στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, προβλήματα διαγωγής, παραβατικότητα, χρήση ουσιών, επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, σχολικός εκφοβισμός).
 - Κατά την ενήλικη ζωή οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως α) την αυτοεκτίμηση (εικόνα εαυτού, κέντρο ελέγχου της πραγματικότητας, αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας), β) τον τρόπο ζωής (πχ. διατροφή, έξις, προβλήματα ύπνου, άσκηση, δραστηριότητες), γ) τις διαπροσωπικές σχέσεις (πχ. ελλιπής ικανότητα για κοινωνικοποίηση, διαπροσωπικές συγκρούσεις), δ) την εργασία (πχ. εργασιακή ανασφάλεια, υπερβολικός φόρτος εργασίας, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, κακές σχέσεις με συναδέλφους-συνεργάτες), ε) τις ψυχοπρεστικές καταστάσεις (πχ. απώλεια, έλλειψη, απόρριψη, αλλαγή, αποτυχία, σύγκρουση) και στ) την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (πχ. κατάθλιψη, παθολογικό άγχος, δυσφορία, ψυχωτικά συμπτώματα) και τις επιπτώσεις αυτής στην ψυχολογική κατάσταση, στη

λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής τόσο του πάσχοντος ατόμου όσο και του περιβάλλοντός του. (Mojtabai et al., 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαχωρίζονται στις εξής βασικές κατηγορίες:

(I) υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας, (II) κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (III) ιδρυματικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα απαιτούν σημαντικές επενδύσεις, ώστε να επαρκεί αριθμητικά και να εκπαιδευτεί κατάλληλα το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το επίπεδο. Υπηρεσίες που παρέχονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι δυνατό να επιτυγχάνουν καλές κλινικές εκβάσεις κατά την αντιμετώπιση πολλών ψυχικών διαταραχών. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν πλεονεκτήματα ως προς την προσβασιμότητα, την αποδοχή και το μειωμένο οικονομικό κόστος, τόσο για τους παροχείς, όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία απαιτείται επαρκής αριθμός εκπαιδευμένου προσωπικού. Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να συνεργάζονται στενά με τις πρωτοβάθμιες, τις δευτεροβάθμιες καθώς και με τις τριτοβάθμιες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Συνήθως, υπάρχει υψηλός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών και όσων τους φροντίζουν από τις κοινοτικές υπηρεσίες που είναι στελεχωμένες επαρκώς. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Οι παροχείς άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν έναν εύκολα προσβάσιμο πρόσθετο πόρο σε πολλές χώρες. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν το πρώτο σημείο το οποίο προσεγγίζουν όσοι έχουν ανάγκη υπηρεσιών, και ενίοτε το μόνο, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν άλλοι παροχείς υπηρεσιών. Η ύπαρξη εξειδικευμένων υπηρεσιών που παρέχονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον είναι αναγκαία στις περισσότερες χώρες, αν και οι απαιτήσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η ύπαρξη όμως πρωτοβάθμιας

φροντίδας και κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί σημαντικότερη προτεραιότητα.

Σε πολλές χώρες τα ψυχιατρεία συνδέονται με το στίγμα και την παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ενώ παράλληλα σε αρκετές χώρες τα ψυχιατρεία απορροφούν δυσανάλογα υψηλούς οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, οπότε δεν υπάρχουν ευκαιρίες ανάπτυξης εναλλακτικών υπηρεσιών. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

2.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΠΦΥ είναι ο ιδανικός χώρος για την ταυτόχρονη παροχή γενικών ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται απαραίτητη στις περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία η οποία οδήγησε δευτερογενώς σε σωματική παθολογία, σε ασθενείς με εμφανή σωματικού τύπου συμπτωματολογία, η οποία όμως μπορεί να υποκρύπτει στη βάση της ψυχολογικά αίτια (και σε ασθενείς με αμιγώς σωματική παθολογία, της οποίας όμως η ένταση, η κατάληξη ή τα συμπτώματα, καθιστούν απαραίτητη τη συμβολή του ειδικού ψυχικής υγείας προκειμένου να υποστηριχθεί το πάσχον άτομο (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012).

Η κλινική εμπειρία διδάσκει ότι τόσο η αποδοχή των ψυχολογικών διαταραχών όσο και η αναζήτηση θεραπείας στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας μειώνουν το στίγμα της ψυχιατρικής νόσου, σε αντίθεση με το ψυχιατρείο. Η πρόωμη εκτίμηση και αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η αγωγή κοινότητας, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για να είναι ομαλή η μετάβαση του πάσχοντος, έτσι ώστε από την πρωτοβάθμια φροντίδα, να μπορεί στη συνέχεια να γίνει χρήστης των λοιπών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012).

Σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος πλεονεκτεί λόγω της προσιότητάς του, της έγκαιρης διάκρισης ασυνήθιστων συμπεριφορών και πρόληψής τους και της δυνατότητας συνεχούς παρακολούθησης και υποκίνησης του οικείου περιβάλλοντος του ασθενή για βοήθεια. Το δίκτυο αυτό των δομών Ψυχικής Υγείας απαιτεί, εκτός της κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής, ένα πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών (ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδαγωγοί και

άλλοι), αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή.

Η τελευταία αυτή αναγκαιότητα επιβάλλει σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκπαίδευση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας καθώς και τις μεθόδους και τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας. Προϋποθέτει επίσης την στήριξη των τοπικών κοινωνιών και αρχών, την υπέρβαση του φόβου για την ψυχική ασθένεια που έχουν διαμορφώσει οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, προκειμένου σταδιακά να εξαλειφθεί το κοινωνικό στίγμα για τον ψυχικά ασθενή και την οικογένειά του (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012).

2.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Ένα μέρος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να παρέχονται από δευτεροβάθμια περιφερειακά ή τριτοβάθμια πανεπιστημιακά/κεντρικά νοσοκομεία, που αποτελούν τμήμα του γενικού συστήματος υγείας. Οι συνήθεις εγκαταστάσεις για ενήλικες περιλαμβάνουν ψυχιατρικά τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, ψυχιατρικές κλίνες σε παθολογικά τμήματα, ψυχιατρικά τμήματα επειγόντων και εξωτερικά ιατρεία. Οι υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους απαντώνται σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ή σε νοσοκομεία παιδών. Περιλαμβάνουν ψυχιατρικά τμήματα παιδιών και εφήβων και αντίστοιχα εξωτερικά ιατρεία.

Οι υπηρεσίες για υπερήλικες απαντώνται σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία και περιλαμβάνουν ψυχογηριατρικά τμήματα, ψυχιατρικές κλίνες σε άλλα τμήματα και εξωτερικά ιατρεία. Οι προαναφερόμενες υπηρεσίες παρέχονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες όπως ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, και γενικοί γιατροί με εξειδίκευση στην ψυχιατρική. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Παραδείγματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται από γενικά νοσοκομεία είναι οι εξής:

- Ενδονοσοκομειακή φροντίδα για οξεία περιστατικά
- Φροντίδα για σταθεροποίηση κρίσεων
- Ημερήσια ή νυχτερινά νοσοκομειακά προγράμματα
- Συμβουλευτικές/διασυνδετικές υπηρεσίες για γενικούς ασθενείς
- Εντατικά προγράμματα για εξωτερικούς ασθενείς

- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένη συμβουλευτική/ υποστήριξη/ εκπαίδευση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Πολυκλαδικές ψυχιατρικές ομάδες που διασυνδέονται με άλλους τοπικούς και περιφερειακούς τομείς (σχολεία, εργοδότες, σωφρονιστικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας) και μη κυβερνητικές οργανώσεις
- σε διατομεακές πρωτοβουλίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας
- Εξειδικευμένες μονάδες/τμήματα για άτομα με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές και για συναφή προγράμματα αποκατάστασης (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία συγκαταλέγονται:

Αρχικά, οι υπηρεσίες αυτές προαπαιτούν επαρκή αριθμό εξειδικευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Συνεπώς, μία ανάλογη επένδυση γίνεται στην περίπτωση που αυτό το προσωπικό μπορεί να εκπαιδευτεί. Υπάρχουν αρκετά πλεονεκτήματα στην ύπαρξη επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία. Μπορούν να συμμετέχουν στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή ιατρική διδασκαλία και εκπαίδευση, ευαισθητοποιώντας τους γιατρούς στις ψυχικές διαταραχές. Τα ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία μπορούν να δρουν ως κέντρα για μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ψυχιατρική και να παρέχουν εκπαιδευτικές δυνατότητες σε άλλους επαγγελματίες, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι μόνες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία είναι εξωτερικά ιατρεία, ενδονοσοκομειακά τμήματα βραχείας νοσηλείας για οξεία περιστατικά και συμβουλευτικές/διασυνδετικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα ψυχιατρικά στα υπόλοιπα τμήματα. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να διαχειριστούν με επάρκεια τα οξεία περιστατικά, αλλά προσφέρουν σχετικά λίγα στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που συνήθως διατρέχουν τον κύκλο της εισαγωγής - εξόδου - επανεισαγωγής (το σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας), εκτός εάν υπάρχει και ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ή κοινοτικών υπηρεσιών. Επίσης η απουσία ψυχοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων περιορίζει τη δυνατότητα αυτών

των υπηρεσιών να έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα σε άτομα που πάσχουν από άλλες, πέραν των ψυχώσεων, ασθένειες. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων έχουν συνήθως την αποδοχή από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Υπάρχει λιγότερο στίγμα στην αναζήτηση βοήθειας από αυτές τις υπηρεσίες συγκριτικά με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το γενικό νοσοκομείο είναι ένα ανοικτό πλαίσιο και, ως εκ τούτου, είναι λιγότερο πιθανό να σημειωθούν παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συγκριτικά με τα κλειστά ιδρύματα.

Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων συνήθως χωροθετούνται σε πόλεις που αποτελούν κέντρα των περιφερειών, ενώ τα τριτοβάθμια/πανεπιστημιακά κέντρα χωροθετούνται σε μεγάλα αστικά κέντρα. Ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, η πρόσβαση στις υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων μπορεί να παρεμποδισθεί από το οικονομικό κόστος.

Σε πολλές χώρες, η έλλειψη αξιόπιστου και φθηνού συγκοινωνιακού δικτύου μπορεί να αποκλείσει πολλούς, που δεν κατοικούν στην έδρα των νοσοκομείων, από την πρόσβαση στις υπηρεσίες τους. Παρ' όλα αυτά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία έχουν τα πλεονεκτήματα της σχετικά εύκολης πρόσβασης σε εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και ιατρική θεραπεία σε σωματικές ασθένειες που συνυπάρχουν. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία κοστίζουν ακριβότερα, για τους παροχείς των υπηρεσιών, από αυτές που παρέχονται σε πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό προκύπτει από το κόστος των υποδομών, το κόστος παροχής της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και το αυξημένο κόστος των αποδοχών εξειδικευμένου προσωπικού, όπως ψυχίατροι και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να είναι φθηνότερες από τις αντίστοιχες των εξειδικευμένων ιδρυμάτων.

Για τους χρήστες, οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων κοστίζουν περισσότερο από αυτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, λόγω των πρόσθετων δαπανών που απαιτούνται για τα έξοδα ταξιδιού και της απώλειας του ημερομισθίου (έμμεσες δαπάνες). Στις αγροτικές περιοχές, οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων εξοικονομούν τις δαπάνες μετακίνησης του προσωπικού, μετακυλιώντας τις στους χρήστες. Αυτή η μετακύλιση της οικονομικής επιβάρυνσης, μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στην προσβασιμότητα, σε αναπτυσσόμενες χώρες, σε πολλές εκ των οποίων οι έμμεσες

δαπάνες είναι δυσανάλογα μεγάλες, σε σύγκριση με τη δυνατότητα άμεσων δαπανών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004)

2.4 ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας και, εκτός των άλλων, παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, καθώς και συνεχούς φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα. Στην Ελλάδα οι μελέτες του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως αστικά περιβάλλοντα. Παλαιότερες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 16% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ οι γυναίκες, οι χήροι και τα άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012).

Σε έρευνα στο γενικό πληθυσμό, στο πλαίσιο πολυκεντρικής μελέτης από συνεργαζόμενο κέντρο του ΠΟΥ, σε δείγμα 50.000 ατόμων, βρέθηκε ότι το 29% έπασχε από τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή. Το 1997, το δεκαετές σχέδιο «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», πραγματοποιείται σε δύο φάσεις και περιλαμβάνει δύο κατηγορίες δράσης: παρέμβαση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Δημιουργήθηκαν 55 δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αναπτύχθηκαν εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, μερικώς χρηματοδοτούμενο από το Ευρωπαϊκό Κοινό Ταμείο και στη συνέχεια από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο. Ο βασικός νόμος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ο 2716/1999 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», που αφορά την ανάπτυξη δομών που θα παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΦΕΚ 96 τ.Α/1999). (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012).

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας διακρίνονται σε θεσμοθετημένες και άτυπες. Οι θεσμοθετημένες αποτελούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που δεν στεγάζονται σε νοσοκομειακά πλαίσια, χρειάζονται όμως στενή συνεργασία με αυτά καθώς και με ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αυτή η συνεργασία περιλαμβάνει για παράδειγμα ένα αμφίδρομο σύστημα παραπομπών όπου τα γενικά ψυχιατρικά νοσοκομεία δέχονται ασθενείς με βραχύχρονη θεραπεία και παραπέμπουν τους ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι

αποδοτικότερες όταν είναι στενά συνδεδεμένες με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και άτυπους φορείς υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα.

Παραδείγματα αυτών είναι:

Οι Υπηρεσίες αποκατάστασης στις οποίες περιλαμβάνονται:

- Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας / εξωτερικά ιατρεία
- Κοινοτικές λέσχες
- Κέντρα ημέρας
- Ανοιχτά κέντρα
- Ομάδες υποστήριξης

Οι Θεραπευτικές και εποπτευόμενες στεγαστικές υπηρεσίες

- Διαμερίσματα για πρώην ασθενείς (χωρίς εποπτεία)
- Διαμερίσματα με 2-3 ενοίκους (χωρίς εποπτεία)
- Σπίτια ομαδικής διαβίωσης (με ή χωρίς προσωπικό)
- Ξενώνες (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Στις άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνεται η βοήθεια των ατόμων τα οποία είναι μέλη της κοινότητας μπορούν να παρέχουν ποικίλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αν και αυτά τα άτομα έχουν λίγη ή και καθόλου επίσημη εκπαίδευση σε δεξιότητες ψυχικής υγείας, μπορούν να παρέχουν πολλή από την απαιτούμενη φροντίδα, ειδικά στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που ζουν στο σπίτι με τις οικογένειες τους. (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012).

Παραδείγματα φορέων άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών είναι:

- Παραδοσιακοί θεραπευτές
- Εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα
- Μέλη των οικογενειών
- Ομάδες αυτοβοήθειας και ομάδες χρηστών των υπηρεσιών
- Εθελοντές που παρέχουν επιμόρφωση σε γονείς και νέους για θέματα ψυχικής υγείας και θέματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, σε σχολεία και κλινικές
- Υπηρεσίες που παρέχονται, σε ημερήσια βάση, από συγγενείς, γείτονες ή συνταξιούχους των τοπικών κοινοτήτων.
- Εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε έκτακτες συνθήκες. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρήζουν κάποιων επαγγελματιών με υψηλό βαθμό δεξιοτήτων και εκπαίδευσης. Πολλές λειτουργίες, όμως, μπορούν να διεκπεραιωθούν από επαγγελματίες υγείας με λιγότερη εκπαίδευση. Η εντατική φύση της εργασίας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας υποδηλώνει πως απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού, από τις άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα επέκτασης των υπηρεσιών. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004)

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ εύκολα προσβάσιμες, ιδιαίτερα από τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που χρήζουν συνεχούς φροντίδας. Στιγματίζουν λιγότερο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, γεγονός που βελτιώνει την προσβασιμότητά τους. Τα κύρια εμπόδια στην πρόσβαση εγείρονται από την έλλειψη αυτών των υπηρεσιών που οφείλεται στο υψηλό κόστος δημιουργίας και λειτουργίας τους και στην έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού. Αυτά τα εμπόδια ισχύουν ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου αυτές οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες μόνο σε μικρά τμήματα του πληθυσμού. Παρόμοια εμπόδια αντιμετωπίζουν οι αγροτικοί και μειονοτικοί πληθυσμοί των αναπτυγμένων χωρών, λόγω έλλειψης αυτών των υπηρεσιών. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004)

Στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνονται και οι εξειδικευμένες, δημόσιες ή ιδιωτικές, νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, που παρέχουν ποικίλες υπηρεσίες σε ενδονοσοκομειακά τμήματα και σε εξειδικευμένα πλαίσια που λειτουργούν με εξωτερικούς ασθενείς. Δεν αποτελούν εκσυγχρονισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά υπηρεσίες που εξυπηρετούν πολύ συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες προαπαιτούν ένα ιδρυματικό πλαίσιο. Επιπλέον, δεν προσδοκάται να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, αλλά δρουν ως δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες παραπομπής. Περιλαμβάνουν μονάδες οξέων και μονάδες υψηλής ασφάλειας, εξειδικευμένες μονάδες για παιδιά και ηλικιωμένους, και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως οι ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004)

Παραδείγματα αυτών είναι:

- Εξειδικευμένες μονάδες / κέντρα για τη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών και αντίστοιχων προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως μονάδες διαταραχών της διατροφής.

- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων
- Υπηρεσίες αποκατάστασης συγκεκριμένων διαταραχών παιδιών και εφήβων, όπως ο αυτισμός και οι ψυχωσικές διαταραχές
- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες για συγκεκριμένες διαταραχές των ηλικιωμένων, όπως η νόσος Alzheimer(Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες προαπαιτούν ένα ικανό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού στην ψυχική υγεία. Η έλλειψη αυτού του προσωπικού αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η απουσία εκπαιδευμένου προσωπικού δυσχεραίνει την τήρηση της επιθυμητής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και εγκυμονεί τον κίνδυνο μετατροπής των υπηρεσιών σε υπηρεσίες φύλαξης, με μικρή θεραπευτική δυνατότητα.

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες είναι συνήθως τριτοβάθμια κέντρα παραπομπής. Μεγάλη αναλογία των ασθενών τους είναι αυτοί με ψυχικές διαταραχές που είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Η επιτυχία των εξειδικευμένων υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από την ποιότητα των διαθέσιμων μέσων και υποδομής. Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου πολλές από αυτές τις υπηρεσίες είναι επαρκώς χρηματοδοτούμενες και στελεχωμένες, παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας με καλά αποτελέσματα, που δικαιολογούν τη διατήρησή τους. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

2.5 ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι συνήθως εξειδικευμένες, δημόσιες ή ιδιωτικές, νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, που παρέχουν ποικίλες υπηρεσίες σε ενδονοσοκομειακά τμήματα και σε εξειδικευμένα πλαίσια που λειτουργούν με εξωτερικούς ασθενείς. Δεν αποτελούν εκσυγχρονισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά υπηρεσίες που εξυπηρετούν πού συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες απαιτούν ένα ιδρυματικό πλαίσιο. Επιπλέον, δεν προσδοκάται να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, αλλά δρουν ως δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες παραπομπής. Περιλαμβάνουν μονάδες οξέων και μονάδες υψηλής ασφαλείας, εξειδικευμένες μονάδες για παιδιά και ηλικιωμένους και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως

ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

Παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών είναι:

- Εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα Μονάδα μέσης ασφαλείας Μονάδες υψηλής ασφαλείας
- Εξειδικευμένες μονάδες / κέντρα για την θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών και αντίστοιχων προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως μονάδες διαταραχών της διατροφής
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων
- Υπηρεσίες αποκατάστασης συγκεκριμένων διαταραχών παιδιών και εφήβων, όπως ο αυτισμός και οι ψυχωσικές διαταραχές
- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες για συγκεκριμένες διαταραχές των ηλικιωμένων όπως η νόσος Alzheimer (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004).

2.6 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης, που ακολουθείται έως σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Με βάση αυτούς του στόχους, το Πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δημιουργεί δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (Ξενώνας, Οικοτροφείο, Προστατευμένα Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα, αναπτύσσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Δομές, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα).

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Η δεύτερη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώνεται το 2009. Κατά την ολοκλήρωση της Β' φάσης, το 2009, υπογράφηκε **Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης** προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.

Η τρίτη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ' (2011 – 2020) διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης.

- Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.

- Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας.
- Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Παράλληλα, βρίσκεται σε εξέλιξη αξιολόγηση κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Βασικό στόχο της αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους, όπως εξειδικεύονται στη γενικότερη στρατηγική και την εφαρμοζόμενη πολιτική του Υπουργείου Υγείας για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Ν.2716/99. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

2.7 ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πρόκειται για δομές που σταδιακά διαμορφώθηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» για να διασφαλίσουν το δικαίωμα των ασθενών για αξιοπρεπή διαβίωσή τους μέσα στην κοινότητα αποφεύγοντας τον εγκλεισμό τους στα ψυχιατρικά άσυλα.

Στεγαστικές Δομές:

Ξενώνας: σκοπός της φιλοξενίας των ασθενών είναι η επίτευξη «ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα». Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα.

Οικοτροφείο: είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012)

Προστατευόμενα Διαμερίσματα: χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες – για ασθενείς που έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. «Σκοπός τους είναι η επίτευξη της μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αυτονομίας».

Δομές Επαγγελματικής Αποκατάστασης:

Πρόκειται για δομές που έχουν ως στόχο στην προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας. (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012)

Δομές Περίθαλψης:

Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου: είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο της παθολογικής, χειρουργικής, κλπ. κλινικών) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012)

Κοινοτικές Δομές:

Κέντρο Ψυχικής Υγείας: ο πυρήνας της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, η πρόληψη, θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Συνοπτικά σύμφωνα με την έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι λειτουργίες του θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακολούθως:

1. Πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων των κατ' οίκον επισκέψεων. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών.
2. Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας.
3. Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία.
4. Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

5. Έρευνα και περιοδική αξιολόγηση της λειτουργίας του. (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012)

Εξειδικευμένα Κέντρα:

Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση

Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου

Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοολικών

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ):

Είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και «βασικός τους στόχος είναι η κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια». (Κυλούδης, Τανανάκη, Ρεκλείτη, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Κατά περιόδους, η κοινότητα βρίσκεται αντιμέτωπη με θέματα υγείας που μπορούν να την επηρεάσουν και να εξαπλωθούν. Αυτό μπορεί να συμβεί σε μικρές κοινότητες, μεγάλες πόλεις, αστικές περιοχές κλπ. Μερικά παραδείγματα προβλημάτων υγείας που μπορεί να επηρεάσουν μια κοινότητα περιλαμβάνουν η εφηβική εγκυμοσύνη, η γρίπη, η παχυσαρκία, η κατάχρηση ουσιών κλπ. Αν αυτά τα προβλήματα υγείας της κοινότητας αγνοηθούν, θα μπορούσαν να ξεφύγουν από τον έλεγχο και να προκαλέσουν προβλήματα σε όλα τα μέλη της κοινότητας. (Oakley, 2008)

Η εργασία ως κοινοτικός νοσηλευτής είναι ένας εξαιρετικός τρόπος για να συνδυάσεις την αγάπη της νοσηλείας και την αγάπη της κοινότητάς. Είναι η δουλειά που μπορεί να βοηθήσει την κοινότητα να διατηρήσει αυτά τα προβλήματα υπό έλεγχο. Συχνά εργάζονται σε κοινοτικά κέντρα υγείας που προσφέρουν θεραπεία και συμβουλές σε μέλη της κοινότητας. Παράλληλα συμβάλλουν στην εκπαίδευση της κοινότητας και στην πρόληψη κοινών προβλημάτων υγείας. (Baguley, Bain and Cowie, 2010)

Οι κοινότητες χρειάζονται αυτούς τους τύπους νοσοκόμων για διάφορους λόγους. Το πιο σημαντικό είναι ότι αυτοί οι νοσηλευτές που εργάζονται σε συνδυασμό με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας μιας κοινότητας στο σύνολό της. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην παροχή της απαραίτητης περίθαλψης σε κοινότητες που δεν διαθέτουν εύκολη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη. (Naidoo and Wills, 2009)

Οι απαιτήσεις της κοινότητας για υγειονομική περίθαλψη δημιούργησαν τις υπηρεσίες οι οποίες δραστηριοποιούνται στη φροντίδας και θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις αλληλένδετες ομάδες:

- 1) κλινική φροντίδα,
- 2) υγειονομική περίθαλψη,
- 3) υποστήριξη για υγιείς δραστηριότητες και
- 4) ολοκληρωμένη κοινοτική υγειονομική περίθαλψη για να καλύψει όλες τις βάσεις για προβλήματα υγείας και κινδύνους.

Οι περισσότερες από τις υπηρεσίες και δραστηριότητες φροντίδας που πραγματοποιούνται πρέπει επίσης να συνάδουν με τους πόρους και τις προτιμήσεις της κοινότητας. (Baguley et al., 2010)

Η κλινική φροντίδα περιορίζεται σε ασθένειες οι οποίες περιλαμβάνουν ιατρικές θεραπείες. Καθώς οι ασθενείς αυτοί παίρνουν εξιτήριο και βρίσκονται στην ανάρρωση χρειάζονται συνεχή κλινική/ιατρική περίθαλψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι που βρίσκονται στο σπίτι κάτω από το σχέδιο θεραπείας ενός γιατρού και έχουν μια ασταθή οξεία ή χρόνια ασθένεια απαιτούν φροντίδα και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις κλινικής φροντίδας τους. Μια φιλοσοφία που καθοδηγεί την πρακτική των επαγγελματιών υγείας στην κάλυψη των αιτημάτων κλινικής περίθαλψης είναι η κοινοτική υγειονομική περίθαλψη. Οι απαιτήσεις κλινικής περίθαλψης στην υγεία της κοινότητας μπορεί να περιλαμβάνουν:

- εξουσιοδοτημένη ιατρική περίθαλψη και παρατήρηση
- διαχείριση συμπτωμάτων
- περιποίηση πληγής
- επιτήρηση και παραπομπές / παρακολούθηση για οξεία και κρίσιμη ασθένεια κλπ.

Η υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύει ποικίλες άμεσες υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης που παρέχονται σε άτομα, οικογένειες και ομάδες, από το κοινοτικό κέντρο υγείας. Παραδείγματα αιτημάτων περί υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: (Oakley, 2008)

- καθημερινή βασική ιατρική περίθαλψη για κοινές ασθένειες
- την εκτίμηση της υγείας
- τον έλεγχο και την επιτήρηση τόσο των μεταδοτικών ασθενειών, όπως η φυματίωση (TB), ο ιός HIV, ο αιμορραγικός πυρετός του δάγκειου πυρετού (DHF), η γρίπη, και μη μεταδοτικές ασθένειες όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κ.λπ.
- ανοσοποίηση για ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβόλια για όλες τις ηλικιακές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων και των παιδιών
- διαχείριση φαρμάκων για άτομα με χρόνιες και σταθερές ασθένειες
- διαχείριση χρόνιων ασθενειών
- εκπαίδευση για την υγεία
- συμβουλευτική για την υγεία / οικογενειακή συμβουλευτική

- παρεμβάσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό κλπ.

Η υποστήριξη για υγιή δραστηριότητα έχει σχεδιαστεί για να προάγει τον υγιεινό τρόπο ζωής και να μειώσει τις απειλές και τους κινδύνους για την υγεία στην κοινότητα. Αυτή η κατηγορία υπηρεσιών και δραστηριοτήτων φροντίδας επικεντρώνεται στη δημόσια υγεία και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και παρεμβάσεων που παρέχονται σε συνεργασία με τους κατοίκους από κοινοτικούς συμμάχους συμπεριλαμβανομένου του κέντρου υγείας και άλλων εγκαταστάσεων.

Η υποστήριξη για υγιή δραστηριότητα μπορεί να αποτελείται από: (Oakley, 2008)

- τη διδασκαλία της υγείας και την ενημέρωση για την υγεία
- την ανάπτυξη ικανοτήτων για τους άτυπους φροντιστές των ατόμων που ζουν με χρόνιες ασθένειες, αναπηρίες
- την προώθηση της συμπεριφοράς στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής, της σωματικής άσκησης, της αυτο-φροντίδας κ.λπ.
- την ενδυνάμωση και δημιουργία κοινοτικών φορέων / οργανισμών, ομάδων και δικτύων για την ενθάρρυνση συνεργατικών κοινοτικών πρωτοβουλιών για υγιές φυσικό περιβάλλον και καλλιέργεια κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων μεταξύ των ανθρώπων της κοινότητας.

Πρόνοια και άλλη υποστήριξη παρέχεται συνήθως στους άπορους, όπως τα άτομα με αναπηρία, οι ηλικιωμένοι κλπ. Η τοπική διοίκηση, κοινοτικές οργανώσεις για παράδειγμα κοινοτικά ταμεία υγείας, γραφείο κοινωνικής πρόνοιας και άλλοι φορείς θα πρέπει να παρέχουν εξοπλισμό, εργαλεία και κοινοτικές ρυθμίσεις για να διευκολύνουν τις καθημερινές δραστηριότητες. (Smith, 2010)

Στην υποστήριξη περιλαμβάνεται:

- βοηθήματα για τις καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων με ειδικές ανάγκες
- αποζημίωση για τους φροντιστές των ατόμων που είναι ασθενείς
- το επίδομα διαβίωσης για τους άπορους
- τη δημιουργία ενός συστήματος οικογενειακών και κοινοτικών φροντιστών, βοηθών ή βοηθών στο σπίτι ή εθελοντών που θα φροντίζουν και θα βοηθούν όσους έχουν ανάγκη (ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες που μπορεί να περιλαμβάνουν άτομα που ζουν με ψυχικές ασθένειες) (Oakley, 2008).

Η κοινοτική νοσηλευτική στον τομέα της υγείας είναι μια προσέγγιση προσανατολισμένη στον πληθυσμό, η οποία στοχεύει στην προαγωγή της υγείας ενός

ολόκληρου πληθυσμού και την πρόληψη ασθενειών, αναπηρίας και πρόωρου θανάτου σε πληθυσμό. Μοναδική για τη νοσηλευτική φροντίδα της κοινότητας είναι η ευκαιρία για τους νοσηλευτές να μάθουν και να αναπτύξουν δεξιότητες συνεργασίας με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και βασικούς παράγοντες στις κοινότητές τους. (Smith, 2010)

Η εμπειρία των κοινοτικών νοσηλευτών υγείας βελτιώνει τις επικοινωνιακές και ηγετικές ικανότητες και επιτρέπει τη δημιουργικότητα στην επίλυση προβλημάτων υγείας της κοινότητας. Σε συνεργασία με άλλους κλάδους, οι κοινοτικοί νοσηλευτές αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική αυτονομία για να παρέχουν υπηρεσίες δεοντολογικής νοσηλευτικής φροντίδας σε διαφορετικούς κοινοτικούς χώρους, όπως σχολεία, σπίτια και κέντρα υγείας. (Smith, 2010)

3.2 Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Η κατανόηση του ατόμου, της υγείας και του περιβάλλοντος οδηγεί στη νοσηλευτική πρακτική της φροντίδας των ασθενών. Η γνώση της επιστήμης και της τεχνολογίας και η αφοσίωση στη θεραπευτική σχέση είναι καταλύτες που επηρεάζουν τις κλινικές φροντίδες που λαμβάνουν οι νοσηλευτές. Στην απεικόνιση του πλήρους φάσματος της νοσηλευτικής, η γνώση και η φροντίδα συνδέονται σταθερά ως πυρήνας της.

Η εφαρμογή των ηθικών αρχών καθοδηγεί την υπεράσπιση των ασθενών και την παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής τους. Με την ιδιότητα αυτή το νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμεύει ως σύμβουλος για τον ασθενή, την οικογένεια και άλλα μέλη της ομάδας υγείας. (Sitterding and Ebright, 2010)

Οι νοσηλευτές είναι παρόντες για τους άλλους και αναλαμβάνουν δράση σε ένα μεταβαλλόμενο και επεκτεινόμενο περιβάλλον όχι μόνο στο νοσοκομείο αλλά και σε οποιοδήποτε κοινοτικό περιβάλλον (π.χ. υγεία στο σπίτι, μακροχρόνια φροντίδα κλπ).

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για να βοηθήσουν τους άλλους και να οδηγήσουν την αλλαγή του συστήματος. Η γνώση των νοσηλευτών είναι τεκμηριωμένη και δυναμική και απαιτείται δια βίου μάθηση για τη συνέχιση της εφαρμογής της.

Οι νοσηλευτές κινητοποιούν την ανάπτυξη δομών και διαδικασιών που χρησιμοποιούνται από οργανισμούς για την οικοδόμηση, την επέκταση ή την προώθηση της νοσηλευτικής γνώσης μέσω της έρευνας ενώ παράλληλα

χρησιμοποιούν μια διεπιστημονική προσέγγιση για να εφαρμόσουν τη σωστή φροντίδα επηρεάζοντας θετικά τους ασθενείς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό προωθεί ένα ασφαλές περιβάλλον φροντίδας θεραπείας. Η συνεργασία των φροντιστών-ασθενών βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, σεβασμό και επικοινωνία και παρέχει σωματική και συναισθηματική ασφάλεια όταν ικανοποιούν τις μοναδικές ανάγκες κάθε ασθενούς και οικογένειας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργεί σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας και χρησιμοποιεί πολιτισμικές δεξιότητες και ηγετικές ικανότητες για να υποστηρίξει ένα στυλ φροντίδας στο οποίο ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο κάθε συζήτησης για τη φροντίδα που θα πραγματοποιηθεί.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδυναμώνει εκ προθέσεως τους ασθενείς να σχεδιάζουν και να διαχειρίζονται ενεργά τη φροντίδα τους, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης της ασθένειας, της προαγωγής της ευεξίας και της υγείας και της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών.

Σε συμβουλευτικό ρόλο, το νοσηλευτικό προσωπικό καθοδηγεί τη φροντίδα σύμφωνα με τις προτιμήσεις των ασθενών. Οι νοσηλευτές είναι επισκέπτες στον κόσμο του ασθενούς, ανεξάρτητα από το χώρο στο νοσοκομείο ή την κοινότητα. Ο ρόλος αυτός επηρεάζει θετικά τόσο τον ασθενή όσο και το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό. (Sitterding and Ebright, 2010)

Οι νοσηλευτές της Κοινότητας εργάζονται σε μια μεγάλη ποικιλία ρόλων και ποικίλων χώρων - συμπεριλαμβανομένων των σχολείων, του χώρου εργασίας, των κλινικών υγείας και του σπιτιού (Naidoo and Wills, 2009). Ενδυναμώνουν τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες να ελέγχουν την υγεία τους και να βελτιώνουν την ευημερία τους. Εργάζονται επίσης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και με μια σειρά κοινωνικών ομάδων που περιλαμβάνουν εκείνους που είναι ευάλωτοι, αντιμετωπίζουν ανισότητες και κοινωνικά αποκλεισμένοι. Έχουν ζωτικό ρόλο στην προστασία της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη βελτίωση της υγείας.

3.3 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η άσκηση της αγωγής υγείας απαιτεί από το νοσηλευτή να διαθέτει γενικές γνώσεις, ειδικές-παιδαγωγικές δεξιότητες επικοινωνίας και κυρίως θέληση για το αντικείμενο

αυτό. Στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή – εκπαιδευτή συμπεριλαμβάνονται η ενεργητικότητα και η διάθεση, η υπομονή, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς και η δεξιοτεχνία του στη μη λεκτική επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι ένα σημαντικό κλειδί στη προσέγγιση του ασθενή. Ενθαρρυντικά σήματα και νεύματα είναι μερικές φορές αρκετά για να συνεχίσει ο ασθενής να μιλάει, να εκφράζει τους φόβους και τις απορίες του. Επίσης, στο πρόσωπο του νοσηλευτή δεν θα πρέπει να διακρίνει ο εκπαιδευόμενος αποδοκιμασία και γενικά οποιαδήποτε αρνητική κριτική. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας είναι σπουδαίας σημασίας καθώς συμβάλει στην πρόληψη σε όλα τα επίπεδα, η οποία πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής που σκοπό έχει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων στο φυσικό τους περιβάλλον. Επικεντρώνεται στην πρόληψη και τις αντίστοιχες παρεμβάσεις αγωγής υγείας σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στην παρέμβαση που πραγματοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες σε έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, μεγαλύτερης ή μικρότερης επιρρέπειας.

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη διαπίστωση της νόσου και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Η ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο που γίνεται συνήθως σε Κέντρα Υγείας περιλαμβάνεται στην δευτερογενή πρόληψη. Η εκπαίδευση του ασθενή στο νοσοκομείο, όπως επίσης και κατά την νοσηλεία κατ' οίκον έχει σαν στόχο την πρόληψη τυχόν επιδείνωσης της νόσου. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Η τριτογενής πρόληψη αφορά στο στάδιο της αποκατάστασης και αποτελεί το πεδίο απασχόλησης των νοσηλευτών αποκατάστασης (rehabilitation nurses), για τα συστήματα υγείας που διαθέτουν τον κλάδο αυτό της νοσηλευτικής που αναλαμβάνει την αποθεραπεία του αρρώστου σε επίπεδο παροχής γνώσεων και φροντίδας. Ο σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στην κοινότητα περιλαμβάνει την περιγραφή και ανάλυση του πληθυσμού, την επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού, το καθορισμό των στόχων, την αποτίμηση των πόρων, το σχεδιασμό της μεθοδολογίας και τον τρόπο της αξιολόγησης. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Στην αξιολόγηση του αποτελέσματος ενός προγράμματος, ο απώτερος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος, η βελτίωση της υγείας και η μέτρηση του βαθμού επίτευξης των άμεσων και δευτερευόντων στόχων.

Η αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας όσο και των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί: (Babatsikou, Gerogianni, 2012)

- α. Από τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτο-αξιολόγηση).
- β. Από επιστήμονες ειδικευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών).
- γ. Από τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού).

Η εκπαίδευση ασθενών και κυρίως αυτών με χρόνια νοσήματα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αποδοχή από τον ασθενή των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του είναι ευκολότερη εφόσον αυτός έχει κατανοήσει τη φύση της ασθένειας, τη σοβαρότητα της κατάστασής του και του ρόλου που διαδραματίζει η σωστή συνεργασία με τους λειτουργούς υγείας. Η κατ' οίκον εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια νοσήματα στο φυσικό τους χώρο, χωρίς τις εντάσεις του νοσοκομείου, φαίνεται πως προσφέρει πολλά στην ποιότητα ζωής του ατόμου και στην μείωση των επανεισαγωγών τους στο νοσοκομείο. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής θα πρέπει να αποκτήσει γνώσεις που αφορούν:

- Την παθοφυσιολογία της πάθησης.
- Την αντιμετώπισή της.
- Τα συμπτώματα.
- Την διατροφή αν σχετίζεται με την ασθένειά του.
- Την καθημερινή του δραστηριότητα.
- Τη φαρμακευτική θεραπεία.
- Την προσαρμογή σε ψυχολογικούς παράγοντες. (Babatsikou, Gerogianni, 2012)

Η κατανόηση και συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες αποτελεί δείκτη επιτυχούς εκπαιδευτικής παρέμβασης. Πολλές φορές η προφορική επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό του χαρακτηρίζεται ελλιπής και μη αποτελεσματική. Σαν αιτίες προβάλλονται η βιασύνη του να εξετάσει όλους τους ασθενείς, η χρήση μη κατανοητής ιατρικής ορολογίας και η έλλειψη ικανοτήτων επικοινωνίας. Οι μισοί σχεδόν άρρωστοι φεύγουν από τον ιατρό τους απογοητευμένοι με την αίσθηση ότι δεν έχουν κατανοήσει όλα όσα τους είπε, οπότε και εύκολα τα ξεχνούν. Το γεγονός

αυτό καθιστά απαραίτητη την παρέμβαση του νοσηλευτή, ο οποίος σχεδιάζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης ανάλογα με την πάθηση και την αξιολόγηση ασθενούς και της οικογένειας (Babatsikou, Gerogianni, 2012).

Για παράδειγμα, τα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης στο σπίτι των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη είναι τα εξής:

- Η εκπαίδευση γίνεται σε χώρο οικείο, μέσα στην ασφάλεια και σταθερότητα που παρέχει στον άρρωστο το δικό του περιβάλλον. Νιώθει πως κυριαρχεί στο χώρο και είναι πιο ήρεμος, σε αντίθεση με το χώρο του νοσοκομείου στον οποίο πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης.
- Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει καλύτερα κάποιες οικογενειακές καταστάσεις και να εντοπίσει τις αιτίες των προβλημάτων. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)
- Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει, όχι μόνον τον ασθενή αλλά και ολόκληρη την οικογένεια, κάτι που είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.
- Οι επισκέψεις και η διδασκαλία στο σπίτι είναι σωτήριες για ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι, λόγω των προβλημάτων τους δεν μπορούν να προσέλθουν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή να επισκεφτούν έναν ιδιώτη ιατρό.

Η εκπαίδευση στο σπίτι του αρρώστου, παράλληλα με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας αποτελούν στην ουσία το περιεχόμενο της νοσηλείας κατ' οίκον. Ο νοσηλευτής, αναλαμβάνοντας προσωπικά τον άρρωστο, λαμβάνει ανατροφοδότηση και ηθική πλήρωση παρακολουθώντας τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του, αξιολογώντας παράλληλα και την αποτελεσματικότητα του δικού του έργου. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

4.1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι η ειδικότητα της Νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στη γρήγορη αποκατάστασή τους και προάγει την ευημερία συνολικά του πληθυσμού.

Οι τομείς δραστηριοτήτων της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας είναι:

- Υπηρεσίες ενηλίκων με προβλήματα ψυχικών ασθενειών
- Υπηρεσίες για προβλήματα τοξικοεξαρτήσεων
- Υπηρεσίες για προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων
- Υπηρεσίες για στήριξη/εκπαίδευση σε συγγενείς ατόμων με προβλήματα ψυχικής ασθένειας
- Υπηρεσίες συμβουλευτικής στα άτομα, οικογένειες, κοινότητες. (American Nurses Association, 2013).

Στις δραστηριότητες της Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας περιλαμβάνονται:

- Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με προγράμματα εσωτερικής ή εξωτερικής φροντίδας με στόχο τη γρήγορη ανάρρωση και τον περιορισμό των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας.
- Η εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- Η εκπαίδευση των ατόμων, οικογενειών και φροντιστών υγείας για διαχείριση συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας και της φαρμακευτικής αγωγής.
- Η εκπαίδευση των ατόμων και οικογενειών για να μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν από την παρουσία μιας χρόνιας νόσου, αλλά και να αναπτύξουν εναλλακτικούς τρόπους διαβίωσης με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους.
- Η διεπαγγελματική συνεργασία για την ολοκλήρωση του σχεδίου φροντίδας.
- Η συνεργασία και οικοδόμηση σχέσεων με τους κοινοτικούς φορείς και άλλα οργανωμένα σύνολα για προώθηση δραστηριοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

- Η Διασυνδεδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία (American Nurses Association, 2013).

Τα προγράμματα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν τρεις κύριους άξονες:

- **Την Κοινωνική Νοσηλευτική** με αντικείμενο λειτουργίας την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη διαχείριση των προβλημάτων της ψυχικής ασθένειας των ενηλίκων και ατόμων τρίτης ηλικίας
- **Τη Νοσηλευτική Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής** την προαγωγή της ψυχικής υγείας και για τη διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων μέχρι της ηλικίας των 17 χρόνων.
- **Τη Νοσηλευτική στον τομέα των Τοξικοεξαρτήσεων** για την πρόληψη και διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν τη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες νόμιμες ή παράνομες ουσίες.
- **Νοσηλευτική εσωτερικής νοσηλείας (φροντίδα εσωτερικής νοσηλείας)**, για εντατική νοσηλευτική ψυχικής υγείας και διαχείριση οξέων περιπτώσεων, παροχή προγραμμάτων νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης. (Laker et.al. 2018).

Η κοινωνική νοσηλευτική ψυχική υγεία είναι ένας πολύ απαιτητικός κλάδος και μπορεί να προσφέρει μια τεράστια ποικιλία εργασιακών περιβαλλόντων. Η κοινωνική θεραπεία ψυχικής υγείας είναι συνήθως διαθέσιμη σε όσους έχουν ήδη διαγνωσθεί με κατάσταση ψυχικής νόσου. Είναι ευθύνη της κοινωνικής ομάδας ψυχικής υγείας να προσπαθήσει να αποτρέψει περιττές εισαγωγές στο νοσοκομείο αντιμετωπίζοντας τους ασθενείς πριν από την ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης (Laker et.al. 2018).

Οι κοινωνικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας ασκούν τη δραστηριότητά τους σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβάνοντας κοινωνικά κέντρα ψυχικής υγείας, κέντρα αποτοξίνωσης, δομές για άτομα με νοητική υστέρηση ή σοβαρές ψυχικές ασθένειες και προγράμματα θεραπείας. Καθώς ο πληθυσμός για τον οποίο ενδιαφέρονται μεγαλώνει και μεγαλώνει και με την αύξηση των συνωστισμένων συνθηκών, μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές δεξιότητες ή διαφορετικοί ρόλοι ποθυ μπορεί να απαιτούν έμφαση. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει προκλήσεις που σχετίζονται με τις ικανότητες ρόλων και την προετοιμασία των νοσηλευτών και την κατανομή του χρόνου τους (Anokye et.al. 2018).

4.2 ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ

Τα χαρακτηριστικά σημάδια απορίας μιας ψυχικής νόσου περιλαμβάνουν τα συναισθήματα της κατάθλιψης, του άγχους ή των διακυμάνσεων της διάθεσης και των συναισθηματικών εκρήξεων, της φθίνουσας απόδοσης στην εργασία ή το σχολείο, έλλειψης ευθυνών και διορισμών, καθώς και η χρήση ανθυγιεινών μηχανισμών αντιμετώπισης, όπως εκρήξεις ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Μια νευρική κατάρρευση μπορεί επίσης να προκαλέσει σωματικά συμπτώματα όπως αλλαγές στον ύπνο και το βάρος, καθώς και ανεξήγητους σωματικούς πόνους.

Τα προγράμματα θεραπείας αποτελούν εργαλεία τεκμηρίωσης τα οποία θεωρούνται απαραίτητα για την εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότεροι πάροχοι, ειδικά εκείνοι στον τομέα της ψυχικής υγείας, χρησιμοποιούν προγράμματα θεραπείας ως σχέδια για να καθοδηγήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τα σχέδια θεραπείας για την ψυχική υγεία τυπικά υπογραμμίζουν σημαντικές πληροφορίες αξιολόγησης, καθορίζουν τομείς ανησυχίας και καθορίζουν συγκεκριμένους στόχους για τη θεραπεία.

Τα εξατομικευμένα θεραπευτικά σχέδια ψυχικής υγείας είναι ευέλικτα, πολύπλευρα και επιτρέπουν σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας να σχεδιάζουν και να παρακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή. Αυτά τα σχέδια χρησιμοποιούνται συνήθως από ψυχίατροι, ψυχολόγους, επαγγελματίες συμβούλους, θεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές. στα περισσότερα επίπεδα φροντίδας.

Τα εξατομικευμένα θεραπευτικά σχέδια ψυχικής υγείας είναι βασισμένα στη συνεργασία και αποσκοπούν στο να αντικατοπτρίζουν καλύτερα τις ανάγκες του στη θεραπεία (Anokye et.al. 2018).

Τα αποτελεσματικά σχέδια θεραπείας για την ψυχική υγεία αποτελούνται συχνά από τα ακόλουθα στοιχεία:

Ιστορία, αξιολόγηση και δημογραφία: Αυτή η ενότητα μπορεί να περιλαμβάνει βασικές δημογραφικές πληροφορίες, ψυχοκοινωνικό ιστορικό, εμφάνιση συμπτωμάτων, διαγνώσεις (παρελθόν και παρόν), ιστορικό θεραπείας και οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες αξιολόγησης σχετικά με την ευημερία.

Ανησυχίες: Αυτή η ενότητα περιγράφει λεπτομερώς τις τρέχουσες ανησυχίες και θέματα ψυχικής υγείας που οδήγησαν το άτομο να αναζητήσει θεραπεία.

Συμβόλαιο θεραπείας: Η σύμβαση θεραπείας συνοψίζει τους στόχους για αλλαγή, συχνά ένα αμοιβαία συμφωνημένο σχέδιο. Συνήθως διευκρινίζει ποιος είναι υπεύθυνος για το τι, καθώς και ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί.

Τρόπος, συχνότητα και στόχοι: Σε όλο το σχέδιο, κάθε στόχος περιλαμβάνει συνήθως τον τύπο θεραπείας που θα χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη αυτού.

Στόχοι θεραπείας: Οι στόχοι είναι τα δομικά στοιχεία του σχεδίου θεραπείας. Είναι σχεδιασμένα να είναι συγκεκριμένα, ρεαλιστικά και προσαρμοσμένα στις ανάγκες του που θεραπεύεται.

Πρόοδος / αποτελέσματα: Η τεκμηρίωση της προόδου προς τους στόχους θεωρείται μία από τις σημαντικότερες πτυχές των σχεδίων θεραπείας ψυχικής υγείας. Η πρόοδος και τα αποτελέσματα του έργου τεκμηριώνονται συνήθως κάτω από κάθε στόχο (Anokye et.al. 2018).

4.3 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Οι ανάγκες των ψυχικά πασχόντων εντοπίζονται σε κοινωνικό, ψυχολογικό και οικογενειακό επίπεδο.

Με την βοήθεια της ατομικής θεραπείας γίνονται οι απαραίτητες παρεμβάσεις αποκατάστασης και θεραπείας, με υλικά ή και ανθρώπινα δυναμικά (Depastaset.al. 2016).

Το εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα εκπονείται από την πολυεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές και άλλες ειδικότητες που συμβάλλουν σε θεραπευτικούς σκοπούς. Απαραίτητη προϋπόθεση η συμμετοχή και συνεργασία του ενοίκου (Darharajet.al. 2016).

Κατά την διάρκεια του ατομικού προγράμματος θεραπείας, οι ένοικοι των δομών εκπαιδεύονται σε έξι βασικούς άξονες με απώτερο σκοπό την κοινωνική επανένταξη και αυτόνομη διαβίωση. Οι άξονες αυτοί σχετίζονται με την:

- Αυτοεξυπηρέτηση
- Κατάρτιση
- Εργασία
- Κοινωνικοποίηση

- Δημιουργικός και ποιοτικός ελεύθερος χρόνος
- Επαφές με την οικογένεια
- Ενίσχυση του υγιούς κομματιού του πάσχοντα. (American Nurses Association, 2013).

4.3.1 ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

Παρακάτω παρατίθενται οι παράμετροι που πρέπει να εξετάσει ο νοσηλευτής με τον πάσχοντα στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας του δευτέρου (Brémault-Phillipset.al. 2016).

- Η Κινητικότητα. Να λειτουργούν τα άνω άκρα να γίνεται χρήση αναπηρικού αμαξιδίου και λοιπού εξοπλισμού για την κίνηση, κ.α..
- Η Ατομική υγιεινή, όπως το μπάνιο, η τουαλέτα, το καθάρισμα των δοντιών, των ρούχων και το σιδέρωμα.
- Η Σίτιση, όπως η αξιοποίηση του σερβίτσιου, οι ορθοί τρόποι σίτισης, η αξιοποίηση των συσκευών, το μαγείρεμα και η δημιουργία ροφημάτων.
- Η Περιποίηση της εμφάνισης. Έχει σχέση με την δυνατότητα του πάσχοντα να επιλέγει τα αντίστοιχα με την εποχή ρούχα και να τα συνδυάζει. Το χτένισμα ανήκει σε αυτήν την παράμετρο, το ξύρισμα ή το μακιγιάζ.
- Η Μετακίνηση στην τοπική κοινότητα. Η χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς και η ασφάλεια ενώ κινούνται στον δρόμο (Brombergeret.al. 2016).

4.3.2 ΕΡΓΑΣΙΑ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Όσον αφορά την εργασία-εκπαίδευση υπάρχουν οι εξής παράμετροι:

- Η Ικανότητα να μαθαίνει, που αφορά τη δυνατότητα διατήρησης της προσοχής, της συγκέντρωσης και της μνημόνευσης πληροφοριών, την δυνατότητα κατανόησης και πραγματοποίησης ενός ζητούμενου.
- Ο Προγραμματισμός και η δυνατότητα να τηρεί τις ώρες που έχει θέσει για να κάνει πράγματα.
- Η Χρήση χρηματικών πόρων, όπως η αντίληψη της αξίας των χρημάτων, η δυνατότητα υπολογισμού και η διαχείρισή τους σύμφωνα με τις ανάγκες τους.

- Η Ικανότητα να ολοκληρώνουν ένα ζητούμενο με τα προβλεπόμενα αποτελέσματα.
- Οι Σχέσεις με το κοντινό περιβάλλον (Brombergeret.al. 2016).

4.3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Σχετικά με τις κοινωνικές σχέσεις υπάρχουν τέσσερις παράμετροι και είναι οι εξής:

- Η κοινωνική συνδιαλλαγή, όπως η επιθυμία για συζήτηση , η δυνατότητα έναρξης και διατήρησης της συζήτησης, την συμμετοχή σε δραστηριότητες ομάδας,την παθητικότητα όταν παρακολουθεί μια δραστηριότητα, την δυνατότητα να δημιουργήσει φιλίες, την ποιότητα και την ποσότητα λόγου.
- Η σύναψη ερωτικών επαφών, η έκφραση ερωτικών συναισθημάτων, η συναισθηματική ωρίμανση για ολοκληρωμένη ερωτική επαφή, οι μέθοδοι αντισύλληψης και η αίσθηση ευχαρίστησης στην σχέση.
- Συμπεριφορά, η διαχείριση των επιθετικών τάσεων, η έκφραση των συναισθημάτων με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο.
- Ανθρώπινα δικαιώματα, η διεκδίκησή τους και η χρήση δεκτών τρόπων διεκδίκησης (American Nurses Association, 2013).

4.3.4 ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ

Σχετικά με τις παραμέτρους που αφορούν την ψυχαγωγία θα πρέπει να εξεταστούν τα εξής:

- Η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου.
- Η επιλογή δράσεων, το χόμπι, οι έξοδοι, ο κινηματογράφος, κ.α.
- Ο βαθμός ανεξαρτησίας και αυτονομίας στη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, κατά πόσο εκφράζει αυτό που νιώθει (Tsunoet.al. 2016).

4.3.5 ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Σχετικά με την επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να εξεταστούν τα εξής:

- Το πώς διατηρείται η επαφή (μέσω τηλεφώνου, με επισκέψεις, κ.α.)
 - Το πόσο συχνά έρχονται σε επαφή.
 - Τι σχέση έχουν (εάν είναι τυπική, εάν υπάρχει συμφέρον εάν είναι θερμή)
- (Brombergeret.al. 2016).

4.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣΩΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτή και του που χρήζει περίθαλψης αποτελεί προϋπόθεση για καλή νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα, είτε βασίζεται σε προσωπικές επαφές είτε σε απομακρυσμένες συναντήσεις μέσω της τεχνολογίας απόστασης. Μια σχέση εμπιστοσύνης θα μπορούσε να μειώσει την ασυμμετρία της σχέσης φροντίδας που θα μπορούσε να ενισχύσει τη θέση του . Η σχέση απαιτεί συνειδητές προσπάθειες από το νοσηλευτή και επιλογή του επιπέδου της σχέσης.

Κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να αναλάβει ως πρόσωπο αναφοράς από ένα ως έξι άτομα με τα οποία θα συνεργαστεί και θα διαμορφώσει το εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο. Για την επίτευξη ενός σωστά δομημένου θεραπευτικού πλάνου απαιτείται από το πρόσωπο αναφοράς, διεξοδική μελέτη του οικογενειακού, αναπτυξιακού, κοινωνικού, ιατρικού ιστορικού, σταθερή και ποιοτική ενασχόληση με τον ένοικο ώστε να δημιουργηθεί θεραπευτική σχέση (Tsunoet.al. 2016).

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα διαμορφώνεται και καταρτίζεται σε συνεργασία θεραπευτή «πρόσωπο αναφοράς» και θεραπευμένου λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τις δεξιότητες και τις λειτουργικές δυνατότητες του κάθε ενοίκου. Έπειτα καθορίζονται οι παρεμβάσεις και οι στόχοι που αναμένονται να επιτευχθούν εν συνεχεία παρουσιάζονται στην πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα.

Το πρόσωπο αναφοράς αξιοποιεί τις απόψεις των υπόλοιπων μελών της διεπιστημονικής ομάδας για τον πάσχοντα σύμφωνα με τις επιθυμίες και την λειτουργικότητά του.

Το πρόσωπο αναφοράς παρουσιάζει στους λοιπούς επαγγελματίες αξιολόγηση των δυνατοτήτων, της λειτουργικότητα των επιθυμιών του ενοίκου (Watson, 2015).

4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Η ισότητα των μελών της διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη καθώς κάθε επαγγελματίας από την δική του πλευρά να συμβάλλει στο έργο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων (Κούκια, 2015).

Ο νοσηλευτής παρέχει σταθερή φροντίδα και εξασφαλίζει τη συνέχιση της. Η παρατήρηση και η μετάδοση των πληροφοριών συμβάλλουν στη σταθερότητα της φροντίδας. Η συνεχής επαφή του νοσηλευτή με τους ενοίκους της δομής του δίνει τη δυνατότητα της συγκέντρωσης των απαραίτητων δεδομένων. Παρατηρεί και καταγράφει τη συμπεριφορά, τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση, την επικοινωνία μεταξύ των ατόμων, την επαφή με την οικογένεια, τη σχέση με την κοινότητα. Με τον τρόπο αυτό τα υπόλοιπα μέλη της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας λαμβάνουν πληροφόρηση που θα τα βοηθήσει στη διαμόρφωση του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος καθώς και στη σταθερότητα της φροντίδας. Για να ανταποκριθεί ο νοσηλευτής στο έργο του οφείλει να είναι επιστημονικά καταρτισμένος, και έμπειρος. Συμβάλλει στη δημιουργία ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος, στην εκπαίδευση των ατόμων, στην εκπαίδευση και συμμόρφωσή τους με την φαρμακευτική αγωγή, στην δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, στην δημιουργία αισθήματος αυτοπεποίθησης στον ένοικο, στην διατήρηση ορίων για την θεραπεία, στην ενίσχυση της συναισθηματικής έκφρασης, και στην εκπαίδευση σε καθημερινές δραστηριότητες ζωής (Παπαγεωργίου κ.α., 2012).

4.6 Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο κύριος και τελικός στόχος της νοσηλευτικής είναι η υποστήριξη της ανθρώπινης υγείας. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι δυνατή μέσω της επιστημονικής φροντίδας και της κατάλληλης σχέσης των νοσηλευτών με τον ασθενή και την οικογένειά του Έχει υπογραμμιστεί η διευκόλυνση των συνθηκών οικογενειακής συμμετοχής και εμπλοκής στη φροντίδα των ασθενών λόγω του ιστορικού της ζωής των μελών της οικογένειας με τον ασθενή και των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους για την παροχή φροντίδας στον ασθενή. Η παροχή αυτής της ευκαιρίας χρειάζεται εθελοντική φροντίδα ενός από τα μέλη της οικογένειας και λαμβάνεται βοήθεια από

το προσωπικό που είναι μία από τις ανάγκες της οικογένειας . Τα τελευταία χρόνια, οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης αποδέχθηκαν κατάλληλες θεραπευτικές σχέσεις και αλληλεπιδρούν μεταξύ της οικογένειας και της νοσηλευτικής ομάδας ως ένα από τα θεμελιώδη συστατικά της περίθαλψης(Khosravan et.al. 2014).

Η βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών, καθώς οι επιθυμητές επιπτώσεις της συμμετοχής της οικογένειας στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με ψυχική νόσο, έχουν αναφερθεί σε πολλές μελέτες, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι η παραμέληση, οι ανάγκες των οικογενειών των ασθενών και η επιβολή μεγαλύτερων ευθυνών σε σχέση με τις ικανότητές τους έχουν αρνητικές επιπτώσεις, όπως αισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας. Λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει το καθεστώς συμμετοχής της οικογένειας των ασθενών και των οικογενειών και των νοσηλευτών ως προς το ρόλο των οικογενειών στη φροντίδα των συγγενών τους. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχουν αρκετά αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με το καθεστώς συμμετοχής των οικογενειών στη φροντίδα των ασθενών τους ως έναν από τους βασικούς δείκτες της οικογενειακής φροντίδας (Khosravan et.al. 2014).

4.7 Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Στη κοινοτική νοσηλευτική υπάρχουν επίσης διαφορετικές έννοιες σχέσεων, για παράδειγμα, σχέσεις φροντίδας, σχέσεις νοσηλείας, διαπροσωπικές σχέσεις, θεραπευτικές σχέσεις και σχέσεις φροντίδας και δεν είναι πάντοτε σαφές ποιες είναι οι διαφορές και ότι ορισμένες φορές αυτές οι έννοιες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Δεδομένου ότι η σχέση νοσηλευτή και κοινότητας φαίνεται απαραίτητη για τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και επηρεάζεται από τις εμπειρίες του από την ληφθείσα νοσηλευτική φροντίδα, είναι σημαντικό να μελετήσουμε τη σχέση περαιτέρω (Hörberg et.al 2004).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί έναν εξειδικευμένο τομέα δράσης της νοσηλευτικής επιστήμης. Προσφέρει παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ψυχικά πάσχοντες για ανεξάρτητη και αξιοπρεπή ζωή. (Μάνος, 2008).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας εκπαιδεύεται για τέσσερα έτη και μπορεί στην συνέχεια να συνεχίσει σε μεταπτυχιακό επίπεδο τις σπουδές του στην ψυχιατρική νοσηλευτική ή στην ψυχική υγεία. Οφείλει να είναι γνώστης της φαρμακολογίας και

της κλινικής πρακτικής και να λειτουργεί αποτελεσματικά σε ομαδικά θεραπευτικά πλαίσια (Παπαδημητρίου κ.α.2013).

Χαρακτηριστικά του νοσηλευτή που δουλεύει σε μονάδες ψυχικής υγείας είναι η ελαστικότητα, η ευκολία στην προσαρμογή και η θετικότητα (Ραγιά, 2009). Σκοπός των νοσηλευτών είναι η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης αρωγής στον εν λόγω πληθυσμό, που τελικά θα οδηγήσει στην αυτονομία του πάσχοντος (Depastaset.al. 2016).

Η Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι το Τμήμα των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας που προσφέρει φροντίδα στα άτομα με ψυχική ασθένεια, στο οικογενειακό ή άλλο περιβάλλον, μέσα στην ίδια τους την κοινότητα.

Η προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές μεθόδους και κοινωνικοθεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνει:

- Τη μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας,
- Την προαγωγή της ευημερίας των ατόμων και
- Τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Στο σκοπό της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνεται η βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων ενώ στους στόχους συγκαταλέγονται:

- προαγωγή της ψυχικής υγείας
- πρόληψη της ψυχικής ασθένειας
- προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων της ψυχικής ασθένειας (Shi, Singh, 2010)..

Στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας στην κοινότητα προσφέρονται εξειδικευμένες παρεμβάσεις βασισμένες και στους **4 πυλώνες της φροντίδας** (Βιολογικό, Ψυχολογικό, Κοινωνικό, Πολιτισμικό), στις οποίες λαμβάνονται η ατομικότητα, ανεξαρτησία, απομόνωση, κοινωνικός αποκλεισμός, οι προκαθορισμένες αντιλήψεις, ο φόβος οι προκαταλήψεις μπροστά στην αρρώστια και το θάνατο, καθώς και η συναισθηματική επιβάρυνση των οικογενειών. (Shi, Singh, 2010).

Οι παρεμβάσεις γίνονται μέσα από ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών με κατ οίκον επισκέψεις, μέσα από τα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Συμβουλευτικά Κέντρα, Κέντρα Π.Φ.Υ., Στέγες Ηλικιωμένων Ατόμων, Διασυνδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία, Πολυδύναμα Κοινωνικά Κέντρα για:

- Υποστήριξη ατόμων τρίτης ηλικίας
- Εκπαίδευση και υποστήριξη οικογενειών/φροντιστών
- Εκπαίδευση των φροντιστών που εργάζονται στα Πολυδύναμα Κέντρα και Οίκους Ευγηρίας για εκπαίδευση στη φροντίδα των ατόμων Τρίτης Ηλικίας (όπου διαμορφώνεται αίτημα), για να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους
- Αγωγή της κοινότητας με τη συμβολή των Αρχών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα Συμβούλια Κοινοτικού Εθελοντισμού, ΜΚΟ κ.α. (Παπαδημητρίου κ.α.2013).

Οι δομές στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί πως βελτιώνουν την ζωή των ψυχικά πασχόντων και βοηθούν στην αποασυλοποίησή τους, που είναι και ο απώτερος σκοπός για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει εκπαιδευτικές αρμοδιότητες και συμβολή στην αποκατάσταση μέσω της διεπαγγελματικής συνεργασίας (Παπαδημητρίου κ.α.2013).

4.8 ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Μια από τις βασικές έννοιες της νοσηλευτικής είναι η σχέση φροντίδας μεταξύ νοσηλευτή και που χρήζει φροντίδας και η σχέση φροντίδας μαζί με το έργο που πρέπει να αναληφθεί αποτελούν τον πυρήνα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η σχέση φροντίδας μπορεί να γίνει κατανοητή, σύμφωνα με την περιγραφή του Αριστοτέλη, σημαίνει ότι υπάρχει ένας στόχος της νοσηλευτικής δράσης έξω από τη σχέση. Η σχέση φροντίδας θα μπορούσε επίσης να περιγραφεί από μια προοπτική, όπου δεν υπάρχει κανένας στόχος για νοσηλευτικές ενέργειες πέρα από τη σχέση.

Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι οι έννοιες της αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και της σχέσης δεν είναι σαφώς καθορισμένες στη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Οι έννοιες είναι πολύ κοντά και αλληλένδετα και μερικές φορές χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

Ο Kasén υποστηρίζει ότι μια σχέση φροντίδας μπορεί να αναπτυχθεί ως σχέση φροντίδας. Σε μια σχέση φροντίδας συμπεριλαμβάνεται ολόκληρο το άτομο, το οποίο είναι φυσικό πρόσωπο με πνευματικό περιεχόμενο. Μια σχέση φροντίδας μπορεί να θεωρηθεί ως αμοιβαία σχέση που απαιτεί εμπιστοσύνη μεταξύ των δύο μερών. Η

σχέση φροντίδας στην κοινότητα μπορεί να θεωρηθεί ως εξισορρόπηση μεταξύ ευπάθειας και αξιοπρέπειας, δηλαδή με μείωση της ευπάθειας και διατήρηση της αξιοπρέπειας. Η σχέση φροντίδας μπορεί επίσης να γίνει κατανοητή ως μια σχέση που διευκολύνει την υγεία και την επούλωση με τη συμμετοχή των πραγματικών αναγκών του . Η εμπιστοσύνη μας κάνει ευάλωτους όταν εκθέτουμε τον εαυτό μας ο ένας στον άλλο και η εμπιστοσύνη σημαίνει ότι περιμένουμε ο άλλος να διαφυλάξει την αξιοπρέπειά μας (Kasén, 2002).

Στη νοσηλευτική φροντίδα, η διατήρηση μιας σχέσης βοήθειας είναι ένας τρόπος φροντίδας των ανθρώπινων αναγκών. Αυτή η σχέση φροντίδας σημαίνει ότι ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στις ανάγκες, τους περιορισμούς και τις δυνατότητες του. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι αυθεντικοί και προσαρμοσμένοι στο άτομο που χρήζει φροντίδας και της κατάστασης του. Οι καλές σχέσεις θα μπορούσαν επίσης να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ατόμων από τη νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα. Η επαγγελματική σχέση είναι μια σημαντική πτυχή της νοσηλευτικής φροντίδας και μπορεί να έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στην εμπειρία των ατόμων από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ποιοτική περίθαλψη στην κοινότητα (Wälivaara et.al 2013).

Η νοσηλευτική στην κοινότητα έχει μελετηθεί ευρέως, ιδιαίτερα στην περίθαλψη της ψυχικής νόσου και στην παρηγορητική φροντίδα. Μια μελέτη δείχνει ότι οι νοσηλευτές στην κοινότητα δημιούργησαν μια στενή σχέση με τα άτομα. Στα κοινοτικά περιβάλλοντα, ο νοσηλευτής πρέπει να προσφέρει στην οικογένεια την ευκαιρία να λάβει μέρος στη φροντίδα του και στις εγκαταστάσεις φροντίδας κατ'οίκον ο νοσηλευτής προσκλήθηκε στην καθημερινή ζωή της οικογένειας και στα μέσα της φροντίδας του . Μια ρεαλιστική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει σαφώς τη σημασία της σχέσης μεταξύ κοινοτικών νοσηλευτών και ατόμων που χρήζουν παρηγορητικής αγωγής. Δείχνει επίσης ότι λίγες μελέτες διερευνούν τι σημαίνει μια σχέση και ποιος είναι ο σκοπός των κοινοτικών νοσηλευτών. Ο Grandoz Gámez υπογραμμίζει ότι η προσοχή της νοσηλευτικής εξαρτάται από τη μοναδικότητα του που φροντίζει, ανεξάρτητα από το πλαίσιο ή το άτομο που φροντίζει (Granados Gámez, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Ασθενής ηλικίας 21 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του ΠΓΝΠ, ύστερα από εκδήλωση παρανοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, ο ασθενής παρουσίαζε δυσφορία, έντονο άγχος, μειωμένο ενδιαφέρον, αίσθημα παθητικότητας και κοινωνική απομόνωση. Πριν έναν χρόνο ένιωθε την ανάγκη να επισκεφτεί ψυχολόγο καθώς παρουσίαζε έντονο άγχος και θλίψη αλλά η επιθυμία του δεν πραγματοποιήθηκε για οικονομικούς λόγους.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δυσφορία/ Έντονο άγχος</p>	<p>Εξάλειψη συμπτωμάτων</p> <p>Πρόληψη υποτροπής</p>	<p>Ενημέρωση ασθενούς – οικογένειας για το θεραπευτικό πλάνο</p> <p>Ενθάρρυνση ασθενούς</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>Χορήγηση αντικαταθλιπτικών (κλομιπραμίνη) με ιατρική οδηγία</p> <p>Προσέγγιση του ατόμου με προσοχή στα εξωλεκτικά μας μηνύματα καθώς μπορεί να εκληφθούν ως απειλητικά</p>	<p>Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς</p> <p>Πρόληψη υποτροπής</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Μειωμένο ενδιαφέρον / Αίσθημα παθητικότητας / κοινωνική απομόνωση</p>	<p>Εξάλειψη συμπτωμάτων</p> <p>Ενθάρρυνση ασθενούς</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>Πρόληψη εξαρτημένης συμπεριφοράς στα φάρμακα</p>	<p>Παραπομπή ασθενούς για ψυχοθεραπεία (συμπεριφοριστική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων)</p> <p>Συνολική στήριξη ασθενούς/ συνεχής συνομιλία και ενθάρρυνση της αλληλεπίδρασης με άλλους</p>	<p>Πρόληψη υποτροπής</p> <p>Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς - κοινωνικοποίηση</p>

5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Ασθενής ηλικίας 35 ετών εισήχθη στο ΠΓΝΠ στην Ψυχιατρική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα: ψευδαισθήσεις, δυσκολία συγκέντρωσης και υπερκινητικότητα. Ο ασθενής παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο πριν από 6 χρόνια με αφορμή ένα δυσάρεστο γεγονός στο οικογενειακό του περιβάλλον. Τα συμπτώματα χρόνο με το χρόνο επιδειωνόντουσαν γεγονός που οδήγησε το οικείο του περιβάλλον να απευθυνθεί σε ψυχίατρο προκειμένου να παρακολουθηθεί. Ο ασθενής διεγνώσθη με Διπολική Διαταραχή.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ψευδαισθήσεις	Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων	<p>Ανίχνευση ψευδαισθήσεων</p> <p>Έλεγχος εκπομπής σκέψης</p> <p>Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς</p>	<p>Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς</p> <p>Χορήγηση αλονζαπίνης μετά από ιατρική εντολή</p>	Υποχώρηση ψευδαισθήσεων

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δυσκολία συγκέντρωσης</p>	<p>Εξάλειψη συμπτώματος</p>	<p>Παροχή βοήθειας σε βασικές ανάγκες όπως τροφή, νερό, υγιεινή</p>	<p>Εκπλήρωση βασικών αναγκών ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας σε καθημερινή βάση.</p>	<p>Υποχώρηση συμπτώματος</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δυσφορική διάθεση</p>	<p>Εξάλειψη δυσφορικής διάθεσης</p> <p>Ελάττωση του άγχους</p>	<p>Ενθάρρυνση λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</p> <p>Προώθηση συζήτησης</p>	<p>Παρουσίαση ενδιαφέροντος για τις απόψεις του ασθενούς</p> <p>Ενθάρρυνση αυτοεκτίμησης μέσω της ομιλίας</p> <p>Αναγνώριση και σεβασμός των συναισθημάτων</p> <p>Ενίσχυση προσωπικής αξιοπρέπειας ασθενούς</p>	<p>Το άγχος του ασθενούς ελαττώθηκε</p> <p>Η δυσφορική διάθεση υποχώρησε.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχική υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την ευημερία των ατόμων, των κοινωνιών και των χωρών. Η ψυχική υγεία είναι μια έννοια η οποία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά περιλαμβάνει μια κατάσταση ευημερίας όπου τα άτομα αναγνωρίζουν τις ικανότητές τους, είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν στο stress της καθημερινότητας της ζωής, να εργαστούν παραγωγικά και να συνεισφέρουν στην κοινότητα.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι κοινά: 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από ένα πρόβλημα διανοητικής ή συμπεριφοράς και σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Η θεραπεία δεν είναι διαθέσιμη για τους περισσότερους ανθρώπους. Παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπειών, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική διαταραχή δεν έχει πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σημαντικοί παροχείς θεραπείας και φροντίδας. Στις περισσότερες χώρες, οι νοσηλευτές είναι η μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών που παρέχουν φροντίδα ψυχικής υγείας τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, σε πολλές χώρες η ψυχιατρική εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι ανεπαρκής και ο ρόλος τους στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής. Οι κατάλληλα καταρτισμένοι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής υγείας και ευεξίας και πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο επείγοντα χαρακτήρα όπως και η σωματική υγεία. Οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση, την εξέλιξη και την έκβαση άλλων ασθενειών και συχνά συσχετίζονται με συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, όπως η κατάχρηση ουσιών, η χρήση καπνού και η σωματική αδράνεια.

Η θεραπεία για ψυχικές διαταραχές είναι διαθέσιμη και αποτελεσματική. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ατόμων με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές δεν λαμβάνουν θεραπεία. Οι προκλήσεις για τη δημόσια υγεία είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου, να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, να εξαλειφθεί το στίγμα που

συνδέεται με τη θεραπεία, να εξαλειφθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας και να βελτιωθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για όλα τα άτομα.

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην ψυχική υγεία στην κοινότητα. Οι νοσηλευτές, με την κατάλληλη εκπαίδευση, μπορούν να εκτελέσουν μια πολύ ευρύτερη ποικιλία λειτουργιών εντός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ό, τι αυτές που τους παρέχονται σήμερα. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει φροντίδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα, καθώς οι κοινοτικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι η πιο εύκολα προσιτή μορφή περίθαλψης. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να επεκταθεί ώστε να ενσωματωθεί η αξιολόγηση, η κλινική φροντίδα και η παρακολούθηση με τη χρήση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Οι διαταραχές ψυχικής υγείας μπορούν να έχουν βαθιές επιπτώσεις σε ένα άτομο, στα μέλη της οικογένειας και στην υγεία και την ευημερία της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων σωματικών, κοινωνικών, συναισθηματικών, ψυχολογικών, πληροφοριακών και πρακτικών πτυχών. Τα άτομα με διαταραχές στην ψυχική υγεία θα χρειαστούν βοήθεια και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης, με την πάροδο του χρόνου θα χρειαστούν μια σειρά υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας, κοινοτικής και εθελοντικής περίθαλψης.

Κατά τη διάρκεια αυτής της φροντίδας οι ανάγκες των ανθρώπων για εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφέρουν. Οι νοσηλευτές που εργάζονται με άτομα που αντιμετωπίζουν θέματα ψυχικής υγείας θα πρέπει σε όλα τα επίπεδα να επιτύχουν ενισχυμένη κλινική αποτελεσματικότητα και θα πρέπει να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον και την κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Nurses Association. (2013). American Psychiatric Nurses Association and International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd edition, p. 25-27. Silver Spring, Maryland; Nursebooks.org.

Anokye R, Acheampong E, Gyamfi N, Budu-Ainooson A, Kyei EA. (2018) Knowledge of mental health legislation in Ghana: a case of the use of certificate of urgency in mental health care. *Int J Ment Health Syst.* 28;12:37

Babatsikou F, Gerogianni G. (2012). Nursing department: criteria of creation of an achieved model. *Rostrum of Asclepius*, 11(1):17-27.

Baguley F, Bain H and Cowie, J. (2010). *Concept of Community Nursing*, Aberdeen: Robert Gordon University

Brémault-Phillips, S., Parmar, J., Johnson, M., Tian, V., Sacrey, L.-A.R. (2016) The voices of family caregivers of seniors with chronic conditions: a window into their experience using a qualitative design *Springer Plus*, 5 (1), 620

Bromberger, J.T., Kravitz, H.M., Youk, A., Schott, L.L., Joffe, H. (2016), Patterns of depressive disorders across 13 years and their determinants among midlife women: SWAN mental health study *Journal of Affective Disorders*, 206, pp. 31-40

Depastas, C., Pierrakos, G. (2016) The mental health of mental health professionals of non-governmental organizations in the national program “psychargos”: The effects of the economic crisis *Archives of Hellenic Medicine*, 32 (6), pp. 758-765

Estiri, M., Nargesian, A., Dastpish, F., Sharifi, S.M. (2016), The impact of psychological capital on mental health among nurses: considering the mediating role of job burnout, Springer Plus, 5 (1), 1377

Granados Gámez G.(2009) The nurse-patient relationship as a caring relationship. Nurs Sci Q. 22:126–7.

Hörberg U, Brunt D, Axelsson Å.(2004) Clients' perceptions of client-nurse relationships in local authority psychiatric services: a qualitative study. Int J Ment Health Nurs. 13: 9–17

Hörberg, S.K., Cantrell, P., Edwards, J., Dalton, W. (2004) Factors Influencing Mental Health Screening and Treatment Among Women in a Rural South Central Appalachian Primary Care Clinic Journal of Rural Health

Kasén A. (2002)Department of Caring Science. Åbo: Åbo Akademi; 2. Den vårdande relationen. The caring relationship

Khosravan, S. Behnam M. Abdollahzade N. Zeinab dD.(2014) Family Participation in the Nursing Care of the Hospitalized Patients, Iran Red Crescent Med J. 16(1): e12686

Laker C., Cella M., Callard F., Wykes T. (2018) Why is change a challenge in acute mental health wards? A cross-sectional investigation of the relationships between burnout, occupational status and nurses' perceptions of barriers to change. Int J Ment Health Nurs, 11 (10) 111

Mojtabai, R. Olfson, M. Sampson, NA. Jin, R. Druss, B. Wang, PS. Wells, KB. Pincus, HA, Kessler, RC. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychological Medicine. 41(8), pp. 1751-1761.

Naidoo, J. and Wills, J. (2009). Health Promotion, 3rd edn. Edinburgh: Elsevier.

Oakley K. (2008). Occupational Health Nursing, 3rd edn. Chichester: Wiley

Osborn, L.A., Stein, C.H. (2016) Mental Health Care Providers' Views of Their Work with Consumers and Their Reports of Recovery-Orientation, Job Satisfaction, and Personal Growth *Community Mental Health Journal*, 52 (7), pp. 757-766

Roberts, M. (2016), Critical thinking and reflection in contemporary mental health care: A Foucauldian perspective *Nurse Education Today*, 45, pp. 48-50

Shi, L. Singh, A. (2010).Essentials of the US Health Care System, 2nd Edition, pp. 3-18. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts.

Sitterding, M. and P. Ebright. (2010). "Patient Safety and the Cognitive Work of Nursing: Advances in Nursing Science and Implications for Organizational Support." Session presented at the 43rd Annual Meeting. American Organization of Nurse Executives. Indianapolis.

Smith, A. (2010) District nursing: an endangered species? *Journal of Community Nursing*, 24:44

Tsunoet, K., Kawakami, N. (2016) The impact of work-related physical assaults on mental health among Japanese employees with different socioeconomic status: The Japan Work Stress and Health Cohort Study (JSTRESS) *SSM - Population Health*, 2, pp. 572-579

Wälivaara B, Sävenstedt S. Axelsson K. (2013)Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences, *Open Nurs* , 7: 89–95.

Watson, D. (2015) Becoming an Approved Mental Health Professional: an analysis of the factors that influence individuals to become Approved Mental Health Professionals *Journal of Mental Health*, pp. 1-5

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κυλούδης Π., Τανανάκη Μ., Ρεκλείτη Μ. (2012). Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 1, 1-8

Μάνος Ν., (2008), «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», University Studio Press
Θεσσαλονίκη

Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (2004).
«Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας».Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και
Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. (2012). Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη,
Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε.(2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις
Βήτα, Αθήνα

Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε.(2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις
Βήτα, Αθήνα

Ραγιά Χρ. Α., (2009). Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική,
Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το
Βήμα του Ασκληπιού 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ", 2017

<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>