

**Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας  
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής**

**Πτυχιακή εργασία**

# **Η Σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία και ο ρόλος του νοσηλευτή**



**Εισηγήτρια:  
Κυριακή Σαμαρτζή  
Καθηγήτρια**

**Επιμέλεια:  
Μανούσος Ιωάννης  
Σφυρή Βασιλική  
Φοιτητές**

**Πάτρα, 2014**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
Κεφάλαιο 1ο: .....	8
Σχιζοφρένεια.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	9
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της πνευματικής διαταραχής.....	9
1.2 Εννοιολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας .....	9
1.3 Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας.....	10
1.4 Ιστορική προσέγγιση της σχιζοφρένειας.....	10
1.5 Συμπτωματολογία της Σχιζοφρένειας.....	11
1.5.1 Διαταραχές της σκέψης της σχιζοφρένειας .....	11
1.5.1.1 Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης .....	11
1.5.1.2 Διαταραχές στη ροή της σκέψης.....	12
1.5.1.3 Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης.....	12
1.5.2 Διαταραχές της αντίληψης.....	13
1.5.3 Διαταραχές του συναισθήματος.....	13
1.5.4 Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκαινητικότητας .....	14
1.5.5 Συνδρομική προσέγγιση της συμπτωματολογίας.....	15
1.5.6 Αιτιοπαθογένεια της Σχιζοφρένειας .....	16
1.5.6.1 Γενετικοί παράγοντες.....	16
1.5.6.2 Παράγοντες σχετιζόμενοι με την προ- και περιγεννητική περίοδο.....	16
1.5.6.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου.....	17
1.5.7 Πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας .....	18
1.6 Ψυχανάλυση στη σχιζοφρένεια .....	19
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : .....	21
Παιδική ηλικία.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	22
2.1 Ορισμός προσωπικότητας.....	22
2.2 Αυτοαντίληψη .....	22
2.3 Αυτογνωσία - Διερεύνηση πτυχών του εαυτού.....	22
2.4 Κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια .....	23
2.5 Φυσική επάρκεια.....	23

2.6 Ψυχικές δομές.....	24
2.7 Αμυντικοί Μηχανισμοί .....	25
2.8 Τα συναισθήματα.....	26
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> :.....	29
Σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία .....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....</b>	<b>30</b>
3.1 Προσέγγιση της ιδιαιτερότητας της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία .....	30
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	31
3.3 Σχιζοφρένεια σε παιδιά και ενήλικες .....	31
3.4 Αναπτυξιακή προσέγγιση .....	31
3.5 Διάγνωση.....	32
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> :.....	34
Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία.....	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ .....</b>	<b>35</b>
4.1 Εισαγωγικά σημεία στη θεραπεία της παιδικής σχιζοφρένειας .....	35
4.2 Θεραπεία .....	36
4.3 Αντιψυχωτικά φάρμακα.....	36
4.4 Διαχωρισμός θεραπειάς της σχιζοφρένειας .....	39
4.4.1 Θεραπεία πρώτου επεισοδίου .....	40
4.4.2 Θεραπεία της οξείας φάσης.....	40
4.4.3 Θεραπεία συντήρησης, πρόληψη υποτροπών .....	41
4.4 Ανθεκτική σχιζοφρένεια .....	41
4.5 Παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων.....	42
4.6 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	42
4.7 Θεραπεία της σχιζοφρένειας στο νοσοκομείο.....	44
4.8 Άλλες μορφές θεραπείας.....	44
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> :.....	45
Η Νοσηλευτική στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία.....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....</b>	<b>46</b>
5.1 Η νοσηλευτική συμβολή στη σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίας.....	46
5.2 Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	47
5.3.1 Α' περιστατικό σχιζοφρενικού ασθενούς παιδικής ηλικίας.....	77
5.3.2 Β' περιστατικό σχιζοφρενικού ασθενούς παιδικής ηλικίας .....	86
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>93</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>94</b>

Summary.....	95
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>96</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ευρέως γνωστή νευροψυχιατρική διαταραχή, με ισχυρό αντίκτυπο στην γενικότερη κλινική εικόνα του ατόμου που νοσεί. Η έμφαση δίνεται στην εμφάνιση της νόσου κατά την παιδική ηλικία καθώς και οι επιπτώσεις των εκφάνσεων της στην καθημερινότητα ενός παιδιού.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πηγές που αναφέρονται στην συγκεκριμένη εργασία είναι μόνο ενδεικτικές ενός μέρους της τεράστιας βιβλιογραφίας που αφορά στην διαταραχή της σχιζοφρένειας, καθώς οι έρευνες και οι σχετικές με το θέμα δημοσιεύσεις είναι πολυπληθείς. Πέρα από το γεγονός ότι η ανασκόπηση αυτή επικεντρώνεται αποκλειστικά στη σχιζοφρένεια κατά την παιδική ηλικία, με σκοπό μια πιο ειδική και επεξηγηματική ματιά, η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που θα πρέπει να εξετάζουμε ολιστικά.

Ο σκοπός της εργασίας είναι η ερμηνευτική, ιστορική μελέτη των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, η κλινική εικόνα της, η αιτιοπαθογένειά της καθώς και η θεραπεία που αρμόζεται σε μιας τόσο σοβαρής νόσου.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που επιχειρείται μέσω της παρούσης εργασίας, εδράζεται σε δύο κύριους άξονες:

Πρώτον, για εμάς τους φοιτητές που την εκπονούμε, να αποκτήσουμε γνώσεις, που θα μας χρησιμεύσουν στην μετέπειτα επαγγελματική μας καριέρα, ώστε να καταστούμε ικανοί να αντιμετωπίσουμε, ορθολογικά και επιστημονικά, σχετικά περιστατικά.

Δεύτερον, να ενημερώσει τον αναγνώστη σχετικά με την έννοια της σχιζοφρένειας, τους πρακτικούς και επιστημονικούς τρόπους αντιμετώπισής της, από την πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, η εξειδικευμένη γνώση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία θα συντελέσει, πιστεύουμε, στην πληρέστερη ενημέρωση.

Λέξεις κλειδιά: σχιζοφρένεια, παιδική ηλικία, σχιζοφρένεια στη παιδική ηλικία, θεραπεία σχιζοφρένειας, νοσηλευτική φροντίδα σχιζοφρένειας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχική διαταραχή με ποικιλία συμπτωμάτων που διακρίνονται σε θετικά και σε αρνητικά. Η αιτιολογία της δεν είναι πλήρως γνωστή ενώ η γενετική προδιάθεση φαίνεται να αποτελεί το 50% της πιθανότητας στους μονοζυγωτικούς διδύμους και με πιθανότητες κληρονομικότητας 60%<sup>1</sup>. Η έναρξη της νόσου μπορεί να συνοδεύεται από μια αισθητή πτώση στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες μαζί με την εκδήλωση των συμπτωμάτων, όπως οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις κ.α. . Η σχιζοφρένεια είναι μια σύνθετη ψυχική διαταραχή, η οποία προκαλεί αποδιοργάνωση στις διεργασίες της σκέψης, της αντίληψης και των συναισθημάτων<sup>2</sup> .

Η παθολογική ανατομία των ατόμων που πάσχουν από την σχιζοφρένεια, και ιδιαίτερα αυτών που βιώνουν τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνει:

- μεγέθυνση των κοιλιών του εγκεφάλου
- μείωση του μεγέθους του θαλάμου
- μια μικρή (6%) μείωση στην μετωπιαία και μεσαία-κροταφική φλοιική μάζα,

ειδικότερα στο αριστερό ημισφαίριο, συνδυασμένη με διαταραχή στην κυτταρική δομή, και συγκεκριμένα στον ιππόκαμπο και παραιππόκαμπο,

- μείωση στην φυσιολογική εγκεφαλική ασυμμετρία, στην οποία η περιοχή του κροταφικού λοβού που εμπλέκεται στην γλώσσα, είναι συνήθως μεγαλύτερη στο αριστερό ημισφαίριο από ότι στο δεξί. Η έλλειψη αυτής της ασυμμετρίας φαίνεται να ευθύνεται για τις διαταραχές της γλώσσας και της σκέψης που παρατηρούνται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

- μικρότερη αλλαγή στην εγκεφαλική ροή του αίματος στον εμπρόσθιο φλοιό κατά την διάρκεια δοκιμασιών εργαζόμενης μνήμης<sup>3</sup> .

Οι γνωστικές λειτουργίες είναι αυτές οι γνωστικές διαδικασίες που μας κρατούν σε επαφή με την υπόσταση μας, το κοινωνικό περιβάλλον, την πραγματικότητα και σχετίζονται γενικότερα με την αντίληψη και την κρίση μας. Αφορούν στην μνήμη, την σκέψη, την αντίληψη μας, την γλώσσα, την προσοχή, την μάθηση, την νοημοσύνη μας αλλά και την γενικότερη αισθητηριακή λειτουργικότητα. Συγκεκριμένες γνωστικές δυσλειτουργίες στην σχιζοφρένεια φαίνεται να ευθύνονται για διαταραχές στην προσοχή, την εργαζόμενη μνήμη, την προφορική γλωσσική παραγωγή, την διευθέτηση των αντιδράσεων μας, και σχεδόν ότι αφορά στην επεξεργασία και την εκτίμηση των πληροφοριών<sup>4</sup> .

Όσον αφορά την γλώσσα, ο λόγος γίνεται επαναλαμβανόμενος και χωρίς σαφή κατεύθυνση. Ο όρος “διαταραχή της σκέψης” περιγράφει μια κατάσταση κατά την

οποία οι ασθενείς νιώθουν ότι δεν ελέγχουν τις ίδιες τους τις σκέψεις τους και μπορεί, επιπλέον, να ενοχλούνται από το περιεχόμενο τους. Οι ασθενείς που πάσχουν από την νόσο σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να έχουν δυσκολίες στην ανάγνωση ως παιδιά συγκριτικά με τα υποκείμενα ελέγχου. Επιπλέον, καθώς η σκέψη επιτυγχάνεται με τον εσωτερικό λόγο, οι διαταραχές σε αυτήν φαίνεται να σχετίζονται με τη γλωσσική αδυναμία. Παρατηρώντας και τη σταθερότητα της διάγνωσης στο χρόνο, διαπιστώνεται ότι η σχιζοφρένεια πληροί όλα τα κριτήρια μια διακριτής κλινικής διαταραχής (νοσολογικής οντότητας)<sup>4,5</sup>.

Τέλος, ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίζει ένα φάσμα συναισθηματικών εκδηλώσεων που κυμαίνονται από φυσιολογικές σε καταθλιπτικές μέχρι και εκδηλώσεις διπολικής διαταραχής. Γιαυτόν το λόγο, κι όχι άδικα, έχει χαρακτηριστεί μία σοβαρή και πολυπαραγοντική ψυχική ασθένεια με δυσκολία στον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας της<sup>5</sup>.

# **Κεφάλαιο 1ο:**

## **Σχιζοφρένεια**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της πνευματικής διαταραχής

Η σοβαρή πνευματική διαταραχή είναι ένα ψυχολογικό ή συμπεριφοριστικό δείγμα που συνδέεται με απελπισία ή ανικανότητα, η οποία συμβαίνει σ'ένα άτομο και δεν αποτελεί μέρος μιας φυσιολογικής ανάπτυξης ή καλλιέργειας. Τα κριτήρια για τη διάγνωση και την κατανόηση της έχουν αλλάξει με το πέρασμα των χρόνων και ακόμη επικρατούν ποικίλες ερμηνείες για τη διάγνωση, την αξιολόγηση της και την κατηγοριοποίησή της. Παρόλα αυτά, τα γενικά κριτήρια διάγνωσης της παραμένουν ευρέως αποδεκτά<sup>6</sup>.

### 1.2 Εννοιολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας

Ο όρος Σχιζοφρένεια (από το ελληνικό **σχίζω** και **φρήν**) εισήχθη στην ψυχιατρική ορολογία από τον Bleuler, το 1911, για να δηλώσει μια ομάδα ψυχώσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό θεμελιώδες σύμπτωμα, τη Σχάση του Εγώ (ή Διχασμό του Εγώ)<sup>5</sup>.

Περισσότερο από κάθε άλλη ψυχική διαταραχή, η σχιζοφρένεια συνδέεται με τη ιστορική διαδρομή και την εδραίωση της ψυχιατρικής ως αυτόνομης ιατρικής ειδικότητας. Παρότι προσβάλλει κατά μέσο όρο μόνο 1% του γενικού πληθυσμού, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ( ΠΟΥ ) κατατάσσει τη σχιζοφρένεια μέσα στις δέκα νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις ανεπτυγμένες χώρες<sup>5</sup>. Εκτιμάται ότι η πλειονότητα των ασθενών δε θα δημιουργήσουν ποτέ τη δική τους οικογένεια και δύσκολα μπορούν να βρουν και να διατηρήσουν ανεξάρτητη επαγγελματική απασχόληση<sup>4</sup>.

Μολονότι περισσότερα από 100 χρόνια έχουν παρέλθει από την πρώτη σύγχρονη κλινική περιγραφή της σχιζοφρένειας από το Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin, η αιτιοπαθογένεια της νόσου παραμένει ασαφής και ως εκ τούτου η θεραπευτική της αντιμετώπιση είναι ελλιπής. Ωστόσο, η πρόοδος των νευροεπιστημών την τελευταία δεκαετία έχει θεμελιώσει τη σχιζοφρένεια ως διαταραχή του εγκεφάλου με ισχυρότατο γενετικό υπόβαθρο, για την εκδήλωση της οποίας ευθύνεται μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων<sup>7</sup>.

Η σχιζοφρένεια είναι νόσος οικουμενική. Απαντάται τόσο στους πιο ανεπτυγμένους λαούς όσο και στους πλέον πρωτόγονους. Είναι νόσος διαχρονική, όπως διαπιστώνεται από περιγραφές ατόμων κατά την αρχαιότητα, με εκδηλώσεις

που δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα σύγχρονων διαγνωστικών συστημάτων. Δεν υπάρχουν ούτε ειδικά συμπτώματα ούτε ειδικοί βιολογικοί δείκτες που να είναι παθογνωμονικοί της σχιζοφρένειας και να τη διαχωρίζουν σαφώς από τις άλλες μορφές των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως π.χ. τη διπολική συναισθηματική διαταραχή<sup>5</sup>.

### 1.3 Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας



Η μέση τιμή επίπτωσής της, δηλαδή ο ετήσιος αριθμός νέων περιπτώσεων ανά 1000 άτομα του πληθυσμού, υπολογίζεται από μεγάλη έρευνα του ΠΟΥ στο 0,67. Είναι ενδεικτικό πως στην έρευνα αυτή όσο πιο περιοριστικά είναι τα κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας τόσο μειώνονται οι διαφορές στην επίπτωση της νόσου μεταξύ των κρατών, εύρημα που αποτελεί ένδειξη για την οικουμενικότητα της νόσου<sup>4</sup>.

Στη χώρα μας, ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών 15 – 65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από τους ασθενείς αυτούς εκτιμάται ότι 10% έχουν ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι 1:1 και η νόσος συνήθως εισβάλλει μεταξύ των ηλικιών των 15 – 35 ετών, σπάνια δε πριν από την ηλικία των 10 ετών ή μετά τα 40έτη. Η έναρξη στους άνδρες προηγείται κατά μέσο όρο 3 – 5 χρόνια της έναρξης της νόσου στις γυναίκες<sup>4,5</sup>.

### 1.4 Ιστορική προσέγγιση της σχιζοφρένειας

Ο Βέλγος ψυχολόγος Benedict Morel, το 1852, περιέγραψε μια κλινική οντότητα παρόμοια με τη σχιζοφρένεια που την ονόμασε “ πρώιμη άνοια ”. Ο πατέρας της σύγχρονης ψυχιατρικής νοσολογίας , ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin απαρτίζει τις ποικίλες ψυχωσικές διαταραχές σε ένα ενιαίο νοσολογικό σχήμα κατάταξης, που αντιστοιχεί στο σημερινό όρο “σχιζοφρένεια” και το 1887, στην πρώτη έκδοση της Ψυχιατρικής του, χρησιμοποιεί τον όρο “πρώιμη άνοια” για να περιλάβει σε αυτόν την ηβηφρένεια ως νοσολογική οντότητα που εισβάλλει κατά την παιδική ηλικία και καταλήγει σε άνοια κατά την ενήλικη ζωή<sup>8</sup>.

Το 1883 ξεχωρίζει δύο βασικές κατηγορίες ψυχώσεων:

-  τη μανιοκατάθλιψη και
-  την πρώιμη άνοια .

Αργότερα , το 1896, διακρίνει τρεις τύπους “πρώιμης άνοιας”:

- ✓ την κατατονική,
- ✓ την ηβηφρένεια και
- ✓ την τυπική παραφροσύνη, που αργότερα ονόμασε παρανοειδή άνοια<sup>9</sup> .

Ο Sigmund Freud, το 1881, αναλύει την περίπτωση Schreber με βάση την αυτοβιογραφία του παρανοϊκού αυτού ασθενούς και συνδέει το διωκτικό παραλήρημα με λανθάνουσες ομοφυλοφιλικές τάσεις και απόσυρση των λιβιδινικών επενδύσεων από το εξωτερικό αντικείμενο προς τον εαυτό. Ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler, το 1911, εισάγει τον ελληνικό όρο Σχιζοφρένεια, για να υποδηλώσει με αυτόν τον τρόπο ότι η άνοια δεν αποτελεί αναγκαστική κατάληξη της νόσου και ότι ως κύριο χαρακτηριστικό της έχει το σύμπτωμα της σχάσης των ψυχονοητικών λειτουργιών. Ο Kurt Schneider, τη δεκαετία του 1930, διατυπώνει την άποψη πως η διάγνωση της σχιζοφρένειας στηρίζεται κυρίως στην κλινική περιγραφή και όχι στην εξέλιξη της νόσου και εισάγει 14 συμπτώματα – κριτήρια, πρώτου και δευτέρου βαθμού. Ο Kretschmer, το 1936, διατυπώνει τη θεωρία του για τη σχιζοφρενική ιδιοσυστασία, εισάγοντας την έννοια της συνεχούς ψυχοπαθολογίας από το επίπεδο της προσωπικότητας ως τη νόσο<sup>9,10</sup>.

Το 1952, οι Delay και Deniker εισάγουν στη θεραπευτική αγωγή της σχιζοφρένειας, τις φαινοθειαζίνες, εγκαινιάζοντας έτσι τη σύγχρονη εποχή της ψυχοφαρμακολογίας. Το 1980, ο Crow προτείνει μια νέα τυπολογία της σχιζοφρένειας βασιζόμενη στα θετικά και αρνητικά συμπτώματα ως διακριτά σύνδρομα με διαφορετικές παθογενετικές διεργασίες. Το 1987, διατυπώνεται νευροαναπτυξιακή υπόθεση της σχιζοφρένειας από τους Murray και Weiberger. Το 2003 ανακοινώνονται οι πρώτες επαληθεύσεις γενετικής συσχέτισης της σχιζοφρένειας με το γονίδιο Neuregulin 1, που δημοσίευσε η ομάδα του K. Steffansson το 2002<sup>9</sup>.

## **1.5 Συμπτωματολογία της Σχιζοφρένειας**

Τα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας επηρεάζουν αρνητικά την οργάνωση της σκέψης, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου<sup>11</sup>. Μολονότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος κυρίως της νεαρής ηλικίας, διαδράμει συνήθως χρονίως, με κλινική πορεία που περιλαμβάνει ενεργό υπολειμματική φάση<sup>11</sup>.

Τα κλασικά συμπτώματα της νόσου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως ακολούθως:

### **1.5.1 Διαταραχές της σκέψης της σχιζοφρένειας**

#### **1.5.1.1 Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης**

Η βασική διαταραχή στην κατηγορία αυτή είναι η διάσπαση της σκέψης. Καθιερώθηκε ως ένα από τα θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας από τον

Bleuler με τον όρο “χάλαση του συνειρμού” ή “ ασυναρτησία”<sup>12</sup> . Η σκέψη παρουσιάζει χάλαση των συνειρμικών της δεσμών με έλλειψη συνεκτικότητας και νοηματικής αλληλουχίας των ιδεών. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής, ανιχνεύεται από τον εξεταστή ως προοδευτική δυσκολία στη διατήρηση του νοηματικού στόχου των λεγόμενων του ασθενούς<sup>11</sup> . Εκφράζεται επίσης με ασάφεια και αοριστία των λεγόμενων του ασθενούς, που στερούνται πληροφοριακού περιεχομένου. Η νοηματική αλληλουχία είναι ελλιπής και δύσκαμπτη, αντικατοπτριζόμενη στο λόγο με άσκοπους πλατειασμούς από το κεντρικό θέμα, αποσυγκεκριμενοποίηση του λόγου, λογικές ακολουθίες ή συχνές εμμονές, ένδειξη αδυναμίας εκτροπής της σκέψης, όπου ο λόγος είναι ακατανόητος, χάνει την επικοινωνιακή του αξία και γίνεται γλώσσα “ ιδιωτικής χρήσης”<sup>11,12</sup> .

### **1.5.1.2 Διαταραχές στη ροή της σκέψης**

Εδώ υπάγεται κυρίως η ανακοπή της σκέψης. Πρόκειται για βασικό και πρώιμο σύμπτωμα, κατά το οποίο η σκέψη διακόπτεται ξαφνικά για λίγο. Στη σχιζοφρένεια παρατηρείται επίσης μειωμένη ροή και παραγωγικότητα της σκέψης, που εκφράζεται με μειωμένη λεκτική διεργασία. Αντανακλάται ως ομιλία χαρακτηριζόμενη από έλλειψη αυθορμητισμού με μεταβαλλόμενο ρυθμό και παύσεις και ως πτωχεία της ποσότητας προφορικού λόγου. Δεν πρέπει να συγχέεται με την αναστολή ή επιβράδυνση της σκέψης, η οποία υποδηλώνει μια φθίνουσα διαδικασία της σκέψης και παρατηρείται κυρίως στην κατάθλιψη<sup>11,13</sup> .

### **1.5.1.3 Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης**

Στη σχιζοφρένεια, η βεβαιότητα κατοχής και ελέγχου της σκέψης κλονίζεται και συχνά καταργείται στο πλαίσιο μια γενικότερης κατάλυσης των ορίων του εαυτού:

- Αίσθημα απώλειας της σκέψης. Βίωμα έξωθεν υφαρπαγής των σκέψεων του ασθενούς και συνακόλουθα παντελούς έλλειψης ιδίων σκέψεων.
- Αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων. Βίωμα του ασθενούς ότι αλλότριες σκέψεις εμβάλλονται έξωθεν σ' αυτόν. Στην ακραία μορφή, υφίσταται το βίωμα ολοσχερούς καθορισμού των σκέψεων από κάποιον εξωτερικό παράγοντα ή δύναμη με επακόλουθο την πλήρη απώλεια της κατοχής και του ελέγχου τους από τον ίδιο τον ασθενή .
- Αίσθημα απώλειας της στεγανότητας της σκέψης ή εκπομπή της σκέψης. Βίωμα του ασθενούς ότι οι σκέψεις του δεν περιορίζονται εντός του, αλλά διαρρέουν παθητικά και διαχέονται στον περίγυρό του, έτσι ώστε να μπορούν

να γίνονται δημόσιες και αναγνωρίσιμες από τους συνανθρώπους του. Σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί παραληρηματική ερμηνεία της εμπειρίας των ηχηρών σκέψεων<sup>13</sup>.

### **1.5.2 Διαταραχές της αντίληψης**

Εδώ υπάγονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού. Αφορούν και στις πέντε αισθήσεις, κατά κύριο λόγο όμως λόγο την ακοή. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι από τα πλέον συνήθη συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής “ακούει” φωνές, συνομιλίες, παράδοξους ήχους ή και μουσική. Οι “φωνές” τον σχολιάζουν ή τον προτρέπουν να κάνει κάτι, του ασκούν κριτική κ.α. Μπορεί να απευθύνονται άμεσα σ' αυτόν ή να συνομιλούν μεταξύ τους γι' αυτόν. Μπορεί να είναι συνεχείς ή επεισοδιακές, σαφείς ή συγκεχυμένες, οργανωμένες ή αόριστες. Ως προς το περιεχόμενό τους, μπορεί να είναι υβριστικές, χλευαστικές, απειλητικές, επαινετικές, παραινετικές προτρεπτικές, προειδοποιητικές κ.α.

Μια ιδιαίτερη κατηγορία ακουστικών ψευδαισθήσεων είναι οι ηχηρές σκέψεις και η ηχώ της σκέψης. Οι ηχηρές σκέψεις είναι βίωμα του ασθενούς, κατά το οποίο οι σκέψεις του ηχούν μεγάλωφωνα στο εσωτερικό της κεφαλής του, κατά τρόπο που οι παριστάμενοι συνάνθρωποί του μπορούν να τις ακούσουν. Η ηχώ της σκέψης είναι βίωμα του ασθενούς, κατά το οποίο οι σκέψεις του επαναλαμβάνονται ή αντηχούν στο εσωτερικό της κεφαλής του λίγο χρόνο μετά τον αρχικό σχηματισμό τους. Οι παραισθήσεις αφορούν την παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων. Δεν είναι και αυτές παθογνωμικές της νόσου και ενδεχομένως συνδέονται δευτερογενώς με τις παραληρητικές ιδέες<sup>11,13</sup>.

### **1.5.3 Διαταραχές του συναισθήματος**

Εδώ υπάγονται κυρίως, η αμφιθυμία, η συναισθηματική δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση, καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές. Η αμφιθυμία αποτελεί, όπως προαναφέρθηκε, βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής κυριαρχείται την ίδια στιγμή από αντιθετικά μεταξύ τους συναισθήματα, π.χ. μισεί και αγαπάει την ίδια στιγμή το ίδιο άτομο με την ίδια ένταση<sup>13</sup>.

Η συναισθηματική δυσαρμονία υποδηλώνει τη διάσταση μεταξύ της βαρύτητας και του μεγέθους του συγκινησιακού ερεθίσματος και της συγκινησιακής ανταπόκρισης του ασθενούς, αλλά και την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση. Στη δεύτερη περίπτωση ομιλούμε για “συναισθηματική απροσφορότητα”. Η συναισθηματική έκπτωση, μαζί με τις δυο προαναφερθείσες διαταραχές,

αποτελούν το χαρακτηριστικό τρίπτυχο των συναισθηματικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Πρόκειται για προοδευτική συρρίκνωση του εύρους κραδασμού του συναισθήματος. Το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, χάνει τα φιλητικά του συναισθήματα και γίνεται απαθής, ενώ το συναίσθημα είναι αμβλύ και ρηχό. Στις άλλες συναισθηματικές διαταραχές των σχιζοφρενών υπάγονται η κατάθλιψη και η ευφορία, το άγχος, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία και τα απροσωποποιητικά αποπραγματοποιητικά βιώματα. Μερικοί μελετητές συμπεριλαμβάνουν στις διαταραχές του συναισθήματος την ανηδονία, δηλαδή την υποκειμενική αίσθηση απώλειας της ικανότητας άντλησης ικανοποίησης ή ηδονής από το περιβάλλον. Χρησιμοποιείται ως όρος καταχρηστικά όταν υπονοείται διαταραχή της βούλησης εκδηλούμενη ως αντικειμενική απώλεια ενδιαφέροντος για σεξ, φιλικές – κοινωνικές σχέσεις οι οικογενειακή ζωή<sup>14</sup>.

#### **1.5.4 Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκαινητικότητας**

Δεδομένου ότι το συναίσθημα και η βούληση είναι δύο λειτουργίες που εν πολλοίς συμπορεύονται, διαταρχές της πρώτης αντανακλούν σε αντίστοιχες της δεύτερης<sup>13</sup>. Έτσι, π.χ στη σχιζοφρένεια παρατηρείται αβουλησία, η κλινική διαπίστωση της οποίας γίνεται με την παρατήρηση της ψυχοκαινητικότητας. Ασθενείς με αυτά τα συμπτώματα εγείρονται αργά, κοιμούνται νωρίς, χωρίς να δραστηριοποιούνται στη διάρκεια της ημέρας. Έχουν μειωμένο ενδιαφέρον να εργαστούν ή να συνάψουν κοινωνικές σχέσεις. Δεν επιδεικνύουν ενδιαφέρον να ξυριστούν ή να πλυθούν τακτικά και η φροντίδα του εαυτού τους είναι γενικότερα μειωμένη. Σε αυτά τα πλαίσια κατηγοριοποιείται επίσης εδώ η πτωχή σκέψη ή αλογία, όπου υφίσταται ένδεια της ποσότητας προφορικού λόγου π.χ οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του εξεταστή είναι μονολεκτικές. Η κύρια διαταραχή της ψυχοκαινητικότητας στη σχιζοφρένεια είναι η παρουσία άλλοτε άλλου βαθμού κατατονικών συμπτωμάτων, που αφορούν στη στάση και θέση του ασθενούς, την ομιλία του, την έκφραση του προσώπου του, τις καινήσεις του και τέλος, το σύνολο της ψυχοκαινητικότητάς του. Ως προς τη θέση και στάση του ασθενούς, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν άλλοτε άλλης διάρκειας στερεότυπες θέσεις και στάσεις, οι οποίες πολλές φορές είναι αφύσικες και “σαν επιτηδευμένες”<sup>14</sup>. Επίσης, ο άρρωστος παρουσιάζει “κηρώδη ευκαμψία” των μελών του, όταν αυτά τοποθετηθούν από τον εξετάζοντα ακόμα και σε άβολες θέσεις. Ως προς την ομιλία, ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει άχρωμα, σαν ηχώ, τις λέξεις που ακούει ή να μην απαντά καθόλου ή να επαναλαμβάνει στερεότυπα αδόκιμες δικές του λέξεις ή φράσεις, ακόμα και στον γραπτό λόγο.

Η εκφραστικότητα του προσώπου είναι μειωμένη, το βλέμμα υποκινητικό και σαν να διαπερνάει το συνομιλητή κοιτώντας πίσω απ'αυτόν. Συνυπάρχουν παράδοξοι, επαναλαμβανόμενοι μορφασμοί. Οι καινήσεις είναι ίσως ο κύριος εκφραστής των βουλητικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια. Ο άρρωστος συμμορφώνεται αυτόματα στις εντολές, μιμείται κάθε πράξη στην οποία επιτελεί ο εξεταστής, επαναλαμβάνει άσκοπα μια αρχική σκόπιμη κίνηση. Παρουσιάζει επίσης αυτόματες καινήσεις, στερεοτυπίες ή συσπάσεις μυών, ενώ και σε απλές ακόμα καινήσεις ή τέλος, εκτελεί τη χειραψία με ασυνήθιστο και σχεδόν γελοιογραφικό τρόπο. Αυτές, όμως οι διαταραχές που είναι πλέον σηματικές από διαγνωστικές πλευράς είναι οι αναφερόμενες στο σύνολο της ψυχοκαινητικότητας. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι η κατατονική εμβρονησία, η κατατονική διέγερση, οι παρορμητικές πράξεις και ο αρνητισμός<sup>13-15</sup>.

### 1.5.5 Συνδρομική προσέγγιση της συμπτωματολογίας

Σε αντίθεση με την κλασική – περιγραφική παράθεση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, η συνδρομική προσέγγιση της συμπτωματολογίας βασίζεται σε παραγοντική ανάλυση των συμπτωμάτων σε διακριτές μεταξύ τους ομάδες. Οι περισσότερες παραγοντικές μελέτες αναδεικνύουν διαχωρισμό σε τρεις υποκείμενους παράγοντες συμπτωμάτων, οι οποίοι μπορεί να συνυπάρχουν σε άλλοτε άλλο βαθμό σε κάθε ασθενή και αντιστοιχούν<sup>16</sup>:

✘ Στα θετικά ή θορυβώδη συμπτώματα, που περιλαμβάνουν αφενός διαταραχές του περιεχομένου και της κατοχής της σκέψης, όπως π.χ τις παραληρητικές ιδέες δίωξης, τις ιδέες αυτοαναφοράς, τις ιδέες εκπομπής και υποκλοπής της σκέψης και αφετέρου χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης όπως π.χ. Ακουστικές ψευδαισθήσεις.

✘ Στα αρνητικά συμπτώματα, στα οποία υπάγονται διαταραχές της δομής, οργάνωσης και ροής της σκέψης, όπως η αλογία, του συναισθήματος, όπως η συναισθηματική έκπτωση, αδιαφορία, απάθεια, αμβλύτητα, αλλά και διαταραχές της βούλησης, όπως η κοινωνική απόσυρση, η έλλειψη αυτοφροντίδας και η ανηδονία.

✘ Στα αποδιοργανωτικά συμπτώματα, στα οποία υπάγονται κυρίως οι διαταραχές από τη δομή και οργάνωση της σκέψης, όπως ο εκτροχιασμός της σκέψης, ο άσκοπος πλατειασμός, η εφραπτομενικότητα του λόγου, οι νεολογισμοί και νεολεξίες κ.λ.π αλλά και κάποιες διαταραχές του συναισθήματος π.χ απροσφορότητα του συναισθήματος και ομόλογες διαταραχές συμπεριφοράς.

✘ Στα γνωστικά συμπτώματα, που περιλαμβάνουν διαταραχές της προσοχής, της συγκέντρωσης, της μνήμης και των εκτελεστικών λειτουργιών<sup>16</sup>.

## 1.5.6 Αιτιοπαθογένεια της Σχιζοφρένειας

### 1.5.6.1 Γενετικοί παράγοντες

Από τις μελέτες οικογενειών όσο και τις μελέτες υιοθεσίας και διδύμων, γίνεται φανερό πως η εκδήλωση σχιζοφρένειας οικοδομείται σε ένα έδαφος γενετικής κυρίως προδιάθεσης. Όσο στενότερη είναι η γενετική συγγένεια με τον ασθενή, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος νόησης. Διαφαίνεται, όμως, ότι η γενετική προδιάθεση δεν αφορά ειδικά τη σχιζοφρένεια. Για παράδειγμα στα υιοθετημένα άτομα με επιβαρυσμένο κληρονομικό σχιζοφρένειας όσο η σχιζότυπη διαταραχή και γενικά το σύνολο των συναφών διαγνώσεων που εμπίπτουν στο μάλλον περιφερειακό, ηπιότερο και ευρύτερο “φάσμα” των σχιζοφρενικών διαταραχών<sup>17</sup>.

Επιπρόσθετα, η παρατήρηση πως οι φαινομενικά υγιείς συγγενείς των ασθενών εμφανίζουν συχνά γνωστικά ελλείμματα και μορφολογικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις παρόμοιες με εκείνες του ασθενούς έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι η γενετική προδιάθεση για τη σχιζοφρένεια εκφράζεται “αθόρυβα” με αυτή τη διάχυτη και ήπια επίδραση στο επίπεδο της εγκεφαλικής μορφολογίας και γνωστικών ικανοτήτων, όπως και στο φαινομενολογικό επίπεδο. Από τα αποτελέσματα των γενετικών επιδημιολογικών μελετών, δεν υπάρχει πλέον αμφιβολία ότι η κληρονομικότητα παίζει τον κύριο ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας<sup>15-17</sup>.

### 1.5.6.2 Παράγοντες σχετιζόμενοι με την προ- και περιγεννητική περίοδο

Πληθώρα μελετών έχουν αναδείξει συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων περιγεννητικών επιπλοκών ( ΠΕ ) και της μετέπειτα εκδήλωσης σχιζοφρένειας. Το ενδιαφέρον για την ύπαρξη των ΠΕ δικαιολογείται από τη δυνατότητα αφενός αναδρομικής συγκέντρωσης αντικειμενικών και ανεπηρέαστων πληροφοριών από τα ιατρικά ιστορικά των ασθενών και αφετέρου ανάδειξης συγκεκριμένων παθοφυσιολογικών μηχανισμών νόησης, δεδομένου ότι οι συσχετίσεις γίνονται με καθορισμένες χρονικά ιατρικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ανάπτυξης<sup>18</sup>. Πρόσφατες πληθυσμιακές μεταanalύσεις ανέδειξαν σημαντικές της πιθανότητας της νόησης από σχιζοφρένεια μετέπειτα στη ζωή, με τρεις κατηγορίες ΠΕ:

- Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης ( αιμορραγία, προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης, ασυμβατότητα rhesus )
- Παρεκκλίσεις στην εμβρυική ανάπτυξη ( χαμηλό βάρος και μικρή κεφαλική περίμετρο κατά τη γέννηση )



• Επιπλοκές κατά τον τοκετό ( εμβρυική ασφυξία, όπως προκύπτει από περίσφυξη ομφάλιου λώρου, επείγουσα καισαρική τομή )

Η πιθανότητα νόσησης μετά από έκθεση στα παραπάνω περιγεννητικά συμβάντα διαφαίνεται αυξημένη αλλά μικρής εμβέλειας. Υπολογίζεται ότι ο σχετικόςκίνδυνος νόσησης ή λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων νόσησης μετά από έκθεση σε ΠΕ δεν ξεπερνά το 2,0 και πως οι ΠΕ συνεισφέρουν στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας κυρίως σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης<sup>18</sup>.

Οι ΠΕ είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και πιθανόν να αποτελούν και απλά δείκτη κάποιας άλλης υποκείμενης παθοφυσιολογικής διαδικασίας. Επιπλέον, η έκθεση σε ΠΕ κατά την περίοδο της κύησης δεν διαφαίνεται να είναι ειδικός παράγοντας κινδύνου για τη σχιζοφρένεια, δεδομένου πως συσχετίζεται συχνά με μακροπρόθεσμες εκδηλώσεις ανεξάρτητες από τη νόσο, όπως για παράδειγμα συναισθηματικές διαταραχές, ακόμη και μη ψυχικές διαταραχές, όπως είναι οι καρδιαγγειακές επιπλοκές.

Κάποες ΠΕ, μέσω των βιολογικών μηχανισμών πρόκλησής τους, πιθανόν να συσχετίζονται αμεσσότερα με τη μετέπειτα εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Θεωρείται, για παράδειγμα, πως αιμορραγία κατά τη διάρκεια της κύησης, προεκλαμψία και μηχανικές επιπλοκές κατά τον τοκετό προκαλούν δυνητικά υποκλινική εγκεφαλική υποξία, που προσβάλλει ιδιαίτερα τον ιπποκάμπειο σχηματισμό του κροταφικού λοβού, δομή του εγκεφάλου εμπλεκόμενη στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας<sup>18</sup>.

### **1.5.6.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου**

Η βλαπτική επίδραση ψυχοπρεστικών περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, που επενεργούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα νόσησης, όπως προκύπτει από μελέτες που ανέδειξαν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης σε μητέρες που ήταν έγκυες σε περιόδους πολεμικής σύρραξης, πλημμυρών ή κατά τη διάρκεια λιμού<sup>19</sup>.

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έχει βρεθεί σε μερικές μελέτες να διπλασιάζει τη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας ακόμη και όταν ελέγχονται συγχυτικοί παράγοντες, όπως οι περιγεννητικές επιπλοκές και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί ίσως δείκτη άλλου παράγοντα που συσχετίζεται με τη μητέρα ή το παιδί της. Σε δύο παλαιότερες μελέτες αναφέρθηκε συσχέτιση της παρατεταμένης διαμονής σε ίδρυμα με τη μετέπειτα εμφάνιση σχιζοφρένειας<sup>18-19</sup>.

Στο παρελθόν, σημαντικότερος νοσογόνος παράγοντας για τη σχιζοφρένεια είχε θεωρηθεί η διαταραχή της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας. Μολονότι, η εμπειρική κατοχύρωση των αρχικών αυτών διαφαίνεται από πρόσφατες μελέτες, οι οποίες δείχνουν ότι παιδιών που αργότερα διαγνώστηκαν με σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή ήταν πιθανότερο να είχαν προβληματική σχέση με το παιδί τους, σε σύγκριση με μητέρες που τα παιδιά τους αργότερα ανέπτυξαν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Επιπλέον, από τα παιδιά μητέρων που έπασχαν από σχιζοφρένεια και δόθηκαν για υιοθεσία, μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας είχαν εκείνα που ανατράφηκαν σε προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον υιοθεσίας, όπου για παράδειγμα επικρατεί γλωσσική ασυνεννοησία μεταξύ των μελών, ενισχύοντας κατ'ακολουθία την υπόθεση πως στην εκδήλωση σχιζοφρένειας αλληλεπιδρούν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες καινδύνου. Το εγκεφαλικό τραύμα έχει συσχετιστεί ασθενώς σε μερικές μελέτες με την αυξημένη πιθανότητα νόσησης. Πάντως, αν αυτή η σχέση είναι αιτιολογική, φαίνεται να ισχύει μια μειονότητα ασθενών. Αντίθετα, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής συσχετίζονται τόσο με την έναρξη όσο και με τις υποτροπές της νόσου. Έτσι, τόσο το πρώτο όσο και τα πρώιμα επεισόδια υποτροπής της νόσου είναι πιθανότερο να ακολουθούν ψυχοπαιστικά γεγονότα, συγκριτικά με τα όψιμα επεισόδια<sup>18-19</sup>.

### **1.5.7 Πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας**

Πριν από την έναρξη της σχιζοφρένειας, είτε αυτή είναι οξεία είτε ύπουλη συνήθως εμφανίζονται πρόδρομα συμπτώματα, όπως άγχος, σύγχυση, φόβος ή κατάθλιψη. Τα πρόδρομα συμπτώματα μπορεί να διαρκούν για μήνες πριν τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Κατά κανόνα, η νόσος εισβάλλει κατά την όψιμη εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή, κάπως αργότερα στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες, σε άτομο με προδιάθεση για σχιζοφρένεια. Κάποια εκλυτικά γεγονότα μπορεί να πυροδοτήσουν το πρώτο επεισόδιο της νόσου. Κλασικά, η σχιζοφρένεια προκαλεί προοδευτική έκπτωση, με χρόνια πορεία στην οποία επικάθονται οξεία επεισόδια<sup>20</sup>. Η ευαλωτότητα στις ψυχοπαιστικές συνθήκες είναι ισόβια. Στην υπολειμματική φάση, δυνατόν να εμφανιστούν μεταψυχωτικά καταθλιπτικά επεισόδια και άλλες διαταραχές, όπως χρήση ουσιών, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κ.α. Κατά την πορεία της νόσου, τα πιο οφθαλμοφανή θετικά ψυχωσικά συμπτώματα, όπως οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις τείνουν να εξασθενούν, ενώ τα πιο υπολειμματικά αρνητικά συμπτώματα, όπως η παραμέληση της ατομικής υγιεινής, η επιπέδωση της συναισθηματικής απαντητικότητας και οι ποικίλες παραξενιές στη συμπεριφορά, συνήθως επιτείνονται<sup>18-20</sup>.

Οι πιθανότητες υποτροπής μέσα σε μια διαετία είναι περίπου 40% όταν ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και περίπου 80% όταν ο ασθενής δε λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Το 50% των ασθενών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας και το 10% τελικώς αυτοκτονούν. Υπάρχει κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς, ειδικά από την υπερβολή με την οποία αυτός προβάλλεται δημόσια και οδηγεί στη στιγματοποίηση του πάσχοντος ατόμου. Το ενδεχόμενο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς είναι αυξημένο σε πάσχοντες που δε λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή. Στους παρόντες κινδύνου περιλαμβάνονται διωκτικές παραληρητικές ιδέες, ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν, νευρολογικά ελλείμματα. Ο κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου και νόησης από παθολογικά νοσήματα είναι αυξημένος και το προσδόμικο επιβίωσης είναι μικρότερο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού<sup>20</sup>.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, ως προς την πρόγνωση ισχύει ένας αδρός κανόνας των 3/3. Περίπου το 1/3 των ασθενών ζουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή, ένα άλλο 1/3 συνεχίζουν να έχουν σημαντικά συμπτώματα, αλλά μπορούν να λειτουργήσουν μέσα στην κοινωνία, ενώ το υπόλοιπο 1/3 εμφανίζουν σημαντική έκπτωση και χρήζουν συχνών νοσηλείων. Περίπου 10% αυτής της τελευταίας ομάδας των ασθενών χρήζουν μακροχρόνιας ιδρυματικού τύπου περίθαλψης. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους άνδρες<sup>18</sup>.

### **1.6 Ψυχανάλυση στη σχιζοφρένεια**

Ο Freud τοποθέτησε την έννοια της αποεπένδυσης ως δείκτη ελλείμματος του Εγώ, χωρίς να την εναρμονίζει με την προηγούμενη, δηλαδή της αμυντικής σύγκρουσης, δημιουργώντας έτσι τη βάση για δύο διαφορετικές ψυχαναλυτικές θεωρίες για την ψύχωση: αυτήν της άμυνας και αυτήν του ελλειμματικού Εγώ. Οι υποστηρικτές της άποψης του ελλειμματικού Εγώ (Freeman) υποστηρίζουν ότι ο σχιζοφρενής έχει ένα ελλειμματικό Εγώ εξαρχής και ότι αυτή η ελλειμματικότητα οφείλεται είτε σε εγγενές λάθος είτε σε ιδιαίτερα κακές πρώιμες αντικειμενότητες σχέσεις. Αυτή η ελλειμματικότητα χαρακτηρίζεται από αδυναμία συγκράτησης των εσωτερικών αναπαραστάσεων αντικειμένου και την επιτέλεση άλλων λειτουργιών του<sup>21</sup>.

Υπό την επίδραση του ψυχικού τραύματος ο ψυχισμός γίνεται θύμα μιας παθητικής παλινδρόμησης με τη μορφή άτακτης φυγής. Αυτοί οι αναλυτές δίδουν έμφαση στην πρωτοκαθεδρία της οικονομικής αρχής και θεωρούν ότι η ελλειμματικότητα του Εγώ είναι εκδήλωση της ελλιπούς ναρκισσιστικής επένδυσης των αντικειμένων και των αναπαραστάσεων γενικώς. Δίδουν έμφαση στο ότι η αποεπένδυση που λαμβάνει χώρα είναι κατ' ουσία απόσυρση και συμβιβάζεται

περισσότερο με ενορμητική μεταστροφή, παρά με αμυντική διαδικασία, ενόψει ψυχικής σύγκρουσης<sup>21-22</sup>.

Όσοι υποστηρίζουν την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι αποτέλεσμα σύγκρουσης δίδουν έμφαση στην ομοιότητα, όσον αφορά την δυναμική ανάμεσα στη νεύρωση και στη ψύχωση, και συνακόλουθα υποστηρίζουν ότι η ψυχοπαθολογία των ψυχώσεων μπορεί να κατανοηθεί επί τη βάση της δυναμικής σύγκρουσης μεταξύ της ενόρμησης και της άμυνας έναντι αυτής, όπως συμβαίνει στις νευρώσεις. Το άγχος που κατακλύζει το Εγώ θεωρείται ενδεικτικό σήμα της άμυνας. Η ειδοποιός διαφορά της συμπτωματολογίας νοείται ως ποσοτική υπό την έννοια της ισχυρότερης παλινδρόμησης σε πρωιμότερες καθηλώσεις, την ποσοτική ισχύ των αμυνών, την καταπόνηση του Εγώ υπό το βάρος της ισχυρής σύγκρουσης και την καταστροφική δύναμη του εναπομείναντος άγχους, το οποίο δεν ελέγχεται από τις άμυνες<sup>21</sup>. Ένα από τα κλειδιά αυτής της θεώρησης είναι πως η θέση στην οποία βρίσκεται το Εγώ στην ψύχωση είναι δευτερογενής, αποτέλεσμα της παλινδρόμησης, όχι μόνο της libido και της επιθετικότητας αλλά, επίσης, και των λειτουργιών του Εγώ και του Υπερεγώ, ιδίως σε σχέση με τον έλεγχο της πραγματικότητας και τις άμυνες. Η συμπτωματολογία κατανοείται ως παλινδρόμηση της ικανότητας για έλεγχο της πραγματικότητας, αποτέλεσμα της αμυντικής οπισθοχώρησης με την υποκίνηση του άγχους. Οι υποστηρικτές της θεωρίας της σύγκρουσης προσπαθούν να διασώσουν τη σχιζοφρένεια από την έννοια του ελλειμματικού Εγώ και να τη τοποθετήσουν σε μια δυναμική – αμυντική θέση, έτσι ώστε η κλασσική ψυχαναλυτική τεχνική να μπορεί να λειτουργήσει<sup>21-22</sup>.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>:**

### **Παιδική ηλικία**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **2.1 Ορισμός προσωπικότητας**

Η προσωπικότητα θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι μια πολυσύνθετη έννοια στην οποία έχουν δοθεί διαφορετικοί ορισμοί κατά περιόδους. Ένας γενικός ορισμός της προσωπικότητας αναφέρεται σε αυτήν ως το χαρακτηριστικό τρόπο με τον οποίο το άτομο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται. Με άλλα λόγια αποτελεί ένα σύνθετο σχήμα συμπεριφοράς που αναπτύσσει κάθε άτομο συνειδητά και ασυνείδητα σαν στυλ ζωής ή τρόπο ύπαρξης κατά την διαδικασία προσαρμογής του στο περιβάλλον<sup>23</sup>.

### **2.2 Αυτοαντίληψη**

Αυτοαντίληψη είναι το σύστημα εννοιών μέσα από το οποίο το άτομο επιχειρεί να ορίσει τον εαυτό του . Ο όρος «αυτοαντίληψη» αναφέρεται σε

(α) τι/πώς πιστεύει κάποιος ότι είναι,

(β) στο τι/πώς θα ήθελε να είναι και

(γ) στο πώς πιστεύει ότι τον βλέπουν οι άνθρωποι που θεωρεί σημαντικούς<sup>24</sup>.

Η αυτοαντίληψη συχνά συγχέεται με τον όρο «αυτοεκτίμηση». Απλουστεύοντας το θέμα, η αυτοαντίληψη αποτελεί τη γνωστική πλευρά και η αυτοεκτίμηση τη συναισθηματική πλευρά της «γνώσης του εαυτού». Η αυτοαντίληψη, δηλαδή, είναι το αποτέλεσμα της αυτοαξιολόγησης του ατόμου σε διάφορες διαστάσεις που αυτό θεωρεί σημαντικές. Από την άλλη, η αυτοεκτίμηση δείχνει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο, με βάση την αυτοαξιολόγησή του, αποδέχεται/απορρίπτει και επιδοκιμάζει/αποδοκιμάζει τον εαυτό του<sup>25</sup>.

### **2.3 Αυτογνωσία - Διερεύνηση πτυχών του εαυτού**

Η αντίληψη των παιδιών για τον εαυτό τους καθώς αυτά μεγαλώνουν και εκτίθενται σε νέες εμπειρίες, αποκτώντας ολοένα και περισσότερες πληροφορίες για τον εαυτό τους, συνεχώς τροποποιείται και εμπλουτίζεται με νέα χαρακτηριστικά. Η οικοδόμηση της ταυτότητας είναι μια διεργασία που διαρκεί σε όλη τη ζωή του ανθρώπου, και σε κάθε φάση της ζωής τους όταν οι άνθρωποι αναρωτιούνται «ποιος είμαι;» δίνουν και μια διαφορετική απάντηση ανάλογα με τις εσωτερικές συγκρούσεις που θα πρέπει να επιλύσουν. Έτσι, σιγά-σιγά διαμορφώνεται η προσωπικότητά τους<sup>26</sup>.

Η πιο σημαντική ίσως από τις λειτουργίες του νου θεωρείται η ικανότητα της αυτο-ενημερότητας, η οποία συνίσταται στον αναλογισμό, την παρακολούθηση και

τον έλεγχο των διαθέσιμων εφοδίων και της γενικότερης δραστηριότητάς του. Χωρίς αυτήν την ικανότητα ο νους δε θα μπορούσε να εξασφαλίσει την ομαλή αλληλεπίδραση και προσαρμογή του ατόμου στον περιβάλλοντα κόσμο. Αν και προπομποί αυτής της ικανότητας έχουν περιγραφεί σε παιδιά μικρότερα των τεσσάρων χρόνων, η λειτουργία αυτή κάνει την εμφάνισή της μετά τα τέσσερα χρόνια και γύρω στα πέντε χρόνια τα περισσότερα νήπια είναι σε θέση να κατανοήσουν ότι ο νους αναπαριστά την πραγματικότητα με τρόπο ο οποίος διαφέρει από την πραγματικότητα καθαυτή<sup>26,27</sup>.

#### **2.4 Κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια**

Η συναισθηματική επάρκεια και η κοινωνική ευφυΐα συνιστούν την κοινωνικο-συναισθηματική επάρκεια του ατόμου. Στην κοινωνικο-συναισθηματική επάρκεια συμπεριλαμβάνονται τα μη γνωστικά χαρακτηριστικά του χαρακτήρα και της ιδιοσυγκρασίας και ικανότητες που επιτρέπουν στο άτομο να σκέφτεται, να κατανοεί και να επιλύει πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή και στις κοινωνικές – διαπροσωπικές του σχέσεις. Ειδικότερα, ως συστατικά της συναισθηματικής επάρκειας έχουν περιγραφεί η ικανότητα αναγνώρισης και ρύθμισης των συναισθημάτων αλλά και ικανότητες κοινωνικής επίγνωσης όπως η ενσυναίσθηση και η διαχείριση σχέσεων<sup>28</sup>.

Κατά τη νηπιακή και παιδική ηλικία υπάρχει ραγδαία ανάπτυξη του συναισθηματικού κόσμου, η οποία συνεχίζεται και κατά την εφηβεία. Τα λεγόμενα «ηθικά συναισθήματα» κάνουν την εμφάνισή τους από πολύ νωρίς. Την ίδια περίοδο επίσης κάνει την εμφάνισή του και ένα άλλο συναίσθημα που συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των ηθικών συναισθημάτων, η ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση θεωρείται η πηγή της ηθικής κρίσης και των ώριμων ηθικών συναισθημάτων και ένα από τα πιο σημαντικά συναισθηματικά συστατικά της ηθικής ανάπτυξης. Η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης διευκολύνεται από θετικά αλλά και αρνητικά συναισθήματα και προάγει την ηθική συμπεριφορά<sup>29</sup>.

#### **2.5 Φυσική επάρκεια**

Η φυσική επάρκεια θεωρείται απαραίτητο μέσο για την επίτευξη της προσωπικής επάρκειας. Περιλαμβάνει δυο πεδία ικανοτήτων: της επίγνωσης της σωματικής κατάστασης και της κινητικής λειτουργικότητας του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας συμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές σε σωματικό επίπεδο. Οι αλλαγές αυτές δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την

εμφάνιση, καλλιέργεια και ανάπτυξη μιας σειράς σημαντικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων<sup>30,31</sup>.

Στο τέλος της παιδικής ηλικίας οι δεξιότητες μυϊκού συντονισμού και χειρισμού αντικειμένων φθάνουν τα επίπεδα των ενηλίκων με αποτέλεσμα τη βελτίωση τόσο στο επίπεδο των λεπτών κινητικών δεξιοτήτων (γραφή, σχέδιο, δέσιμο κορδονιών, κούμπωμα ρούχων) όσο και στο επίπεδο των πολύ αδρών δεξιοτήτων που δημιουργούν τις προϋποθέσεις για συμμετοχή σε αθλήματα τα οποία απαιτούν ανάλογες δεξιότητες<sup>30-32</sup>.

Στην ύστερη παιδική ηλικία και στην αρχή της εφηβικής ηλικίας έχουμε την εμφάνιση της ήβης η οποία συνοδεύεται με την παραγωγή ορμονών. Η διαφοροποίηση στις σωματικές αλλαγές μεταξύ των δύο φύλων και η λειτουργική ωρίμανση των οργάνων που εμπλέκονται στην αναπαραγωγή δημιουργεί σημαντικές ατομικές διαφορές αυτήν την περίοδο. Η εμφάνιση των αλλαγών αυτών δημιουργεί σε πολλά παιδιά δυσάρεστες ψυχολογικές συνέπειες, αλλά πολύ περισσότερες είναι οι συνέπειες της πρόωρης εμφάνισης ή της αργοπορίας στην εμφάνισή τους. Το γεγονός ότι οι δυσάρεστες συνέπειες εκμηδενίζονται αν το πλαίσιο είναι υποστηρικτικό αυξάνει τις προσδοκίες μας για παρεμβάσεις από τη σχολική κοινότητα<sup>30-33</sup>.

## 2.6 Ψυχικές δομές

Η ανθρώπινη ψυχή αποτελείται από τρεις δομές :

1. Το **Εκείνο**
2. Το **Εγώ**
3. Το **Υπέρ-εγώ**

Το εκείνο περιλαμβάνει όλα τα βιολογικά ένστικτα της πείνας, της δίψας, της σεξουαλικής ικανοποίησης, τα οποία δίνουν δύναμη και κατεύθυνση στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Το εκείνο είναι μία ασυνείδητη δύναμη η οποία δεν έχει καμία σύνδεση με την πραγματικότητα. Αποζητά μόνο ένα πράγμα: την ικανοποίηση των βασικών αναγκών και την εκτόνωση της έντασης που συνοδεύει την ικανοποίηση αυτών των σωματικών αναγκών<sup>34</sup>.

Το “εγώ” αρχίζει να εξελίσσεται μετά τη γέννηση και εμφανίζεται γύρω στον 6ο μήνα και λειτουργεί βάσει της αρχής της πραγματικότητας και είναι συνειδητό. Με βάση προηγούμενες εμπειρίες και αποτελέσματα το εγώ προσπαθεί να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις του “εκείνου” χωρίς να βλάψει το υπέρ-εγώ. Το υπέρ-εγώ είναι το κομμάτι/ η δομή της προσωπικότητας που αντιπροσωπεύει τις ηθικές αρχές της κοινωνίας όπως μεταφέρονται στο άτομο από τους γονείς του – είναι αυτό που αποκαλούμε συνείδηση – και είναι η πηγή των ενοχών<sup>35</sup>. Εκτός από την



συνείδηση το υπέρ-εγώ έχει και ένα άλλο κομμάτι το ιδανικό εγώ. Η συνείδηση μας υποδεικνύει τα πράγματα που δεν πρέπει να κάνουμε και μας τιμωρεί με τις ενοχές όταν δεν υπακούμε, το ιδανικό-εγώ μας υποδεικνύει τι πρέπει να κάνουμε, πως θα έπρεπε ιδανικά να είμαστε. Όπως το εκείνο, έτσι και το υπέρ-εγώ δεν βασίζεται στην πραγματικότητα αλλά συνέχεια απαιτεί το «πνίξιμο» των ενστίκτων, του σεξουαλικού και επιθετικού, προς χάρη ηθικών σκοπών και της εκπλήρωσης του ιδανικού-εγώ. Το εκείνο και το υπέρ-εγώ βρίσκονται σε μια πάλη. Όταν το εγώ δεν μπορεί να βρει λύση και να συμβιβάσει τις επιθυμίες του εκείνο και του υπέρ-εγώ δημιουργείται άγχος. Το άγχος είναι ένα προειδοποιητικό μήνυμα ότι το εγώ δεν τα καταφέρνει στο ρόλο του<sup>35,36</sup>.

## 2.7 Αμυντικοί Μηχανισμοί

Ο σκοπός των μηχανισμών αυτών είναι να παραποιήσουν ή να αρνηθούν την πραγματικότητα. Ουσιαστικά δεν μεταβάλλουν τις εξωτερικές συνθήκες αλλά μεταβάλλουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει την πραγματικότητα. Κάθε άτομο χρησιμοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς που θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις στη διαδικασία προσαρμογής του. Όταν όμως καταφεύγει συστηματικά στη χρήση αμυντικών μηχανισμών που γίνονται ο κυρίαρχος τρόπος αντίδρασης του ατόμου στα προβλήματα της ζωής, τότε οι συνέπειες είναι παθολογικές. Οι βασικοί μηχανισμοί άμυνας για να μπορέσει το εγώ να δώσει κάποια λύση και να μειώσει την ένταση και το άγχος είναι<sup>37,38</sup>:

### 🚩 Απώθηση

Αναφέρεται στη διαδικασία με την οποία το εγώ σπρώχνει στο ασυνείδητο τις μη αποδεκτές ορμές του που απειλούν την ακεραιότητα του. Δηλαδή η απώθηση είναι όχι μόνο ένας μηχανισμός άμυνας αλλά και ο στόχος όλων των άλλων μηχανισμών.

### 🚩 Άρνηση

Δηλαδή η άρνηση της αναγνώρισης κάποιου κινδύνου. Η άρνηση της πραγματικότητας χρησιμοποιείται όταν το άτομο απειλείται από έντονα και επίπονα συναισθήματα.

### 🚩 Παλινδρόμηση

Η παλινδρόμηση συμβαίνει όταν το άτομο, αγχωμένο από απειλητικές σκέψεις και συναισθήματα, συμπεριφέρεται με έναν τρόπο που είναι χαρακτηριστικός ενός προηγούμενου εξελικτικού σταδίου, πριν την εμφάνιση της παρούσας σύγκρουσης.

### 🚩 Αντισταθμιστική συμπτωματολογία

Η αντιστάθμιση είναι η αντικατάσταση μιας ορμής, μίας σκέψης ή ενός συναισθήματος που προκαλεί άγχος γιατί δεν είναι αποδεκτό από το υπέρ-εγώ με το ακριβώς αντίθετο συναίσθημα ή ορμή.

#### 🚩 Προβολή

Η προβολή συμβαίνει όταν, χωρίς να το συνειδητοποιεί, το άτομο αποδίδει τις δικές του μη παραδεκτές ορμές σε άλλους.

#### 🚩 Μετάθεση

Η μετάθεση μη αποδεκτών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων από τον πραγματικό τους στόχο σε έναν άλλο, πιο ασφαλή στόχο.

#### 🚩 Μετουσίωση

Μορφή μετάθεσης όπου όμως οι ανεπίτρεπτες ορμές ανακατευθύνονται προς ανώτερους στόχους που είναι κοινωνικά παραδεκτοί.

#### 🚩 Εκλογίκευση

Με την εκλογίκευση το άτομο χρησιμοποιεί την λογική για να απωθήσει επίπονα συναισθήματα, επιθυμίες ή σκέψεις που του προκαλούν έντονο στρες. Με λογικά επιχειρήματα προσπαθεί να αποδείξει στον εαυτό του και στους άλλους ότι οι πράξεις, οι επιθυμίες και τα κίνητρα της συμπεριφοράς του είναι ορθά και συνεπώς παραδεκτά. Ένα άλλο είδος εκλογίκευσης είναι η **νοηματοποίηση** κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να απομακρύνει ή να εξουδετερώσει το συναίσθημα που συνοδεύει μια πράξη που του προκαλεί αναστάτωση δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην καθαρά νοηματική επεξεργασία της εμπειρίας που το απειλεί. Όλοι οι μηχανισμοί άμυνας είναι χρήσιμοι και ωφέλιμοι, ειδικά σε περιόδους κρίσιμες, για να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε το αρχικό σοκ<sup>37-39</sup>.

## 2.8 Τα συναισθήματα

Τα συναισθήματα προκύπτουν από ενδοπροσωπικές διαδικασίες και μηχανισμούς, οι οποίοι ενεργοποιούνται προκειμένου τα άτομα να εξισορροπήσουν τις αντιδράσεις τους απέναντι στα διαφορετικά ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον. Για το λόγο αυτό, η έννοια των συναισθημάτων συμβάλλει στο να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους διαφορετικοί άνθρωποι μπορεί να αντιδράσουν με διαφορετικούς τρόπους απέναντι σε μία κατάσταση<sup>40</sup>. Γενικότερα, τα συναισθήματα φαίνεται να ενεργοποιούν εσωτερικούς μηχανισμούς, οι οποίοι λειτουργούν προσαρμοστικά για το άτομο. Σχετίζονται με ενέργειες που δηλώνουν ότι το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ετοιμότητας προκειμένου να διατηρήσει ή να τροποποιήσει τη σχέση του με το περιβάλλον ή τον ίδιο του τον εαυτό<sup>41</sup>.

Η ρύθμιση των συναισθημάτων αφορά σε ένα σύνολο διαδικασιών που είτε σταματούν την έναρξη ενός συναισθήματος, είτε εμποδίζουν την έκφρασή του, αφού πρώτα έχει ενεργοποιηθεί<sup>42</sup>. Έχει βρεθεί ότι η ρύθμιση των συναισθημάτων σχετίζεται με την ψυχική και τη σωματική υγεία, την ικανοποίηση σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων και την απόδοση στην εργασία<sup>43</sup>.

Ειδικότερα, στη ρύθμιση των συναισθημάτων περιλαμβάνονται διαδικασίες και μηχανισμοί, όπως η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, η ρύθμιση της διάθεσης και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας. Τόσο τα συναισθήματα όσο και η ρύθμισή τους διαφοροποιούνται εξελικτικά ανά ηλικιακές περιόδους. Ειδικότερα, στα βρέφη εμφανίζονται σταδιακά τον πρώτο χρόνο ζωής συναισθήματα, όπως η χαρά, η λύπη, ο φόβος, ενώ οι αντιδράσεις τους είναι γενικευμένες<sup>44</sup>. Η στρατηγική που χρησιμοποιούν τα βρέφη για να αντιμετωπίσουν έντονες συναισθηματικές καταστάσεις είναι κυρίως το κλάμα, ενώ ήδη από 2-3 ετών αναπτύσσουν τη δεξιότητα να αποκρύπτουν συναισθήματα και να τα τροποποιούν ανάλογα με την κατάσταση στην οποία τα εκδηλώνουν. Κατά τη νηπιακή και προσχολική ηλικία, τα συναισθήματα παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν αντιλαμβάνονται καλύτερα τα αίτια εκδήλωσης των συναισθημάτων και μπορούν να τα ελέγχουν σε μεγαλύτερο βαθμό<sup>45</sup>.

Τα συναισθήματα που εμφανίζονται στη νηπιακή και προσχολική ηλικία αναφέρονται ως «συναισθήματα αυτογνωσίας», αφού συνδέονται με την αίσθηση του εαυτού και την αυτοαξιολόγηση. Οι αντίστοιχες δεξιότητες που αναπτύσσονται για τη ρύθμισή τους σχετίζονται με την ανοχή της απογοήτευσης, την αδιαφορία, τη μείωση της έντασης των συναισθημάτων, την αφομοίωση κανόνων συμπεριφοράς. Οι δεξιότητες αυτές εξακολουθούν να αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία. Ιδίως στη μέση παιδική ηλικία, η συναισθηματική ανάπτυξη είναι ραγδαία και τα άτομα μπορούν να κατανοήσουν συναισθήματα όπως η ενοχή κι η υπερηφάνεια, όπως και τα αίτια που τα προκαλούν<sup>46,47</sup>. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή μπορούν να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους μέσω της απόκρυψης ή της επιλεκτικής εξωτερίκευσης των συναισθημάτων. Ωστόσο, δυσκολεύονται στην έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων, όπως ο φόβος, η λύπη κ.ά.

Τέλος, στην εφηβεία η συναισθηματική ένταση και αστάθεια αποτελούν βασικά εξελικτικά χαρακτηριστικά, τα οποία έχουν σχέση με τις αλλαγές που βιώνουν τα παιδιά και σε σωματικό επίπεδο. Καθώς οι έφηβοι αναζητούν την προσωπική τους ταυτότητα βιώνουν μεταπτώσεις και δυσάρεστα συναισθήματα, όπως το στρες, το οποίο γίνεται εντονότερο εξαιτίας συγκρούσεων που πιθανόν να εκδηλώνονται στο άμεσο περιβάλλον των παιδιών<sup>48</sup>. Για το λόγο αυτό, τα παιδιά

προσπαθούν να διατηρήσουν την εσωτερική τους ισορροπία χρησιμοποιώντας στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, όπως η αποφυγή, η άρνηση, ή η εκλογίκευση κ.ά.<sup>49</sup>

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>:**

# **Σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### **3.1 Προσέγγιση της ιδιαιτερότητας της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία**

Η παιδική σχιζοφρένεια είναι μια σπάνια κατάσταση. Η τυπική κλινική της εικόνα συναντάται 50 φορές σπανιότερα απ' ό,τι η σχιζοφρένεια ενηλίκων. Ένα κοινό εύρημα είναι ότι αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν συχνά αναπτυξιακές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς. Ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής τους διαπιστώνονται χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας, ακραίες μεταβολές διεγερσιμότητας, κινητική ανωριμότητα και χαμηλός μυϊκός τόνος<sup>50,51</sup>.

Οι αναπτυξιακές διαταραχές περιλαμβάνουν καθυστερήσεις στην εξέλιξη του λόγου και νευρο-κινητικές διαταραχές. Ο λόγος μπορεί να υπολείπεται ή να παρατηρείται ιδιάζουσα χρήση των λέξεων και σχηματισμός νεολογισμών<sup>52</sup>. Οι νευρο-κινητικές διαταραχές είναι κυρίως απαρτιωτικές και διαπιστώνονται στις δοκιμασίες που ελέγχουν την κινητική δεξιότητα, τη συνέργεια των λεπτών κινήσεων και τον αισθητηριο-κινητικό συντονισμό<sup>51</sup>.

Γνωσιακές διαταραχές γίνονται εμφανείς στην αρχή της σχολικής φοίτησης. Παρατηρείται συχνά διάσπαση προσοχής και αδυναμία αποκλεισμού των μη σχετικών ερεθισμάτων. Η σχολική αποτυχία είναι συχνή και συνοδεύεται από διαταραχές της συμπεριφοράς στο πλαίσιο του σχολείου, κυρίως επιθετικότητα και έλλειψη αυτο-ελέγχου. Η κοινωνική απομόνωση προέρχεται από την αποτυχία χρησιμοποίησης κοινωνικά αποδεκτών τρόπων επικοινωνίας. Ερωτήματα τίθενται ως προς τη σταθερότητα αυτών των χαρακτηριστικών από την παιδική στην ενήλικη ζωή και ως προς την προγνωστική τους αξία<sup>52,53</sup>.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συνύπαρξη όλων των προαναφερομένων διαταραχών, ειδικότερα των νευροκινητικών και γνωσιακών που εκδηλώνονται στη πρώιμη παιδική ηλικία και επιμένουν, φαίνεται να συνδέεται με την εμφάνιση αργότερα σχιζοφρενικού τύπου διαταραχών. Εν τούτοις, υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με το εάν είναι επαρκή ή/και απαραίτητα για την εκδήλωση σχιζοφρένειας στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή<sup>53</sup>.

Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα προκύπτουν από την πρώιμη ανίχνευση παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν τη διαταραχή. Ελάχιστες αμφιβολίες υπάρχουν ότι η πρώιμη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας ωφελεί τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η πρώιμη Θεραπεία μπορεί να προλάβει ή να βελτιώσει τη διατάραξη της νοητικής, συναισθηματικής, διαπροσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Μια μεταγενέστερη έναρξη επίσης μπορεί να δώσει

στο άτομο τη δυνατότητα να δομήσει καλύτερα την προσωπικότητά του και να ωριμάσει<sup>54</sup>.

### **3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία**

Καθώς δεν υπήρξε για πολλά χρόνια ομοφωνία για τον ορισμό της σχιζοφρένειας στα παιδιά, υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα για τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής. Οι λίγες μελέτες και οι αναφορές περιπτώσεων δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία είναι λιγότερο συχνή από τον αυτισμό. Εκτιμάται ότι η συχνότητα της σχιζοφρένειας για τις ηλικίες 2-12 ετών είναι μικρότερη από 1/10.000 παιδιά. Η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι 1:1 έως 2:1 και η ηλικία έναρξης δεν διαφέρει μεταξύ αγοριών-κοριτσιών<sup>55</sup>.

### **3.3 Σχιζοφρένεια σε παιδιά και ενήλικες**

Τα ευρήματα στις κλινικές, νευροψυχολογικές, απεικονιστικές και νευροβιολογικές μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ της παιδικής και της ενήλικης σχιζοφρένειας, μετά από πολυετείς διαφωνίες και συζητήσεις. Την άποψη ότι η σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία είναι παρόμοια με τη σχιζοφρένεια με έναρξη στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, επιβεβαιώνουν νεότερες μελέτες όσον αφορά την κλινική εικόνα, τα ανατομικά ευρήματα, τις ψυχοφυσιολογικές παραμέτρους και την πιθανή γενετική αιτιολογία<sup>56</sup>.

### **3.4 Αναπτυξιακή προσέγγιση**

Η αναπτυξιακή προοπτική μπορεί να ειπωθεί με δύο τρόπους:

α) Υπάρχουν γεγονότα σε πολύ πρώιμα στάδια της ζωής που έχουν μεγάλη επίδραση στην πορεία της ανάπτυξης και θεωρούνται αναπτυξιακά πρόδρομα γεγονότα ή αναπτυξιακά ελλείμματα στη λειτουργικότητα, που αφορούν κυρίως το λόγο, την κινητικότητα και την κοινωνικότητα και θεωρούνται προνοσηρά συμπτώματα<sup>57</sup>.

Αναπτυξιακά πρόδρομα και προνοσηρά συμπτώματα που σχετίζονται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία αποτελούν: οι επιπλοκές κατά τον τοκετό, τα ήπια νευρολογικά σημεία, οι αναπτυξιακές διαταραχές λόγου και ομιλίας, τα παροδικά συμπτώματα διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, τα προβλήματα μάθησης, προσαρμογής στο σχολείο και κοινωνικής λειτουργικότητας, η ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα και το χαμηλότερο IQ (γύρω στο 80)<sup>57,58</sup>.

Οι διαταραχές του λόγου με έναρξη στην παιδική ηλικία, τονίζουν τη σημασία της ανάπτυξης των κροταφικών και μετωπιαίων λοβών, ενώ οι παροδικές κινητικές στερεοτυπίες υποδηλώνουν αναπτυξιακές ανωμαλίες στα βασικά γάγγλια. Παρόμοιες δυσκολίες στην παιδική ηλικία, δηλαδή καθυστέρηση στο λόγο, δυσκολίες στην ανάγνωση και την ορθογραφία και κακή προνοσηρή προσαρμογή παρατηρήθηκαν σε σχιζοφρένεια με έναρξη στην εφηβεία. Τα παιδιά με σοβαρές αναπτυξιακές παρεκκλίσεις θεωρούνται "υψηλού κινδύνου" για την εμφάνιση σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία. Παρομοίως, όσον αφορά τη σχιζοφρένεια με έναρξη στην ενήλικη ζωή, έχουν παρατηρηθεί ήπιες γνωσιακές, κινητικές και συμπεριφορικές αποκλίσεις πολλά χρόνια πριν από την έναρξη της διαταραχής<sup>59</sup>.

β) Η συμπτωματολογία και τα νευροβιολογικά ευρήματα σχετίζονται με την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Μερικά από τα τυπικά τυρηνικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως τα κατατονικά φαινόμενα, η φτωχή σκέψη και η ασυναρτησία είναι σπάνια στα παιδιά. Το παραλήρημα επίσης είναι λιγότερο συχνό και πολύπλοκο σε σχέση με τους ενήλικες και δεν έχει το περιεχόμενο που συναντάμε στους ενήλικες<sup>60</sup>. Άλλα συμπτώματα, όπως αποδιοργανωμένη σκέψη και ψευδαισθήσεις μπορεί να υπάρχουν και σε άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας ή ακόμη και σε φυσιολογικά παιδιά, δημιουργώντας δυσκολίες στη διάγνωση, που δεν υπάρχουν στους ενήλικες<sup>61</sup>. Η γνωσιακή ωριμότητα του παιδιού παίζει τον σημαντικότερο ρόλο στην εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων. Οι χαλαροί συνειρμοί και οι παράλογες σκέψεις σχετίζονται με την ηλικία, καθώς οι δεξιότητες του παιδιού όσον αφορά τη διατήρηση της συνομιλίας και την κατάλληλη ανταπόκριση στην επικοινωνία, αποκτώνται σταδιακά. Όταν η έναρξη της διαταραχής που επηρεάζει αυτές τις κοινωνικές δεξιότητες, συμβεί πριν ακόμη αυτές αναπτυχθούν πλήρως, οι επιπτώσεις είναι πολύ σοβαρές<sup>62</sup>. Η πορεία της σχιζοφρένειας με έναρξη στην παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά δυσμενής και χειρότερη από την πορεία της σχιζοφρένειας με έναρξη στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή<sup>61,62</sup>.

### 3.5 Διάγνωση

Η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας με πολύ πρώιμη έναρξη έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Στα παιδιά είναι σπάνια τα οξέα και παραγωγικά σχιζοφρενικά συμπτώματα, ενώ αντίθετα υπάρχει μια αριθμητικά σημαντική ομάδα πολύ παράξενων δυσλειτουργικών παιδιών που καλούνται σχιζοειδικά, σχιζότυπα, οριακά ή στο φάσμα της σχιζοφρένειας. Επιπλέον, τα συναισθηματικά συμπτώματα είναι συχνά στη σχιζοφρένεια με πολύ πρώιμη έναρξη και είναι δύσκολο να τη διαφοροποιήσουμε από τις συνοσηρές συναισθηματικές καταστάσεις. Τέλος, μερικά



συμπτώματα είναι διαφορετικά και άτυπα εξ αιτίας της γνωσιακής ανωριμότητας των ατόμων της παιδικής ηλικίας, γεγονός που είναι ιδιαίτερα εμφανές στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές<sup>63</sup>.

Κάποια παιδιά φαίνεται πως πληρούν τα κριτήρια αλλά υπάρχουν και παιδιά για τα οποία τα κριτήρια αυτά δεν είναι κατάλληλα. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στα παιδιά απαιτεί μεγάλη προσοχή και εξοικείωση των κλινικών με τη διαταραχή, διότι η απλή εφαρμογή των κριτηρίων οδηγεί συχνά σε λάθος διαγνώσεις. Αναπτυξιακοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη για την κατανόηση και διάγνωση της "ψύχωσης" και κατ' επέκταση της σχιζοφρένειας στα παιδιά<sup>62,63</sup>.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι ο αποδιοργανωμένος λόγος και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, που είναι σχετικά συχνά συμπτώματα σε μη-ψυχωτικά παιδιά. Επιπλέον η έννοια ψύχωση ή ψυχωτικά συμπτώματα είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς στα παιδιά<sup>64</sup>. Η κατανόηση της πραγματικότητας από τα παιδιά αλλάζει κατά την πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης και η αντίληψη της πραγματικότητας όπως παρατηρείται στους ενήλικες, επιτυγχάνεται κατά την εφηβεία. Πολλά φυσιολογικά παιδιά πιστεύουν σε φανταστικές φιγούρες, και αυτό από μόνο του δεν συνιστά ψύχωση. Επιπλέον η συνύπαρξη νοητικής υστέρησης, διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών ή συνδρόμου Asperger, καθιστά ακόμη πιο δύσκολη την αξιολόγηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στα παιδιά εξαιτίας της επίδρασης αυτών των σοβαρών διαταραχών στην ανάπτυξη<sup>62-65</sup>.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>:**

# **Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4.1 Εισαγωγικά σημεία στη θεραπεία της παιδικής σχιζοφρένειας

Τα παιδιά εμφανίζουν διάφορα πρόδρομα συμπτώματα πριν από την εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Τα προβλήματα αυτά τα οδηγούν στους ειδικούς, και στην πρόδρομη φάση συνήθως λαμβάνουν διάφορες διαγνώσεις, όπως:

- Ø Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας,
- Ø Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, Μαθησιακές δυσκολίες,
- Ø Εναντιωματική Διαταραχή και
- Ø Διαταραχή Διαγωγής<sup>66</sup>.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται έγκαιρα τα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, παρά το γεγονός ότι μόνο ένα ποσοστό των ασθενών "υψηλού κινδύνου" θα εμφανίσει αργότερα τη διαταραχή. Τα παιδιά όμως που εμφανίζουν πρόδρομη συμπτωματολογία σε συνδυασμό με θετικό οικογενειακό ιστορικό για σχιζοφρένεια, χρειάζονται συστηματική παρακολούθηση και έγκαιρη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής, σε περίπτωση που εμφανιστούν τα ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας<sup>67</sup>.

Γενικά η θεραπεία, όσον αφορά τα παιδιά, απαιτεί ένα πολύπλευρο θεραπευτικό πλάνο και αυτό είναι ακόμη πιο σημαντικό στις περιπτώσεις που εκτός από τα ψυχωτικά συμπτώματα, συνυπάρχουν σοβαρά ελλείμματα σε διάφορες πλευρές της ανάπτυξης. Η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών, η εκπαίδευση για την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας αποτελούν θεραπευτικές παρεμβάσεις εξίσου σημαντικές με την φαρμακοθεραπεία.

Παλιότερα στην ψυχιατρική χρησιμοποιούνταν ο όρος «παιδική ψύχωση» για να περιγράψει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών της ανάπτυξης, στις οποίες το παιδί εμφάνιζε παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Πολύ συχνά τέτοιου τύπου συμπτώματα εμφανίζονται και σε παιδιά που δεν έχουν σχιζοφρένεια αλλά άλλες διαταραχές, όπως είναι ο αυτισμός και η νοητική υστέρηση. Γι' αυτό προοδευτικά διαχωρίστηκε ο αυτισμός από την παιδική σχιζοφρένεια, που πλέον αντιμετωπίζονται ως ξεχωριστές παθήσεις, παρόλο που ένα μικρό ποσοστό αυτιστικών παιδιών εμφανίζουν σχιζοφρένεια μεγαλώνοντας. Ο αυτισμός συνήθως εμφανίζεται σε πολύ μικρή ηλικία (πριν τα 3 έτη) και συνοδεύεται από νοητική υστέρηση, ενώ το παιδί με σχιζοφρένεια έχει φυσιολογική νοημοσύνη και συνήθως υπάρχει ιστορικό της νόσου στην οικογένειά του<sup>66,67</sup>.

## 4.2 Θεραπεία

Επειδή η σχιζοφρένεια είναι κυρίως χρόνια νόσος, που μοιραία επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών, η οργάνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης έχει γενικά τρεις στόχους:

- Τη μείωση ή την αποδρομή των συμπτωμάτων
- Την ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ασθενούς στις συνθήκες του περιβάλλοντος
- Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς

Είναι φανερό πως η ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση σε τρία επίπεδα ( βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ) και επομένως η συνεργασία όχι μόνο ψυχιάτρων αλλά και ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών, εργασιοθεραπευτών και ψυχοθεραπευτών είναι επιβεβλημένη.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή αντίστοιχη με αυτή που χορηγείται στους ενήλικες (αντιψυχωτικά φάρμακα), παρεμβάσεις στην οικογένεια, καθώς και προγράμματα ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης, ώστε να συνεχίσει το παιδί το σχολείο, όταν αυτό είναι δυνατό<sup>68</sup>.

## 4.3 Αντιψυχωτικά φάρμακα

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ή αλλιώς νευροληπτικά είναι διαθέσιμα περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που χρησιμοποιήθηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα αυτά αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και συνήθως επιτρέπουν στους ασθενείς να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και καλά. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι η καλύτερη θεραπεία που έχουμε σήμερα για την σχιζοφρένεια, αλλά δεν θεραπεύουν την νόσο ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν άλλα τέτοια επεισόδια στο μέλλον<sup>68</sup>.

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς ειδικευμένους στην Ψυχιατρική. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε ασθενή, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά στην θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί ασθενείς, ωστόσο, δεν βοηθούνται αρκετά από αυτά

ενώ λίγοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου<sup>69</sup>. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να προβλέψουμε τους ασθενείς που ανήκουν σε μια από τις τελευταίες δύο κατηγορίες και να τους διακρίνουμε από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοηθούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Μερικές φορές τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκτός από την ανησυχία τους σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά προκαλούν εξάρτηση<sup>69,70</sup>. Για τους λόγους αυτούς, τονίζεται ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα. Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη σχετικά με τα φάρμακα αυτά είναι επίσης ότι κατά κάποιο τρόπο 'ελέγχουν χημικά το μυαλό των ασθενών.

Η αλήθεια είναι ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των ασθενών. Αντίθετα, συνήθως βοηθούν τους ασθενείς να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζουν και να τα ξεχωρίσουν από αυτά που συμβαίνουν στον πραγματικό κόσμο. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την παραμόρφωση της πραγματικότητας και τις παραληρηματικές ιδέες, και έτσι επιτρέπουν στον ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά<sup>71</sup>. Έτσι, θα μπορούσε να πει κανείς ότι η σχιζοφρένεια είναι εκείνη που φαίνεται να παίρνει από τον ασθενή την ικανότητα να ελέγχει τις σκέψεις του, ενώ τα φάρμακα επαναφέρουν τον έλεγχο αυτό και επιτρέπουν στον ασθενή να σκέφτεται πιο καθαρά και να παίρνει πιο ορθολογικές αποφάσεις<sup>71,72</sup>.

Αν και μερικοί ασθενείς παίρνοντας τα φάρμακα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν υπνηλία και μειωμένη εγρήγορση, στις κατάλληλες δόσεις τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν 'χημικά μέσα περιορισμού'<sup>73</sup>. Συνήθως, με προσεκτική αξιολόγηση, οι δόσεις μπορούν να μειωθούν σταδιακά και έτσι να ελαχιστοποιήσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η επικρατούσα τάση στην σύγχρονη Ψυχιατρική είναι να χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες δόσεις που απαιτούνται για να ρυθμίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα χωρίς να προκαλούνται ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα μειώνουν πολύ τον κίνδυνο για μελλοντικές υποτροπές της νόσου σε ασθενείς που γίνονται καλά από ένα επεισόδιο. Αν και ασθενείς που έχουν γίνει καλά και παίρνουν φάρμακα έχουν 40% περίπου πιθανότητα να υποτροπιάσουν μέσα στα επόμενα δύο χρόνια, το ποσοστό αυτό χωρίς φάρμακα ανεβαίνει στο 80%. Έτσι, αν και δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συνέχιση της θεραπείας πραγματικά προλαμβάνει καινούριες υποτροπές, είναι βέβαιον ότι μειώνει σημαντικά την συχνότητά τους<sup>70-74</sup>.

Κάποιοι ασθενείς αρνούνται ότι έχουν ανάγκη φαρμάκων και μπορεί να διακόπτουν την θεραπεία τους, είτε μόνοι τους είτε ύστερα από προτροπή κάποιου άλλου, συνήθως μέλους της οικογενείας τους. Αυτό είναι βέβαιο ότι αυξάνει πάρα πολύ τον κίνδυνο υποτροπής (αν και τα συμπτώματα δεν επανέρχονται πάντοτε αμέσως μετά την διακοπή). Μερικές φορές είναι πολύ δύσκολο να πειστούν κάποιοι ασθενείς για την αναγκαιότητα της λήψης φαρμάκων, ιδιαίτερα από την στιγμή που μερικοί αισθάνονται καλύτερα χωρίς φάρμακα στην αρχή. Για ασθενείς που δεν καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα της λήψης των φαρμάκων τους, διατίθενται και ενέσιμες μορφές 'βραδείας αποδέσμευσης' που μπορούν να γίνουν μια φορά το μήνα. Σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει ποτέ να διακόπτουν την θεραπεία μόνοι τους και χωρίς ιατρική επίβλεψη<sup>75</sup>.

Στα αντιψυχωσικά φάρμακα περιλαμβάνονται τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς, τα καλούμενα και "κλασικά" και εκείνα της δεύτερης γενιάς ή "άτυπα" αντιψυχωσικά, ονομαζόμενα με αυτόν τον τρόπο επειδή εμφανίζουν σημαντικά λιγότερες εξωπυραμιδικού τύπου ανεπιθύμητες ενέργειες<sup>76</sup>. Η χορήγησή τους γίνεται με άλλοτε άλλη δοσολογία, σε όλες τις φάσεις της νόσου, από την οξεία εμφάνιση των συμπτωμάτων του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου μέχρι τη φάση σταθεροποίησης και αργότερα τη φάση αποκατάστασης του χρόνιου ασθενούς.

Η χορήγηση της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίτερα, δηλαδή μόλις τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Έχει βρεθεί πως όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα κατά το οποίο η νόσος προουπήρχε της έναρξης της θεραπείας ( 1 – 2 χρόνια στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ) τόσο δυσμενέστερη είναι η μελλοντική πορεία και πρόγνωση. Περισσότερο από 80% των ασθενών που λαμβάνουν αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή από την έναρξη του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου έχουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μετά από ένα χρόνο<sup>76,77</sup>.

Η σημασία της φαρμακευτικής αντιμετώπισης καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι η διακοπή της αντιψυχωσικής αντιμετώπισης καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι η διακοπή της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής ( συνήθως για λόγους πλημμελούς συμμόρφωσης ) συνοδεύεται από πολύ υψηλή πιθανότητα υποτροπής ( μέχρι και 80%, σε μια πενταετία από τη χρονική περίοδο διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής )<sup>78</sup>.

Η συνεχής και μακρόχρονη εφαρμογή της αντιψυχωσικής αγωγής συσχετίζεται με λιγότερες υποτροπές από τη χρονικά επιλεκτική χρήση που συνοδεύει διακριτές φάσεις έξαρσης της συμπτωματολογίας. Επίσης, η διακοπτόμενη φαρμακευτική αγωγή φαίνεται πως αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης όψιμης

δυσκαινησίας. Παρόλ' αυτά, σταδιακή μείωση της φαρμακευτικής αγωγής επιχειρείται επιλεκτικά, όταν για παράδειγμα τεκμηριωθεί σημαντική μείωση ή απουσία συμπτωματολογίας για ένα χρόνο τουλάχιστον, καλή επάνοδος λειτουργικότητας και εφόσον έχει εκτιμηθεί πως ο ασθενής και η οικογένεια του είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα υποτροπής της νόσου<sup>79</sup>.

Τόσο εργασίες *in vitro*, όσο και απεικονιστικές μελέτες πιστοποιούν ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα εμφανίζουν άλλοτε άλλου βαθμού συνάφεια με μια πλειάδα υποδοχέων από πολλά νευρομεταβιβαστικά συστήματα συγχρόνως, όπως για παράδειγμα υποδοχείς ντοπαμίνης, σεροτονίνης και ισταμίνης, καθώς και μουσκαρινικούς, και χολινεργικούς υποδοχείς<sup>80</sup>. Μολονότι φαίνεται πως η αντιψυχωσική δράση των τυπικών αντιψυχωσικών συσχετίζεται κυρίως με τη δέσμευση των D2 – υποδοχέων στην περιοχή του μεταχιακού συστήματος και του μετωπιαίου λοβού, η αντιψυχωσική δράση των άτυπων αντιψυχωσικών παραμένει ακόμη αινιγματική<sup>80,81</sup>.

Η επιλογή του κατάλληλου αντιψυχωσικού αποτελεί καίρια κλινική πράξη. Πρέπει να συνυπολογιστεί το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς π.χ για τυχόν ύπαρξη υπερλιπιδαιμίας ή καρδιαγγειακής επιβάρυνσης, ο βαθμός της κλινικής ανταπόκρισης στην αντιψυχωσική αγωγή στο παρελθόν, η παρελθούσα ευαισθησία του ασθενούς σε τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των ήδη ληφθέντων αντιψυχωσικών σκευασμάτων, καθώς και η προτίμηση του για τη μέθοδο λήψης της αγωγής από το στόμα ή παρεντερικά<sup>82</sup>.

Τα άτυπα αντιψυχωσικά πρέπει να προτιμώνται ως φάρμακα πρώτης επιλογής στην οξεία φάση της νόσου, λόγω της μειωμένης πιθανότητας εμφάνισης εξωπυραμидικών συμπτωμάτων και όψιμης δυσκαινησίας. Με την εξαίρεση της κλοζαπίνης ως προς την περίπτωση ανθεκτικών στην αγωγή συμπτωμάτων, τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα όσο αφορά την αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας<sup>82,83</sup>.

#### **4.4 Διαχωρισμός θεραπείας της σχιζοφρένειας**

Η θεραπεία μπορεί να χωριστεί ως εξής:

1. Θεραπεία πρώτου επεισοδίου
2. Θεραπεία οξείας φάσης
3. Θεραπεία συντήρησης, πρόληψη υποτροπών<sup>84</sup>.

#### 4.4.1 Θεραπεία πρώτου επεισοδίου

Τα από του στόματος αντιψυχωσικά (ΑΨ) δεύτερης γενιάς (άτυπα) θεωρούνται θεραπεία πρώτης επιλογής: ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπρασιδόνη, αμισουλπρίδη, παλιπεριδόνη. Η σερτινδόλη χρησιμοποιείται σε ασθενείς οι οποίοι δεν δύνανται να ανεχθούν τουλάχιστον ένα από τα υπόλοιπα αντιψυχωσικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις η μονοθεραπεία είναι μονόδρομος. Τέλος, η δόση της φαρμακευτικής αγωγής είναι προτιμότερο να είναι στα κατώτερα όρια της συνήθους δόσης όπως αυτά καθορίζονται ενώ η διάρκεια της θεραπείας να συνεχίζεται για 12-24 μήνες μετά την ύφεση του επεισοδίου<sup>84,85</sup>.

#### 4.4.2 Θεραπεία της οξείας φάσης

Θεραπεία πρώτης γραμμής είναι τα από του στόματος δεύτερης γενιάς ΑΨ. Οι δόσεις πρέπει να κυμαίνονται εντός των θεραπευτικών ορίων όπως αυτά καθορίζονται. Για ασθενείς οι οποίοι ελάμβαναν πρώτης γενιάς αντιψυχωσικά και είχαν είτε μειωμένη αποτελεσματικότητα είτε ανυπόφορες ανεπιθύμητες ενέργειες η θεραπεία εκλογής είναι η αλλαγή σε από του στόματος δεύτερης γενιάς αντιψυχωσικά. Αν οι ασθενείς λαμβάνουν πρώτης γενιάς αντιψυχωσικά με καλή ανταπόκριση και χωρίς παρενέργειες, τότε συνεχίζουν με αυτά. Η διάρκεια της θεραπείας οξείας φάσης είναι το λιγότερο 6 εβδομάδες<sup>86</sup>.

Προφανώς, όπου υπάρχει κίνδυνος αύξησης σωματικού βάρους (ΣΒ) ή εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) όπως στη θεραπεία με άτυπα ΑΨ, απαιτείται στενή παρακολούθηση και παρακλινικός έλεγχος ρουτίνας. Μετά το τέλος της οξείας φάσης και λόγω των υψηλών ποσοστών υποτροπής, η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για 12-24 μήνες. Εάν αποφασισθεί διακοπή της θεραπείας πρέπει να γίνεται σταδιακά και με στενή παρακολούθηση προς εντοπισμό συμπτωμάτων υποτροπής. Σε περιπτώσεις οξέων ψυχωτικών ή/και διεγερτικών ασθενών είναι απαραίτητη η ταχεία καταστολή τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα από του στόματος σκευάσματα πρέπει να προτιμώνται. Αν απαιτηθούν ενέσιμα σκευάσματα, τα φάρμακα εκλογής είναι λοραζεπάμη, αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη, ζιπρασιδόνη, αριπιπραζόλη σε ενδομυική χορήγηση. Επιπλέον, σε κάθε περίπτωση χρησιμοποίησης αλοπεριδόλης πρέπει να συνδυάζεται με αντιχολινεργικά σκευάσματα. Απαραίτητη είναι δε η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς<sup>85-87</sup>.



#### 4.4.3 Θεραπεία συντήρησης, πρόληψη υποτροπών

Εφόσον ο ασθενής έχει οφεληθεί στην οξεία φάση από μία συγκεκριμένη ΦΑ συνεχίζουμε την ίδια. Από του στόματος ή μακράς δράσης ενέσιμα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία συντήρησης. Για ασθενείς, οι οποίοι ελάμβαναν πρώτης γενιάς ΑΨ, που είχαν είτε μειωμένη αποτελεσματικότητα είτε ανυπόφορες ανεπιθύμητες ενέργειες, η θεραπεία εκλογής είναι η αλλαγή σε από του στόματος δεύτερης γενιάς ΑΨ<sup>88</sup>. Αν οι ασθενείς λαμβάνουν πρώτης γενιάς ΑΨ με καλή ανταπόκριση και χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες, παραμένουν σε αυτά. Όπου υπάρχει κίνδυνος αύξησης σωματικού βάρους ή εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη όπως στη θεραπεία με άτυπα αντιψυχωσικά, απαιτείται στενή παρακολούθηση και παρακλινικός έλεγχος ρουτίνας ή ακόμη και αλλαγή σε άλλο άτυπο ή τυπικό ΑΨ<sup>89</sup>.

Αν ο ασθενής είναι ευχαριστημένος με μια ΦΑ τότε η φαρμακευτική αγωγή δεν αλλάζει, προτιμάται τη μονοθεραπεία. Η διάρκεια της θεραπείας πρέπει να παρατείνεται κατά 2-5 χρόνια για ασθενείς με μία υποτροπή και περισσότερο από 5 χρόνια, ίσως και δια βίου, για περισσότερες από μία υποτροπές<sup>81</sup>. Αν ο ασθενής έχει λάβει τουλάχιστον 2 ΑΨ (εκ των οποίων ένα άτυπο) για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες το καθένα χωρίς επαρκή κλινική ανταπόκριση, εξετάζεται το ενδεχόμενο της ανθεκτικής μορφής της νόσου και την πιθανότητα χρησιμοποίησης κλοζαπίνης<sup>88-90</sup>. Σε μερικές περιπτώσεις είναι χρήσιμη η προσθήκη δεύτερου ΑΨ στη θεραπεία με κλοζαπίνη. Τα μακράς δράσης ΑΨ αποτελούν επιλογή στη θεραπεία εφόσον είναι επιθυμία του ασθενούς ή όταν υπάρχουν ζητήματα προσκόλλησης στη θεραπεία. Τα σκευάσματα μακράς δράσης πρέπει να συνταγογραφούνται εντός των καθορισμένων ορίων<sup>91</sup>.

#### 4.4 Ανθεκτική σχιζοφρένεια

Εξετάζουμε τους πιθανούς παράγοντες μη ανταπόκρισης στη ΦΑ: δόση, διάρκεια, συμμόρφωση, κατάχρηση ουσιών, σωματική νόσος, πολυφαρμακία<sup>89-91</sup>. Αν η νόσος είναι ανθιστάμενη σε θεραπεία με τυπικά ΑΨ, ο κλινικός μπορεί να δοκιμάσει αρχικά τη χρήση άτυπου ΑΨ. Αν ο ασθενής έχει λάβει τουλάχιστον 2 ΑΨ (εκ των οποίων ένα άτυπο) για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες το καθένα χωρίς επαρκή κλινική ανταπόκριση, εξετάστε το ενδεχόμενο της ανθεκτικής μορφής της νόσου και την πιθανότητα χρησιμοποίησης κλοζαπίνης το συντομότερο δυνατό. Σε μερικές περιπτώσεις είναι χρήσιμη η προσθήκη δεύτερου ΑΨ στη θεραπεία με κλοζαπίνη<sup>90-92</sup>.

#### 4.5 Παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια, ωφέλιμη, δράση τους. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν υπνηλία, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ή ανωμαλίες στην όραση<sup>93</sup>. Οι περισσότερες από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων. Δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς την ίδια απάντηση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σχέση με κάποιον άλλο<sup>94</sup>.

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπιση τους σε σχέση με τις προαναφερθείσες. Η όψιμη δυσκινησία, που είναι η σημαντικότερη, είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες κινήσεις κυρίως της περιοχής του στόματος, της γλώσσας και των χειλέων και μερικές φορές του κορμού ή και άλλων περιοχών του σώματος<sup>95</sup>. Συμβαίνει συνήθως στο 15 - 20% των ασθενών που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια, αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε ασθενείς που έχουν πάρει τέτοια φάρμακα για μικρότερο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν καν αντιληφθεί την ύπαρξή τους<sup>94-96</sup>.

Στην θεραπεία της σχιζοφρένειας, το ζήτημα της στάθμισης των πιθανών κινδύνων σε σχέση με τις πιθανές ωφέλειες της θεραπείας είναι εξαιρετικά σημαντικό. Στο πλαίσιο αυτό, ο κίνδυνος της όψιμης δυσκινησίας, όσο ανησυχητικός και αν είναι, πρέπει να σταθμιστεί σε σχέση με τον κίνδυνο πιθανών υποτροπών χωρίς θεραπεία, οι οποίες υποτροπές μπορεί να καταστρέψουν ανεπανόρθωτα τις προσπάθειες των ασθενών να επιστρέψουν στο σχολείο, ή την δουλειά τους, και την ικανότητά τους να ζήσουν στο σπίτι τους ή στην κοινότητα<sup>97</sup>. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση των φαρμάκων πρέπει να επαναξιολογηθεί. Ας αναφερθεί τέλος ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η όψιμη δυσκινησία, που κάποτε θεωρούταν μη αναστρέψιμη, μερικές φορές μπορεί να υφεί ακόμη και όταν τα φάρμακα συνεχίζονται<sup>95,97</sup>.

#### 4.6 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα του τύπου των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεών, δεν μπορούν να ανακουφίσουν από άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας. Ακόμη και όταν οι ασθενείς είναι σχετικά ελεύθεροι από ψυχωτικά

συμπτώματα, μπορεί παρόλ' αυτά να αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις<sup>98</sup>. Σε' αυτού του είδους τα προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν πολύ. Εξυπακούεται ότι τέτοιες θεραπείες δεν μπορούν να γίνουν σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση και που τα συμπτώματά τους δεν τους επιτρέπουν την επαφή τους με τον πραγματικό κόσμο. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιά συχνά είναι οι παρακάτω<sup>99</sup>:

**Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση :** Περιλαμβάνει προγράμματα σχετικά με την κοινωνική των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητα για την επιτυχία της θεραπείας της σχιζοφρένειας στην κοινότητα (εκτός δηλαδή των ιδρυμάτων), διότι παρέχουν στους ασθενείς τις επιδεξιότητες εκείνες που είναι απαραίτητες για να ζήσουν παραγωγικά και εκτός των τειχών των ειδικών ιδρυμάτων.

**Ατομική Ψυχοθεραπεία :** Οι ασθενείς με το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, μπορούν σταδιακά να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τα προβλήματά τους. Μπορούν επίσης να μάθουν να ξεχωρίζουν πιο εύκολα το πραγματικό από το μη πραγματικό και παραμορφωμένο. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν πιά πολύ είναι η υποστηρικτική και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα.

**Οικογενειακή Θεραπεία :** Πολύ συχνά, την φροντίδα των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο αναλαμβάνουν οι οικογένειές τους. Είναι απαραίτητο λοιπόν, τα μέλη της οικογένειας να έχουν σαφή γνώση και κατανόηση για το τι είναι ΣΧ καθώς και με ποιό τρόπο μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τον ασθενή τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη υποτροπών, αφού έχει βρεθεί από μελέτες ότι ασθενείς που ζούν σε οικογένειες, που είναι ιδιαίτερα επικριτικές προς αυτούς και που δεν τους αφήνουν ελεύθερο χώρο 'να αναπνεύσουν' εμπλεκόμενες σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, υποτροπιάζουν πιά συχνά.

**Ομαδική Θεραπεία :** Στόχος της θεραπείας αυτής είναι οι ασθενείς να μάθουν από τις εμπειρίες των άλλων ασθενών και να διορθώσουν πιθανές παραμορφώσεις και δυσλειτουργικές διαπροσωπικές συμπεριφορές. Όταν το οξύ στάδιο έχει περάσει, η συμμετοχή στην ομάδα μπορεί να βοηθήσει στην προετοιμασία των ασθενών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στην ζωή έξω από το νοσοκομείο.

**Ομάδες αυτο-βοήθειας :** Αυτές είναι ένας άλλος τύπος ομάδας που δεν διευθύνονται από ειδικούς επαγγελματίες και που αρχίζουν και γίνονται ιδιαίτερα δημοφιλείς. Εκτός από την αμοιβαία στήριξη που παρέχουν στα μέλη τους, οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην ενημέρωση του κοινού, στην στήριξη των

ατόμων που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών καθώς και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών όταν αυτά προσβάλλονται στην κοινότητα<sup>99,100,101</sup> .

#### **4.7 Θεραπεία της σχιζοφρένειας στο νοσοκομείο**

Μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο δεν είναι πλέον τόσο συχνή όπως πριν από 20 ή 30 χρόνια. Παρά την τάση αυτή ωστόσο, λίγοι ασθενείς φαίνεται ότι απαιτούν μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο. Για τους περισσότερους ασθενείς παράταση της νοσηλείας δεν συνιστάται διότι αυξάνει την εξάρτηση των ασθενών από την φροντίδα στο ίδρυμα και οδηγεί σε ελάττωση των κοινωνικών τους επαφών με την οικογένεια, τους γνωστούς και την κοινότητα<sup>102</sup> .

Βραχυχρόνια θεραπεία σε ειδικό ψυχιατρικό τμήμα μπορεί να ανακουφίσει τους ασθενείς από τα συμπτώματά τους, να παρέχει ένα προστατευτικό περιβάλλον για τον αποδιοργανωμένο ασθενή, να επιτρέψει την επανέναρξη ή την ρύθμιση των φαρμάκων, και να μειώσει την πίεση που υφίστανται οι οικογένειες και ιδιαίτερα τα μέλη τους που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών<sup>103</sup> .

Αρκετοί ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν από μερική παραμονή σε νοσοκομεία (αυτό που αποκαλείται 'νοσοκομείο ημέρας'), ή από απλή παρακολούθηση σε εξωτερική βάση χωρίς την ανάγκη παραμονής σε κλινική. Άλλοι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από την παραμονή τους σε ειδικά διαμορφωμένους ξενώνες<sup>103,104</sup> .

#### **4.8 Άλλες μορφές θεραπείας**

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία : Αν και σήμερα σπανίως χρησιμοποιείται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την θεραπεία της σχιζοφρένειας, σε μερικές επιλεγμένες περιπτώσεις αυτό το είδος της θεραπείας μπορεί να είναι χρήσιμο. Μιά τέτοια περίπτωση π.χ., είναι η εκδήλωση σοβαρής κατάθλιψης στα πλαίσια ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου<sup>105</sup> .

Άλλες θεραπείες : Κατά το παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί και διάφορες άλλες θεραπείες για την σχιζοφρένεια, όπως η επαγωγή κόματος με χρήση ινσουλίνης, η ψυχοχειρουργική, η χρήση υψηλών δόσεων βιταμινών ή η αιμοδιάλυση. Αυτού του τύπου οι θεραπείες έχουν εγκαταλειφτεί διότι αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές σε σχέση με τις καινούριες θεραπείες που προαναφέρθηκαν<sup>106,107</sup> .

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>:**

### **Η Νοσηλευτική στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5.1 Η νοσηλευτική συμβολή στη σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίας

#### Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που απαρτίζουν την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με σχιζοφρένεια είναι:

- 🖼 Ελάττωση της ταχύτητας
- 🖼 Δεν υπάρχει σπουδαιότερο πράγμα από το να υπάρχει επικοινωνία με τους αρρώστους για την κατάστασή τους
- 🖼 Αποφυγή κρίσεων, όταν δεν υπάρχει εμπειρία αυτής
- 🖼 Αποφυγή αγνόησης και περιφρόνησης των ασθενών
- 🖼 Επίβλεψη των ασθενών ως πρόσωπα και όχι σαν εικόνες ή κεφάλαια βιβλίων<sup>105</sup>.

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει επιγραμματικά τις ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις-προληπτικές και ανακουφιστικές- κατά τη νοσηλεία σχιζοφρενικού ασθενή.

- ✚ Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής θέσης με τον άρρωστο.
- ✚ Παρουσία κοντά στον άρρωστο με θερμό ενδιαφέρον και διάθεση χρόνου για ακρόαση με ευαισθησία και κατανόηση των προβλημάτων, φόβων και παραπόνων του.
- ✚ Διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος με επιθυμητούς και ενδιαφερόμενους συνοδούς, με απασχόληση του αρρώστου για απόσπαση της προσοχής, επαρκή φωτισμό, αερισμό και θερμοκρασία, περιορισμό ενοχλητικών ερεθισμάτων, όπως είναι το πολύ έντονο φως, θόρυβοι κακοσμίες, πείνα, δίψα κ.α.
- ✚ Διδασκαλία των επισκεπτών πώς να συμπεριφέρονται στον άρρωστο και πώς να τον ενισχύουν ψυχολογικά.
- ✚ Χορήγηση των παραγγελθέντων αντιψυχωτικών φαρμάκων και προώθηση της ανάπαυσης και σωματικής χαλάρωσης.
- ✚ Χρήση μέτρων αποτελεσματικών μέτρων
- ✚ Συμμετοχή του αρρώστου στη λήψη αποφάσεων
- ✚ Εξατομίκευση της νοσηλευτικής φροντίδας. Ετοιμότητα για τροποποίηση του πρωτοκόλλου, ώστε να προβλέπονται οι προσωπικές ανάγκες και να εκπληρώνονται οι προτιμήσεις του αρρώστου.
- ✚ Φροντίδα να μην εγκαταλείπεται μόνος του ο άρρωστος και νιώθει φόβο, μοναξιά κλπ.

✚ Εκδήλωση αγάπης και αποδοχής του αρρώστου, χωρίς όρους και προϋποθέσεις<sup>105,106</sup>.

Ο νοσηλευτής έχει προσωπική ευθύνη να εκτιμά τακτικά την αποτελεσματικότητα των πράξεών του βάση ορισμένων κριτηρίων όπως είναι .

- Η χάλαση των σκελετικών μυών του αρρώστου
- Η αύξηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και της ικανότητας του για ανάπαυση και ύπνο.
- Ελάττωση των φορτισμένων συναισθηματικά εκφράσεων που τον οδηγούν σε δυσχερή κατάσταση.
- Κατάσχεση σχεδίων εργασίας και ζωής με αισιοδοξία<sup>105</sup>.

## 5.2 Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίοι βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων<sup>106</sup>.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς με τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι<sup>105-107</sup> :

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου

2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Το σύστημα ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου.

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους. Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας ( εκτίμηση και αποτελέσματα)<sup>107</sup> .

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις<sup>105-108</sup> .

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου (απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.
2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας.

Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον κατατεμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. (π.χ. κάποιος αναλαμβάνει τις ενέσεις, άλλος τα φάρμακα κ.λ.π.). Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.



Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχει επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο.

4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση. Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας<sup>105-108</sup>.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση – Εκτίμηση:

Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει με την αξιολόγηση του ατόμου αφενός και της σχέσεως του με το περιβάλλον αφετέρου. Η αξιολόγηση αυτή είναι συνεχής αφού ο άρρωστος υπόκειται συνεχώς σε μεταβολές και αλλαγές στη σχέση του με το περιβάλλον. Η αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών, δεδομένων που περιλαμβάνει<sup>108</sup>:

- Εκτίμηση της κατάστασης υγείας και του επιθυμητού επιπέδου αυτής.
- Αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία.
- Εξακρίβωση των διαταραχών και προβλημάτων της υγείας και της αντίδρασης του αρρώστου προς αυτά, καθώς και προς όλες τις νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις που ήδη εφαρμόστηκαν.
- Επισήμανση των δυνατοτήτων και των συνήθων τρόπων αντιμετώπισης δυσκολιών από τον άρρωστο.
- Αξιολόγηση της οικογένειας των διαθεσίμων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και άλλων σχετικών παραγόντων του περιβάλλοντος οι οποίες πληροφορίες και δεδομένα στην συνέχεια αναλύονται από τον νοσηλευτή με βάση τις γνώσεις και την κρίση του και έτσι διαπιστώνονται οι ιδιαίτερες συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου για νοσηλευτική φροντίδα. Επομένως στο στάδιο αυτό περιλαμβάνονται δύο δραστηριότητες: α) Η συλλογή των πληροφοριών και β) Η ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν. Και οι δύο αυτές δραστηριότητες, απαιτούν από το νοσηλευτή δεξιότητες, ικανότητα και φυσικά επιστημονική γνώση. Η αξιολόγηση αποτελεί την βάση της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Οι τρεις φάσεις ή στάδια που ακολουθούν εξαρτώνται αποκλειστικά από την ποιότητα και την πληρότητα τόσο της αρχικής αξιολόγησης της κατάστασης του ατόμου όσο και της συνεχούς καθημερινής

επαναξιολόγησης του, η οποία είναι απαραίτητη, αφού η κατάσταση της υγείας μεταβάλλεται συνεχώς και επομένως οι ανάγκες διαφοροποιούνται. Χρειάζεται να τονιστεί δε ότι όχι μόνο η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται προσεκτικά, αλλά και τα αποτελέσματα της πρέπει να παρουσιάζονται γραπτώς με τρόπο συστηματικό με διαύγεια και σαφήνεια<sup>105-108</sup>.

Κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση ο άρρωστος προσεγγίζεται ως μοναδική ύπαρξη στην ολότητα της και τα δεδομένα συλλέγονται από όλες τις διαστάσεις του, δηλαδή από τη βιολογική, ψυχολογική, αναπτυξιακή (στάδιο ηλικίας), κοινωνική, πολιτιστική, πνευματική και περιβαλλοντική άποψη της λειτουργικότητάς του, το επίπεδο της υγείας, τις θετικές δυνάμεις, τις συνήθειες και συμπεριφορές φροντίδας της υγείας του, τις διαταραχές που παρουσιάζει και τους παράγοντες κινδύνου που τον απειλούν<sup>108</sup>.

Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές συλλογής πληροφοριών. Πηγές από τις οποίες θα γίνει η συλλογή των πληροφοριών είναι:

- Ο άρρωστος ή το άτομο γενικότερα.
- Οι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων.
- Οι νοσηλευτές.
- Τα μέλη της υγειονομικής ομάδος.
- Η οικογένεια και οι φίλοι.
- Διάφορες γραπτές πληροφορίες (διαγνωστικές εξετάσεις)
- Κλινική εξέταση όλων των συστημάτων.
- Παλαιό ιστορικό, εκθέσεις ιατρικές κλπ.

Η αξιολόγηση γίνεται πιο εμπειριστατωμένη όσο οι πηγές που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών είναι περισσότερες.

Οι κυριότερες στρατηγικές συλλογής είναι η νοσηλευτική συνέντευξη με τον άρρωστο, η παρατήρηση, η κλινική εξέταση, η μελέτη του φακέλου υγείας με το ιατρικό ιστορικό, τα προηγούμενα τυχόν φύλλα νοσηλείας, τα εργαστηριακά και άλλα διαγνωστικά ευρήματα, η επικοινωνία με μέλη της οικογενείας και άλλα σημαντικά πρόσωπα του αρρώστου, η συνεργασία με συναδέλφους νοσηλευτές, με γιατρούς και με άλλους επιστήμονες της θεραπευτικής και ιατρικής βιβλιογραφίας.

Η επικοινωνία παίζει καθοριστικό ρόλο στη συλλογή πληροφοριών καθόλη τη διάρκεια της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η επικοινωνία διακρίνεται σε δύο κυρίως είδη: την λεκτική ή με λόγια και την εκφραστική ή χωρίς λόγια<sup>108</sup>.

Η προφορική επικοινωνία λέγεται και συνέντευξη. Συνέντευξη είναι η πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση με σκοπό τη συζήτηση για συγκέντρωση πληροφοριών. Η συνέντευξη που γίνεται με σκοπό την αξιολόγηση της υγείας του ατόμου είναι τόσο

προφορική όσο και γραπτή με την χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου το οποίο περιέχει συγκεκριμένες ερωτήσεις. Για να είναι δε αποτελεσματική συνοδεύεται από την παρατήρηση και από χρησιμοποίηση όλων των αισθήσεων του νοσηλευτή, με σκοπό να συλλάβει και όλα τα μη λεκτικά μηνύματα που θα δώσει το άτομο. Ενώ συνομιλεί με το άτομο ο νοσηλευτής καταγράφει τις πληροφορίες που παίρνει και συγχρόνως παρατηρεί και σημειώνει: εκφράσεις και κινήσεις του προσώπου, θέση και στάση του σώματός του συνομιλητή, ταχύτητα και τόνο φωνής, καθώς και κάθε τι που συλλαμβάνει με τις αισθήσεις του<sup>108-109</sup>.

Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μιλήσει πως αισθάνεται το πρόβλημα της υγείας του, κατά πόσο ήταν υγιής στο παρελθόν και ποια είναι τα πρόσφατα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του (αλλαγή εργασίας, δημιουργία οικογένειας ή οικογενειακές συγκρούσεις ή πένθος για απώλεια αγαπημένου προσώπου). Τα ατομικά στοιχεία του αρρώστου: ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, διεύθυνση κατοικίας, φύλο και τα συναφή χαρακτηριστικά μπορούν να πληροφορήσουν τον νοσηλευτή για τις συνθήκες ζωής, διαπροσωπικά προβλήματα, τύπο διατροφής, υγιεινές συνθήκες και κατά πόσο αυτά δημιούργησαν την ασθένεια ή λόγω της ασθένειας έπαθαν αλλαγές, που δημιουργούν στον άρρωστο δυσφορία<sup>105</sup>.

Γενικές οδηγίες για τη Σωστή Συνέντευξη:

1. Δημιουργία άνετου φυσικού περιβάλλοντος. Είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί κατάλληλος χώρος όπου :

- Θα επικρατεί ησυχία, χωρίς συχνές διακοπές από πρόσωπα, τηλεφωνήματα, επισκέψεις κλπ. Κάθε διακοπή διακόπτει και τη συνέχεια της συνέντευξης.
- Ο χώρος να αερίζεται και κλιματίζεται σωστά, ώστε το άτομο που δίνει τις πληροφορίες να μη πιέζεται από συνθήκες ψύχους, υπερβολικής ζέστης ή υγρασίας, που μειώνουν τη διάθεση του ατόμου για συζήτηση.
- Τα δύο άτομα να κάθονται άνετα και ξεκούραστα και σε θέση που να εξασφαλίζεται προσωπική επαφή μεταξύ τους, χωρίς να καταβάλλουν ιδιαίτερη προσπάθεια.

2. Δημιουργία άνετου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος. Ο νοσηλευτής για να επιτύχει το σκοπό αυτό:

- Απευθύνεται στο άτομο με το όνομά του.
- Δίδει το δικό του όνομα, την ιδιότητά του και εξηγεί τον σκοπό της συνάντησης και την χρήση των πληροφοριών που συγκεντρώνει.
- Σέβεται την προσωπικότητα και τη γνώμη του ατόμου.

- Τον ακούει προσεκτικά, χωρίς να τον κρίνει ή να προβάλει την δική του γνώμη και τοποθέτηση σε οποιοδήποτε θέμα ατομικό, κοινωνικό ή οικογενειακό.

3. Δημιουργία κλίμα εμπιστοσύνης, διαβεβαιώνοντας το άτομο ότι:

- Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται έχουν σκοπό να του εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και

- Είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

4. Διατήρηση της συζήτησης στα απαιτούμενα πλαίσια, δίδοντας συγχρόνως στο άτομο την ευκαιρία να μιλήσει ελεύθερα. Σε περίπτωση όμως που ξεφεύγει σε μακρές διηγήσεις τον επαναφορά με ευγένεια και λεπτότητα χωρίς να προσβληθεί.

5. Έναρξη της συνέντευξης με μερικές παρατηρήσεις ή ερωτήσεις που δεν στοιχίζουν. (Μια παρατήρηση για το όμορφο περιβάλλον, για τα ωραία λουλούδια του ανθοδοχείου ή για την όμορφη οικογενειακή φωτογραφία που βλέπετε, βοηθούν το άτομο να αισθανθεί πιο άνετα). Ξεκίνημα με ανοικτές ερωτήσεις, ενισχύοντας το άτομο να περιγράψει.

Οι ερωτήσεις αυτές δίδουν την ευκαιρία στο άτομο να μιλήσει γι' αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο τον ίδιο και αισθάνεται ότι είναι κυρίαρχος της συζήτησης. Αντίθετα, ερωτήσεις προσωπικές και μονολεκτικές από την αρχή δίδουν την εντύπωση ελέγχου και καταγραφής. Οι κλειστές ερωτήσεις, όπως λέγονται, τον περιορίζουν σε μονολεκτικές απαντήσεις. Τέτοιες ερωτήσεις είναι: η ηλικία, το επάγγελμα, η θρησκεία κλπ. Και αυτές είναι απαραίτητο να γίνουν αλλά σταδιακά, με προσοχή και διάκριση.

6. Ενίσχυση του ατόμου να περιγράψει. Με τον τρόπο αυτό συγκεντρώνονται πολλές και χρήσιμες πληροφορίες για τον ίδιο και την οικογένειά του, τον χαρακτήρα του, τις γνώσεις, το μορφωτικό και βιοτικό του επίπεδο. Σε περίπτωση υπερβολής είναι νοσηλευτικό καθήκον επαναφοράς της συζήτησης στο σωστό δρόμο. Συγχρόνως παρακολούθηση των εκφράσεων που συνοδεύουν τα όσα διηγείται.

7. Διατύπωση των ερωτήσεων με απλά λόγια, με σαφήνεια και ακρίβεια. Οι πολύπλοκες ερωτήσεις προκαλούν σύγχυση στο άτομο και δυσκολεύουν την απάντηση.

8. Μια ερώτηση κάθε φορά και δίνεται χρόνο στο άτομο να απαντήσει πριν ερωτηθεί η επόμενη.

9. Αποφυγή των διπλών ή δισκελών ερωτήσεις διότι: Το άτομο δυσκολεύεται και αισθάνεται πίεση και είναι δυνατόν να παρθεί μια μόνο απάντηση από τις δύο ή τρεις που αναμένεται. Αυτό γιατί δεν μπόρεσε να συλλάβει και τις δύο ή γιατί βρίσκει ευκαιρία να αποφύγει την απάντηση στο ένα σκέλος της ερώτησης που δεν του είναι πολύ ευχάριστο.

10.Χρησιμοποίηση λεξιλογίου κατανοητού και ανάλογου με το μορφωτικό επίπεδο του συνομιλητού σας.

11. Μην επαναλαμβάνονται στο άτομο ερωτήσεις στις οποίες έχει απαντήσει προηγουμένως, εκτός εάν αυτό είναι απαραίτητο για να διαπιστωθεί ή επιβεβαιωθεί κάτι.

Η κλινική-σωματική εξέταση του αρρώστου αποβλέπει στην εκτίμηση της λειτουργίας και ακεραιότητας των μερών του σώματός του. Η μέθοδος αυτή γίνεται με συστηματικό τρόπο χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής με άσκοπες αλλαγές θέσεως. Τα στοιχεία που συλλέγονται συμπληρώνουν, επιβεβαιώνουν ή αναιρούν εκείνα που εξασφαλίστηκαν κατά τη συνέντευξη<sup>105-108</sup>.

Η συνέντευξη βοηθάει τον νοσηλευτή να προσέξει ιδιαίτερα σημεία στην κλινική εξέταση. Τα δεδομένα από την κλινική εξέταση τον βοηθούν να θέσει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, να προγραμματίσει τη νοσηλευτική φροντίδα του συγκεκριμένου αρρώστου και να αξιολογήσει τα αποτελέσματά της. Απαραίτητη προϋπόθεση για να κάνει κλινική εξέταση ο νοσηλευτής είναι η γνώση της φυσιολογικής δομής και λειτουργίας των μελών, οργάνων και συστημάτων του σώματος καθώς και η δεξιότητα στη χρήση διαγνωστικών οργάνων, π.χ. σφυγμομανομέτρου, στηθοσκοπίου, οφθαλμοσκοπίου, ωτοσκοπίου, ρινοσκοπίου, νευρολογικού σφυριού κ.ά. και στην εφαρμογή των τεχνικών εξέτασης που ακολουθούν.

Επισκόπηση. Είναι η συστηματική παρατήρηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου και της σωματικής διάπλασής του, του χρώματος και τυχόν εξανθημάτων ή ουλών ή ανωμαλιών του δέρματος, της έκφρασης του προσώπου που μπορεί να αντανakλά τη συναισθηματική κατάσταση και γενικά όλων των περιοχών του σώματος.

Ακρόαση. Είναι η διαδικασία ακρόασης των ήχων που παράγονται στο εσωτερικό του σώματος (πνεύμονες, καρδιά, έντερο) . Για την ακρόαση των εσωτερικών οργάνων και κοιλοτήτων χρησιμοποιείται το στηθοσκόπιο.

Επίκρουση. Μ' αυτή διαπιστώνονται συνήθως τα όρια και το σχήμα των εσωτερικών οργάνων, κατά πόσον υπάρχει υγρό, αέρας ή στερεή μάζα σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.

Ψηλάφηση. Είναι εξέταση με την αφή. Μ' αυτή διαπιστώνονται: η θερμοκρασία του δέρματος, η δόνηση μιας άρθρωσης, η θέση, το μέγεθος και η καινητικότητα οργάνων ή μαζών, η διάταση της ουροδόχου κύστεως, ήπατος, σπληνός, η ύπαρξη και ο αριθμός περιφερικών σφίξεων σε 1', η ευαισθησία ή ο πόνος σε κάποια

περιοχή. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τις εκφράσεις και τους μορφασμούς του αρρώστου που μπορεί να εκδηλώνουν δυσφορία ή πόνο<sup>108,109</sup>.

Κατά την κλινική εξέταση, ο νοσηλευτής καταγράφει τη γενική εντύπωση για την εμφάνιση και την κατάσταση υγείας του αρρώστου.

Προετοιμασία του αρρώστου για την κλινική εξέταση. Οι περισσότεροι άρρωστοι χρειάζονται ενημέρωση για την κλινική εξέταση, η οποία διδάσκεται λεπτομερώς στους νοσηλευτές κατά την εκπαίδευσή τους και επιβάλλεται η άσκησή τους με επίβλεψη, ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και τη δεξιότητα.

Ένας οδηγός για τη νοσηλευτική εκτίμηση με σχετική ευρύτητα, ώστε να διερευνά όλες τις διαστάσεις του αρρώστου, μπορεί να περιλαμβάνει τις παρακάτω λειτουργικές περιοχές της υγείας.

#### 1. Αντίληψη της ατομικής κατάστασης υγείας – Πρακτικές φροντίδας της υγείας.

Σκοπός είναι η εξακρίβωση προηγούμενων και σημερινών συμπεριφορών φροντίδας υγείας, της συμμόρφωσης με νοσηλευτικές και ιατρικές συστάσεις, διαθεσίμων υπηρεσιών διατήρησής της, πρακτικών που προλαμβάνουν ατυχήματα και βλάβες και κατά πόσο και πώς ο άρρωστος επιδιώκει ένα καλύτερο επίπεδο υγείας.

#### 2. Διατροφή και μεταβολική λειτουργία.

Σκοπός είναι η διαπίστωση των λειτουργικών ή μή συνηθειών λήψεως τροφής και υγρών σε σχέση με βιοψυχοκοινωνικές ειδικές καταστάσεις, της κατάστασης του δέρματος ενδεικτικής της διατροφής και των μεταβολικών προβλημάτων στη θερμορύθμιση. Εξετάζονται το βάρος του σώματος, η θερμοκρασία, η δίαιτα, η πρόσληψη υγρών και η ακεραιότητα του δέρματος.

#### 3. Αποβολή αχρήστων ουσιών

Σκοπός η εξακρίβωση της επαρκούς λειτουργίας της κύστεως και του εντέρου καθώς και των σχετικών συνηθειών και πρακτικών.

#### 4. Δραστηριότητα - Άσκηση

Σκοπός είναι η εκτίμηση της διάθεσης της επιλογής και απασχόλησης με εργασία, αυτοπεριποίηση, άσκηση και ανάπαυση. Επίσης εξετάζονται τυχόν προβλήματα που μπορεί να επηρεάζουν τη δραστηριότητα του ατόμου, δηλαδή η καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία.

#### 5. Ύπνος - Ανάπαυση

Εκτιμάται η ποιότητα του ύπνου και της ανάπαυσης καθώς και οι συνήθειες και οι τρόποι του αρρώστου για να εξασφαλίζει όση ξεκούραση και όσο ύπνο χρειάζεται.

#### 6. Σκέψη - Αντίληψη

Εξέταση της λειτουργίας των πέντε αισθήσεων και της τυχόν χρησιμοποίησης προσθετικών μέσων (π.χ. ακουστικών), του βαθμού δυσφορίας ή πόνου, διαταραχών

της αντίληψης και της ικανότητας του αρρώστου να κατανοεί τις πληροφορίες για την υγεία και τις πρακτικές φροντίδας της υγείας, να παίρνει αποφάσεις και να κρίνει λογικά.

#### 7. Αυτοκατανόηση - Αυτοεκτίμηση

Διερευνώνται οι στάσεις και πεποιθήσεις του αρρώστου για τις προσωπικές του ικανότητες, την αξία του και την εικόνα του σώματός του καθώς και η συναισθηματική του κατάσταση, δηλαδή κατά πόσο δοκιμάζει λύπη, άγχος, απελπισία ή αδυναμία.

#### 8. Διαπροσωπικές σχέσεις - Εκπλήρωση ρόλων

Εξακριβώνονται οι ρόλοι και οι ευθύνες του αρρώστου στην οικογένεια, την εργασία ή την κοινωνική ζωή, όπως και οι τρόποι και δεξιότητες επικοινωνίας του, εάν είναι επαρκείς ή δοκιμάζει δυσκολίες και αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία ή επιθετικότητα.

#### 9. Οικογενειακή ζωή

Εξετάζονται η ικανοποίηση ή μή του αρρώστου από την προσωπική και οικογενειακή του ζωή και σχετικά προβλήματα ή ανησυχίες.

10. Αντιμετώπιση προβλημάτων - Ανοχή του στρες . Διαπιστώνονται η φύση και ο βαθμός των εντασιογόνων (στρεσογόνων) παραγόντων όπως είναι τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, η αντίληψη του στρες, οι μηχανισμοί αντιμετώπισής του και η διαθέσιμη υποστήριξη για τον άρρωστο και την οικογένεια.

#### 11. Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις

Διερευνώνται οι αξίες και πεποιθήσεις - θρησκευτικές, φιλοσοφικές, κοινωνικές - του αρρώστου, που τον οδηγούν στις επιλογές και τον τρόπο της ζωής του, π.χ. διατροφή, πρακτικές διατήρησης της υγείας, συμμόρφωση ή όχι με τη θεραπευτική αγωγή κ.ά.<sup>105-109</sup> .

### ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Γενικές πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο

Ηλικία

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Αλλεργίες

Λειτουργική εκτίμηση

Εκτίμηση όχι μόνο των προβλημάτων αλλά και των πρακτικών ανακούφισης τους, θετικών συμπεριφορών υγείας και αντιμετώπισης δυσκολιών<sup>108-109</sup>.

### 1. Αντίληψη και φροντίδα της υγείας

- ✚ Αντιλήψεις για την υγεία. Κύριο πρόβλημα.
- ✚ Προηγούμενες αρρώστιες ή εγχειρήσεις
- ✚ Προηγούμενες και πρόσφατες συμπεριφορές φροντίδας της προσωπικής υγείας
- ✚ Πόροι (ανθρώπινοι και υλικοί) για διατήρηση της υγείας. Τρέχουσες θεραπείες.
- ✚ Δ Λαμβανόμενα φάρμακα
- ✚ Συμμόρφωση σε συστάσεις θεραπείας
- ✚ Υπαρκτοί παράγοντες κινδύνου για βλάβη της υγείας
- ✚ Πρακτικές πρόληψης ασθενειών

### 2. Διατροφή και μεταβολισμός

- ✚ Απώλεια ή αύξηση βάρους σώματος
- ✚ Κατάσταση θρέψεως. Δίαιτα
- ✚ Λήψη υγρών
- ✚ Χρήση φαρμάκων, αλκοόλ
- ✚ Ικανότητα κατάποσης
- ✚ Θηλασμός, (σε περίπτωση μητέρας βρέφους)
- ✚ Ακεραιότητα δέρματος ή βλεννογόνων (ιδιαίτερα στοματικής κοιλότητας)
- ✚ Τεχνητές οδοντοστοιχίες
- ✚ Θερμοκρασία σώματος

### 3. Αποβολή αχρήστων ουσιών

- ✚ Λειτουργία εντέρου
- ✚ Ούρηση

### 4. Δραστηριότητα - Άσκηση

- ✚ Σωματική καινητικότητα Επίπεδο κόπωσης



- ✚ Ικανότητα αυτοφροντίδας
- ✚ Ανάπτυξη (ανάλογα με τα φυσιολογικά επίπεδα της ηλικίας)
- ✚ Δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο και Ψυχαγωγία
- ✚ Οικαιακές εργασίες
- ✚ Αναπνοές και τύπος
- ✚ Βήχας
- ✚ Κυάνωση
- ✚ Σφυγμός (ρυθμός, σφύξεις ανά λεπτό, περιφερικές σφύξεις)
- ✚ Αρτηριακή πίεση
- ✚ Οίδημα
- ✚ Άκρα (ψυχρά, κυανωτικά)
- ✚ Αλλαγές στην ψυχική κατάσταση

#### 5. Ύπνος- Ανάπαυση

- ✚ Συνήθειες ύπνου
- ✚ Συνήθειες ανάπαυσης
- ✚ Μέθοδοι επιτυχίας καλού ύπνου και χαλάρωσης

#### 6. Σκέψη - Αντίληψη

- ✚ Ικανότητα οπτική, αισθητική, γευστική, απτική και οσφρητική
- ✚ Ειδικά προσθετικά μέσα (π.χ. ακουστικά)
- ✚ Πόνος, δυσφορία. Πώς αντιμετωπίζονται
- ✚ Παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις
- ✚ Γνώσεις για τη φροντίδα της προσωπικής υγείας
- ✚ Μνήμη
- ✚ Κρίση
- ✚ Ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής
- ✚ Ικανότητα λήψεως αποφάσεων
- ✚ Επίπεδο εκπαίδευσης

#### 7. Αυτοκατανόηση - Αυτοεκτίμηση

- ✚ Αίσθημα τυχόν απειλής ή κινδύνου
- ✚ Φόβος. Ψυχική ένταση
- ✚ Ανησυχία (υπερκινητικότητα)
- ✚ Αλλαγές διάθεσης, κατάθλιψη, άγχος
- ✚ Ικανότητα ενεργοποίησής του. Απάθεια

- ✚ Έλεγχος των περιστάσεων
- ✚ Αντίληψη εαυτού και συναισθήματα περί εαυτού. Αίσθημα προσωπικής αξίας
- ✚ Ιδεατή εικόνα σώματος. Προσωπική ταυτότητα

#### 8. Διαπροσωπικές σχέσεις. Εκπλήρωση ρόλων

- ✚ Σημαντικές απώλειες (προσώπων, εργασίας, περιουσίας, υγείας). Πένθος
- ✚ Ικανότητα εκπλήρωσης ρόλων. Επάγγελμα
- ✚ Διαπροσωπικές σχέσεις
- ✚ Σημαντικά πρόσωπα τυχόν διαπροσωπικές δυσκολίες
- ✚ Στάση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων προς την αρρώστια
- ✚ Πρακτική εκπλήρωση του γονεϊκού ρόλου. Προβλήματα
- ✚ Ικανότητες επικοινωνίας
- ✚ Κίνδυνος για αυτοκτονία
- ✚ Κίνδυνος πρόκλησης βλάβης σε άλλους

#### 9. Οικογενειακή ζωή Αρμονική οικογενειακή ζωή. Συγκρούσεις. Προβλήματα

#### 10. Αντιμετώπιση προβλημάτων. Ανοχή του στρες

- ✚ Υπαρκτοί στρεσογόνοι παράγοντες. Προβλήματα ζωής
- ✚ Πρόσφατες μεγάλες αλλαγές ζωής
- ✚ Αντίδραση και προσαρμογή σε τραυματική εμπειρία
- ✚ Μέθοδοι αντιμετώπισης εντασιογόνων ερεθισμάτων
- ✚ Βαθμός και ποιότητα της διαθέσιμης οικογενειακής υποστήριξης
- ✚ Δυνατότητα αναπτυξιακής προόδου της οικογένειας κατά τη περίοδο του
- ✚ στρες

#### 11. Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις

- ✚ Αξίες και πεποιθήσεις κοινωνικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές, για τη ζωή
- ✚ Η αρχική γενική νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου μπορεί να εντοπίσει
- ✚ ορισμένα προβλήματα και διαταραχές σε μια ειδική λειτουργική περιοχή του
- ✚ αρρώστου οπότε ακολουθεί μια άλλη εκτίμηση πιο λεπτομερειακή, επικεντρωμένη
- ✚ στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

Όλες οι πληροφορίες που εξασφαλίζονται κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση ταξινομούνται, αναλύονται, συσχετίζονται και έτσι αποτελούν τη βάση για τη νοσηλευτική διάγνωση.

Η Νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει:

1. Γενικές πληροφορίες για τον άρρωστο και την οικογένειά του:

Όνομα – φύλο – ηλικία – βάρος – τόπος γέννησης – τόπος κατοικίας – οικογενειακή κατάσταση: παντρεμένος / ανύπαντρος / διαζευμένος / χήρος – α – θρήσκευμα – επάγγελμα – ημερομηνία εισόδου<sup>105-110</sup>.

2. Ιστορικό υγείας και παρούσα κατάσταση υγείας:

- Αρρώστιες – επεμβάσεις στο παρελθόν
- Αλλεργίες – φάρμακα
- Παρούσα κατάσταση υγείας

3. Αρχική – κύρια αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας

4. Κατανόηση των προβλημάτων υγείας από μέρος του ατόμου / αρρώστου:

- Γνωρίζει τα φάρμακα που παίρνει – γιατί τα παίρνει;
- Καταλαβαίνει πότε χρειάζεται βοήθεια;
- Παραπονιέται – δέχεται τους περιορισμούς που προκύπτουν από την αρρώστια, θυμώνει / νευριάζει:

5. Κατανόηση της εξέλιξης της κατάστασης του στο άμεσο μέλλον και μακροπρόθεσμα σχέδια με τη φροντίδα του:

- Βλέπει επιδείνωση – ελπίζει βελτίωση – κάνει σχέδια για την φροντίδα του στο μέλλον;

6. Κατανόηση από μέρους του αρρώστου για τον ρόλο της οικογένειας του στην παρούσα εισαγωγή του στο νοσοκομείο:

- Τον επισκέπτονται – τους περιμένει – ενδείξεις όπως: κάρτες, λουλούδια, τηλεφωνήματα, καθαρός μιατισμός.

7. Καθημερινές δραστηριότητες:

- Πρωινό – ατομική υγιεινή;
- Περνάει την ημέρα: Στο κρεβάτι / πολυθρόνα; Διαβάζει εφημερίδα / περιοδικό, έχει εργοχειρο, ακούει ραδιόφωνο, τηλεόραση, τηλεφωνεί;

#### 8. Επίπεδα λειτουργικότητας:

- Δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθεί;
- Εργάζεται – είναι συνταξιούχος – έχει οικονομικά προβλήματα; - Επικοινωνεί – είναι συγχητικός – έχει αμνησία;
- Αντιδρά: παραπονιέται κλαίει, θυμώνει;

#### 9. Αξιολόγηση Συστημάτων:

Αξιολόγηση καρδιαγγειακού, αναπνευστικού, απεκκριτικού, μυοσκελετικού συστήματος, δέρματος και εξαρτημάτων, ανάπαυσης και ύπνου, διατροφής και φαρμακευτικής αγωγής.

Η αξιολόγηση των παραπάνω συστημάτων-οργάνων και λειτουργιών γίνεται με συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρατήρηση και φυσική εξέταση.

Ο νοσηλευτής μελετά της πληροφορίες που συγκέντρωσε από την επικοινωνία με το άτομο και την οικογένειά του, την κλινική εξέταση, την επιστημονική παρατήρηση και προχωρά στην ανάλυση όλων αυτών των στοιχείων και πληροφοριών. Ας, δούμε, λοιπόν, στην συνέχεια πως γίνεται αυτή. Ανάλυση των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών που προέκυψαν από την αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του αρρώστου<sup>105</sup>.

Η ανάλυση των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών γίνεται<sup>108</sup>:

1. Χρησιμοποιώντας τις έννοιες της βιο-ψυχο-κοινωνικής οντότητας του ανθρώπου για να υπογραμμιστούν τυχόν κενά στα δεδομένα στοιχεία και πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν.
2. Συγκρίνοντας τα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες με τα φυσιολογικά STANDARDS για την ηλικία του αρρώστου και με τα STADARDS που είναι «φυσιολογικά» για τον κάθε άρρωστο ξεχωριστά.
3. Ψάχνοντας για ιδιαιτερότητες / ομοιότητες στα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες
4. Εξασφαλίζοντας την εγκυρότητα των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών με την συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου.
5. Υπογραμμίζοντας όχι μόνο τις δυνατότητες του αρρώστου αλλά και τα προβλήματα και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζει.

Αφού ολοκληρωθεί η ανάλυση των πληροφοριών ο νοσηλευτής καταρτίζει κατάλογο των προβλημάτων του αρρώστου και τα τοποθετεί αρχικά κατά σειρά προτεραιότητας, οδηγούμενος έτσι το Β΄ στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, τον Προγραμματισμό της Φροντίδας<sup>105-107</sup>.

## Προγραμματισμούς Νοσηλευτικής Φροντίδος

Μετά τη νοσηλευτική αξιολόγηση, στην οποία έγινε αναγνώριση και εντόπιση των υπαρκτών και επικειμένων προβλημάτων του αρρώστου και τη διατύπωση της σχετικής νοσηλευτικής διάγνωσης, ακολουθεί ο προγραμματισμός που περιλαμβάνει:

- Ιεράρχηση των αναγκών / προβλημάτων του αρρώστου.
- Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών για πρόληψη, μείωση ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν και καταγραφή αντικειμενικών σκοπών.
- Προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων προς την εκπλήρωση των τεθέντων σκοπών.
- Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης και αποτελεσμάτων.
- Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητά τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.

Το πρόγραμμα νοσηλείας πρέπει να είναι εξατομικευμένο<sup>108-109</sup>. Η Ιεράρχηση αναγκών και προβλημάτων μπορεί να γίνει με μία απλή μέθοδο, δηλαδή με την κατανομή των προβλημάτων σε τρεις κατηγορίες: Υψηλής, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας.

Υψηλής προτεραιότητας θεωρούνται τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση. Π.χ. απόφραξη της αεροφάγου οδού, σοβαρή αιμορραγία, καταπληξία(shock), απόπειρα ή κίνδυνος αυτοκτονίας και καρδιακή ανακοπή. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, αντιμετωπίζεται αμέσως με έκτακτα νοσηλευτικά μέσα. Και μόνο όταν αποκατασταθεί η αναπνοή και η κυκλοφορία, γίνεται ευρύτερη και πληρέστερη εκτίμηση όλων των αναγκών.

Μέσης προτεραιότητας προβλήματα χαρακτηρίζονται εκείνα που δεν απειλούν την ζωή του αρρώστου, αν και μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές ή ψυχολογικές αλλαγές π.χ. η ακαινησία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές αλλά όχι άμεσα απειλητικές για την ζωή, είτε κατακλίσεις, παραμορφώσεις μελών, νεφρολιθίαση, μελαγχολία κ.α.

Χαμηλής προτεραιότητας προβλήματα κρίνονται όσα μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος ο άρρωστος με ελάχιστη βοήθεια και καθοδήγηση από τον νοσηλευτή.

Οι προτεραιότητες δεν είναι σταθερές. Μπορούν να αλλάζουν καθημερινά, καθώς η κατάσταση του αρρώστου μεταβάλλεται, χειροτερεύει ή βελτιώνεται<sup>106-110</sup>.

## Ανάγκες - Κλίμακα Maslow

Επειδή ο προγραμματισμός της φροντίδος αρχίζει με τη διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, θεωρείται απαραίτητη η

σύντομη αναφορά στην κλίμακα αναγκών του Maslow, η οποία πολύ συχνά, χρησιμοποιείται τό σο για τον προγραμματισμό του ερωτηματολογίου όσο και για τη διαδικασία της αξιολόγησης και ιδιαίτερα της Ιεράρχησης των αναγκών υγείας.

Προκειμένου να προγραμματιστεί η φροντίδα διερωτόμεθα: Πώς μπορούμε να αποφασίσουμε ποιες ανάγκες είναι πιο επείγουσες; Με ποια κριτήρια και ποια σειρά θα ακολουθήσουμε για να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες ή τα προ βλήματα του ατόμου<sup>105-109</sup>;

Σημαντική βοήθεια σ'αυτό μας δίνει ο Maslow.

Ο Maslow περιέγραφε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειράν προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία .

Στις Βιολογικές ή Βασικές Ανάγκες περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες, που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από τις ανάγκες αυτές είναι: Η αναπνοή, η κυκλοφορία, η οξεοβασική ισορροπία, η αποβολή αχρήστων, η φυσιολογική θερμοκρασία, το φαγητό, ο ύπνος, το νερό, η καθαριότητα και γενικά ό,τι είναι απαραίτητο για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή.

Εάν οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιηθούν, το άτομο ελάχιστα ενδιαφέρεται για άλλες ανάγκες που βρίσκονται πιο ψηλά στην κλίμακα. Χρειάζεται να τονιστεί όμως ότι και μεταξύ των βασικών ή φυσιολογικών αναγκών πάντοτε κάποια προέχει και ζητεί άμεση προτεραιότητα στην ικανοποίησή της από την άλλη<sup>105</sup>.

Ο άρρωστος που αισθάνεται τον οξύ προκάρδιο πόνο του εμφράγματος δεν έχει διάθεση για φαγητό και όταν ακόμη το έχει στερηθεί για μέρες. Τούτο συμβαίνει παρά το γεγονός ότι και οι δύο ανάγκες, τόσο η ανάγκη απαλλαγής από τον πόνο όσο και η ανάγκη για φαγητό, είναι βασικές. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη που προέχει και αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του πόνου τότε παρουσιάζεται η επόμενη ανάγκη που μπορεί να είναι το φαγητό ή ο ύπνος ή και οποιαδήποτε άλλη ανάγκη ή πρόβλημα.

Ασφάλεια: Η ανάγκη για ασφάλεια παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. ο άνθρωπος θέλει να αισθάνεται ασφαλής από φυσικούς και Ψυχολογικούς καινδύνους. Το υγιές άτομο αισθάνεται την ανάγκη αυτή στο χώρο της καθημερινής του ζωής και δραστηριότητας. Όταν βρίσκεται σε ξένο και αφιλόξενο ή εχθρικό περιβάλλον, εργάζεται σε προσωρινή ή αβέβαιη εργασία, μένει μόνο του σε

απομονωμένο σπίτι, ή διασχίζει ένα πολυσύχναστο και επικίνδυνο δρόμο, συχνά αισθάνεται ανασφάλεια.

Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως, ο άρρωστος θα αισθανθεί ασφαλής ή όχι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ανάλογα με τη βοήθεια που δέχθηκε στην ώρα της κρίσης. Σε κάθε περίπτωση, το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου διαταράσσεται από την ίδια την αρρώστια και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Φόβοι από φυσικούς καινδύνους όπως ο πόνος, ο θάνατος αλλά και από ψυχολογικούς καινδύνους όπως η απομόνωση και η εξάρτηση, τον κάνουν να αισθάνεται αβεβαιότητα<sup>106</sup>.

Η αξιολόγηση ακριβώς σ' αυτό έρχεται να βοηθήσει. Να διαπιστώσει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι και ανησυχίες του ατόμου του οποίου αξιολογεί τις ανάγκες υγείας και ποιες ενδεχομένως είναι οι εμπειρίες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να επιτείνουν το αίσθημα ανασφάλειας. Βασική προϋπόθεση βέβαια για να αισθανθεί ασφάλεια το άτομο είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, γι' αυτό και προηγούνται στην κλίμακα. Δεν μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια ο άρρωστος που έχει δύσπνοια, πόνο, αίσθημα επικείμενου θανάτου ή όποιο άλλο πρόβλημα επιβουλεύεται τη ζωή και την ασφάλειά του<sup>106-107</sup>.

**Κοινωνικότητα:** Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικός. Επιθυμεί και επιδιώκει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους, εφόσον έχουν ικανοποιηθεί τουλάχιστον στοιχειωδώς, οι βασικές του ανάγκες και αισθάνεται ασφάλεια με τους ανθρώπους και το περιβάλλον. Αισθάνεται την ανάγκη να αγαπά και να τον αγαπούν και επιθυμεί να αποτελεί μέλος μιας ομάδος ξεκαινώντας από την οικογένεια, τους φίλους, τις διάφορες ομάδες, τους συνεργάτες του κλπ. Ακόμη αισθάνεται την ανάγκη για στοργή και αναγνώρισή του από τους άλλους. Δεν είναι βέβαια δυνατόν να είναι κοινωνικός ο άνθρωπος που αισθάνεται ανασφάλεια γι' αυτό και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής πρέπει να προηγηθεί<sup>105</sup>.

**Προσωπική Αξία - Αναγνώριση:** Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής. Να τον αναγνωρίζουν οι άλλοι και να σέβονται την προσωπικότητα και την ατομικότητά του. Θέλει να έχει μια προσωπική αξία και αναγνώριση. Να γίνεται η γνώμη του σεβαστή από τους άλλους και να έχει κάποιο βαθμό επιβολής. Η προσωπική αξία και αναγνώριση του ατόμου προϋποθέτει ενημέρωση στα θέματα που τον αφορούν και τον ενδιαφέρουν, αναγνώριση των ιδιαίτερων προσωπικών του χαρακτηριστικών και σεβασμό της ιδιαιτερότητός του, κάτι που έχει υποβαθμιστεί στο χώρο της υγείας, όπου με την εισαγωγή της ανεπτυγμένης τεχνολογίας ο άνθρωπος έχει παραμεριστεί σαν προσωπικότητα<sup>105</sup>.

Επιτυχία - Ικανοποίηση: Εάν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση ότι έχει αναπτύξει τις δυνατότητές του και έχει επιτύχει τους σκοπούς του. Οι ανάγκες που παρουσιάστηκαν από τον Maslow είναι βέβαια κοινές σε όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Από όλες αυτές τις γενικές και κοινές ανάγκες πηγάζουν ειδικές, ατομικές ανάγκες, διαφορετικές σε κάθε άτομο, τις οποίες πρέπει να διαπιστώσει ο νοσηλευτής με τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει, για να μπορέσει να προγραμματίσει την ικανοποίησή τους. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το βασικό σκοπό του. Ιδιαίτερη σημασία έχει κατά πόσον και σε ποιο βαθμό το άτομο είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ή χρειάζεται γι' αυτό βοήθεια και υποστήριξη για την εξασφάλιση των οποίων πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής<sup>105</sup>.

Στην πρώτη φάση του προγραμματισμού επομένως ο νοσηλευτής καταγράφει με σειρά προτεραιότητας τις ανάγκες / προβλήματα του ατόμου, ιεραρχεί τις ανάγκες. Προκειμένου να γράψει τις ανάγκες / προβλήματα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

1. Η ανάγκη / πρόβλημα πρέπει να γράφεται όπως αφορά το άτομο και να αναφέρεται άμεσα σ' αυτό.
2. Να είναι συγκεκριμένη και να εκφράζεται καθαρά, περιγράφοντας την κατάσταση του από μου.
3. Να αποφεύγονται οι γενικότητες.
4. Η διάγνωση δεν γράφεται σαν πρόβλημα / ανάγκη.
5. Η νοσηλευτική δραστηριότητα δεν γράφεται σαν πρόβλημα.
6. Όπου είναι δυνατόν, γράφεται το πρόβλημα και η αιτιολόγησή του.

Ο άρρωστος αποφεύγει να βήξει επειδή φοβάται ότι θα πονέσει στο χειρουργικό τραύμα. Το δέρμα είναι στεγνό και αφυδατωμένο μετά το διαρροϊκό σύνδρομο. Ανάγκη αποδοχής και εφαρμογής από το άτομο ειδικού διαιτολογίου, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπέρταση<sup>107</sup>.

#### Αντικειμενικοί Σκοποί της Φροντίδος – Χαρακτηριστικά Αντικειμενικών Σκοπών

Αφού καταρτιστεί ο κατάλογος των αναγκών / προβλημάτων κατά σειρά προτεραιότητας, ακολουθεί το δεύτερο στάδιο του προγραμματισμού, που είναι ο καθορισμός αντικειμενικών σκοπών.

Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Είναι το αποτέλεσμα που περιμένουμε σε σχέση με το κάθε πρόβλημα/ανάγκη.



Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι γραπτοί και χρησιμεύουν σαν οδηγοί για να κατευθύνουν τον προγραμματισμό και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη χορήγηση της φροντίδας<sup>106</sup>.

Είναι κάτι ανάλογο με τους σηματοδότες στον δρόμο που μας οδηγούν σε μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Πώς θα ξέρουμε εάν φθάσαμε κάπου εάν δεν γνωρίζουμε προηγουμένως πού πηγαίνουμε;

Οι αντικειμενικοί σκοποί μας δίνουν τη βάση για να διαπιστώσουμε την πρόοδο του αρρώστου. Αποτελούν τα κριτήρια για να ελέγξουμε τα αποτελέσματα της φροντίδας που δώσαμε<sup>106-108</sup>.

### Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα Αντικειμενικών Σκοπών

Προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά οι αντικειμενικοί σκοποί (Α.Σ.) πρέπει να έχουν τα πιο κάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Να έχουν κέντρο τον άρρωστο άτομο και τα προβλήματά του.
2. Να είναι συγκεκριμένοι.
3. Να μπορούν να μετρηθούν.
4. Να είναι ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι, προσγειωμένοι.
5. Να καθορίζονται χρονικά.
6. Να είναι γραπτοί.

1. Ενας αντικειμενικός σκοπός έχει κέντρο το άτομο / άρρωστο όταν γράφεται όπως αφορά το άτομο και όχι τον νοσηλευτή. Υπάρχει μια τάση να διατυπώνονται οι Α.Σ. περιγράφοντας μια νοσηλευτική ενέργεια αντί για το αποτέλεσμα που περιμένουμε για τον άρρωστο<sup>105</sup>. Εάν πούμε "Να διδάξουμε τον άτομο να τρώει μόνος του" η έμφαση είναι στη νοσηλευτική ενέργεια "να διδάξουμε" αλλά το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι διαφορετικό. Η σωστή διατύπωση του πιο πάνω Α.Σ. είναι "Το άτομο να μπορεί να τρώει μόνο του σε χρονικό διάστημα ενός μηνός". Ο Α.Σ. έχει κέντρο το άτομο και περιγράφει το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στη διατύπωση του Α.Σ. θα βοηθηθεί ο νοσηλευτής εάν αρχίζει με φράσεις όπως: ο άρρωστος θα... ή το άτομο να είναι ικανό να...

2. Να είναι συγκεκριμένος: Στην διατύπωση του Α.Σ. να χρησιμοποιούνται καθαρές και συγκεκριμένες λέξεις με ξεκαθαρισμένη έννοια. Παράδειγμα σκοπών που δεν είναι σαφείς:

- Να συνέλθει από το εγκεφαλικό επεισόδιο

- Να συνέλθει από το υπογλυκαιμικό κώμα.

Τέτοιοι σκοποί είναι πολύ ευρείς για να δώσουν συγκεκριμένη κατεύθυνση ή να μπορούν να μετρηθούν και ελεγχθούν τα αποτελέσματά τους. Αντίθετα, ο πιο κάτω Α.Σ. είναι συγκεκριμένος και σαφής:

- Να μπορεί να ανοιγοκλείνει τα δάκτυλα του ημιπληγικού άνω άκρου, ελεύθερα, σε 72 ώρες<sup>105</sup>.

3. Να μπορεί να μετρηθεί: Να διατυπώνεται έτσι ώστε να μπορούμε να μετρήσουμε, να διαπιστώσουμε εάν έχει επιτευχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχία του χαρακτηριστικού αυτού είναι η παρατήρηση και περιγραφή συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ατόμου και η περιγραφή της αλλαγής που περιμένουμε σε σχέση με τη συμπεριφορά αυτή. Προς το σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται ρήματα που δείχνουν πράξη και να περιγράφεται το αποτέλεσμα που περιμένουμε. Τι θα δούμε να κάνει ο άρρωστος. Σε άρρωστη με μαστεκτομή στην οποία περιμένουμε τη σταδιακή άσκηση και χρησιμοποίηση του αντίστοιχου άνω άκρου περιγράφει ακριβώς τι περιμένουμε:

Η άρρωστη να μπορεί να κτενίζεται μόνη της μετά από δύο 24ωρα. Είναι συγκεκριμένη συμπεριφορά την οποία μπορούμε να μετρήσουμε<sup>104</sup>.

4. Να είναι πραγματοποιήσιμος, ρεαλιστικός: Για να είναι ο Α.Σ. πραγματοποιήσιμος, πρέπει να βασιστεί στις ικανότητες του ατόμου, οι οποίες προέκυψαν από τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στην αξιολόγηση, τόσο την αρχική όσο και τη συνεχή και καθημερινή και ιδιαίτερα σε σχέση με την συγκεκριμένη ημέρα που καταρτίζεται το πρόγραμμα της φροντίδας του. Χρειάζεται να υπολογίσουμε τις δυνατότητες και αδυναμίες του ατόμου, τις γνώσεις, την αντίληψη, τη θέληση, το θάρρος, τη δεξιοτεχνία, το χαρακτήρα καθώς και τη βοήθεια και συμπαράσταση που έχει από το περιβάλλον του. Όσοπερισσότερο συμμετέχει το άτομο και η οικογένεια, τόσο πιο ρεαλιστικοί θα είναι οι Α.Σ. Προκειμένου να κρίνουμε κατά πόσον και πότε θα μπορέσει το άτομο να κάνει μόνο του την Ινσουλίνη, όλοι οι πιο πάνω παράγοντες πρέπει να υπολογιστούν.

Διαφορετική προετοιμασία θα χρειαστεί το άτομο που δεν βλέπει ή παρουσιάζει αστάθεια στις καινήσεις ή ακόμη έχει κάποιο υπερβολικό φόβο. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος και ιδιαίτερη προετοιμασία. Άρα για να είναι ο Α.Σ. ρεαλιστικός και πραγματοποιήσιμος, πρέπει να αντιμετωπιστούν πρώτα οι καταστάσεις αυτές. Εάν λοιπόν τοποθετηθεί ο Α.Σ. στις πιο πάνω περιπτώσεις όπως σε κάθε άλλη, δεν θα είναι πραγματοποιήσιμος. Εάν γράφω: 'Ο άρρωστος να είναι σε

θέση να κάνει μόνος του την Ινσουλίνη σε δύο ημέρες" ο Α.Σ. θα βρίσκεται εκτός πραγματικότητας και δεν θα μπορεί να επιτευχθεί<sup>105-108</sup>.

5. Να καθορίζεται χρονικά: Να γράφεται σε πόσο χρονικό διάστημα περιμένουμε να επιτευχθεί ο σκοπός που τέθηκε. αυτό μας βοηθάει να ελέγξουμε την πρόοδο του αρρώστου, πάντοτε με κάποια ευελιξία και όχι απόλυτα. Αυτό θα εξαρτηθεί και από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα, αλλά και από απρόβλεπτους παράγοντες που μπορεί να μεσολαβήσουν, όπως μια επιδείνωση της γενικής κατάστασης, μια επιπλοκή κλπ<sup>105-106</sup>.

6. Να είναι γραπτός: Είναι απαραίτητο να είναι γραπτός ο Α.Σ. διότι:

1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους όσους ασχολούνται με τον άρρωστο,
2. Φαίνεται η επιστημονική νοσηλευτική εργασία,
3. Εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας με περισσότερη ασφάλεια, αφού η μνήμη δεν έχει απόλυτη ακρίβεια<sup>106</sup>.

Οι αντικειμενικοί σκοποί δεν παρουσιάζουν πάντοτε βελτίωση στην κατάσταση του αρρώστου. Στους αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής έχουν διαφορετικό περιεχόμενο αφού δεν σκοπεύουν απαραίτητα στην βελτίωση της υγείας αλλά στην εξασφάλιση όσο το δυνατό πιο ανώδυνου τέλους<sup>108</sup>.

Την ιεράρχηση των προβλημάτων ακολουθεί η αντίστοιχη διατύπωση συγκεκριμένων νοσηλευτικών σκοπών, δηλαδή προσδιορισμός των θετικών αποτελεσμάτων που πρέπει να επιδιώξει η νοσηλευτική φροντίδα για την υγεία του αρρώστου. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά μερικά παραδείγματα:

- Ανακούφιση του πόνου
- Πρόληψη κατακλίσεων
- Βελτίωση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων
- Αύξηση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων
- Αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών από 1,5 σε 2,5 λίτρα το 24ωρο
- Έγερση από το κρεβάτι χωρίς βοήθεια

Αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν ασθμαίνουσα αναπνοή και αύξηση των σφίξεων πάνω από 80 στο 1΄.

Από τα παραδείγματα αυτά διαφαίνεται ότι το πρόγραμμα νοσηλείας αναφέρεται όχι μόνο σε παρόντα προβλήματα π.χ. τον πόνο, αλλά και σε επικείμενα όπως είναι ο κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων ή θρομβοφλεβίτιδας ακόμη και στην ετοιμασία

για της έξοδο από το νοσοκομείο όπως η αυτοφροντίδα χωρίς βοήθεια. Οι σκοποί μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι. Επειδή για έναν άρρωστο μπορεί να διατυπωθούν περισσότερες από μία νοσηλευτικές διαγνώσεις, πρέπει κάθε νοσηλευτικός σκοπός να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη νοσηλευτική διάγνωση και να είναι συμβατός και με τη θεραπευτική αγωγή<sup>105,106</sup>.

Σημαντική θέση στον προγραμματισμό έχει ο καθορισμός κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Τα κριτήρια αυτά:

- Κατευθύνουν την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
- Ορίζουν ένα χρονοδιάγραμμα για τις προγραμματισμένες δραστηριότητες που πρέπει να επιτευχθούν.
- Αποτελούν βάση για αξιολόγηση της εκπλήρωσης των σκοπών.
- Δίνουν στον άρρωστο και τον νοσηλευτή ένα αίσθημα ικανοποίησης.

Διευκολύνονται στη διατύπωση των κριτηρίων αυτών οι νοσηλευτές όταν θέτουν τα εξής ερωτήματα:

- Πως θα φαίνεται ή θα συμπεριφέρεται ο άρρωστος αν ο επιθυμητός σκοπός εκπληρωθεί; Και

- Τι πρέπει να κάνει ο άρρωστος και πόσο καλά πρέπει να το κάνει για να θεωρηθεί ότι εκπληρώθηκε ο συγκεκριμένος σκοπός, δηλαδή λύθηκε το πρόβλημα με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έγιναν; Τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων πρέπει να σχετίζονται με τους τεθέντες σκοπούς, να εκφράζουν επιθυμητές και μετρήσιμες καταστάσεις ή συμπεριφορές υγείας στα πλαίσια των δυνατοτήτων και ορίων του αρρώστου, συμπεριλαμβάνοντας βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές απόψεις καθώς και γνώσεις και δεξιότητες που σχετίζονται μ' αυτές τις καταστάσεις υγείας<sup>109</sup>.

Παραδείγματα κριτηρίων αξιολόγησης αποτελεσμάτων:

- Ο άρρωστος περιγράφει τους παράγοντες που βελτιώνουν και εκείνους που χειροτερεύουν την περιφερειακή κυκλοφορία του αίματος.
- Δεν εμφανίζει ασθματική αναπνοή κατά τις δραστηριότητες.
- Οι σφύξεις και η αρτηριακή του πίεση παραμένουν σταθερές στο επίπεδο των 80 σφύξεων σε 1 λεπτό και 124/80mmHg αντίστοιχα.
- Η θερμοκρασία του δέρματος και στα δύο άκρα είναι ίδια και φυσιολογική, όμοια με τη θερμοκρασία του σώματος.

Αφού καθορισθούν οι νοσηλευτικές διαγνώσεις, οι σκοποί με σχετική ιεράρχηση και τα κριτήρια αξιολόγησης του βαθμού εκπλήρωσης των σκοπών, ακολουθεί η επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, δηλαδή των πράξεων και

εκείνων που συστήνονται στον άρρωστο για την καλύτερη πραγματοποίηση των τεθέντων σκοπών<sup>108,109</sup>.

Όλος ο προγραμματισμός πρέπει να γράφεται ως σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του συγκεκριμένου αρρώστου από την στιγμή της εισαγωγής του στην υπηρεσία φροντίδας υγείας. Αναθεωρείται και αναπροσαρμόζεται κατά τη διάρκεια της παραμονής του ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του και τις αξιολογήσεις της εκπλήρωσης των σκοπών. Οι σκοποί ενός γραπτού σχεδίου φροντίδας είναι:

- Η εξατομίκευση της νοσηλείας κάθε αρρώστου
- Η διατήρηση επικοινωνίας και συντονισμός των ενεργειών των νοσηλευτών για τη συνεχόμενη φροντίδα του.
- Η καθοδήγηση των νοσηλευτών σχετικά με ποια προβλήματα και ποιες παρεμβάσεις χρειάζονται καταγραφή και τεκμηρίωση.
- Η παροχή πλαισίου αναφοράς για την κατανομή και ανάθεση της φροντίδας μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής μονάδας.
- Η ενσωμάτωση οδηγιών που πρέπει να δοθούν στον άρρωστο ή σε μέλη της οικογένειάς του, τόσο για την παραμονή του στο νοσοκομείο όσο και για την έξοδο του και επιστροφή στο σπίτι.

#### Εφαρμογή προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Το στάδιο της εφαρμογής είναι ακριβώς η υλοποίηση όσων προγραμματίστηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διατυπώθηκαν.

Η εφαρμογή των νοσηλευτικών οδηγιών όπως διατυπώνονται στο πρόγραμμα φροντίδας. Οι νοσηλευτές προχωρούν στην εκτέλεση του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζουν να συλλέγουν και να εκτιμούν νέα στοιχεία, να σχεδιάζουν, εκτελούν και αξιολογούν νέες παρεμβάσεις<sup>105</sup>.

Η εφαρμογή του προγράμματος αποσκοπεί στην ολική φροντίδα του αρρώστου, διότι λαμβάνει υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτιστικές, οικονομικές και αποκαταστικές ανάγκες του και συμβάλλει στη μερική και πλήρη βελτίωση της υγείας του. Περιλαμβάνει συστηματική προληπτική φροντίδα για την εξουδετέρωση επικείμενων κινδύνων, όπως είναι επιπλοκές της ασθένειας, λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή άλλες θεραπευτικές εφαρμογές, νοσοκομειακές λοιμώξεις ή ατυχήματα. Επίσης ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου που εκτείνονται και πιο πέρα από την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προβλημάτων του. Τέτοιες διαστάσεις είναι

η διδασκαλία της υγείας ή της δημιουργικής ζωής μέσα στα όρια μιας αναπηρίας που τυχόν δημιουργήθηκε, η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας, η καλλιέργεια των διαπροσωπικών ικανοτήτων του και η προώθηση της ωρίμανσης της προσωπικότητάς του<sup>108</sup>.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αναφέρονται:

1. Σε παρατηρήσεις (π.χ. λήψη ζωτικών σημείων)
2. Σε πράξεις, ενέργειες (αλλαγή τραυμάτων, καθαριότητα, αλλαγή θέσης του αρρώστου)
3. Σε διδασκαλία- ενημέρωση. Προκειμένου όμως οι παρεμβάσεις αυτές να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά και να πληρούν συγκεκριμένους κανόνες.

Οι νοσηλευτικές πράξεις ή παρεμβάσεις έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά<sup>105</sup>:

1. Σχετίζονται με γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών, έχουν σκοπό και επιστημονική βάση- στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αντανακλούν γνώσεις από την ανθρώπινη βιολογία, νοσολογία, παθοφυσιολογία καθώς και γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Στην ουσία αποτελούν απόρροια και συνδυασμό όλων αυτών των γνώσεων.

2. Να είναι εξατομικευμένες

Οι παρεμβάσεις να εξατομικεύονται και να είναι ανάλογες με το βαθμό και την ένταση της ανάγκης στο συγκεκριμένο άτομο για το οποίο προγραμματίζεται η φροντίδα. Ο σκοπός των παρεμβάσεων είναι να ανακουφίσουν το συγκεκριμένο άτομο από την ανάγκη και να λύσουν το πρόβλημα, όπως παρουσιάζεται σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Για την αντιμετώπιση της ίδιας ανάγκης μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές παρεμβάσεις σε διαφορετικά άτομα.

3. Να εξασφαλίζουν θεραπευτικό περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σκοπεύουν στην προστασία του αρρώστου από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που μπορούν να τον βλάψουν. Η εξασφάλιση βοήθειας για ασφαλή μετακίνηση του αρρώστου, η φροντίδα για την προσαρμογή των συνθηκών του σπιτιού με σκοπό την αντιμετώπιση της αναπηρίας του κ.α, είναι ενέργειες που έχουν σκοπό να προστατεύσουν τον άρρωστο από φυσικούς κινδύνους. Πολλές όμως είναι και οι ενέργειες που αποσκοπούν στην ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου. Η προεγχειρητική διδασκαλία αλλά και κάθε διδασκαλία και ενημέρωση, είναι ενέργεια που καλύπτει σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες και δημιουργεί θεραπευτικό περιβάλλον. Και μόνο η παρουσία του

καταρτισμένου και πρόθυμου να βοηθήσει νοσηλευτή κοντά στο άτομο είναι πολλές φορές θεραπευτική<sup>106</sup>.

4. Να δίνουν ευκαιρίες για διδασκαλία και μάθηση.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να διερωτάται: «Τι χρειάζεται να μάθει αυτό το άτομο;». Είναι ελάχιστα, εάν υπάρχουν, τα άτομα που δεν έχουν καθόλου ανάγκη για διδασκαλία και ενημέρωση. Οι συγκεκριμένες ανάγκες για μάθηση που διαπιστώθηκαν για το κάθε άτομο, πρέπει να σημειώνονται το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδος και να καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ικανοποίησή τους.

5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες των υπολοίπων μελών της Υγειονομικής Ομάδος. Ο συντονισμός είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Μπορούμε να πούμε ότι η Νοσηλευτική είναι η μοναδική επιστήμη που μπορεί να αναλάβει αυτόν συντονιστικό ρόλο, αφού είναι και η μοναδική που φιλοδοξεί αν φροντίσει το άτομο σαν ενιαίο βιοψυχοκοινωνικό σύνολο. Για να συντονιστεί όμως ο νοσηλευτής, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ποιες υπηρεσίες προσφέρονται, καθώς και τα μέσα και τους τρόπους που πρέπει να χρησιμοποιεί προκειμένου να τις εξασφαλίσει. Η ανταλλαγή γνώσεων, απόψεων προγραμμάτων και παρατηρήσεων μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδος, είναι απαραίτητη. Οι σκοποί που δημιουργούνται με τη προσπάθεια και την συνεργασία όλων είναι πραγματικά εξατομικευμένοι και έχουν κέντρο τον άνθρωπο, οπότε και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προγραμματίζονται είναι αποτελεσματικές, ολοκληρωμένες και ασφαλείς<sup>106-108</sup>.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί αν είναι: καθαρά νοσηλευτικές και να γίνονται με πρωτοβουλία του υπευθύνου για τη φροντίδα του ατόμου νοσηλευτή, μπορεί να έχουν σκοπό τη διεκπεραίωση ιατρικής θεραπευτικής αγωγής ή ακόμη να αναφέρονται σε σχέσεις συνεργασίας και συντονισμού με άλλες υπηρεσίες. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως και όλη η νοσηλευτική διεργασία αναφέρονται γραπτά στο πρόγραμμα φροντίδας του ατόμου από τον υπεύθυνο νοσηλευτή και έχουν μορφή «νοσηλευτικών οδηγιών» τις οποίες οφείλουν να ακολουθήσουν και να διεκπεραιώσουν όλοι οι νοσηλευτές που θα ασχολούνται με το συγκεκριμένο άτομο κατά τη διάρκεια του 24ωρου<sup>105-109</sup>.

Οι νοσηλευτικές οδηγίες, κατά του Canong πρέπει<sup>107</sup>:

1. Να είναι κατανοητές, καθαρές, συγκεκριμένες

2. Να διεκπεραιώνονται συστηματικά, με ευσυνειδησία.
3. Να διεκπεραιώνονται ακριβώς όπως είναι γραμμένες, εκτός εάν η κατάσταση του αρρώστου αλλάξει.
4. Να είναι σεβαστές από όλους τους νοσηλευτές, όπως ακριβώς και οι ιατρικές οδηγίες.
5. Ο νοσηλευτής που γράφει τις οδηγίες να είναι υπεύθυνος και ικανός να προγραμματίσει τη φροντίδα του ατόμου και να καθορίσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αυτό δεν μπορεί να αμφισβητείται από τους άλλους νοσηλευτές.
6. Προσαρμόζονται στο νοσηλευόμενο άτομο, δηλαδή επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες, την ηλικία, την κατάσταση της υγείας του και το περιβάλλον.
7. Είναι ασφαλείς. Νοσηλευτές και άρρωστοι χρειάζεται να παίρνουν προφυλακτικά μέτρα για πρόληψη βλαβών στην υγεία. Π.χ. κατά την αλλαγή τραύματος ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί άσηπτη τεχνική για πρόληψη μόλυνσης/ λοίμωξης.
8. Περιλαμβάνουν όλο και περισσότερα στοιχεία διδασκαλίας, θεραπευτικού διαλόγου, ψυχολογικής υποστήριξης και ανακούφισης. Αυτές οι αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα μιας ειδικής νοσηλευτικής πράξης.
9. Εφαρμόζονται κατά τρόπο ολιστικό.
10. Μεταβιβάζουν σεβασμό προς την αξιοπρέπεια και ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του με την εξασφάλιση μοναχικότητας κατά τις νοσηλείες και ενθάρρυνσή του να παίρνει αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας του.
11. Ενθαρρύνουν την ενεργητική συμμετοχή του στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, όσο το επιτρέπει η υγείας του. Αυτό αυξάνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και του ελέγχου της κατάστασής του.



12. Όσες απορρέουν από ιατρική οδηγία- εξαρτημένες νοσηλευτικές πράξεις - πρέπει να διεκπεραιώνονται με ακρίβεια εκτός της περιπτώσεως που θεωρηθεί μη μόνιμη και ανασφαλής για τον άρρωστο. Τότε πρέπει να συζητούνται με τον προϊστάμενο νοσηλευτή και/ ή με τον γιατρό.

13. Για όλες τις νοσηλευτικές τους πράξεις, υπεύθυνοι και υπόλογοι είναι οι νοσηλευτές.

Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας απαιτεί από τους νοσηλευτές άρτια επιστημονική κατάρτιση, καθώς και διανοητικές, διαπροσωπικές, οργανωτικές και τεχνικές δεξιότητες. Ιδιαίτερα, η υπεύθυνη λήψη και εκτέλεση αποφάσεων, η παρατηρητικότητα και η επικοινωνία με κάθε τρόπο και μέσο, είναι σημαντικές δεξιότητες που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των πράξεων.

Συχνά ο νοσηλευτής που καταρτίζει το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας δεν μπορεί και να εφαρμόσει όλες τις παρεμβάσεις. Χρειάζεται βοήθεια σε πολλές περιπτώσεις. Μερικές νοσηλευτικές πράξεις μπορούν να ανατεθούν σε άλλα μέλη του προσωπικού. Μη παρεμβατικές πράξεις, όπως είναι περιποίηση του δέρματος, βοήθεια του αρρώστου κατά την έγερση και τη βάδιση ή και κατά την εκτέλεση της καθημερινής υγιεινής φροντίδας, μπορούν να ανατεθούν σε βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Ανάθεση νοσηλευτικών πράξεων δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής δεν ασχολείται ποτέ με την άμεση φροντίδα του αρρώστου. Αντίθετα, επιλέγει και εκτελεί τις πιο δύσκολες και σύνθετες νοσηλείες, που απαιτούν τις δικές του επιστημονικές γνώσεις και προηγμένες δεξιότητες. Το νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο αναθέτονται ορισμένες φροντίδες, χρειάζεται διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση<sup>105,107</sup>.

#### Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Η εκτίμηση αποτελέσματος αποτελεί το τέταρτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδος που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς. Η φάση αυτή της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας και της προόδου του αρρώστου για ανάρρωση με βάση πάντα τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα προδιατυπωμένα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Ακόμη, επισημαίνει και τα σημεία εκείνα όπου η φροντίδα χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Αν ήταν αποτελεσματική πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί<sup>108</sup>.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας επιτυγχάνεται με την παρατήρηση του αρρώστου, την επικοινωνία με τον ίδιο, με την οικογένειά του και τη νοσηλευτική ομάδα, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις και εξετάσεις όπως η λήψη ζωτικών σημείων.

Η αξιολόγηση είναι ολόκληρη διαδικασία και πρέπει να ακολουθεί ορισμένους κανόνες. Ειδικότερα<sup>105</sup>:

- 🖨 Προγραμματίζεται
- 🖨 Γίνεται βάση των αντικειμενικών σκοπών της φροντίδας
- 🖨 Είναι αντικειμενική
- 🖨 Υποβάλλεται σε επαλήθευση
- 🖨 Αποτελεί ομαδική νοσηλευτική προσπάθεια
- 🖨 Είναι συγκεκριμένη, δηλαδή εντοπίζει θετικά σημεία και αδυναμίες, επιτυχίες και παραλείψεις
- 🖨 Παρέχει ποσοτικές μετρήσεις
- 🖨 Προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες.

Η διεργασία της αξιολόγησης περιλαμβάνει πέντε στάδια:

1. Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης ( στη φάση του προγραμματισμού).
2. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και σύγκριση των ευρημάτων με καθορισμένα κριτήρια.
3. Διατύπωση των συμπερασμάτων.
4. Αναγνώριση των αιτίων, γιατί δεν επέδρασε θετικά ωρισμένη παρέμβαση στον άρρωστο.
5. Επανεκτίμηση του αρρώστου και τροποποίηση του προγράμματος νοσηλείας Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι δυναμικό, ελαστικό και δέχεται τροποποιήσεις όταν:
  - α) Αποδεικνύεται ανεπαρκές στη βοήθεια του αρρώστου για την εκπλήρωση των θεθέντων αντικειμενικών σκοπών.
  - β) Η κατάσταση του αρρώστου παρουσιάζει αλλαγές.

γ) Οι νοσηλευτές έχουν συμπληρωματικά στοιχεία ως προς τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του αρρώστου για ανάρρωση ή απέκτησαν νέες επιστημονικές γνώσεις και θεωρούν απαραίτητη την ενσωμάτωση των νέων αυτών δεδομένων στο πρόγραμμα της νοσηλείας. Π.χ. το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου σε κατάσταση διαβητικού κώματος χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Όταν αναταχθεί και συνέλθει ο άρρωστος από κώμα, οπότε μπορεί να συνεργαστεί με το νοσηλευτή και να ωφεληθεί από διδασκαλία σχετική με το πρόγραμμα της υγείας του.

Αναφέρονται και ορισμένα γενικώς παραδεκτά κριτήρια αξιολόγησης (standards) της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που διατυπώθηκαν από τον Αμερικανό Νοσηλευτικό Σύνδεσμο με αρκετή ευρύτητα ώστε να χρησιμοποιούνται για όλες τις κατηγορίες ασθενών και έχουν σχέση με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας<sup>107</sup>:

- ◆ Προγραμματισμός νοσηλείας
- ◆ Νοσηλευτική διεργασία
- ◆ Εκτίμηση αρρώστου
- ◆ Νοσηλευτική διάγνωση
- ◆ Κριτήρια

1. Η συλλογή πληροφοριών για την κατάσταση του αρρώστου είναι συστηματική και συνεχής. Οι πληροφορίες είναι προσιτές και διαθέσιμες στους αρμόδιους και τηρούνται γραπτές.

2. Η νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου προκύπτει από τις πληροφορίες για την κατάστασή του.

3. Το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει σκοπούς που προέρχονται από τη νοσηλευτική διάγνωση.

4. Το πρόγραμμα της νοσηλείας καθορίζει προτεραιότητες και συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών που διατυπώθηκαν βάσει της νοσηλευτικής διάγνωσης του αρρώστου.

5. Οι νοσηλείες προβλέπουν συμμετοχή του αρρώστου στην αποκατάσταση, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του.

6. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τον άρρωστο να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητές του για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας του.

7. Η επιτυχία ή η αποτυχία της ανάρρωσης κρίνεται βάσει των τεθέντων νοσηλευτικών σκοπών και εξετάζεται με τη συνεργασία νοσηλευτού - αρρώστου.

8. Η αποκατάσταση ή μη αποκατάσταση της υγείας κρίνεται βάσει των σκοπών που τέθηκαν και οδηγεί σε νέα εκτίμηση του αρρώστου, νέα ταξινόμηση προτεραιοτήτων, διατύπωση νέων αντικειμενικών σκοπών και αναθεώρηση του προγράμματος νοσηλείας.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι σημαντικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, διότι βοηθάει τους νοσηλευτές να διαπιστώσουν κατά πόσο η φροντίδα ήταν αποτελεσματική και αν πρέπει να αναθεωρηθεί<sup>108</sup>.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου εξαρτάται άμεσα από την προσωπικότητα των νοσηλευτών καθώς και από τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας. Γι' αυτό συνίσταται, οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργητικά στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, που γίνεται από τη νοσηλευτική διεύθυνση του ιδρύματος. Να επωφελούνται από τα συμπεράσματα, ώστε να τελειοποιούν το έργο τους και να μην παραλείπουν την καθημερινή αντικειμενική αυτό-αξιολόγησή τους.

Με την εκτίμηση του αποτελέσματος επιστρέφω και πάλι στα προηγούμενα στάδια είτε για να συνεχίσω τη φροντίδα, εάν είναι αποτελεσματική, είτε για να την τροποποιήσω. Αναζητώντας να βρω πού υπάρχει έλλειψη, οδηγούμαι και πάλι στην αξιολόγηση<sup>105,110</sup>.

### 5.3.1 Α' περιστατικό σχιζοφρενικού ασθενούς παιδικής ηλικίας

#### Ιστορικό Ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Βελισσαρία Κ.

**Ηλικία:** 15 χρονών

**Καταγωγή:** Αθήνα

**Ημερομηνία εισόδου:** 13 Αυγούστου 2014

**Ημερομηνία εξόδου:** 15 Αυγούστου 2014

**Παρούσα κατάσταση:** Ο εφημερεύον γιατρός παρατήρησε ότι όταν ρωτούσε το παιδί οι απαντήσεις που λάμβανε δεν ήταν ολοκληρωμένες, είχε ψευδαισθήσεις και η ροή της σκέψης της ήταν διαταραγμένη. Επιπλέον είχε εναλλαγές συναισθημάτων κάτι που ανάγκασε τον γιατρό να της κάνει εισαγωγή για να διαπιστώσει τι συμβαίνει ακριβώς λόγω της υποψίας του για σχιζοφρένεια.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>- Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου.</p>	<p>- Το οικογενειακό της περιβάλλον πρέπει να εκφράζει ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι στην ασθενή και τη θεραπεία της.</p> <p>- Να περιγράψουν ανοιχτά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, σχετικά με την ευθύνη τους για την άρρωστη.</p> <p>- Να εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας της άρρωστης.</p> <p>- Να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας της ασθενούς.</p>	<p>- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας.</p> <p>- Εκτίμηση της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα της.</p> <p>- Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρότητα, ανησυχία, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή.</p>	<p>- Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση της ασθένειας και τη βαρύτητά της και επιστράτευση της συνεργασίας της.</p> <p>- Ενημέρωση της οικογένειας με ποιους τρόπους πιθανώς να συνέβαλλαν στην ασθένεια χωρίς τη δημιουργία τύψεων και υποδείξεως της κατάλληλης συμπεριφοράς για να τη βοηθήσουν.</p> <p>- Συμβουλευτήθηκαν οι συγγενείς να μην εκφράσουν έντονα συναισθήματα.</p> <p>- Προώθηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδοοικογενειακής φροντίδας της ασθενούς.</p> <p>- Πληροφόρηση για τις δομές υπηρεσιών στην κοινότητα.</p>	<p>- Βελτιώνεται η σχέση ασθενούς και μελών της οικογένειας.</p> <p>- Τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν ειλικρινή συναισθήματα και ενδιαφέρον για την ασθενή.</p> <p>- Εμφανίζουν βελτιωμένες μεθόδους προσέγγισης.</p> <p>- Η ασθενής εμφανίζεται περισσότερο ικανοποιημένη και χαρούμενη μετά από κάθε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον, δέχεται το ειλικρινές ενδιαφέρον.</p> <p>- Η ποιότητα φροντίδας της άρρωστης από την οικογένεια βελτιώνεται.</p> <p>- Αναπτύσσονται συναισθήματα αλληλοκατανόησης.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσματος
<p>- Κοινωνική απομόνωση / απόσυρση</p>	<p>-Εκφράζει λεκτικά την επιθυμία να σχετίζεται με λειτουργούς. -Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους στο τμήμα, ασκήσεις, χειροτεχνίες, περιπάτους. -Εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις. Διαθέτει τον περισσότερο χρόνο έξω από το δωμάτιο μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον. Ομολογεί ότι πιστεύει στη θετική συμβολή του στις κοινωνικές επαφές.</p>	<p>-Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης και προγραμματισμός στρατηγικών διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνία και δραστηριότητες. -Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με την άρρωστη. -Εξ ακριβώς των σημειωμάτων για την άρρωστη προσώπων που μπορούν να την υποστηρίξουν ( οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι).</p>	<p>-Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με την άρρωστη και ενδιαφέροντα αλλά όχι προκλητική και απαιτητική επικοινωνία μαζί της. -Βαθμιαία πρόωθηση της ασθενούς σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική και ψυχολογική του λειτουργικότητα. -Παρότρυνση της ασθενούς να πλησιάσει τους άλλους αρρώστους με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί. -Επαινος όταν προσπαθεί να συναναστραφεί με άλλους.</p>	<p>- Η άρρωστη εκφράζει αισθήματα εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτή και αναζητά τις συμβουλές του. -Συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις εκφράζοντας τις απόψεις της. -Συνάπτει σχέσεις φιλίας με κάποιους από τους ασθενείς. -Συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες. -Περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας της μαζί με άλλους. -Είναι ικανοποιημένη από τον εαυτό της στις κοινωνικές επαφές. -Εκφράζει αισθήματα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Διαταραχή συμπεριφοράς / δυσκολία σύναψης και διατήρηση σχέσεων με άλλους</p>	<p>-Η ασθενής να αποκτήσει ικανότητα να χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων.          -Να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους ασθενείς.          -Να ερμηνεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων με βάση την πραγματικότητα.          -Περιορισμός ή απουσία της καχυποψίας.          -Επικοινωνία χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά.          -Εκτόνωση της ενέργειας του άγχους με σωματική άσκηση.</p>	<p>-Εκτίμηση της κατάστασης και ανεύρεση των αιτιών της προβληματικής συμπεριφοράς.          -Εκτίμηση της προσωπικότητας της και σχεδιασμός διεργασιών που θα βοηθήσουν στην προσέγγισή του.          -Δημιουργία θετικού κλίματος για την ασθενή ώστε να δεχτεί τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.          -Ιεράρχηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για μείωση άγχους και να μην προκληθεί εχθρική συμπεριφορά στην ασθενή.</p>	<p>-Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους της ασθενούς και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.          -Επιβεβαίωση της ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο.          -Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σε υπερδιέγερση.          -Ενθάρρυνση να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις και δραστηριότητες π.χ. Εργοθεραπεία, ψυχαγωγία.          -Βοήθεια να επιλέγει δραστηριότητες στις οποίες επιτυγχάνει.          -Συνέχιση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και φροντίδας σε ώρες άγχους και καχυποψίας.</p>	<p>- Η ασθενής βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει την παραδεκτή κοινωνική συμπεριφορά των μεθόδων για την επιτυχία της.          -Διοχετεύει το άγχος της μέσα από δημιουργικές ασχολίες.          -Απευθύνεται στο προσωπικό όταν αισθάνεται ταραγμένη και ζητά βοήθεια.          -Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς.          -Έχει αποκτήσει ευελιξία στην συμπεριφορά της, εμφανίζει αυξημένη κοινωνικότητα και γίνεται αποδεκτός από τους άλλους ασθενείς.          -Ανάληψη πρωτοβουλιών μέσα στο τμήμα.          -Εκφραση αισθημάτων συμπάθειας προς τους άλλους και αυτοϊκανοποίησης.          -Ικανότητα συνεργασίας.</p>



Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Ανικανότητα να συγκεντρωθεί στην πραγματικότητα.</p>	<p>-Να διαβιβαστεί στην ασθενή ότι το πρόβλημα της είναι γνωστό και αντιμετωπίζεται.  -Να αυξηθεί η επαφή της ασθενούς με την πραγματικότητα.  -Να αντιμετωπιστεί ο φόβος της στην επαφή με άλλους.  -Να διευκρινιστεί την αλήθεια και να εκφράσει ενδιαφέρον.  -Να προωθήσει μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Να μειώσει τις πιθανότητες ακατάλληλης ή βίαιης συμπεριφοράς.  -Ελάττωση του άγχους, πίεσης, εχθρότητας και αισθήματος εγκατάλειψης.  -Να την βοηθήσει να υιοθετήσει αποτελεσματικές μεθόδους που μειώνουν το φόβο και αυξάνουν την αυτοεκτίμησή της.  -Αποκατάσταση επαφής με την πραγματικότητα.</p>	<p>-Προγραμματισμός ασχολιών και ενεργειών που θα βελτίωναν την κατάσταση της ασθενούς. Ενημέρωση των υπολοίπων ασθενών και συγγενών για τον τρόπο φράσής τους.  -Προετοιμασία προγράμματος που θα βοηθήσει την ασθενή να ασχοληθεί με δημιουργικές ενέργειες και θα αυξήσει την επικοινωνία της με τους ασθενείς.</p>	<p>-Εκφραση κατανόησης για το πρόβλημα της ασθενούς και φιλικής διάθεσης.  -Ενίσχυση της να είναι δραστήρια και να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες.  -Διοχέτευση του θυμού και της ενέργειάς της μέσα από δραστηριότητες όπως χορός, εργασιοθεραπεία κλπ.  -Ανάθεση στην ασθενή απλών αρμοδιοτήτων.  -Επιβράβευση επιτυχημένων ή όχι προσπαθειών της να αναπτύξει δραστηριότητα.  -Υπενθύμιση στην ασθενή των διεργασιών που την επαναφέρουν στην πραγματικότητα.  -Ενθάρρυνση να εκφράζει τις σκέψεις και καθοδήγηση όταν ξεφεύγει από την πραγματικότητα.</p>	<p>-Η ασθενής παρουσιάζεται οργανωμένη και ενεργητική.  -Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες.  -Ταξινομεί γεγονότα σε σωστή σειρά.  -Εκφράζει αισθήματα ασφάλειας, σιγουριάς, αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης στους άλλους.  -Ο λόγος έχει λογική συνέχεια και εκφράζει άμεση αντίληψη των πραγματικών καταστάσεων.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Αποπροσανατολισμός ασθενούς ως προς το χρόνο και το χώρο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Παροχή συνεχούς, σταθερής άμεσης ανατροφοδότησης πληροφοριών.</li> <li>-Να βοηθήσει η ασθενής να παραμείνει δραστήρια, ενεργή και σε εγρήγορση με τη χρήση ακουστικών και οπτικών ερεθισμάτων.</li> <li>-Να προσανατολιστεί η ασθενής σε χρονικές ακολουθίες.</li> <li>-Παροχή σιγουριάς και ασφάλειας στην ασθενή.</li> <li>-Δημιουργία σχέσης μεταξύ χρόνου και δραστηριότητας.</li> <li>-Πρόληψη περαιτέρω αποπροσανατολισμού της ασθενούς.</li> <li>-Ελάττωση του άγχους.</li> <li>-Εξασφάλιση υψηλών επιπέδων λειτουργίας.</li> <li>Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Προγραμματισμός των ενεργειών και του χρόνου για παρατήρηση της ασθενούς.</li> <li>-Οργάνωση κατάλληλων μέσων προσανατολισμού.</li> <li>-Σχεδιασμός ενεργειών που θα κάνουν το χώρο πιο λειτουργικό για την ασθενή και πιο εύκολο τον προσανατολισμό της.</li> <li>-Δημιουργία ευχάριστου κλίματος για προσέγγιση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Τροφοδότηση ασθενούς με ρολόι, ημερολόγιο, εφημερίδες και περιοδικά.</li> <li>-Διευκρίνιση ημερομηνιών, χρόνου και γεγονότων.</li> <li>-Προτροπή των άλλων ασθενών και της οικογένειάς της να μιλούν για ασχολίες που σχετίζονται με το χρόνο και τον τόπο.</li> <li>-Εξήγηση στην ασθενή που βρίσκεται στο νοσοκομείο, την κλινική, το νούμερο του θαλάμου.</li> <li>-Τοποθέτηση εικόνων σε μέρη του νοσοκομείου που χρησιμοποιεί συχνά η ασθενής σχετικών με τη λειτουργία τους.</li> <li>-Μέριμνα για βραδινό ικανοποιητικό φωτισμό.</li> <li>-Εξήγηση θορύβων που πιθανόν να προκαλούν φόβο στην ασθενή ( π.χ. Ανελκυστήρας, χειρισμός διακοπών κλπ. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Είναι ικανοποιητικά προσανατολισμένη ως προς το χώρο και το χρόνο.</li> <li>-Μπορεί να μετακινηθεί στο περιβάλλον με ευελιξία.</li> <li>-Διαφοροποιεί τις απασχολήσεις της σε σχέση με το πέρασμα του χρόνου.</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσματος
<p>-Αποπροσανατολισμός σχετικά με την προσωπική ταυτότητα.</p>	<p>-Αποκατάσταση και ενίσχυση της ταυτότητας της ασθενούς -Πρόληψη σύγχυσης, ενίσχυση πραγματικότητας και καθορισμός μιας μεθόδου σταθερότητας. -Διατήρηση μιας αίσθησης προσωπικής ιδιαιτερότητας σε μια φιλική ατμόσφαιρα προς τον ασθενή. -Παροχή χειροπιαστών μέσων ταυτοποίησης. -Διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων της ασθενούς και δημιουργία σιγουριάς και μείωση άγχους.</p>	<p>-Σχεδιασμός του τρόπου δράσης και επιλογή των ενεργειών που θα βοηθήσουν της ασθενή χωρίς να της προκαλέσουν επιπλέον άγχος. -Μετατροπή του χώρου της ασθενούς από την ίδια με τρόπο τέτοιο ώστε να μπορεί να την κάνει να νιώθει πιο άνετα. -Ευγενική και φιλική προσέγγιση της ασθενούς.</p>	<p>-Προσφώνηση της ασθενούς με το ονοματεπώνυμό της. -Παρότρυνση στους άλλους ασθενείς να της προσφωνούν με το ονοματεπώνυμό της και πληροφόρηση της ασθενούς για τα ονόματα γύρω της και διευκρίνιση της σχέσης τους. -Παραχώρηση άδειας στην ασθενή να κρατάει προσωπικά αντικείμενα ( απαγορεύονται τα αιχμηρά ) όπως βιβλία, ρούχα, φωτογραφίες. -Δόθηκε στην ασθενή κάρτα με τα προσωπικά της στοιχεία και παροτρύνθηκε να την έχει πάντα μαζί της. -Διερευνήθηκε μαζί με την ασθενή η εικόνα που έχει για τον εαυτό της και ενισχύθηκε η πραγματικότητα όταν ήταν απαραίτητο.</p>	<p>-Αναγνωρίζει τον εαυτό της. -Απαντά κάθε φορά που την προσφωνούν με το ονοματεπώνυμό της. -Εκφράζει τη δυνατότητα να μιλά για τον εαυτό της.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Διαταραχή των διεργασιών της σκέψης</p>	<p>-Ικανότητα ασθενούς να αναγνωρίσει τις αλλαγές στη σκέψη της.  -Ικανότητα διάκρισης των έμμονων ιδεών και της πραγματικότητας και αύξηση της ικανότητας της να χειρίζεται αποτελεσματικά ελαττώματα ή διακόπτοντας την παθολογική σκέψη.  -Έκφραση ενδιαφέροντος προς τον ασθενή.  -Επαναπροσδιορισμός των νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων  διακοπή παθολογικής σκέψης ασθενούς και επαναπροσανατολισμός στην πραγματικότητα.  -Παρεμπόδιση εμφάνισης εχθρικής συμπεριφοράς.  -Ενίσχυση εμπιστοσύνης.  -Παροχή σιγουριάς, ασφάλειας, άνεσης και μείωση του άγχους.</p>	<p>-Προγραμματίζεται στενή παρακολούθηση ασθενούς.  -Διαιόρφωση τακτικής για τον τρόπο προσέγγισης, διδασκαλίας, επικοινωνίας, υποστήριξη της ασθενούς.  -Διάθεση επαρκούς χρόνου για συζήτηση αποφεύγοντας διακοπές.  -Δημιουργία άνετου και ήρεμου κλίματος για τη διεξαγωγή της συζήτησης – διδασκαλίας.</p>	<p>-Συνεχής εκτίμηση παρουσίας / έντασης των διεργασιών της σκέψης της, παρακολούθησής συστάσεις προσώπου και κινήσεις.  -Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης της ασθενούς.  -Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση.  -Προσεκτική ακρόαση της ασθενούς  -Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης.  -Ήρεμη παρουσία της πραγματικότητας.  -Τοποθέτηση ορίων όταν προσπαθεί να αντιδράσει παρορμητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη.  -Σε έντονο εκνευρισμό χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού για πρόληψη βίαιης συμπεριφοράς.  -Παροχή νέων, ενδιαφέροντων σχολίων για την πρόληψη αρνητικής συμπεριφοράς προς τον εαυτό της.  -Μείωση στρεσογόνων παραγόντων.</p>	<p>-Η ασθενής είναι οργανωμένη και πρόθυμη  -Σταδιακή υποχώρηση των έμμονων ιδεών.  -Λεκτική ικανότητα έκφρασης σκέψεων με ροή και συνειρμό.  -Συσχετίση με άλλους.  -Ευελξία και προθυμία να έρθει σε επαφή με άλλες απόψεις και ιδέες.  -Έκφραση αυτοεκτίμησης.  -Μείωση του άγχους.  -Ποιοτικός ύπνος.  -Ικανότητα διάκρισης της πραγματικότητας.  -Ικανότητα επίτευξης πιο περιπλοκών διεργασιών σκέψεως από παλιά.  -Έκφραση αισθημάτων ικανοποίησης και θετικότητας.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Ανησυχία – υπερδιέγερση</p>	<p>-Μείωση της ανησυχίας της ασθενούς. -Μείωση της υπερδιέγερσης</p>	<p>-Χορήγηση φαρμάκων -Συζήτηση με την ασθενή – επικοινωνία</p>	<p>-Χορηγήθηκε Stedon ενδομυϊκά σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες -Ενθαρρύνεται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις σκέψεις της. -Δείχνει κατανόηση για τη συμπεριφορά της.</p>	<p>-Η ασθενής παρακολούθεται μέχρι να ηρεμεί -Σταδιακά παρατηρείται κατευνασμός της υπερδιέγερσης.</p>

### 5.3.2 Β' περιστατικό σχιζοφρενικού ασθενούς παιδικής ηλικίας

#### Ιστορικό Ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Κωνσταντίνος Π.

**Ηλικία:** 7 χρονών

**Καταγωγή:** Αθήνα

**Ημερομηνία εισόδου:** 14 Σεπτεμβρίου 2014

**Ημερομηνία εξόδου:** 19 Σεπτεμβρίου 2014

**Παρούσα κατάσταση:** Ο εφημερεύον γιατρός παρατήρησε διαταραχές στη βούληση, ενορμώσεις και διαταραχές του θυμικού. Χαρακτηριστικά σημειώθηκε και η δυσκολία του αγοριού στην επαφή του με την πραγματικότητα. Επιπλέον είχε επιπέδωση συναισθημάτων κάτι που ανάγκασε τον γιατρό να της κάνει εισαγωγή για να διαπιστώσει τι συμβαίνει ακριβώς λόγω της υποψίας του για σχιζοφρένεια.

Ακολουθεί η Νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Παραμέληση της προσωπική εμφάνισης</p>	<p>-Η εκμάθηση απλών συνηθειών υγιεινής και φροντίδας του από την ίδια.</p>	<p>-Αρχικά η ασθενής ενθαρρύνεται να βοηθήσει να ασχοληθεί με την ατομική υγιεινή και την περιποιημένη εμφάνισή της. -Προγραμματίζεται η ατομική φροντίδα σε τακτά χρονικά διαστήματα για να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή.</p>	<p>-Ενθαρρύνεται η ασθενής να περιποιηθεί τον εαυτό της και σιγά – σιγά αφήνεται η πλήρης ευθύνη στην επιμέλειά της. -Γίνονται επαινετικά σχόλια όταν εμφανίζεται καθαρή για την εμπέδωση των υγιεινών συνθηκών. -Στα πλαίσια της εργασιοθεραπείας παροτρύνεται η ασθενής να φτιάξει κάτι για τον εαυτό της, π.χ. Ένα κόσμημα ή ένα ρούχο. -Εφαρμόζεται βεβαίωση και ψυχοθεραπεία για την άρνηση του αιτίου που προκαλεί αυτήν την παραμέληση του εαυτού της. -Τονίζοντας με προσοχή και ευγένεια τα καλά στοιχεία που έχει ο εαυτός της να αποδείξει.</p>	<p>-Η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς και ελέγχεται η πρόοδος της. Αν καμία πρόοδος δεν έχει καταγραφεί υπάρχει προβληματισμός μεταξύ της ομάδας και ελέγχεται η διανοητική κατάσταση της ασθενούς για τυχόν νοηματικές ανωμαλίες που δεν ελήφθησαν υπόψη.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας</p>	<p>-Να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα.</p> <p>-Να χρησιμοποιήσει κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας</p> <p>-Να κατανοεί τα προβλήματα επικοινωνίας και των στρεσογόνων παραγόντων που το προκαλούν.</p>	<p>-Συνεχίζόμενη εκτίμηση του τύπου και βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας</p> <p>-Αναγνώριση αιτιών που προκαλούν το πρόβλημα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, άγχος, απόσυρση από το περιβάλλον.</p>	<p>-Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη λεκτικής – συμβολικής συμπεριφοράς του αρρώστου.</p> <p>-Δημιουργία ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος που βοηθά στην ελάττωση του άγχους.</p> <p>-Αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων του προβλήματος.</p> <p>-Αποδοχή χρησιμοποίησης από τον άρρωστο άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία, όπως ζωγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι.</p> <p>-Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αγωγής.</p>	<p>-Ο ασθενής είναι πλέον ικανός να αναγνωρίσει τα προβλήματα επικοινωνίας και των παραγόντων που τα προκαλούν.</p> <p>-Χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.</p> <p>-Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα. Αρχίζει τη δοκιμή στρατηγικών για ελάττωση του άγχους του και προαγωγή της λεκτικής επικοινωνίας με συνοχή και νόημα.</p>



<p><b>Αξιολόγηση αναγκών</b></p> <p>-Απομόνωση</p>	<p><b>Αντικειμενικός σκοπός</b></p> <p>-Ο ασθενής να αυξήσει την κοινωνικότητά του και να μην απομονώνεται στο δωμάτιό του.</p>	<p><b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b></p> <p>-Παρότρυνση του ασθενούς να τρώει στη τραπέζα. -Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετέχει σε ευχάριστες δραστηριότητες όπως επιτραπέζια παιχνίδια, ζωγραφική κλπ.</p>	<p><b>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</b></p> <p>-Ο ασθενής προσεγγίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό για να τρώει το φαγητό του στην τραπέζα. -Το νοσηλευτικό προσωπικό παροτρύνει τον ασθενή να συμμετέχει στη διαδικασία της κηπουρικής, ώστε να αυξήσει την κοινωνικότητά του.</p>	<p><b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b></p> <p>-Ο ασθενής σε διάρκεια μιας εβδομάδας έγινε πιο κοινωνικός καθώς με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού συμμετέχει σε δραστηριότητες</p>
--	---	---	---	---

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσματος
<p>-Ελλιπή αυτοφροντίδα</p>	<p>-Ο ασθενής να διατηρήσει ή να αυξήσει τις δεξιότητες υγείνης – καθαριότητας</p>	<p>-Παρότρυνση του ασθενούς να προσέχει και να φροντίζει τον εαυτό του          -Φροντίδα για ενίσχυση της ανεξαρτησίας του ασθενούς.</p>	<p>-Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης του ασθενούς σε ρούχα, καλλυντικά, καθρέφτη, νερό κ.ά. Ανάγκες.          -Δημιουργία μιας ομάδας με σκοπό τη βελτίωση στην περιποίηση – ντύσιμο.</p>	<p>-Ο ασθενής παρουσίασε σημάδια βελτίωσης στη εικόνα του          -Ολοκληρώνει μόνος του τις δραστηριότητες περιποίησης.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
-Παραλήρημα	-Αντιμετώπιση παραληρήματος Βοήθεια για αντίληψη του εαυτού του στο περιβάλλον.	-Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος. -Συζήτηση με τον άρρωστο έτσι ώστε να διακρίνει την πραγματικότητα και να ελέγχει την παθολογική σκέψη. -Χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	-Ο νοσηλευτής συζητά με τον ασθενή σε φιλικό και άνετο περιβάλλον. -Γίνεται χορήγηση Risperidal 4mg 1x3 σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	-Το παραλήρημα υποχωρεί σταδιακά. -Ο ασθενής έχει καλύτερη αντίληψη για τον εαυτό του και για το περιβάλλον του.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
-Επιθετικότητα	-Καταστολή της επιθετικότητας προς άλλους	-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία -Περιορισμός του αρρώστου στην κλίνη με μάντες.	-Με ήρεμο πλυσίσιμα και χαμηλό τόνο φωνής ο νοσηλευτής χορηγεί aloperidin 1x3 Akineton ½ x3 Zuledin ½ x3	-Ο ασθενής μετά τη φαρμακευτική αγωγή ηρέμησε. -Έγινε χαλάρωση των μάντων που τον περιόριζαν κινητικά -Λόγω της βελτιωμένης κατάστασής του απελευθερώθηκε από τους μάντες μέσα σε ένα 24ωρο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα εργασία έγινε η περιγραφή του χρόνιου κλινικού συνδρόμου της παιδικής σχιζοφρένειας όπου εξετάστηκαν η συμπτωματολογία, η ανάλυση και η θεραπεία αυτής της νόσου. Το μόνο σίγουρο είναι ότι χρειάζεται εμπειρική διερεύνηση του θέματος και ακόμη ενδελεχότερη μελέτη, διότι δεν ήταν δυνατό να εξαντλήσουμε ένα τέτοιο θέμα, το οποίο έχει τόσες πολλές διαστάσεις.

Κλείνοντας, οφείλουμε να τονίσουμε την αναπόδραστη συνέπεια της οικογένειας στο παιδί, καθότι μέσα σ'αυτήν ολοκληρώνεται και πιθανότατα η θεραπεία μιας τέτοιας ασθένειας να κρύβεται μέσα στις σχέσεις που έχει το παιδί με τους οικείους του. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η ένταξη αυτών των ατόμων στο σύνολο γιατί μια ζωή θα είναι φορέας ενός στίγματος για το οποίο δεν ευθύνονται και που μόνο δυσάρεστες συνέπειες μπορεί να προκαλέσει. Έπειτα, πρέπει να γίνουν οι προοπτικές

αυτών των παιδιών να συνεχίσουν το σχολείο να είναι δελεαστικές για να μην απομονώνονται και ακολουθούν μοναχικούς δρόμους. Εν κατακλείδι, ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και μετέπειτα της ίδιας της κοινωνίας είναι πολύ σημαντικός για την ένταξη αυτών των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο ζώντας μία, όσο τους επιτρέπει η ιδιομορφία τους, φυσιολογική ζωή.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα της αποτελούν την εξωτερική έκφραση των όσων συμβαίνουν στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η έκδηλη έκπτωση γνωστικών και νευροψυχολογικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η προσοχή, το συναίσθημα, η διανοητική κατάσταση, η αντίληψη για την πραγματικότητα και τις σκέψεις και τις προθέσεις των άλλων, η ψυχοκοινωνική συνδιαλλαγή αλλά και η γενικότερη λειτουργικότητα των ασθενών. Θεωρώντας δεδομένη την πολυπλοκότητά της, επαλυθούνται και οι φόβοι για τη συνέχιση του προβλήματος καθώς είναι απίθανο να βρεθούν απαντήσεις στα ερωτήματα των αιτιών και της θεραπείας της. Σαφέστατα, λοιπόν, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί όταν μιλάμε για θεραπεία της σχιζοφρένειας για την αποτροπή πλασματικών προσδοκιών και φρούδων ελπίδων. Αν και έχουν γίνει άλματα στην κατανόησή της, παραμένει ένας από τους δυσκολότερους γρίφους στον τομέα της Ψυχιατρικής.

### **Σκοπός:**

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με σύγχρονες και επαρκείς γνώσεις σχετικά με την συγκεκριμένη ασθένεια και τις θεραπευτικές μεθόδους.

Παράλληλα, στόχος ήταν να εξεταστεί η επίδραση των γνώσεων που υπάρχουν, σχετικά με το θέμα αυτό, στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της σχιζοφρένειας, ιδίως αυτή της παιδική ηλικίας, και στην προσδοκώμενη ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσούν.

## **Summary**

Schizophrenia is a disease of the brain. The symptoms are the outward expression of what is happening inside the brain. The main feature of the disease is marked off cognitive and neuropsychological functions, such as memory, attention, emotion, mental status, perception of reality and the thoughts and intentions of others, psychosocial conciliation and the overall functionality of patients. Considering given its complexity, verified and fears for the continuation of the problem is unlikely to find answers to the questions of the causes and treatment. Clearly, then, we must be careful when we talk about treatment of schizophrenia to avoid false expectations and false hopes. Although there have been leaps in understanding, remains one of the most difficult puzzles in the field of psychiatry.

### **Purpose:**

The purpose of this study was to investigate the degree of awareness of the nursing staff with modern and adequate knowledge on the specific disease and therapies.

Furthermore, the aim was to examine the effect of existing knowledge on the subject, to effectively address the problem of schizophrenia, especially that of childhood, and the expected quality of life of patients who are ill.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Gamarnikow, E. (2009). Το δικαίωμα στην εκπαίδευση σε εθνικά/πολυπολιτισμικά εκπαιδευτικά συστήματα: διερευνώντας εντάσεις και αμφισημίες. Στο Ανδρούσου, Α. & Ασκούνη, Ν. (επιμ.) Πολιτισμική Ετερότητα και Ανθρώπινα δικαιώματα. Προκλήσεις για την εκπαίδευση. Αθήνα: Μεταίχμιο.
2. Uprichard, E. (2008). Children as ‘Being and Becomings’: Children, Childhood and Temporality. *Children and Society*, 22, 303-313.
3. Bark N., Revheim N., Huq F., Khalderov V., Ganz ZW., Medalia A. ( 2003 ). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. (63) 229-235.
4. Bell M., Bryson G., Greig T., Corcoran C., and Wexler., B. ( 2001 ) Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: Effects on neuropsychological test performance . *Archives of General Psychiatry*, 58: 763-768.
5. Bellack A., Weinhardt L., Gold J., and Gearon J. ( 2001 ) Generalization of training effects in schizophrenia. *Schizophrenia Research* ,48:255-262.
6. Belucci D., Glaberman K., Haslam N. (2003 ) Computer-assisted cognitive rehabilitation reduces negative symptoms in the severely mentally ill. *Schizophrenia Research* (59):225-232.
7. Bowie C. ( 2005 ) Cognitive remediation in schizophrenia: a case study. *Psychiatry Source* 1-6.
8. Medalia A., Revheim N., Casey M. ( 2000 ) Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychological Medicine* (30):1451-1459.
9. Medalia A., Revheim N., and Casey M. ( 2001 ) The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* , 27(2):259-267.



10. Simon E., Giacomini V., Ferrero F., Mohr S. ( 2003 ) Dysexecutive syndrome and social adjustment in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3) 340-350.
11. Stip E. & Rialle V. ( 2005 ) Environmental Cognitive remediation in Schizophrenia : Ethical Implications of “ Smart Home” Technology. *Canadian Journal of Psychiatry* (5):281- 291.
12. Twamley E., Doshi R., Nayak G., Palmer B., Golshan S., Heaton R., Patterson T. & Jeste D. ( 2005 ) Generalized cognitive impairments, everyday functioning ability and living independence in patients with psychosis. *American Journal of Psychiatry*, (159):2013-2020.
13. Velligan D., Bow-Thomas C., Huntzinger C., Ritch J., Ledbetter N., Prihoda T., and others. ( 2000 ) Randomised controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157:1317-1323.
14. Wexler B. & Bell M. ( 2005 ) Cognitive Remediation and Vocational Rehabilitation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4):931-941.
15. Zanelo A., Pering L., Huguelet P. ( 2006 ) Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects. *Psychiatry Research*.
16. Allen, P. Amaro, E., Fu, C. H. Y., Williams, S. C. R., Brammer, M. J., Johns L. C. & McGuire P. K. (2007). Neural correlates of the misattribution of speech in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 190: 162-169
17. Alptekin, K. Akvardar, Y. Kivircik, B. B., Dumlu, K. Isik, D., Pirinci, F., Yahssin, S. & Kitis, A. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29: 239-244

18. Al-Uzri, M. M., Laws, K. R. & Mortimer, A., M. (2004). An early marker for semantic memory impairment in patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9 (4):267-279
19. Badcock, J. C., Dragovic, M., Waters, F.A. V.& Jablensky, A. (2005). Dimensions of intelligence in schizophrenia: evidence from patients with preserved, deteriorated and compromised intellect. *Journal of Psychiatric Research*, 39: 11-19
20. Badcock, J. C., Waters, F. A. V. & Maybery, M. T. (2005). Auditory hallucinations: Failure to inhibit irrelevant memories. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10 (2):125-136
21. Badcock, J. C., Williams, R.J., Anderson, M. & Jablensky, A. (2004). Speed of processing and individual differences in IQ in schizophrenia: General or specific cognitive deficits? *Cognitive Neuropsychiatry*, 9 (4):233-247
22. Bora, E., Sehitoglu, G., Aslier, M., Atabay, I. & Veznedaroglu, B. (2007). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscencei*, 257:104-111
23. Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Kiosseoglou, G. & Karavatos, A. (2006). Neuropsychological profile of cognitivelyimpaired patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47: 136-143
24. Brebion, G., Gorman, J.M., Malaspina, D.& Amador, X. (2005). A model of verbal memory impairments in schizophrenia: Two systems and their associations with underlying cognitive processes and clinical symptoms. *Psychological Medicine*, 35: 133- 142
25. Brebion, G., Smith, M. J., Gorman, J. M., Malaspina, D., Sharif, Z.& Amador, X. (2000). Memory and schizophrenia: Differential link od processing speed and selective attention with two levels of encoding. *Journal of Psychiatry Res*, 34: 121
26. Brune, M. (2003).Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganised schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60: 57-64

27. Brunet, E. Sarfati, Y & Hardy-Bayle, M. (2003). Reasoning about physical causality and other dimensions in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8: 129-139
28. Calkins, M. E., Gur, R. C., Ragland, J. D. & Gur, R. E. (2005). Face recognition memory deficits and visual object memory performance in patients with schizophrenia and their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 162 (10): 1963-1966
29. Cirillo, M. A. & Seidman, L. J. (2003). Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: From clinical assessment to genetic and brain mechanisms. *Neuropsychology Review*, 13 (2):43-77
30. Combs, D. R. & Gouvier, W. D. (2004). The role of attention in affect perception: An examination of Mirsky's Four Factor Model of Attention in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4): 727-738
31. Corcoran, R. & Frith, C. D.. (2003). Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33: 897-905
32. Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A. & Zandio, M. (2006). Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 6 (26):pp not available.
33. Dickinson, D., Bellack, A. S. & Gold, J. M. (2007). Social/Communications skills, cognition, and vocal functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (5): 1213- 1220
34. Gur, R. E., Kohler, C. G., Ragland, D., Siegel, S. J., Lesko, K., Bilker, W. B. & Gur, R. C. (2006). Flat affect in schizophrenia: Relation to Emotion Processing and neurocognitive measures. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (2): 279-287

35. Hardy- Bayle, M. C., Sarfati, Y. & Passerieux, C. (2003). The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (3): 459-471
36. Henry, J. D., Rendell, P. G., Kliegel, M. & Altgassen, M.(2007). Prospective memory in schizophrenia: Primary or secondary impairment? *Schizophrenia Research*, 95: 179-185
37. Herold, R., Tenyi, T., Lenars, K & Trixler, M. ( 2007 ) Theory of mind in people with shizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32: 1125-1129
38. Horan, W. P., Kring, A. M. & Blanchard, J. J. (2006). Anhedonia in schizophrenia: A Review of Assesment Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (2): 259-273
39. Hubl, D., Koenig, T., Strik, W., Federspiel, A., Kreis, R., Boesch, C., Maier, S., Scroth, G., Lovblad, K. & Dierks, T. (2004). Pathways that make voices. *Arc Gen Psychiatry*, 61: 59 658-668
40. Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J. & van Os, J. (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108:110-117
41. Kremen, W. S., Seidman, L. J. Faraone, S. V. & Tsuang, M. T. (2001). Intelligence Quotient and Neuropsychological Profiles in patients with schizophrenia and in normal volunteers. *Society of biological Psychiatry*, 50: 453-462
42. Landro, N. I., Pape-Ellefsen, E., Hagland, K. O.& Odland, T. (2001). Memory deficits in young schizophrenia with normal general intellectual function. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42: 459-466
43. Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B.& Catts, S. V. (2001). Mentalising executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 6: 81-108

44. Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B. & Catts, S. V. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: The role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological Medicine*, 32: 1273-1284
45. Leitman, D. I., Ziwich, R., Pasternak, R. & Javitt, D. C. (2006). Theory of Mind (ToM) and counterfactuality deficits in schizophrenia: misperception or misinterpretation?. *Psychological Medicine*, 36:1075-1083
46. Liddle, P. F. (1978). Schizophrenic symptoms: Cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychological Medicine*, 17: 49-57
47. Mathalon, D. H., Heinks, T. & Ford, J. M. (2004). Selective Attention in schizophrenia: Sparing and loss of Executive control. *American Journal of Psychiatry*, 161 (5): 872-881
48. Maynard, T. M., Linmare, S., Lieberman, J. A. & LaMantia, A. (2001). Neural development, Cell-Cell signaling and "two- hit" hypothesis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (3): 457-476
49. Mazza, M., Risio, A., D., Surian, L., Roncone, R. & Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 47: 299-308
50. Mechelli, A., Allen, P., Amaro, E., Fu, C. H. Y., Williams, S. C. R., Brammer, M. J., Jonhs, L. C. & McGuire, P. K. (2007). Misattribution of speech and Impaired Connectivity in Patients with Auditory Verbal Hallucinations. *Human Brain Mapping*, 28: 1213-1222
51. Monkul, E. S., Green, M. J., Baret, J. A., Robinson, J. L., Velligan, D. I. & Glahn D. C. (2007). A social approach to emotional intensity judgment deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94: 245-252

52. Moser, C., Krieg, J. C., Zihl, J. & Lautenbacher, S. (2006). Attention and memory deficits in schizophrenia. The role of symptoms in depression. *Cognitive Behavioral Neurology*, 19 (3): 150-156
53. O' Donnell, B. F. (2007). Cognitive Impairment in schizophrenia: A life span perspective. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22 (5): 398-405
54. Oertel V., Rotarska-Jagiela, A., van de Ven, V., G., Haenschel, C., Maurer, K. & Linden, D. E. J. (2007). Visual hallucinations in schizophrenia investigated with functional magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research:Neuroimaging*, 156: 269-273
55. Oulis, P. Gournellis, R., Konstantakopoulos, G., Matsoukas, T., Michalopoulou, P. G., Soldatos, C & Lykouras, L. (2007). Clinical dimensions of auditory hallucinations in schizophrenic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48: 337-342
56. Penades, R. Boget, T., Catalan, R. Bernado, M., Gasto, C. & Salamero, M. (2003). Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63: 219-227
57. Peters, M. J. V., Cima, M. J., Smeets, T., de Vos, M., Jelicic, M. & Merckelbach, H. (2007). Did I say that word or did you? Executive dysfunctions in schizophrenic patients affect memory efficiency, but not source attributions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12 (5): 391-411
58. Ragland, J. D., Yoon, J., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2007). Neuroimaging of cognitive disability in schizophrenia: Search for a pathophysiological mechanism. *International Review of Psychiatry*, 19 (4): 419-429
59. Reulbach, U., Bleich, S., Maihofner, C., Kornhuber, J. & Sperling, W. (2007). Specific and unspecific auditory hallucinations in patients with schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 55: 89-95

60. Robbins, T. W. (2005). Synthesizing Schizophrenia: A bottom-up, Symptomatic Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (4): 854-864
61. Roncone, R., Fallon, R. H., Mazza, M., DeRisio, A., Pollice, R., Necozone, S. Morosini, P. & Casacchia, M. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35: 280-288
62. Ruiz, J. C., Soler, M. J., Fuentes, I. & Tomas, P. (2007). Intellectual functioning and memory deficits in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 48: 276-282
63. Sanders, G. S., Gallup, G. G., Heinsen, H. Hof, P. R. & Schmitz, C. (2002). Cognitive deficits, schizophrenia, and the anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 6 (8):190-192
64. Saperstein, A. M., Fuller, R. L., Avila, M. T., Adami, H., McMahon, R. P., Thaker, G., K. & Gold, J. M. (2006). *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3): 498-506
65. Sarfati, Y., Passerieux, C. & Hardy-Bayle, M. (2000). Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia? *Psychopathology*, 33: 246-151
66. Schneider, F., Gur, R., Koch, K., Baches, V., Amunts, K., Shah, N. J., Bilker, W., Gur, R. E. & Habel, U. (2006). Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163 (3): 422-447
67. Seal, M. L., Aleman, A. & McGuire, P.K. (2004). Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: Neurocognitive models of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9 (1/2): 43-72
68. Simon, A. E., Berger, G. E., Giacomini, V., Ferrero, F. & Mohr, S. (2006). Insight, symptoms and executive functions in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11 (5): 437-451

69. Taylor, S. F., Phan, K. L., Britton, J. C. & Liberzon, I. (2005). Neural response to emotional salience in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 30:984-995
70. Waters, F. A., Badcock, J. C., Michie, P. T. & Maybery, M. T. (2006). Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11 (1): 65-83
71. Weickert, T. W., Goldberg, T. E., Gold, J. M. Bigelow, L., B., Egan, M., F. & Weinberger, D. R. (2000). Cognitive Impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 907-913
72. Wykes, T., Reeder, C., Laundau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A. et al. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 190: 421-427
73. Kraepelin E. ( 1986 ) Dementia praecox, in *The Clinical Roots of the Schizophrenia Syndrome*. Edited by J. Cutting & M. Shepherd, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 15-24.
74. Tsuang M, Stone W, Faraone S. ( 2000 ) Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 157: 1041-1050.
75. Kirkpatrick B, Buchanan R, Ross D, Carpenter W. ( 2000 ) A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 58:165-171.
76. Roy M, Lehoux C, Brassard A, Rene L, Trepanier J, Merette C. ( 2000 ) Kraepelinian and non-Kraepelinian schizophrenia: replication and extension of previous findings. *Schizophr Res*, 49: 21.
77. Peralta V, Cuesta MJ. ( 2001 ) How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res*, 49: 269-285.



78. Marengo J, Harrow M, Herbener ES, Sands J. ( 2000 ) A prospective longitudinal 10-year study of schizophrenia's three major factors and depression. *Psychiatr Res*, 97: 61-77.
79. Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM. ( 2002 ) Symptom dimensions and their association with outcome and treatment setting in long-term schizophrenia. Results of the DSP project. *Nord J Psychiatry*, 56: 319-327.
80. Yazaji El M, Battas O, Agoub M, Moussaoui D, Gutknecht C, Dalery J, D' Amato T, Saoud M. ( 2002 ) Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the PANSS in drug-free patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 56: 121-127.
81. Kulhara P, Avasthi A. ( 2003 ) Influence of depressive symptoms and premorbid adjustment on factor structure of phenomenology of schizophrenia: a study from India. *Eur Psychiatry*, 18: 226-232.
82. Möller HJ. ( 2005 ) Occurrence and treatment of depressive comorbidity/ cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *World J Biol Psychiatry*, 6: 247-263.
83. Siris SG. ( 2000 ) Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. *Am J Psychiatry*, 157: 1379-1389.
84. Häfner H. ( 2005 ) Schizophrenia and depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255: 157-158.
85. Häfner H, Maurer K, Trendler G, An der Heiden W, Schmidt M, Konnecke R. ( 2005 ) Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases- a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res*, 77 : 11-24.

86. Häfner H, Maurer K, Trendler G, An der Heiden W, Schmidt M. ( 2005 ) The early course of schizophrenia and depression Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 255: 167-173.
87. Angst J. ( 2002 ) Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. Schizophr Res, 57: 5-13.
88. Maier W, Hofgen B, Zoebel A, Rietschel M. ( 2002 ) Genetic models of schizophrenia and bipolar disorder: overlapping inheritance or discrete genotypes? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 255: 159-166.
89. Cardno AG, Rijdsdijk FV, Sham PC, Murray RM, McGuffin P. ( 2002 ) A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms. Am J Psychiatry, 159: 515-518.
90. Berrettini W. ( 2003 ) Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 123: 59-64.
91. Green EK, Raybould R, Macgregor S et al. ( 2005 ) Operation of the schizophrenia susceptibility gene, neuregulin 1, across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry, 62: 642-648.
92. Williams HJ, Owen MJ, O' Donovan MC. ( 2003 ) Is COMT a susceptibility gene for schizophrenia? Schizophr Bull, 33: 635-641.
93. Bressan RA, Chaves AC, Pilowsky LS, Shirakawa I, Mari JJ. ( 2003 ) Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. Psychiatr Res, 117: 47-56.
94. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. ( 2000 ) Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull, 26 : 193-200.

95. Brebion G, Gorman MJ, Malaspina D, Sharif Z, Amador X. ( 2001 ) Clinical and cognitive factors associated with verbal memory task performance in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 158: 758-764.
96. Kilzieh N, Wood AE, Erdman J, Raskind M, Tapp A. ( 2003 ) Depression in Kraepelinian schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 44: 1-6.
97. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, King DJ. ( 2000 ) Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res*, 45: 47-56.
98. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. ( 2000 ) Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: 1. Ontogeny of postpsychotic depression. *Br J Psychiatry*, 177: 516-521.
99. Dollfus S, Ribeyre JM, Petit M. ( 2000 ) Objective and subjective extrapyramidal side effects in schizophrenia : their relationships with negative and depressive symptoms *Psychopathology*, 33 : 125-130.
100. Lee KW, Harris A, Loughland C, Williams L. ( 2003 ) The five symptom dimensions and depression in schizophrenia. *Psychopathology*, 36:226-233.
101. Conley R, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon B. ( 2007 ) The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 90: 186-197.
102. Yazaji El M, Battas O, Agoub M, Moussaoui D, Gutknecht C, Dalery J, D'Amato T, Saoud M. ( 2002 ) Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the PANSS in drug-free patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 56: 121-127.

103. Oosthuizen P, Emsley R, Roberts M, Turner J, Keyter N, Torremans M. ( 2002 ) Depressive symptoms at baseline predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*, 58: 247-252.
104. Micallef J, Fakra E, Blin O. ( 2006 ) Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression. *Encephale*, 32: 263-269.
105. Σταθοπούλου Χ. ( 2007 ) Μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος , εφαρμογή στη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 46 ( 1 ), 48 – 54.
106. Κούτα Χ. ( 2007 ) Υγεία και κουλτούρα. *Νοσηλευτική*, 46 ( 2 ), 176 – 180.
107. Μισουρίδου Ε. ( 2007 ) Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή- ασθενή. *Νοσηλευτική*, 46 ( 3 ), 374 – 380.
108. Μαντζούκας Σ. ( 2007 ) Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46 ( 1 ), 88 – 98.
109. Κολοβός Π. , Σουρτζή Π. ( 2006 ) Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στην οργάνωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική*, 45 ( 1 ), 32 – 40.
110. Κολοβός Π. , Σουρτζή Π. ( 2007 ) Η έννοια της συμμετοχής στη φροντίδα υγείας. *Νοσηλευτική*, 46 ( 1 ), 38 – 47.