



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΒΑΡΒΙΑ ΕΥΓΕΝΙΑ



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πιο εντυπωσιακή ίσως από τις ψυχικές διαταραχές λόγω του ότι χρήζει παραπάνω διερεύνησης, καθώς δεν έχουν δοθεί απαντήσεις σε μείζονα ερωτήματα είναι η σχιζοφρένεια. Η ψυχική αυτή διαταραχή προσβάλλει το 1% του συνολικού πληθυσμού, ενώ κάθε χρόνο γίνονται περίπου 1000 νέες διαγνώσεις. Κρίνεται λοιπόν εξαιρετικά σημαντικό, οι άνθρωποι αυτοί καθώς και οι οικογένειές τους, να λάβουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να φτάσουν στο μέγιστο βαθμό της λειτουργικότητάς τους και να μείνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας χωρίς να περιθωριοποιούνται ή να στιγματίζονται.

Αρωγοί στον σκοπό αυτό είναι οι νοσηλευτές, οι οποίοι ως επιστήμονες υγείας βρίσκονται στο πλευρό των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους, υποστηρίζοντάς τους και επιλύοντας προβλήματα που προκύπτουν τόσο κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στην ψυχιατρική κλινική, όσο και μετά την έξοδό τους από αυτή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει και να υπερασπίζεται τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενή και να τον στηρίζει ουσιαστικά, με σκοπό να διεκδικήσει τη θέση του ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας επιζητώντας ισοτιμία.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κα Αποστολοπούλου Παναγιώτα για τη διαρκή και ουσιαστική βοήθεια που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις πλέον πολύπλοκες ψυχωστικές διαταραχές, η οποία προκαλεί ανατομικές και λειτουργικές βλάβες στον εγκέφαλο και επηρεάζει τη ζωή σχεδόν 24 εκατομμυρίων ανθρώπων σε παγκόσμιο επίπεδο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011). Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη μέχρι και σήμερα αν και θεωρείται πως εμπλέκονται πολλοί παράγοντες όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί. Η συμπτωματολογία της γίνεται αισθητή (πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο) σε μεγαλύτερο ποσοστό κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ζωής. Η διάγνωση είναι εφικτή μετά από στενή παρακολούθηση των ασθενών, αλλά και χρήση των κριτηρίων ICD-10 κυρίως για τις Ευρωπαϊκές χώρες και DSM-V για την Αμερική και τις υπόλοιπες χώρες. Η θεραπεία της σχιζοφρένειας βασίζεται στη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων, τυπικών και άτυπων τα οποία βελτιώνουν τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της διαταραχής, σε συνδυασμό με μακροχρόνια ψυχοθεραπεία και εισαγωγή του ασθενή σε ψυχιατρική κλινική, όποτε αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό να παρουσιάσει και να αναλύσει το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση και παροχή φροντίδας υγείας των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Αρχικά, δίνονται κάποια στοιχεία για τον ορισμό, την ιστορική αναδρομή, την επιδημιολογία, τους τύπους, τις ψυχώσεις του σχιζοφρενικού φάσματος, την αιτιοπαθογένεια, τα συμπτώματα, τη διάγνωση, τη διαφορική διάγνωση, τη συνοσηρότητα, την πρόγνωση, πορεία, πρόληψη και θεραπεία της σχιζοφρένειας. Στη συνέχεια παρουσιάζεται αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπως και κάθε ασθενής με ψυχική νόσο, αποτελούν έναν ιδιαίτερο πληθυσμό, ο οποίος εκτός από την ολιστική φροντίδα υγείας που θα λάβει από τον νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, θα πρέπει να έχει συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη στα πλαίσια της κοινότητας, έτσι ώστε ο νοσηλευτής να εντοπίσει όλες τις ανάγκες και τα συναισθήματα που δεν είναι σε θέση ή δεν θέλουν να περιγράψουν τα άτομα με σχιζοφρένεια.

Κύριο μέλημα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή με σχιζοφρένεια να φτάσει στον μέγιστο βαθμό της λειτουργικότητάς του, την οποία και θα του διδάξει πώς να διατηρήσει μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, ώστε να αποτελεί ένα ενεργό και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας, το οποίο θα μπορεί να εγκλιματιστεί σε αυτήν. Απώτερος σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, όπως και όλης της θεραπευτικής ομάδας, είναι η επίτευξη και διατήρηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων αυτών και η ομαλή διαβίωσή τους στην κοινότητα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Σχιζοφρένεια, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτική Φροντίδα.

ABSTRACT

Schizophrenia is one of the most complex psychotic disorders, which causes anatomical and functional lesions in the brain and affects the lives of nearly 24 million people worldwide, according to the World Health Organization (2011). The etiology of the disease remains unknown until today, although many factors such as genetic, environmental and psychological are thought to be involved. Her symptomatology becomes noticeable (first psychotic episode) to a greater extent, especially during puberty and early adulthood. The diagnosis is possible after closely monitoring patients, but also using the ICD-10 criteria for Europe and DSM-V for America and other countries. The treatment of schizophrenia is based on the administration of antipsychotic drugs, typical and atypical, which improve the positive and negative symptoms of the disease, in combination with long-term psychotherapy and the introduction of the patient into a psychiatric clinic whenever deemed necessary.

This paper was designed to present and analyze the role of nursing staff in managing and providing health care for schizophrenic patients.

Initially, some data are given on definition, historical background, epidemiology, types, schizophrenic spectrum psychoses, etiopathogenesis, symptoms, diagnosis, differential diagnosis, cohesiveness, prognosis, progression, prevention and treatment schizophrenia. The role of the nurse as a member of the treatment group for the treatment of schizophrenia is presented below. Patients with schizophrenia, like every patient with mental illness, are a particular population who, in addition to the holistic health care they will receive from the nurse during their hospitalization, should have continuous monitoring and support in the context of community so that the nurse can identify all the needs and feelings that are unable or unwilling to describe people with schizophrenia.

The primary concern of the mental health nurse is to help the schizophrenic patient reach the maximum degree of functionality, which he will teach him how to maintain after leaving the hospital to be an active and useful member of society in which he is able be acclimated within it. The ultimate goal of nursing interventions, as well as the whole therapeutic group, is to achieve and maintain the psychosocial rehabilitation of these individuals and their smooth living in the community.

KEY WORDS: Schizophrenia, Mental Health Nursing, Nursing Care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΜΕΡΟΣ Α΄	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»	11
1.1 Ορισμός	11
1.2 Ιστορική αναδρομή	11
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	12
1.4 Αιτιοπαθογένεια-Παράγοντες κινδύνου	14
1.4.1 Γενετικοί παράγοντες	14
1.4.2 Γονική ηλικία	14
1.4.3 Προγεννητικοί-Περιγεννητικοί παράγοντες και εποχικότητα	15
1.4.4 Ανοσολογικές και φλεγμονώδεις διαταραχές	15
1.4.5 Νευρολογικοί παράγοντες	16
1.4.6 Νευροχημικοί παράγοντες-Θεωρία Ντοπαμίνης	16
1.4.7 Ψυχολογικοί παράγοντες	16
1.4.8 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	17
1.5 Σημεία και συμπτώματα	19
1.5.1 Πρόδρομα συμπτώματα	19
1.5.2 Προειδοποιητικά σημεία	20
1.5.3 Συμπτωματολογία	20
1.5.4 Χαρακτηριστικά συμπτώματα	21
1.5.5 Θετικά συμπτώματα	25
1.5.6 Αρνητικά συμπτώματα	25
1.6 Διάγνωση	27
1.6.1 Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V)	28
1.7 Τύποι σχιζοφρένειας	29
1.7.1 Παρανοειδής τύπος	29
1.7.2 Αποδιοργανωτικός τύπος-Ηβηφρενικός	30
1.7.3 Κατατονικός τύπος	30
1.7.4 Αδιαφοροποίητος τύπος	31
1.7.5 Απλός τύπος	32
1.7.6 Υπολειμματικός τύπος	32

1.8	Παθοφυσιολογία της νόσου	33
1.9	Διαφορική διάγνωση.....	33
1.10	Ψυχώσεις του σχιζοφρενικού φάσματος και άλλες σχετικές προς την σχιζοφρένεια διαταραχές	34
1.10.1	Σχιζότυπη διαταραχή	34
1.10.2	Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	35
1.10.3	Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές	35
1.10.4	Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές	35
1.10.5	Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη	36
1.11	Συννοσηρότητα	36
1.12	Πορεία και πρόγνωση	37
1.13	Πρόληψη	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο «ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»		39
2.1	Γενικά στοιχεία.....	39
2.2	Σωματικές θεραπείες	40
2.2.1	Αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή.....	40
2.2.2	Ενισχυτική φαρμακοθεραπεία.....	46
2.2.3	Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	46
2.3	Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	46
2.3.1	Ψυχοθεραπεία	47
2.3.2	Θεραπεία οικογένειας.....	47
2.3.3	Θεραπεία περιβάλλοντος.....	48
2.3.4	Ψυχοεκπαίδευση	48
2.3.5	Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.....	49
2.3.6	Δημιουργικές θεραπείες	49
2.3.7	Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	49
2.4	Θεραπείες στη φάση της οξείας ψύχωσης και στη φάση της συντήρησης	49
2.4.1	Θεραπεία στη φάση της οξείας ψύχωσης	49
2.4.2	Θεραπεία στη φάση συντήρησης	50
2.5	Σχιζοφρένεια ανθεκτική στη θεραπεία.....	50
2.6	Νοσηλεία στο νοσοκομείο-ψυχιατρείο	51
ΜΕΡΟΣ Β΄		53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»		53
3.1	Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.....	53
3.1.1	Ορισμός Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας	53
3.1.2	Πεδία εφαρμογής της Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.....	53
3.2	Ψυχιατρικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	54

3.2.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στον κλάδο της ψυχικής υγείας.....	54
3.2.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της ψυχικής υγείας.....	55
3.3	Οι ενδείξεις νοσηλείας και η επικοινωνία ανάμεσα σε νοσηλευτή και πάσχοντα	56
3.3.1	Ενδείξεις νοσηλείας στη σχιζοφρένεια	56
3.3.2	Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ψυχικά ασθενή	56
3.4	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ψυχικά ασθενή ...	57
3.5	Οι νοσηλευτικοί ρόλοι στην σχιζοφρένεια	58
3.5.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενή με σχιζοφρένεια στην ψυχιατρική κλινική.....	58
3.5.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενή με σχιζοφρένεια στην ψυχιατρική κλινική.....	59
3.5.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη λήψη ιστορικού από τον ψυχιατρικό ασθενή	60
3.5.4	Τι πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση του πρώτου οξέως ψυχωτικού επεισοδίου	62
3.5.5	Τι πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής για τη διάγνωση ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου.....	63
3.5.6	Ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στον αυτοκτονικό ασθενή.....	63
3.6	Οι νοσηλευτικές ευθύνες για τη φαρμακευτική αγωγή	64
3.6.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	64
3.6.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια λήψης της φαρμακευτικής αγωγής	65
3.6.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διδασκαλία του ασθενή για τη φαρμακευτική αγωγή	66
3.6.4	Οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	67
3.6.5	Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη λήξη της φαρμακευτικής αγωγής.....	69
3.6.6	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής	69
3.7	Νοσηλευτική διεργασία φροντίδας σε ασθενή με σχιζοφρένεια	70
3.8	Νοσηλευτική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια	70
3.9	Νοσηλευτικές διαγνώσεις και επιθυμητές εκβάσεις του ασθενούς με σχιζοφρένεια	71
3.9.1	Νοσηλευτικές διαγνώσεις του ασθενούς με σχιζοφρένεια.....	71
3.9.2	Επιθυμητές εκβάσεις ασθενούς με σχιζοφρένεια	72
3.10	Η νοσηλευτή φροντίδα στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή με σχιζοφρένεια	72
3.10.1	Αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές	72
3.10.2	Διαταραχές των διεργασιών σκέψης	73
3.10.3	Διαταραχές της συμπεριφοράς.....	74
3.10.4	Ελλιπής αυτοφροντίδα και υγιεινή.....	75
3.10.5	Κοινωνική απομόνωση.....	75
3.10.6	Κίνδυνος αυτοκτονίας	76
3.10.7	Δυσλειτουργικές οικογενειακές συμπεριφορές	77

3.10.8	Διαταραχές της λεκτικής επικοινωνίας.....	77
3.11	Αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο «ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»		79
4.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στις χρόνιες καταστάσεις σχιζοφρένειας	79
4.1.1	Παράγοντες ιδρυματοποίησης	79
4.1.2	Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	80
4.2	Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας	82
4.3	Η ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια.....	82
4.3.1	Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.....	83
4.4	Σχιζοφρένεια και κοινωνικός στιγματισμός.....	85
4.4.1	Περιορισμός του κοινωνικού στίγματος.....	86
4.5	Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	86
4.6	Νομικά και ηθικά δικαιώματα ψυχικά ασθενών.....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο «ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»		89
5.1	Νοσηλευτική φροντίδα	89
Α΄ Μελέτη Περιστατικού.....		91
Β΄ Μελέτη Περιστατικού.....		97
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		106
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....		108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		109

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να καλύπτει με επιτυχία τις καθημερινές του ανάγκες αλλά και να μπορεί να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, αλλά και το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται με τον ίδιο τρόπο που το αντιλαμβάνονται και οι γύρω του. Δυστυχώς η ικανότητα αυτή δεν συναντάται σε όλους τους ανθρώπους, καθιστώντας τους άμεσα ως ψυχικά ασθενείς. Οι ψυχικά ασθενείς λόγω της κατάστασης της υγείας τους αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Μια από τις πλέον σοβαρές ψυχικές ασθένειες είναι και η σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνθετο αλλά και χρόνια σύνδρομο, το οποίο προσβάλλει 1 στα 100 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες, χωρίς να παίζει ρόλο η φυλή, η κοινωνική ή οικονομική κατάσταση, η θρησκεία κ.τ.λ. Η νόσος εμφανίζει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, την αντιληπτική ικανότητα και τη λειτουργικότητα των ασθενών και εμφανίζεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων εκ των οποίων οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η αβουλία, το επίπεδο συναίσθημα, οι διαταραχές στην οργάνωση και το περιεχόμενο της σκέψης είναι οι πιο συνήθεις.

Η εμφάνισή της είναι πιο συχνή στην εφηβεία και πρώιμη ενήλικη ζωή και λιγότερο στην παιδική ηλικία ή την ενήλικη ζωή. Το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να εμφανιστεί αστραπιαία ή και σταδιακά δίνοντας κάποια προειδοποιητικά σημάδια. Στην οξεία φάση της νόσου διακρίνουμε την παρουσία όλων ή των περισσότερων συμπτωμάτων, η οποία ακολουθείται από την φάση της ύφεσης, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν ασθενείς που βρίσκονται συνεχώς σε οξεία φάση. Ύστερα από το πέρας του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου μειώνεται αισθητά η λειτουργικότητα του ασθενή, η οποία δεν επανέρχεται ποτέ στην αρχική της κατάσταση παρά μόνο σε κάποιο βαθμό, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης. Ωστόσο, εξαιτίας της άγνοιας γύρω από την αιτιοπαθογένεια της νόσου, η πλήρης ίαση είναι ένας ποθητός, αλλά μέχρι στιγμής όχι εφικτός στόχος, ενώ, και για αδιευκρίνιστους λόγους δεν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς με επιτυχία στη θεραπεία και αυτό που τις περισσότερες φορές επιτυγχάνεται είναι η υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Παρά την επιτυχή υποχώρηση των συμπτωμάτων η πιο συνήθης κατάσταση είναι η επάνοδός τους. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν παρουσιάζουν καλή πρόγνωση (50%), το 30% εμφανίζει ικανοποιητική λειτουργικότητα και το 20% συνεχίζει να παρουσιάζει κάποια συμπτώματα, τα οποία όμως δεν του στερούν την προσωπική του ζωή. Εξαιτίας της έλλειψης τόσο οικογενειακού όσο και οικονομικού υπόβαθρου μόλις το 60% του πληθυσμού που νοσεί από σχιζοφρένεια λαμβάνει κάποια στιγμή θεραπεία στη ζωή του, γεγονός που προκαλεί δυσάρεστες επιπτώσεις στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, αφού περιθωριοποιούνται από την κοινωνία και στιγματίζονται.

Η παρούσα εργασία έγινε με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της σχιζοφρένειας αλλά και των επιπτώσεων από αυτήν, τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του, οι οποίες έχουν ίση βαρύτητα στις περισσότερες των περιπτώσεων. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται γενικά στοιχεία γύρω από τη φύση της ασθένειας, την πρόγνωση, τους τύπους, τα συμπτώματα, τη διάγνωση, την πρόληψη κ.τ.λ. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι σωματικές θεραπείες, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες καθώς και οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι ρόλοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας απέναντι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ενέργειές του από τη βασική νοσηλεία μέχρι και τη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους, με σκοπό την ουσιαστική επικοινωνία τους και τη δημιουργία πρόσφορου εδάφους για την ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο. Ακόμα, αναφέρονται και οι παρεμβάσεις στα καθημερινά τους προβλήματα τα οποία συναντούν και οι νοσηλευτές μέσα στην κλινική πράξη. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τη σημαντικότητα του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή,

για τη χρονιότητα της σχιζοφρένειας, για την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια, την περιθωριοποίησή τους και το κοινωνικό στιγματισμό αλλά και για τα νομικά και ηθικά τους δικαιώματα.

Έτσι λοιπόν, κατανοούμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι καθοριστικός για την εξέλιξη του ασθενή καθώς είναι εκείνος που αναλαμβάνει την καθημερινή του φροντίδα και έχει τη δυνατότητα να τον παρατηρήσει στενά και να γίνει ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον ασθενή και τη λοιπή θεραπευτική ομάδα ή τον ασθενή και το οικείο του περιβάλλον. Είναι λοιπόν σημαντικό να δομηθεί από την αρχή μια ισχυρή θεραπευτική σχέση που θα βασίζεται στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως ο βασικός στόχος του νοσηλευτή στη φροντίδα κάθε ασθενή με ψυχική νόσο δεν είναι απλώς η θεραπεία, αλλά η προετοιμασία του με σκοπό την ενσωμάτωσή του στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής φροντίζει, στηρίζει και εκπαιδεύει τον ασθενή ώστε να διαμορφώσει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, να ανακτήσει ή και να αποκτήσει δεξιότητες καθημερινής ζωής, και να εξασφαλίσει έτσι, ομαλή πρόσβαση μέσα στην κοινωνία με σκοπό να ζήσει με αξιοπρέπεια και όχι στο περιθώριο.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

1.1 Ορισμός

Η ψυχική υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι «η κατάσταση της υγείας κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του και μπορεί να ανταπεξέρχεται στο άγχος που προκύπτει από την καθημερινότητα, ώστε να είναι παραγωγικό και να συμμετέχει στο κοινωνικό σύνολο» (Π.Ο.Υ, 2011).

Ωστόσο η ψυχική υγεία δεν αποτελεί δεδομένο αγαθό για όλους τους ανθρώπους, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό αυτών, περίπου το 7% του πληθυσμού να εμφανίζει ψυχικές διαταραχές κάποια στιγμή στην ζωή του, εκ των οποίων το 1% αποτελεί τον επιπολασμό της σχιζοφρένειας στον γενικό πληθυσμό (Hogan, 2012).

Οι διαταραχές αυτές είναι απόρροια επιπλοκών της κήσης καθώς και άλλων παραγόντων της (κληρονομικότητα), αλλά και διαφόρων εκλυτικών παραγόντων κατά την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου(επίκτητη).

Έτσι οδηγούμαστε στην κακή ψυχική υγεία, η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως η ένταση και το άγχος, αλλά και σοβαρότερες καταστάσεις και διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και η μειωμένη λειτουργικότητα» (Π.Ο.Υ, 2011) προκαλώντας έτσι την ψυχική νόσο.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί την πλέον σοβαρότερη και αινιγματική ψυχική νόσο του ανθρώπινου πληθυσμού. Πρόκειται για σοβαρή ψυχωτική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαστρέβλωση της σκέψης και αντίληψης, επιπέδωση του συναισθήματος, αποδιοργάνωση του λόγου και της συμπεριφοράς που μπορεί να φτάσει ως την κατατονία παρουσιάζοντας παράλληλα λειτουργικές και ανατομικές βλάβες στον εγκέφαλο. Η πιο σημαντική ψυχοπαθολογία περιλαμβάνει παραποίηση της πραγματικότητας μέσα από ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, διαταραχή του λόγου, διαταραχή της διάθεσης, απρόσφορο συναίσθημα και διαταραχή συμπεριφοράς. Τα συμπτώματα διακρίνονται σε θετικά (τα οποία δεν αντιμετωπίζονται από τα περισσότερα άτομα φυσιολογικά): παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη σκέψη και ομιλία, ψευδαισθήσεις (απτικές, ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές και γευστικές σχετικές με το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών) και αρνητικά (τα οποία αφορούν ελλείμματα της λειτουργικής ικανότητας):επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου (αλογία), αδυναμία να νιώσουν ευχαρίστηση (ανηδονία), έλλειψη της επιθυμίας να δημιουργήσουν σχέσεις και αβουλησία. Παρ' όλο που η νοητική κατάσταση παραμένει φυσιολογική, στην πορεία μπορεί να εμφανιστούν γνωστικά ελλείμματα (Kaplan & Sandock's, 2012) .

1.2 Ιστορική αναδρομή

Το 1852 ο Βελγικής καταγωγής Benedict Morel, περιέγραψε μια κλινική ασθένεια η οποία θύμιζε τη σχιζοφρένεια και την ονόμασε «πρώιμη άνοια». Αργότερα ο Emil Kraepelin, συγκέντρωσε διάφορες ψυχικές διαταραχές σε ένα «ενιαίο ανοσολογικό σχήμα» το οποίο περιγράφει τη σχιζοφρένεια με τη σημερινή της σημασία. Το 1887 στην πρώτη έκδοση του βιβλίου του «Ψυχιατρικής», χρησιμοποιεί τον όρο «πρώιμη άνοια» (dementia praecox) στο

οποίο αναφέρεται στον όρο «ηβηφρένεια» τον οποίο περιγράφει ως μια ψυχική ασθένεια που προσβάλλει τους ανθρώπους κατά την διάρκεια της εφηβείας και εξελίσσεται σε άνοια κατά την ενήλικη ζωή. Το 1893 διακρίνει δύο κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τη «μανιοκατάθλιψη» και την «πρώιμη άνοια» ενώ στην πέμπτη έκδοση του βιβλίου του «Ψυχιατρικής» το 1896 ξεχωρίζει τρεις κατηγορίες «πρώιμης άνοιας»: την «κατατονική», την «ηβηφρένεια» και την «τυπική παραφροσύνη» (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Το 1881 ο γερμανικής καταγωγής Sigmund Freud, ασχολείται με το περιστατικό Schreber διεισδύοντας στην παρανοειδή ψυχοσύνθεση του ασθενούς και συνδέοντας το διωκτικό παραλήρημα με τις ομοφυλοφιλικές τάσεις και την επιστροφή στον «πρώιμο ερωτισμό».

Το 1911 ο Bleuler, στο έργο του «Η πρώιμη άνοια και η ομάδα των σχιζοφρενειών» αναλύει τον όρο της σχιζοφρένειας χρησιμοποιώντας τις ελληνικές λέξεις «σχίζω» και «φρένα» (από το νους) αντικαθιστώντας την ορολογία του Kraepelin και δηλώνοντας ότι δεν εξελίσσεται απαραίτητα σε άνοια κατά την ενήλικη ζωή ενώ το χαρακτηριστικό της σύμπτωμα αποτελεί η έκπτωση των ψυχικών και νοητικών λειτουργιών. Το 1930 ο Schneider, υποστηρίζει την άποψη ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν βασίζεται στην εξέλιξη της αλλά στην περιγραφή της κλινικής εικόνας και παραθέτει 14 διαγνωστικά κριτήρια κατηγοριοποίησης των συμπτωμάτων. Το 1936 ο Kretschmer, αναπτύσσει την θεωρία του για τη «σχιζοφρενική ιδιοσυστασία» και φέρνει στο προσκήνιο την έννοια του συνεχούς (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Οι πρώτες προσπάθειες για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας αποδείχθηκαν άκαρπες, καθώς οι γνώσεις για την ανατομία του εγκεφάλου και τις νευροχημικές πτυχές της νόσου ήταν ελλιπείς. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα οι τεχνικές θεραπείας που χρησιμοποιήθηκαν βασίστηκαν στη θεωρία. Σε αυτές ανήκαν η θεραπεία του ύπνου, του φυσικού αερίου και η ενέσιμη χρήση χημικών ουσιών, όπως το θείο. Το 1940 αναπτύχθηκε η ηλεκτροθεραπεία (ECT) η οποία μέσω ηλεκτρικού ρεύματος ανακούφιζε τον ασθενή από την ένταση των συμπτωμάτων και το 1950 ανακαλύφθηκε το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο η χλωροπρομαζίνη, η οποία δέσμευε τους D2 υποδοχείς (Owen R. 2014).

Οι Delay και Deniker το 1952, εισάγουν τις φαινοθειαζίνες ως φαρμακευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας φέρνοντας ένα μοντέρνο αέρα στην επιστήμη της φαρμακολογίας και της ψυχικής υγείας. Ο Crow το 1980 διατυπώνει νέα τυπολογία της νόσου που βασίζεται στα θετικά και αρνητικά συμπτώματά της, διαχωρίζοντάς τα με βάση τις παθολογικές και γενετικές διεργασίες, ενώ οι Marray και Weinberger το 1987, αναπτύσσουν την «Νευροαναπτυξιακή υπόθεση» της σχιζοφρένειας. Τέλος οι συνεργάτες του K.Stefansson και ο ίδιος το 2002 δημοσιεύουν πρώτοι τη γενετική σχέση του γονιδίου Neuregulin 1 με τη σχιζοφρένεια (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Μέσα από πολλές διεθνείς έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας κυμαίνεται από 0,05 έως 2,38 περιστατικά ανά 100 κατοίκους. Από έγκυρη έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α τα ποσοστά σχιζοφρένειας κυμαίνονται από 0,6%-1,9%, ενώ από τελευταία στατιστικά έρευνας στην Ελλάδα το ποσοστό αγγίζει το 1,2%. Παράλληλα, έρευνα με αντιπροσωπευτικό δείγμα μετανάστες παρουσίασε ποσοστό της τάξης του 1,37%-3,5%. Γι' αυτό το λόγο η μέση τιμή επιπολασμού της σχιζοφρένειας έχει οριστεί στο 1% (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ωστόσο τα πρώτα συμπτώματα της διαταραχής γίνονται αντιληπτά στην ηλικία των 15 έως 35 ετών, με ποσοστό 25% των περιστατικών αυτών να εκδηλώνουν τη νόσο πριν τα 25 έτη. Σπάνια θεωρείται η έναρξη των συμπτωμάτων σε ηλικία των 10 ετών όπου και θεωρείται πρώιμη σχιζοφρένεια,

καθώς επίσης και σε ηλικία άνω των 45 ετών η οποία καταλαμβάνει μόλις το 10 % των περιπτώσεων και καλείται όψιμη σχιζοφρένεια (Kaplan & Sadock's, 2012). Στη χώρα μας ο αριθμός ασθενών 15 έως 60 ετών υπολογίζεται στους 100.000 και από αυτούς μόνο το 10% έχει απασχολήσει τα συστήματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η εκδήλωση της ασθένειας συναντάται το ίδιο συχνά τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με αναλογία 1,4:1, ωστόσο παραμένει άγνωστο γιατί η νόσος εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία στο γυναικείο πληθυσμό σε σχέση με τον ανδρικό με τον τελευταίο να προηγείται 3 έως 5 έτη (Black & Andreasen, 2011). Συγκεκριμένα οι άνδρες συνηθίζουν να εμφανίζουν τη νόσο στην ηλικία των 20 με 24 ετών , αντίθετα οι γυναίκες στην ηλικία των 29 με 32 ετών, με τα συμπτώματα να εμφανίζονται με μεγαλύτερη ένταση στους άνδρες, γεγονός που συνδέεται με την ευαισθησία που παρουσιάζει ο εγκέφαλός τους σε νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Simona A. et al. 2010).

Ο ετήσιος αριθμός νέων περιστατικών σχιζοφρένειας υπολογίζεται σε 1000 άτομα και από έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ανέρχεται στο 0,2 με 0,5. Όπως φαίνεται και στην έρευνα αυτή, όσο πιο πολύ περιορίζονται τα κριτήρια διάγνωσης, τόσο μειώνονται οι επιπτώσεις της νόσου ανάμεσα στα κράτη, πράγμα που αποδεικνύει ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται και στις αναπτυγμένες και στις υποανάπτυκτες χώρες. Ωστόσο, η οικουμενικότητά της, αποδείχθηκε πως παρουσιάζει διακύμανση (σε κάποιες περιπτώσεις έως και πενταπλάσια ανάλογα με τη γεωγραφική θέση) γεγονός που οδήγησε στη διερεύνηση διαφόρων παραγόντων (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Σχετικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μελέτες έδειξαν ότι τα άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από τη νόσο σε σχέση με αγροτικές περιοχές, γεγονός που φαίνεται πως συσχετίζεται με το άγχος της καθημερινότητας που συνδέεται άμεσα με την σχιζοφρένεια. Μια άλλη εξήγηση για τη σύνδεση με τις αστικές πόλεις, είναι ότι τα άτομα που παρουσιάζουν τη νόσο είναι πιο πιθανό να μετακινηθούν σε μια πόλη με σκοπό να αναζητήσουν θεραπεία ή να διατηρήσουν την ανωνυμία τους (Heinz H. 2014).

Αν και δεν υπάρχει απόλυτη αντιστοιχία, η κληρονομικότητα θεωρείται και εκείνη ένας επιπλέον παράγοντας. Έχει παρατηρηθεί πως αν ο ένας από τους δύο γονείς πάσχει, τότε το παιδί έχει 12% πιθανότητα να νοσήσει και το ίδιο, ενώ αν πάσχουν και οι δύο γονείς τότε το παιδί έχει 40 % πιθανότητα να νοσήσει (Παπανικολάου, 2009).

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν γεννηθεί τους χειμερινούς μήνες κινδυνεύουν να νοσήσουν περισσότερο από εκείνους που έχουν γεννηθεί τους ανοιξιάτικους μήνες, ενώ, οι μητέρες που κατά τη διάρκεια κύησης κόλλησαν τον ιό της γρίπης, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσουν παιδί που πάσχει. Ακόμα ένα επιδημιολογικό χαρακτηριστικό είναι και η κοινωνικό-οικονομική ομάδα, η οποία, όσο πιο χαμηλή είναι, τόσο πιο υψηλό ποσοστό περιστατικών σχιζοφρένειας παρουσιάζει (Kaplan & Sadock's, 2012).

Τέλος, οι μετανάστες σύμφωνα με έρευνες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της νόσου καθώς δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της ζωής τους, νιώθουν ανασφάλεια και στερούνται υποστηρικτικού πλαισίου. Το προσδόκιμο ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι 20 % μικρότερο από αυτό των υγιή ατόμων εξαιτίας της έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οικογένειας, ατυχημάτων κτλ, με τη συνηθέστερη αιτία θανάτου των ασθενών να είναι η αυτοκτονία (Καπρίνης Γ. & συν. 2009).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση αυτοκτονίας με 1 στους 3 να κάνει απόπειρα και 1 στους 10 να αυτοκτονεί. Φυσικά υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως το ανδρικό φύλο, όσοι είναι μικρότεροι από 30 έτη, η ανεργία, οι χρόνιες παθήσεις, το ιστορικό κατάθλιψης και η θεραπεία της, η κατάχρηση ουσιών και τέλος η πρόσφατη έξοδος από το νοσοκομείο (Black & Andreasen, 2011).

1.4 Αιτιοπαθογένεια-Παράγοντες κινδύνου

Η ακριβής αιτιολογία της εμφάνισης της σχιζοφρένειας, παραμένει ένα άλυτο μυστήριο το οποίο αποτελεί ακόμα και σήμερα πεδίο μακροχρόνιων ερευνών (Garrabe, 2011). Ωστόσο, παρά τις εκτεταμένες έρευνες τα ακριβή αίτια της νόσου δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμα. Βέβαια υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου όπως βιολογικοί, γενετικοί και ψυχολογικοί οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξη της νόσου. Κάποιοι από τους οποίους είναι οι εξής (Bennett, 2010) :

1.4.1 Γενετικοί παράγοντες

Μελέτες, που έχουν γίνει, έχουν διαπιστώσει τη σχέση της σχιζοφρένειας με την έκφραση κάποιων συγκεκριμένων γονιδίων του DNA προσδίδοντάς της μία κληρονομική συνιστώσα. Έτσι, όσο πιο στενή η γενετική συγγένεια, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για εκδήλωση της ασθένειας (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013). Ακόμα, έχει παρατηρηθεί, ότι δεν κληρονομείται μόνο ο υπότυπος της σχιζοφρένειας αλλά ολόκληρη η νόσος γεγονός που σημαίνει πως πιθανότατα τα παιδιά γονέων που πάσχουν από τη νόσο να εμφανίζουν διαφορετική συμπτωματολογία από τους ίδιους. Άρα όσο περισσότερα γονίδια μοιράζεται κάποιος λόγω πιο στενού συγγενικού δεσμού, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να νοσήσει και ο ίδιος (Καπρίνης & συν. 2009). Πιθανότατα λοιπόν, οι γενετικοί παράγοντες να ευθύνονται για τη νόσο, αν και δεν έχει εξακριβωθεί μεμονωμένο γενετικό στοιχείο. Οι επιστήμονες έχουν αποφανθεί πως τα γονίδια που συνδέονται με την εμφάνισή της είναι τα 6,13,18 και 22 (Γάνου, 2015). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα για τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου όταν αυτή εμφανίζεται μέσα στους κόλπους της οικογένειας και η οποία εμφανίζεται ως εξής (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013):

- Όταν ο ένας από τους δύο γονείς πάσχει, η πιθανότητα εμφάνισης στα παιδιά είναι 12-15%
- Όταν και οι δύο γονείς πάσχουν είναι 35-39%
- Μεταξύ των αδελφών είναι 8-10%
- Σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 50%
- Σε διζυγωτικά δίδυμα είναι 15% (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Φυσικά τα ποσοστά αυτά μεταβάλλονται όταν εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικοί(Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.4.2 Γονική ηλικία

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Edward Hare, η οποία αποτελεί αντικείμενο ερευνών από την επιστημονική κοινότητα, που υποστηρίζει ότι η ηλικία του πατέρα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης της νόσου στα τέκνα 1/141, όταν η ηλικία του πατέρα είναι κάτω των 25 ετών, ενώ η πιθανότητα αυξάνεται δραματικά και φτάνει το 1/47, όταν η ηλικία του πατέρα είναι μεταξύ 50-55 ετών. Αν και δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς, αν ο παράγοντας αυτός οφείλεται σε βιολογικά ή ψυχοκοινωνικά αίτια, θεωρείται πιο πιθανός ο βιολογικός

παράγοντας, εξαιτίας μεταλλάξεων κατά τη φάση της μίτωσης των γαμετών, που εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό στα προγονικά κύτταρα του σπέρματος σε άνδρες μεγάλης ηλικίας (Simona et al. 2010).

1.4.3 Προγεννητικοί-Περιγεννητικοί παράγοντες και εποχικότητα

Πολλές μελέτες δείχνουν πως υπάρχει σχέση των περιγεννητικών επιπλοκών με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Πρόσφατες αναλύσεις έδειξαν ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος νόσησης όταν εμφανίζονται (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013):

- Επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης όπως αιμορραγία, σακχαρώδης διαβήτης, προεκλαμψία.
- Διαταραχές στην ανάπτυξη του εμβρύου, όπως χαμηλό βάρος γέννησης ή μικρή περίμετρος κεφαλής.
- Επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως ασφυξία που προκαλείται από τον ομφάλιο λώρο ή επείγουσα καισαρική τομή (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Ωστόσο, ο κίνδυνος νόσησης από τα παραπάνω εμφανίζεται σε αρκετά μικρό ποσοστό, όμως το ποσοστό αυτό τείνει να αυξηθεί όταν οι περιγεννητικές εκδηλώσεις συνδυάζονται με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η γενετική προδιάθεση (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Επίσης η εμφάνιση σχιζοφρένειας έχει συνδεθεί και με την εποχικότητα, καθώς έρευνες δείχνουν πως άτομα που γεννήθηκαν κατά τους χειμερινούς μήνες από Δεκέμβριο έως Μάιο και ιδιαίτερα Ιανουάριο με Φεβρουάριο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Σχετικά με τις προγεννητικές επιπλοκές έχει συνδεθεί στενά με την εμφάνιση της, η παρουσία ιογενούς λοίμωξης στο δεύτερο τρίμηνο κύησης καθώς και οι διατροφικές ελλείψεις στο έμβρυο λόγω κακής διατροφής της μητέρας. Η άποψη πως μια ιογενής λοίμωξη μπορεί να θεωρηθεί ως προδιαθεσικός παράγοντας κερδίζει όλο και περισσότερους υποστηρικτές, καθώς σε μελέτη που διεξήχθη για τον ιό της γρίπης Α στο πρώτο τρίμηνο κύησης, έδειξε ότι, τα παιδιά είχαν επταπλάσια πιθανότητα για εμφάνιση σχιζοφρένειας σε σχέση με εκείνα που οι μητέρες τους δεν νόσησαν. Έτσι λοιπόν, υπάρχουν τρεις πιθανοί λόγοι για αυτό: να δημιουργήθηκαν νευροαναπτυξιακές βλάβες στο έμβρυο λόγω του ιού, να υπήρξε επίδραση των αντισωμάτων της μητέρας στο έμβρυο και τέλος το έμβρυο να επηρεάστηκε έμμεσα λόγω των συμπτωμάτων (πυρετός) ή των φαρμάκων για τον ιό (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.4.4 Ανοσολογικές και φλεγμονώδεις διαταραχές

Πρόκειται για ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλό ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται αύξηση στις κυτταροκίνες και ανωμαλίες σε ανοσοσφαιρίνες και λευκά αιμοσφαίρια. Φυσικά θα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση καθώς τα συμπτώματα αυτά θα μπορούσαν να είναι και απόρροια μιας φαρμακευτικής αγωγής (Eby & Brown, 2009).

1.4.5 Νευρολογικοί παράγοντες

Μετά από μελέτες, έχει προκύψει το συμπέρασμα ότι κάποια από τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας οφείλονται πιθανότατα σε βλάβες που εμφανίζονται στο σύστημα των νευρώνων. Σε μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες ασθενών εντοπίζονται μεγαλύτερο μέγεθος στις κοιλίες του και μικρότερο μέγεθος στον φλοιό του εγκεφάλου που εντοπίζεται κυρίως στον κροταφικό και μετωπιαίο λοβό. Αντίθετα οι νεκροψίες ασθενών με σχιζοφρένεια έδειξαν μείωση του μεγέθους των μετωπιαίων και κροταφικών περιοχών, αλλά και διαταραχές στο σύστημα των νευρώνων. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εκφυλιστική φύση της νόσου ένας προγνωστικός παράγοντας για την πορεία της νόσου είναι το χρονικό διάστημα που το άτομο βιώνει τα συμπτώματα χωρίς να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Αν η έναρξη της θεραπείας γίνει πολύ αργά τότε ο εκφυλισμός των εγκεφαλικών κυττάρων θα είναι τόσο μεγάλος που δεν θα παρουσιάζεται καμία βελτίωση στην κλινική εικόνα του ασθενή (Bennett, 2010).

1.4.6 Νευροχημικοί παράγοντες-Θεωρία Ντοπαμίνης

Με τη βοήθεια των απεικονιστικών μεθόδων, έχει γίνει γνωστό πως τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν ανωμαλίες στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου τους. Οι ανωμαλίες αυτές πηγάζουν από διαταραχή της λειτουργίας του συστήματος των νευρώνων, το οποίο είναι υπεύθυνο στο να διαχειρίζεται τις πληροφορίες του εγκεφάλου. Για να μπορέσει να γίνει αυτό, οι νευρώνες επικοινωνούν μεταξύ τους χρησιμοποιώντας κάποιες χημικές ουσίες, οι οποίες ονομάζονται νευροδιαβιβαστές και η διατάραξη της επικοινωνίας αυτών έχει συνδεθεί με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Garrabe, 2011). Οι νευροδιαβιβαστές είναι οι εξής (Kaplan & Sadock's, 2012) :

- **Ντοπαμίνη:** Η αυξημένη δράση της ντοπαμίνης στο μεταιχμιακό σύστημα θεωρείται υπαίτια για την εμφάνιση των θετικών συμπτωμάτων σχιζοφρένειας, ενώ η μειωμένη δράση της στον μετωπιαίο λοβό για τα αρνητικά συμπτώματά της.
- **Νορεπινεφρίνη :** Τα επίπεδα νορεπινεφρίνης είναι σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα στη σχιζοφρένεια γεγονός που προκαλεί ευαισθησία στα αισθητηριακά ερεθίσματα.
- **Γ-αμινοβουτιρικό οξύ (GABA):** Όσο μειώνεται η δραστηριότητα των GABA τόσο αυξάνεται η δραστηριότητα της ντοπαμίνης.
- **Σεροτονίνη:** Σε ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια έχουν παρουσιαστεί διαταραχές στα επίπεδα σεροτονίνης. Οι διαταραχές στη λειτουργία της την ενοχοποιούν κυρίως για την αυτοκτονική και παρορμητική συμπεριφορά.
- **Γλουταμινικό:** Οι διαταραχές στη λειτουργία του συνδέονται με την εμφάνιση θετικών όσο και αρνητικών συμπτωμάτων (Kaplan & Sadock's, 2012).

1.4.7 Ψυχολογικοί παράγοντες

- **Αντιξοότητες της καθημερινότητας**

Τις περισσότερες φορές πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας έχει προηγηθεί η εμφάνιση κάποιου στρεσογόνου παράγοντα. Ακόμα και οι χρόνιοι ασθενείς πριν την εμφάνιση νέου ψυχωτικού επεισοδίου παρουσιάζουν υπερδιέγερση, η οποία οφείλεται σε συναισθήματα άγχους, ανασφάλειας και πίεσης (Simona et al. 2010). Η θεωρία αυτή είναι πιθανόν να ισχύει αν σκεφτεί κανείς πως περίπου το 24% των περιπτώσεων σχιζοφρένειας εμφανίζεται ύστερα από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα (Bennett, 2010). Αν τα ψυχοπιεστικά γεγονότα έχουν προσθετική δράση, τότε το στρες που συγκεντρώνεται κάνει το άτομο πιο ευάλωτο με αποτέλεσμα να υποτροπιάζει (Κόλλιας & συν. 2010).

- **Έκθεση σε ψυχογενές τραύμα στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας**

Παλαιότερες και νεότερες μελέτες συνηγορούν πως υπάρχει συσχέτιση του ψυχογενούς τραύματος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας με την εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων στη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Γεγονότα όπως η σεξουαλική παρενόχληση, ο βιασμός, η ενδοσχολική βία (bullying) και η ενδοοικογενειακή βία θεωρούνται παιδικά τραύματα που μπορούν να καταστρέψουν την ψυχοσύνθεση του ατόμου. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη βία που εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία αλλά και την εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων μετέπειτα. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτή δεν πρέπει να λαμβάνεται ως χαρακτηριστική για τη σχιζοφρένεια, δεδομένου ότι ένα ψυχογενές τραύμα στην παιδική ηλικία προκαλεί πολλές ψυχικές και παθολογικές διαταραχές κατά την ενήλικη ζωή. Τα παιδικά τραύματα ως εξαιρετικά ψυχοπιεστικά γεγονότα θεωρείται πως καταστρέφουν τα συστήματα εκείνα του οργανισμού τα οποία βοηθούν το άτομο να διαχειρίζεται το στρες της καθημερινότητάς του (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν 2013).

1.4.8 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- **Παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια κύησης**

Μελέτες έδειξαν ότι μητέρες οι οποίες κατά τη διάρκεια της κύησης ήρθαν σε επαφή με στρεσογόνους παράγοντες κινδύνου μέσα από το περιβάλλον τους, αλλά και μητέρες οι οποίες κατά την εγκυμοσύνη τους βρίσκονταν εν μέσω πολέμου, φυσικών καταστροφών (πλημμύρες, σεισμοί) ή επιδημιών έχουν αυξημένη πιθανότητα νόσησης. Επίσης μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θεωρείται πως εμφανίζει διπλάσια πιθανότητα για την εκδήλωση της νόσου, ο δείκτης της οποίας σχετίζεται με παράγοντες που έχουν σχέση με τη μητέρα ή το παιδί (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν 2013).

- **Οικογενειακές θεωρίες**

Στο παρελθόν διατυπώθηκαν δύο θεωρίες οι οποίες προσπαθούσαν να δώσουν την πιθανή αιτία της σχιζοφρένειας, ωστόσο απορρίφθηκαν καθώς θεωρήθηκαν λανθασμένες. Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι στην εμφάνιση της νόσου παίζει σημαντικό ρόλο η διαταραγμένη επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, όπου το άτομο βομβαρδίζεται από λανθασμένα μηνύματα μέσα από το οικογενειακό του περιβάλλον τα οποία το αποπροσανατολίζουν και δεν το αφήνουν να αντιληφθεί την πραγματικότητα. Η δεύτερη

θεωρία υποστηρίζει πως η σχιζοφρένεια εκδηλωνόταν στα παιδιά όταν η μητέρα τους γινόταν ψυχρή, απόμακρη και απορριπτική (Getzfelt, 2009).

Ο ρόλος της οικογένειας σχετικά με την εμφάνιση της νόσου δεν έχει προσδιοριστεί επιτυχώς μέχρι και σήμερα. Θεωρείται ότι μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, υπάρχει πάντα μεγάλος κίνδυνος υποτροπής εξαιτίας του «εκφραζόμενου συναισθήματος» που βιώνει στην οικογένεια, όπου διαμένει. Αυτό σημαίνει ότι η οικογένεια είτε μπορεί να γίνει υπερπροστατευτική απέναντι στο άτομο είτε μπορεί να εμφανίσει εχθρικότητα και άσκηση κριτικής προς το άτομο, το οποίο και στις δύο περιπτώσεις δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στον ασθενή. Έτσι, ασθενείς οι οποίοι ζουν σε ένα ήρεμο περιβάλλον έχουν λιγότερες πιθανότητες υποτροπής σε σχέση με εκείνους που το περιβάλλον τους θεωρείται διαταραγμένο (Κόλλιας & συν. 2010).

Οι παραπάνω απόψεις δεν έχουν εξακριβωθεί, ωστόσο συναντώνται κάποια χαρακτηριστικά προβλήματα μέσα σε οικογένειες των οποίων τα μέλη εμφανίζουν τη διαταραχή (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010) :

- 1 Δυσκολία του ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- 2 Δυσκολία στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων.
- 3 Αδυναμία να μειωθεί η ένταση στο οικογενειακό περιβάλλον.
- 4 Αναποτελεσματική και διαταραγμένη επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.
- 5 Αδυναμία της οικογένειας να κατανοήσει τη φύση της νόσου και των επιπτώσεων που αυτή έχει στη ζωή του ατόμου.
- 6 Αδυναμία της οικογένειας να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου είτε σε έξαρση, είτε σε ύφεση.
- 7 Κοινωνική περιθωριοποίηση και στιγματισμός του ατόμου (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

• **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες**

Γενικά παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας σε χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές ομάδες του πληθυσμού. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να είναι απόρροια ή του ότι τα χαμηλά αυτά στρώματα με κάποιον τρόπο προδιαθέτουν την εμφάνιση της νόσου ή οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή δεν έχουν τη δυνατότητα να ανέβουν σε μεγαλύτερη κοινωνική τάξη από αυτήν που βρίσκονται ήδη. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και το στρες το οποίο συναντάται εντονότερα στις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές ομάδες (Bannett, 2010).

• **Αστικοποίηση**

Παρουσιάζεται διπλάσιος κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου σε άτομα που πέρασαν την παιδική τους ηλικία σε κάποιο αστικό κέντρο, σε αντίθεση με εκείνα που διέμεναν στην επαρχία. Αν και δεν είναι γνωστή η αιτιολογία για το συγκεκριμένο φαινόμενο, οι υποθέσεις που έχουν γίνει αναφέρουν ότι στα αστικά κέντρα εξαιτίας του μεγάλου πληθυσμού υπάρχουν περισσότεροι μολυσματικοί παράγοντες αλλά και ότι τα αστικά κέντρα επιλέγονται από τους ψυχικά ασθενείς, γιατί εκεί θα συναντήσουν καλύτερες υπηρεσίες φροντίδας, αλλά και γιατί επιθυμούν να κρατήσουν μυστική την κατάσταση της υγείας τους (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

• **Μετανάστευση**

Αν και η σύνδεση της εκδήλωσης σχιζοφρένειας σε συνδυασμό με τη μετανάστευση είναι γνωστή για πάνω από 70 χρόνια, πρόσφατες έρευνες απέδειξαν ότι η μετανάστευση συμβάλει καταλυτικά στην εμφάνιση της νόσου. Βασικό ρόλο σε αυτό παίζει η κοινωνική απομόνωση, έτσι όσο πιο ψυχρή και απρόσωπη είναι η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον τοπικό πληθυσμό και τις ομάδες μεταναστών, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να εμφανιστεί η νόσος. Από επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί πως οι μετανάστες δεύτερης γενιάς παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νόσησης, γεγονός που οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η εμφάνιση της νόσου αυξάνεται, καθώς αυξάνεται και το χρονικό διάστημα παραμονής σε ένα εχθρικό και απρόσωπο κοινωνικά περιβάλλον(Karlan & Sadock's, 2012).

- **Κατάχρηση ουσιών**

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών όπως η ινδική κάνναβη, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη φαίνεται ότι σχετίζονται με μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας (Puri BK. 2012). Έρευνες δείχνουν πως άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης από την εφηβεία και μετά παρουσιάζουν τριπλάσιο ποσοστό εμφάνισης της νόσου, ποσοστό το οποίο αυξάνεται σε περιπτώσεις που υπάρχει ιστορικό ψυχικών ασθενειών στην οικογένεια. Η κάνναβη κατηγορείται για εξάρσεις στην κλινική εικόνα ατόμων που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και κάνουν χρήση, ενώ οι αμφεταμίνες κατηγορούνται για αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης της νόσου, αλλά και της διάρκειάς της, γεγονός που ενισχύεται ακόμη περισσότερο από επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό ψυχικών ασθενειών. Μεγαλύτερη συσχέτιση των παραπάνω γίνεται σε εκείνα τα άτομα που άρχισαν να κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όπου βρισκόταν ακόμη σε εξέλιξη η δημιουργία των νευρικών συστημάτων του εγκεφάλου τους (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.5 Σημεία και συμπτώματα

1.5.1 Πρόδρομα συμπτώματα

Τα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, περιλαμβάνουν μια ομάδα συμπτωμάτων τα οποία παρατηρούνται πριν την έναρξη της ενεργού φάσης της νόσου. Η μέση διάρκεια της πρόδρομης συμπτωματολογίας υπολογίζεται στα 5 έτη περίπου. Σε κάποιες περιπτώσεις, το πρώτο σύμπτωμα είχε εμφανιστεί πριν 15 έτη από την έναρξη της ενεργού φάσης.

Χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη γνωστικών ελλειμμάτων, αρνητικών συμπτωμάτων, συμπτωμάτων από τη διάθεση και την έκπτωση λειτουργικότητας (Σκόκου, 2012):

- 1 Κοινωνική απομόνωση και καχυποψία
- 2 Έλλειψη ενδιαφερόντων, ενεργητικότητας και πρωτοβουλιών
- 3 Παραμέληση προσωπικής υγιεινής και φροντίδας
- 4 Μεταβολές της συναισθηματικής κατάστασης, ευερεθιστότητα, πρωτοεμφανιζόμενα ξεσπάσματα οργής και περίεργες σκέψεις
- 5 Αδυναμία προσοχής και συγκέντρωσης
- 6 Καταθλιπτική διάθεση
- 7 Μεταβολές στο πρόγραμμα ύπνου

- 8 Μεταβολές στην αντίληψη του εαυτού και των πραγμάτων. Βιώματα απώλειας ή αλλαγής της ταυτότητας και πιθανή παράλληλη ενασχόληση με υπαρξιακά θέματα (Σκώκου, 2012).

1.5.2 Προειδοποιητικά σημεία

Υπάρχουν κάποια σημεία τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν χαρακτηριστικά προειδοποιητικά σημεία της έναρξης των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Ανδρούτσος, 2012):

- 1 Κοινωνική απομόνωση
- 2 Αδιαφορία για το σχολείο ή την εργασία
- 3 Αδυναμία συγκέντρωσης και σκέψης
- 4 Διαταραχές στο πρόγραμμα ύπνου με εμφάνιση αϋπνίας ή υπνηλίας
- 5 Έντονη ενασχόληση με θέματα πνευματικού ή θρησκευτικού περιεχομένου
- 6 Παράξενες στάσεις σώματος
- 7 Διαταραχές στον λόγο και στη γραφή
- 8 Αδιαφορία για σημαντικά γεγονότα της ζωής του ατόμου
- 9 Αδιαφορία για την προσωπική υγιεινή
- 10 Κατάχρηση ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ)
- 11 Ανάρμοστη συμπεριφορά
- 12 Αλλαγή της προσωπικότητας
- 13 Επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε αγαπημένα πρόσωπα
- 14 Αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων
- 15 Το άτομο βλέπει και ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν
- 16 Το άτομο νιώθει ότι το παρακολουθούν (Ανδρούτσος, 2012).

1.5.3 Συμπτωματολογία

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια νόσο, η οποία προσβάλλει κατά κύριο λόγο τις ψυχικές λειτουργίες, γεγονός που προκαλεί διαταραχές στο συναίσθημα, την αντίληψη, τη βούληση, τη σκέψη, τη διαπροσωπική λειτουργικότητα, την αίσθηση εαυτού και την αίσθηση του έξω κόσμου. Έτσι, εντοπίζουμε τα εξής συμπτώματα (Tandon et al. 2013):

1 Συμπτώματα πρώτης τάξης

- Ηχηρή σκέψη
- Φωνές που συζητούν, διαφωνούν ή και τα δύο
- Φωνές που σχολιάζουν
- Εμπειρίες κάποιας παθητικής σωματικής φθοράς
- Απόσυρση της σκέψης και άλλες εμπειρίες επηρεασμού της σκέψης
- Παραληρητική αντίληψη (Tandon et al. 2013)

2 Συμπτώματα δεύτερης τάξης

- Άλλες διαταραχές στην αντίληψη
- Παραληρητικές ιδέες αιφνίδιου τύπου
- Αμηχανία
- Αλλαγές στη διάθεση ανάμεσα σε κατάθλιψη και ευφορία
- Αίσθημα συναισθηματικής πενίας

- Παρουσία παραληρητικών ιδεών που είναι συνδεδεμένες με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (Tandon et al. 2013)

1.5.4 Χαρακτηριστικά συμπτώματα

1. Διαταραχές της σκέψης

- **Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση** της σκέψης, οι οποίες περιγράφηκαν και ως «ασυναρτησία» από τον Bleuler, όπου οι ασθενείς εμφανίζουν διάσπαση της σκέψης τους. Τα άτομα παρουσιάζουν ασυνάρτητο λόγο με ασάφεια και ελλειπές νόημα. Πολλές φορές η κατάσταση είναι τόσο βαριά που τα άτομα δημιουργούν και χρησιμοποιούν δικές τους λέξεις με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επικοινωνήσουν με τους γύρω τους και έτσι να απομονώνονται κοινωνικά. Επίσης, αναγνωρίζεται και ο εκτροχιασμός της σκέψης, όπου το άτομο αδυνατεί να παραμείνει στο θέμα και πλατειάζει χωρίς όμως, η επικοινωνία να κρίνεται ως αναποτελεσματική (Eby & Brown, 2009).
- **Διαταραχές στη ροή** της σκέψης, οι οποίες αποτελούν και πρώιμο σύμπτωμα, όπου η σκέψη διακόπτεται ξαφνικά και απότομα, γεγονός που κατά συνέπεια διακόπτει και την ομιλία (Eby & Brown, 2009).
- **Διαταραχές στον έλεγχο** της σκέψης, που αφορούν το αίσθημα απώλειας σκέψης, όπου το άτομο υποστηρίζει ότι οι σκέψεις του υποκλέπτονται και τις χάνει, το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων, όπου το άτομο υποστηρίζει πως γίνεται δέκτης ιδεών άλλων ατόμων με αποτέλεσμα κάποιος άλλος να σκέφτεται αντί για εκείνον και τέλος το αίσθημα απώλειας στεγανότητας της σκέψης, όπου το άτομο πιστεύει πως οι σκέψεις του γίνονται γνωστές στους γύρω του (Eby & Brown, 2009).
- **Διαταραχές στο περιεχόμενο** της σκέψης, όπου το άτομο εμφανίζει παραληρητικές ιδέες, ιδέες αυτοαναφοράς και ιδέες παθητικότητας. Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες αντιλήψεις του ατόμου οι οποίες δεν παρουσιάζουν καμία λογική και διακρίνονται σε διωκτικές (το άτομο θεωρεί ότι κάποιος το διώκει με σκοπό να το εξοντώσει), μεγαλείου (το άτομο πιστεύει πως έχει να εκπληρώσει έναν ξεχωριστό ρόλο π.χ να μεταφέρει τα μηνύματα του θεού), σωματικές (το άτομο νιώθει σωματικές ενοχλήσεις π.χ ότι υπάρχει κάποιο ξένο σώμα μέσα του), αποκαλυπτικές (όπου εκφράζονται ιδέες προφητικού τύπου π.χ ότι πλησιάζει η Δευτέρα Παρουσία), ερωτομανιακές (το άτομο πιστεύει πως είναι ερωτευμένο μαζί του μεγάλες και σημαντικές προσωπικότητες) και τέλος ζηλοτυπικές (το άτομο πιστεύει πως ο ερωτικός του σύντροφος είναι μοιχός). Οι ιδέες αυτοαναφοράς κάνουν το άτομο να πιστεύει ότι αποτελεί επίκεντρο καταστάσεων οι οποίες, αν και είναι ασήμαντες και καθημερινές, για το ίδιο είναι μεγάλης σημασίας. Τέλος, οι ιδέες παθητικότητας κάνουν το άτομο να πιστεύει πως βρίσκεται κάτω από την κυριαρχία δυνάμεων οι οποίες τον ελέγχουν και δεν του επιτρέπουν να λειτουργήσει αυτοβούλως (Eby & Brown, 2009).

Πίνακας 1: «Περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών.»

Τύποι Παραληρητικών Ιδεών	Περιεχόμενο	Παράδειγμα
Ιδέες μεγαλείου	Το άτομο θεωρεί ότι διαθέτει γνώση ή δύναμη ή ότι έχει σχέση ή είναι κάποια θεότητα ή διασημότητα.	«Είμαι ο Μεσσίας»
Ιδέες αναφοράς	Πρόσωπα, αντικείμενα ή γεγονότα της καθημερινότητάς του αποκτούν ασυνήθιστη σημασία για τον ίδιο.	«Ο ηθοποιός στην ταινία απευθύνεται σε εμένα»
Ιδέες καταδίωξης	Υπάρχουν άνθρωποι σύμφωνα με το άτομο που συνωμοτούν με σκοπό να το εξαπατήσουν ή να τον εξοντώσουν.	«Έχουν ρίξει δηλητήριο στο ποτό μου»
Σωματικές	Το άτομο πιστεύει πως κάτι δεν πάει καλά με τη λειτουργία και τη δομή του σώματός του.	«Υπάρχει μια μηχανή μέσα στο σώμα μου»
Αλλόκοτες	Εντελώς εξωπραγματικές ιδέες, οι οποίες δεν αποτελούν απόρροια των πραγματικών εμπειριών του ατόμου.	«Οι εξωγήινοι μου εμφύτευσαν ένα τσιπάκι για να με ελέγχουν»
Εκπομπή της σκέψης	Το άτομο θεωρεί ότι οι σκέψεις του δεν μένουν κρυφές και ακούγονται από τους γύρω του.	«Δεν θέλω να βγω βόλτα. Μπορεί να στεναχωρήσω κάποιον αν σκεφτώ πως είναι κοντός»
Παρεμβολής Σκέψεων	Το άτομο θεωρεί ότι οι σκέψεις που κάνει δεν είναι δικές του αλλά προέρχονται από άλλους.	«Πιστεύεις ότι είμαι απαίσιος άνθρωπος αλλά δεν ευθύνομαι γι αυτό. Ο διάβολος βάζει αυτές τις σκέψεις στο μυαλό μου»

Πηγή: Eby Linda & Brown Nancy (2009), «Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία», Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

2. Διαταραχές στην αντίληψη

Χαρακτηριστικά παραδείγματα διαταραχών αντίληψης αποτελούν **οι ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις**. Οι ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι λανθασμένες αντιλήψεις του ατόμου χωρίς να υπάρχει κάποιος ερεθισμός από το περιβάλλον, αφορούν όλες τις αισθήσεις, όμως κατά

κύριο λόγο είναι ακουστικές. Ο ασθενής μπορεί να ακούει διάφορους ήχους ή φωνές. Οι φωνές μπορεί να είναι εξωτερικές ή μπορεί και να νιώθει πως ακούγονται «μέσα στο κεφάλι του» και μπορεί να συνομιλούν ή να τον διατάζουν. Οι τελευταίες είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες καθώς τα άτομα μπορεί να οδηγηθούν σε καταστροφικές πράξεις για τα ίδια και για τα άτομα γύρω τους. Για να θεωρηθεί ότι οι φωνές οδηγούν σε ψυχική νόσο, θα πρέπει να γίνονται αντιληπτές για μεγάλα χρονικά διαστήματα (από μέρες μέχρι μήνες). Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος η οποία παρουσιάζει όλων των ειδών τις ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οσφρητικές, οπτικές, απτικές και γευστικές), ενώ συχνό φαινόμενο αποτελεί και η ευαισθησία στον ήχο, τις οσμές και το φώς (Kaplan & Sadock's, 2012).

Από την άλλη **οι παραισθήσεις** έχουν να κάνουν με τη λανθασμένη αντίληψη αληθινών ερεθισμάτων από το περιβάλλον. Δεν αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα της νόσου και συνδέονται έμμεσα με τις παραληρητικές ιδέες (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

3. Διαταραχές του συναισθήματος

Οι διαταραχές του συναισθήματος αποτελούνται από την αμφιθυμία, τη συναισθηματική δυσαρμονία, τη συναισθηματική έκπτωση και άλλες συναισθηματικές διαταραχές (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

- **Αμφιθυμία:** είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, κατά το οποίο το άτομο βιώνει αντίθετα συναισθήματα για το ίδιο πρόσωπο την ίδια χρονική στιγμή π.χ νιώθει ότι αγαπά και μισεί το ίδιο άτομο ταυτόχρονα.
- **Συναισθηματική δυσαρμονία:** το άτομο δεν αντιδρά συναισθηματικά σωστά στα ερεθίσματα που δέχεται π.χ. δίνει μεγάλη σημασία σε ασήμαντα γεγονότα, ή αντιδρά συναισθηματικά αντίθετα από ότι θα έπρεπε σε ένα γεγονός π.χ. γελάει αντί να κλαίει.
- **Συναισθηματική έκπτωση:** μαζί με τα παραπάνω αποτελούν το χαρακτηριστικό σχήμα συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Το άτομο απομακρύνεται συναισθηματικά από τους οικείους του, και χάνει τα συναισθήματα φιλίας του, ενώ παρουσιάζει απάθεια και επίπεδο συναίσθημα (αμβλύ και ρηχό).
- **Άλλες συναισθηματικές διαταραχές:** είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η αμηχανία, η ευφορία και η συναισθηματική ακαμψία (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

4. Διαταραχές βούλησης και ψυχοκινητικότητας

Οι διαταραχές στη βούληση μπορεί να εμφανίζονται τόσο σε ποιοτικό όσο και σε ποσοτικό επίπεδο. Τα άτομα αυτά επιθυμούν να παραμένουν στο κρεβάτι και να μην ασχολούνται με κάτι, κατάσταση την οποία και θεωρούν φυσιολογική στην πλειοψηφία τους. Δεν επιθυμούν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και αδυνατούν να λάβουν πρωτοβουλίες, ενώ πολλές φορές ξεκινούν να κάνουν κάτι και δεν το ολοκληρώνουν. Επίσης, δεν είναι λίγες οι φορές που θεωρούν ότι η βούληση τους δεν βρίσκεται κάτω από τον δικό τους έλεγχο και ότι ενεργούν καθοδηγούμενοι από κάποιον άλλον. Οι διαταραχές αυτές στη βούληση διαφαίνονται στο κατατονικό σύνδρομο το οποίο και εκφράζει σημαντικές αντιθέσεις (Καπρίνης & συν. 2009).

Το κατατονικό σύνδρομο μπορεί να χωριστεί στην κατατονική εκβροντησία και στην κατατονική διέγερση. Στην κατατονική εκβροντησία το άτομο βιώνει μια σοβαρή κατάσταση στην οποία μένει ακίνητο για μεγάλο χρονικό διάστημα ενώ δεν έχει επαφή με το περιβάλλον του. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ σοβαρή και πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα. Από την άλλη, η κατατονική διέγερση χαρακτηρίζεται από έντονη διέγερση του ατόμου η οποία μπορεί να εμφανίζει βίαιη συμπεριφορά, χωρίς ωστόσο να γίνεται το ίδιο επικίνδυνο για τον εαυτό του ή τους γύρω του (Καπρίνης & συν. 2009).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είτε αρνούνται να υπακούσουν στις εντολές άλλων είτε τις ακολουθούν πιστά. Οι βαριά πάσχοντες και όσοι βρίσκονται σε οξύ ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν ποικίλα συμπτώματα όπως κηρώδη ευκαμψία, παράξενες στάσεις, τελετουργίες, εμβροντησία, δυσκαμψία, διέγερση, ηχολαλία, ηχωπραξία, αρνητισμό, αλαλία, παράξενους μανιερισμούς. Πρώτοι οι Bleuler και Kraepelin κατηγοριοποίησαν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίζοντάς τα σε δύο κύριες κατηγορίες, τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Αν και τα θετικά συμπτώματα είναι εντονότερα, αποτελούν καλύτερο δείκτη πρόγνωσης για την πορεία του ασθενή, σε αντίθεση με τα αρνητικά συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν ανοχή απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή (Τζαβάρας, 2008). Επίσης, τα θετικά συμπτώματα σταθεροποιούνται μέσα σε 5 με 10 έτη από τη διάγνωση της νόσου, αντίθετα τα αρνητικά δεν είναι εύκολο να σταθεροποιηθούν και παρουσιάζουν επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου (Eby & Brown, 2009).

5. Διαταραχές των ενστίκτων

Στη σχιζοφρένεια η διαταραχή των ενστίκτων αναφέρεται κατά κύριο λόγο στο ένστικτο της αυτοσυντήρησης το οποίο είναι και εξαιρετικά μειωμένο. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος για τον οποίο τα άτομα επιχειρούν να αυτοτραυματιστούν ή απόπειρα αυτοκτονίας. Τα άτομα αυτά όχι μόνο δεν αντιλαμβάνονται τον πόνο, αλλά φαίνεται πως νιώθουν ευχαρίστηση από τις ενέργειές τους αυτές. Επίσης, πολλές φορές αρνούνται να καταναλώσουν οποιοδήποτε είδος τροφής ή παρουσιάζουν αποστροφή σε συγκεκριμένα είδη διατροφής. Τέλος, διαταράσσονται και τα κοινωνικά τους ένστικτα και πολλές φορές οδηγούνται σε άσεμνες πράξεις καθώς και ανήθικες, τις οποίες ωστόσο δεν αντιλαμβάνονται ως λανθασμένες (Καπρίνης & συν. 2009).

6. Εναισθησία

Εναισθησία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει την πραγματική κατάσταση του εαυτού του. Ωστόσο τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια συχνά χάνουν αυτήν τους την ικανότητα είτε σε ένα βαθμό, είτε παντελώς. Σε παντελή απώλεια της τα άτομα δεν μπορούν να κατανοήσουν ότι πάσχουν. Από την άλλη, τα άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη της σε κάποιο βαθμό, μπορεί να κατανοούν ότι πάσχουν, αλλά να αρνούνται οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή και ως αποδέχονται ότι οι ψευδαισθήσεις που βιώνουν είναι απόρροια της νόσου. Έτσι, είναι σημαντικό να ορίζεται ο ακριβής βαθμός εναισθησίας, ώστε να δίνεται και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (Καπρίνης & συν. 2009).

7. Αίσθηση του εαυτού

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν διαταραχές σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους. Φυσιολογικά η αίσθηση του εαυτού αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει την ατομικότητα και τη μοναδικότητά του. Στα άτομα με σχιζοφρένεια όμως, παρουσιάζονται διαταραχές στα όρια του εγώ του ατόμου τα οποία εκδηλώνονται με παραληρητικές ιδέες και σύγχυση της προσωπικής τους ταυτότητας (Eby & Brown, 2009).

1.5.5 Θετικά συμπτώματα

Τα θετικά συμπτώματα εμφανίζονται κατά κύριο λόγο ως αρχικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και υποδηλώνουν διαταραχές ως προς τη λειτουργικότητα του ατόμου. Στην κατηγορία των θετικών συμπτωμάτων συγκαταλέγονται τα εξής (Hogan, 2012):

1. Ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι κατά κύριο λόγο ακουστικές, όμως μπορεί να έχουμε και οπτικές, απτικές, οσφρητικές, γευστικές, αλλά και παραισθήσεις οι οποίες έχουν να κάνουν με λανθασμένη αντίληψη των εξωτερικών ερεθισμάτων.
2. Παραληρητικές ιδέες, οι οποίες είναι λανθασμένες αντιλήψεις του ασθενή που χωρίζονται σε (Hogan, 2012):
 - **Παρανοειδείς:** το άτομο θεωρεί πως κάποιος ή κάποιοι προσπαθούν να το βλάψουν, γι' αυτό και γίνεται επιθετικό και επιφυλακτικό με τους γύρω του.
 - **Μεγαλείου:** το άτομο θεωρεί ότι αποτελεί μια μεγάλη και σημαντική προσωπικότητα.
 - **Θρησκευτικού περιεχομένου:** το άτομο εκφράζει έμμονες ιδέες για κάποιο θρησκευτικό θέμα.
 - **Σωματικού περιεχομένου:** το άτομο εκφράζει μη λογικές πεποιθήσεις για τη σωματική του δομή και λειτουργία.
 - **Διωκτικού περιεχομένου:** το άτομο αναφέρει ότι το καταδιώκουν.
 - **Εκπομπής σκέψεων:** το άτομο θεωρεί ότι οι σκέψεις του γίνονται γνωστές στους γύρω του.
 - **Παρεμβολής σκέψεων:** το άτομο υποστηρίζει πως κάποιοι «εισάγουν» σκέψεις στο ίδιο χωρίς να το θέλει.
 - **Ελέγχου σκέψεων:** το άτομο πιστεύει πως ένα τρίτο πρόσωπο ελέγχει τις σκέψεις του στερώντας του την ελεύθερη βούληση.
3. Περίεργη και επιθετική συμπεριφορά.
4. Διαταραχή στη σκέψη, στη δομή και στη ροή της.
 - **Ηχολαλία:** το άτομο επαναλαμβάνει τις λέξεις ή φράσεις κάποιου άλλου.
 - **Ηχωπραξία:** το άτομο μιμείται τις κινήσεις κάποιου άλλου.
 - **Γλωσσική σαλάτα:** το άτομο συνδυάζει λανθασμένα τις λέξεις στον λόγο του με αποτέλεσμα να μην υπάρχει νόημα σε αυτά που λέει.
 - **Νεολογισμοί:** το άτομο δημιουργεί νέες λέξεις.
 - **Ακατανόητος τρόπος σκέψης** (Hogan, 2012).

1.5.6 Αρνητικά συμπτώματα

Τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου έχουν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τα θετικά, καθώς δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή και επιδεινώνονται με την εξέλιξη της νόσου, καθιστώντας το άτομο ανίκανο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής του. Τα αρνητικά συμπτώματα δηλώνουν διαταραχές στην ψυχική λειτουργία του ατόμου. Τα αρνητικά συμπτώματα είναι τα εξής (Hogan, 2012):

- 1 **Ανηδονία:** το άτομο αδυνατεί να νιώσει ευχαρίστηση.
- 2 **Αλογία:** το άτομο παρουσιάζει μειωμένη λεκτική επικοινωνία με φτωχό περιεχόμενο.
- 3 **Αβουλησία:** το άτομο πάσχει από έλλειψη κινήτρων και στόχων.
- 4 **Ανεργία:** το άτομο στερείται ενεργητικότητας, ενώ αδιαφορεί και για την εξωτερική του εμφάνιση και υγιεινή.

- 5 **Αμφιθυμία:** το άτομο βιώνει αντίθετα συναισθήματα ταυτόχρονα.
- 6 **Διαταραχές στο συναίσθημα:** όπως αμβλύ, απρόσφορο και επίπεδο συναίσθημα.
- 7 **Διαταραχές στο πρόγραμμα του ύπνου:** όπως αϋπνία ή υπνηλία.
- 8 **Έλλειψη ορίων του εαυτού**
- 9 **Κοινωνική απομόνωση** (Hogan,2012).

Πίνακας 2: «Συμπτωματολογία στη σχιζοφρένεια.»

Θετικά Συμπτώματα	Αρνητικά Συμπτώματα	Αποδιοργανωτικά Συμπτώματα	Γνωσιακά Ελλείμματα
	<p>Συναίσθημα</p> <p>Συναισθηματική έκπτωση, επιπέδωση, απάθεια</p>	<p>Συναίσθημα</p> <p>Απρόσφορο συναίσθημα</p>	<p>Αδυναμία προσοχής και συγκέντρωσης</p> <p>Αδυναμία μνημονικής συγκράτησης πληροφορίας για μετέπειτα χρήση</p> <p>Εκτελεστική λειτουργία και οργάνωση στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς</p>
<p>Σκέψη</p> <p>Παραληρητικές ιδέες με περιεχόμενο: ζυλοτυπικό, διωκτικό, μεγαλείου, θρησκευτικό, υποχονδριακό, αυτοαναφοράς κ.λ.π</p> <p>Παρεμβολή, εκπομπή και απόσυρση σκέψεων, ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης φωνής, γραφής, πράξεων</p>	<p>Σκέψη</p> <p>Πενία στην ποσότητα λόγου, πενία, στο περιεχόμενο της ομιλίας (αλογία), φτωχό περιεχόμενο λόγου, καθυστέρηση απάντησης</p>	<p>Σκέψη</p> <p>Εννοιολογική αοριστία και ασάφεια, εκτροχιασμός της σκέψης, άσκοπος πλατειασμός, χαλάρωση συνειρμών, νεολογισμοί</p>	
<p>Αντίληψη</p> <p>Ψευδαισθήσεις</p>			

κυρίως ακουστικές αλλά και οπτικές, απτικές, οσφρητικές, γευστικές κ.λ.π			
	Συμπεριφορά Ανέκφραστο προσωπείο, μειωμένη βλεμματική επαφή, αβουλία, ανηδονία, μείωση ενδιαφέροντος και κοινωνικής συνδιαλλαγής, μείωση δραστηριοτήτων, παραμέληση εξωτερικής εμφάνισης	Συμπεριφορά Αποδιοργανωμένη, αναίτια, και μη στοχοκατευθυνόμενη παραδοξότητα, έλλειψη κοινωνικών αναστολών, μωρολογία	

Πηγή: Γ.Ν Παπαδημητρίου, Ι.Α Λιάππας & Ε. Λύκουρας (2013), «Σύγχρονη Ψυχιατρική», Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.

1.6 Διάγνωση

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στηρίζεται σε κριτήρια είτε του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Οργανισμού (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^η έκδοση, DSM-V), είτε της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ICD-10). Τα κριτήρια αυτά χρησιμοποιούν τις εμπειρίες και τις διαταραχές στη συμπεριφορά στα οποία βασίζεται η ψυχιατρική κλινική αξιολόγηση. Τα δυο συστήματα συμφωνούν σε πολλά σημεία. Τα ICD-10 κριτήρια δίνουν περισσότερη έμφαση στα πρώτης-κατηγορίας συμπτώματα όπως τα περιέγραψε ο Σνάιντερ.

Το 1952, έχουμε τη δημιουργία της πρώτης έκδοσης του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών (DSM) το οποίο συντάχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση. Με την πάροδο των χρόνων πραγματοποιήθηκαν αρκετές αναθεωρήσεις του εγχειριδίου με την τελευταία να γίνεται το 2013, η οποία και αποτελεί την πέμπτη έκδοση (DSM-V). Ο ορισμός της σχιζοφρένειας παρέμεινε ουσιαστικά ο ίδιος με αυτό του DSM-IV-TR (από το 2000), αλλά το DSM-5 προχώρησε σε μερικές αλλαγές (<https://el.wikipedia.org/wiki/Σχιζοφρένεια>):

- Οι υπότυποι π.χ. κατατονική ή παρανοειδής σχιζοφρένεια αφαιρέθηκαν.
- Η κατατονία δεν αποτελεί σύμπτωμα μόνο για τη σχιζοφρένεια.
- Κατά την περιγραφή της σχιζοφρένειας, δίνεται έμφαση στο διαχωρισμό ανάμεσα στην τρέχουσα κατάσταση και την πορεία της.

- Δεν συνίσταται πλέον θεραπεία για τα πρώτης τάξης συμπτώματα του Σνάιντερ.
- Η διαφοροποίηση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής από τη σχιζοφρένια είναι πιο καθαρή.
- Η αξιολόγηση οχτώ τομέων της ψυχοπαθολογίας, όπως την ύπαρξη ψευδαισθήσεων ή μανίας, βοηθάει στις κλινικές αποφάσεις.
- Καταργεί τη χρήση του πολυαξονικού συστήματος διάγνωσης, καθώς η εφαρμογή του στην καθημερινή κλινική πράξη θεωρείται αμφίβολη (<https://el.wikipedia.org/wiki/Σχιζοφρένια>).

1.6.1 Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V)

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν μπορεί να βασιστεί μόνο στην παρουσία της σχιζοειδούς προσωπικότητας, η διάγνωση απαιτεί την παρουσία βασικών συμπτωμάτων της ασθένειας τα οποία και προκαλούν διαταραχές στην προσωπικότητα του ατόμου. Η διάγνωση μπορεί να γίνει από τον ψυχίατρο ο οποίος με την βοήθεια του οικογενειακού κύκλου του ατόμου θα καταφέρει να προσδιορίσει τα ακριβή συμπτώματα καθώς και τον χρόνο έναρξής τους.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται στα εξής κριτήρια (American Psychiatric Association, Γκοτζαμάνης, 2015):

- 1 Δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά συμπτώματα τα οποία θα πρέπει να εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα περίπου ένα μήνα ή και λιγότερο αν υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση. Το ένα τουλάχιστον θα πρέπει να είναι ή οι παραληρητικές ιδέες ή οι ψευδαισθήσεις ή ο αποδιοργανωμένος λόγος:
 - Παραληρητικές ιδέες
 - Ψευδαισθήσεις (θα πρέπει να διαρκούν όλη την ημέρα για πολλές μέρες ή πολλές φορές μέσα στην εβδομάδα για πολλές εβδομάδες)
 - Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυναρτησία, εκτροχιασμός)
 - Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
 - Αρνητικά συμπτώματα (αλογία, αβουλησία, απρόσφορο συναίσθημα, ανηδονία)
- 2 Με την εξέλιξη της νόσου, σημαντικοί τομείς της ζωής του ατόμου, όπως η αυτοφροντίδα του, το σχολείο ή η εργασία και οι σχέσεις με τους γύρω του διαταράσσονται σημαντικά σε σχέση με το πώς ήταν πριν εμφανιστεί η νόσος.
- 3 Η χρονική διάρκεια εμφάνισης των συμπτωμάτων θα πρέπει να παρουσιάζεται για 6 μήνες τουλάχιστον. Μέσα στο χρονικό αυτό διάστημα θα πρέπει να εμφανίζονται συμπτώματα από το κριτήριο 1, τα οποία να εμμένουν για τουλάχιστον 1 μήνα.
- 4 Θα πρέπει να προσδιοριστεί ότι τα συμπτώματα οφείλονται σε σχιζοφρένια και όχι σε σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία.
- 5 Είναι επίσης απαραίτητο να διασαφηνιστεί ότι τα συμπτώματα δεν πηγάζουν από ουσίες, από παρενέργειες απέναντι σε φαρμακευτική αγωγή ή σε κάποια σωματική κατάσταση η οποία παρουσιάζει ίδια κλινική εικόνα με τη σχιζοφρένια όπως για παράδειγμα ένας όγκος του εγκεφάλου.
- 6 Όταν υπάρχει ιστορικό αυτισμού ή διαταραχή στην επικοινωνία το οποίο εμφανίζεται στην παιδική ηλικία, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας επιβεβαιώνεται όταν υπάρχουν ταυτόχρονα παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μαζί με άλλα συμπτώματα της νόσου τα οποία θα πρέπει να γίνονται αντιληπτά για τουλάχιστον 1

μήνα ή λιγότερο χρονικό διάστημα αν έχει δοθεί θεραπευτική αγωγή (American Psychiatric Association, Γκοτζαμάνης, 2015)

Η πορεία της σχιζοφρένειας προσδιορίζεται εφόσον η διαταραχή λαμβάνει χώρα στη διάρκεια ενός έτους και εφόσον εμφανίζει συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία την τεκμηριώνουν. Η διάγνωση που προκύπτει από την πορεία της είναι η εξής:

(Γκοτζαμάνης, 2015)

- Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο.
- Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε μερική ύφεση.
- Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε πλήρη ύφεση.
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο.
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε μερική ύφεση.
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε πλήρη ύφεση.
- Συνεχής. Η συμπτωματολογία η οποία πληροί τις προδιαγραφές της διαταραχής εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ οι χρονικές περίοδοι που μεσολαβούν στο μεσοδιάστημα καταλαμβάνουν εξαιρετικά μικρό κομμάτι σε σχέση με την γενική εικόνα της νόσου.
- Απροσδιόριστη με κατατονία. Θα πρέπει πρώτα να αποκλείσουμε την πιθανότητα η κατατονία να προέρχεται από κάποια άλλη ψυχική νόσο. Αρχικά θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης, να προσδιοριστεί η σοβαρότητα των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών. Αυτό σημαίνει πως θα πρέπει να προσδιοριστούν ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αλλά και η λειτουργικότητα του ασθενή (Γκοτζαμάνης, 2015).

1.7 Τύποι σχιζοφρένειας

Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει υποκατηγορίες σχιζοφρένειας, αν και όπως προαναφέρθηκε, το DSM-5 προτείνει τη μη χρήση τους. Η σχιζοφρένεια υποδιαιρείται σε 6 επιμέρους υπότυπους, οι οποίοι προκύπτουν βάση της συμπτωματολογίας που φέρουν οι ασθενείς. Οι υπότυποι αυτοί είναι: ο παρανοειδής τύπος, ο αποδιοργανωτικός τύπος (παλιότερα ηβηφρενικός), ο κατατονικός τύπος, ο αδιαφοροποίητος τύπος, ο υπολειμματικός τύπος και τέλος ο απλός τύπος σχιζοφρένειας (Kaplan & Sadock's, 2012).

1.7.1 Παρανοειδής τύπος

Ο παρανοειδής τύπος σχιζοφρένειας θεωρείται ως ο πιο συχνός, γνήσιος και αντιπροσωπευτικός τύπος σχιζοφρένειας ενώ η έναρξή του ξεκινά αργότερα στη ζωή του ατόμου σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους (Kaplan & Sadock's, 2012).

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη οι οποίες εμφανίζονται με τη μορφή παραληρητικών ιδεών, καθώς επίσης και διαταραχές στην αντίληψη οι οποίες εκδηλώνονται κυρίως με ακουστικές ψευδαισθήσεις. Οι παραληρητικές ιδέες αποκτούν περιεχόμενο διωκτικού χαρακτήρα και πολλές φορές έχουν τη μορφή παραληρήματος το οποίο σχετίζεται με σεξουαλικές ιδέες, ιδέες δίωξης ή κατασκοπίας. Επίσης συναντάται παραλήρημα μεγαλείου, θρησκευτικό παραλήρημα, ζηλοτυπικό παραλήρημα και τέλος ερωτομανιακό παραλήρημα στο οποίο το άτομο πιστεύει πως τρέφουν αισθήματα αγάπης για τον ίδιο άλλα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερο κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο. Οι ψευδαισθήσεις είναι κατά κύριο λόγο ακουστικές με περιεχόμενο υβριστικό, καθοδηγητικό ή

προτρεπτικό (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013). Το άτομο γίνεται επιφυλακτικό παρουσιάζοντας εχθρικές ακόμα και επιθετικές τάσεις (Townsend, 2011).

Οι διαταραχές της σκέψης εμφανίζονται ως όψιμη συμπτωματολογία στον παρανοειδή τύπο της σχιζοφρένειας. Τα αρνητικά συμπτώματα είναι αισθητά, όμως δεν κυριαρχούν στην κλινική εικόνα του ασθενή. Το συναίσθημα του πάσχοντος στα αρχικά στάδια κρίνεται ως φυσιολογικό όμως χάνεται με τον ασθενή να μετατρέπεται σε αδιάφορο και απαθή, ενώ τέλος η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες. Ο παρανοειδής τύπος μπορεί να εισβάλει αστραπιαία ή βραδέως με την πορεία του να απαντάται ως χρόνια, επεισοδιακή ή με «μερική ή πλήρης αποδρομή» (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Συμπτώματα παρανοειδούς τύπου σχιζοφρένειας (Hogan, 2012) :

1. Ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές)
2. Παραληρητικές ιδέες (κυρίως διωκτικού περιεχομένου)
3. Εχθρική συμπεριφορά ή θυμός
4. Απουσία αποδιοργάνωσης του λόγου και της κατατονικής συμπεριφοράς καθώς επίσης και του επίπεδου ή απρόσφορου συναισθήματος (Hogan, 2012).

1.7.2 Αποδιοργανωτικός τύπος-Ηβηφρενικός

Όπως μαρτυρά και το όνομά της ο «ηβηφρενικός» τύπος σχιζοφρένειας υποδηλώνει την πρώιμη έναρξή του κατά την εφηβική ηλικία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή. Η συμπτωματολογία χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένη σκέψη και λόγο ασυνάρτητο, διαταραχή του συναισθήματος (ρηχό και απρόσφορο), ανεύθυνη και απρόβλεπτη συμπεριφορά, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις καθώς και μια τάση του ατόμου για απομόνωση. Οι διαταραχές στη σκέψη παρουσιάζουν επιπολαιότητα ενώ δεν εμφανίζουν σταθερό παραλήρημα. Το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο ενώ περνάει από πολλά επίπεδα μέχρι να εξελιχθεί σε απάθεια και αδιαφορία. Η συμπεριφορά έχει παιδική μορφή και έλλειψη συντονισμού σε λόγο και κινήσεις (γέλιο χωρίς αιτία, μορφασμοί προσώπου) με σταδιακή εμφάνιση της άρσης των αναστολών. Συνήθως η εξέλιξη είναι κακή εξαιτίας της ταχείας εξέλιξης των συμπτωμάτων (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Συμπτώματα αποδιοργανωμένου τύπου σχιζοφρένειας (Hogan, 2012):

1. Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
2. Αποδιοργανωμένος λόγος
3. Απρόσφορο ή επίπεδο συναίσθημα
4. Ιδιοτροπισμοί στη συμπεριφορά (Hogan, 2012).

1.7.3 Κατατονικός τύπος

Ο κατατονικός τύπος σχιζοφρένειας εμφανίζεται κατά την ενήλικη ζωή και βασικά στοιχεία του είναι ότι το άτομο εμφανίζει ψυχική και κινητική διέγερση. Ανάλογα με τη συμπτωματολογία που θα παρουσιαστεί ο τύπος αυτός χωρίζεται σε δύο φάσεις, την κατατονική εμβροντησία και την κατατονική διέγερση (Καπρίνης & συν. 2009).

Στη φάση της κατατονικής εμβροντησίας παρουσιάζεται περιορισμός σταδιακός ή ακαριαίος της δραστηριότητας του ασθενή, η οποία οδηγεί σε απόλυτη ακινησία λόγω

απουσία εκούσιων κινήσεων αλλά και λόγω απουσίας αντίδρασης του ασθενή απέναντι στα εξωτερικά ερεθίσματα. Καθημερινές λειτουργίες όπως η σίτιση, το λούσιμο, η αφόδευση κ.α αναστέλλονται (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013). Επίσης, το άτομο αδυνατεί να νιώσει άνετα στο κρεβάτι γι' αυτό και παίρνει παράξενες στάσεις στις οποίες μένει για πολλή ώρα . Σε αυτή τη φάση παρουσιάζονται ακούσιες κινήσεις τόσο των χεριών όσο και του υπόλοιπου σώματος ή παρουσιάζουν σημάδια προκλητής υποβολιμότητας όπως ηχωπραξία, ηχολαλία, ηχομιμία κ.α. Τέλος εμφανίζουν κηρώδη ευκαμψία, γεγονός που σημαίνει ότι μπορούν να πάρουν μια συγκεκριμένη θέση και να τη διατηρήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ πολλές φορές μιμούνται το νεκρό (Καπρίνης & συν. 2009).

Αντίθετα η κατάσταση της κατατονικής διέγερσης της οποίας η εξέλιξη μπορεί να είναι σταδιακή ή αστραπιαία, συνίσταται από άσκοπη και ανεξέλεγκτη υπερδραστηριότητα απέναντι σε πρόσωπα και αντικείμενα εντός του περιβάλλοντος του ασθενή όπου απουσιάζει κάθε συναισθηματική έκφραση (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013). Στο στάδιο αυτό οι ασθενείς εμφανίζουν αρνητισμό, αλαλία και πολλές φορές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Τέλος, οδηγούνται σε αυτοκτονία η οποία δεν γίνεται συνειδητά αλλά από απελπισία και συνήθως μια φωνή τους παρακινεί προς την κατεύθυνση αυτή (Καπρίνης & συν. 2009).

Συμπτώματα κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας (Hogan, 2012) :

1. Εμβροντησία
2. Αρνητισμός
3. Αδυναμία ομιλίας
4. Αλλόκοτες στάσεις σώματος
5. Ηχολαλία
6. Ηχωπραξία (Hogan, 2012).

1.7.4 Αδιαφοροποίητος τύπος

Στον αδιαφοροποίητο τύπο σχιζοφρένειας τα κύρια συμπτώματα αποτελούν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, η ασυναρτησία και τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, συμπτώματα που όμως απαντώνται και στους άλλους τύπους σχιζοφρένειας (Townsend, 2011). Ο τύπος αυτός σχιζοφρένειας μπορεί να παρουσιάζει διαφορετικούς συνδυασμούς συμπτωμάτων από εκείνα που θεωρούνται ως χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου, χωρίς ωστόσο να είναι αρκετά, έτσι ώστε να μπορέσουμε να προσδιορίσουμε ότι πρόκειται για κάποιο συγκεκριμένο τύπο από τους προαναφερόμενους π.χ. παρανοειδή , κατατονικό, αποδιοργανωτικό κτλ. Είναι λοιπόν σημαντικό να γίνεται σημαντική προσπάθεια έτσι ώστε να ταξινομηθούν τα συμπτώματα σε κάποια από τις άλλες κατηγορίες και αν αυτό δεν είναι εφικτό τότε μόνο να γίνεται η κατάταξη του ασθενή στον αδιαφοροποίητο τύπο (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Συμπτώματα αδιαφοροποίητου τύπου (Hogan, 2012) :

1. Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
2. Ψυχωτικά συμπτώματα
3. Ψευδαισθήσεις
4. Παραληρητικές ιδέες (Hogan, 2012).

1.7.5 Απλός τύπος

Ο τύπος αυτός σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από εκκεντρική συμπεριφορά, όχι όμως έκδηλη, μειωμένη απόδοση σε συλλογικό επίπεδο καθώς επίσης και ανικανότητα του ατόμου να εκπληρώσει τους κοινωνικούς του ρόλους. Παρατηρούνται αρνητικά συμπτώματα του υπολειμματικού τύπου χωρίς όμως να γίνονται αισθητά τα ψυχωτικά συμπτώματα (<http://www.moh.gov.gr/>). Η απλή σχιζοφρένεια εμφανίζεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η εξέλιξή της γίνεται με βραδύ ρυθμό. Σε αρχικό στάδιο παρατηρείται απώλεια ενδιαφέροντος η οποία σε συνδυασμό με την απάθεια και την αδιαφορία οδηγούν στη διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή. Ως αρχικά της συμπτώματα θεωρούνται η κακή σχολική επίδοση, η παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι, οι μειωμένες κοινωνικές συναναστροφές, η αδιαφορία για περιποίηση του εαυτού, η έλλειψη πρωτοβουλίας καθώς και η ονειροπόληση. Συναντάται επίσης, σταδιακή έκπτωση του συναισθήματος η οποία κάποια στιγμή θα οδηγήσει σε ολοκληρωτική κατάργησή του. Στον επαγγελματικό τομέα το άτομο τείνει να αλλάζει συνεχώς επαγγέλματα βρίσκοντας ολοένα και κατώτερα. Ιδιαίτερο διαγνωστικό γνώρισμα αποτελεί το γεγονός ότι απουσιάζουν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, γεγονός που δυσκολεύει τη διάγνωση κατά την έναρξη της νόσου, γι' αυτό και απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση με σκοπό την επιβεβαίωση της μείωσης της λειτουργικότητας του ασθενή (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.7.6 Υπολειμματικός τύπος

Για να μπορέσει να γίνει διάγνωση για τον υπολειμματικό τύπο σχιζοφρένειας απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει τουλάχιστον ένα ψυχωτικό επεισόδιο σχιζοφρένειας στο παρελθόν, αλλά η παρούσα κλινική εικόνα του ασθενή να χαρακτηρίζεται από αρνητικά συμπτώματα και απουσία θετικών συμπτωμάτων ή ύπαρξη θετικών συμπτωμάτων των οποίων η ύπαρξη θα είναι σχεδόν ανεπαίσθητη. Η μορφή αυτή διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με ή χωρίς εξάρσεις και συνήθως αποτελεί την ενδιάμεση κατάσταση των εξάρσεων και υφέσεων της νόσου (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Σχετικά με την συμπτωματολογία της μορφής αυτής παρατηρείται η ύπαρξη αρνητικών συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα όπως κοινωνική απομόνωση, ανέκφραστο πρόσωπο, χαμηλό επίπεδο αυτοφροντίδας, ψυχική και κινητική επιβράδυνση, αδυναμία του ασθενή να λαμβάνει πρωτοβουλίες, άμβλυνη συναισθήματος, κακής ποιότητας και ποσότητας λεκτική επικοινωνία, υποτονική συμπεριφορά, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Ωστόσο, τα συμπτώματα αυτά δεν είναι έντονα ή ευδιάκριτα στη φάση ύφεσης της νόσου, παρά μόνο σε φάση έξαρσης (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

Συμπτώματα υπολειμματικού τύπου (Hogan, 2012) :

1. Τουλάχιστον ένα προηγούμενο ψυχωτικό επεισόδιο σχιζοφρένειας στο παρελθόν
2. Κοινωνική απομόνωση
3. Απρόσφορο συναίσθημα
4. Μειωμένο ενδιαφέρον
5. Έλλειψη κινήτρων
6. Χαμηλή ενέργεια
7. Εκκεντρικότητα
8. Χαμηλής έντασης ψυχωτικά συμπτώματα (Hogan, 2012).

1.8 Παθοφυσιολογία της νόσου

Μέχρι και σήμερα η παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας παραμένει ένα άλυτο μυστήριο, με τους επιστήμονες να μπορούν να κάνουν μόνο υποθέσεις σχετικά με το τι την προκαλεί. Ωστόσο, είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι διαταραχές που λαμβάνουν χώρα, έχουν να κάνουν με αλλοιώσεις στο ανατομικό, νευροδιαβιβαστικό και ανοσολογικό δίκτυο. Απεικονιστικές διαδικασίες έχουν εμφανίσει διαταραχές οι οποίες εστιάζονται σε διαταραχές στον ιππόκαμπο, στον ενδοκρινικό φλοιό, στο σύστημα της ντοπαμίνης, στην αύξηση του μεγέθους των κοιλιών καθώς και διαταραχή στον όγκο της φαιάς ουσίας (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι συνδέσεις του εγκεφάλου, καθώς με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας έχουν εντοπιστεί σημαντικές ανατομικές διαταραχές, οι οποίες εντοπίζονται στο δίκτυο του νεοφλοιού, αλλά και στις περιοχές εκείνες από τις οποίες διέρχεται η λευκή ουσία (Tamminga et all, 2010).

Επίσης είναι γνωστό, ότι τα άτομα που νοσούν παρουσιάζουν δυσλειτουργία στο σύστημα της ντοπαμίνης. Η άποψη αυτή διαφέρεται από το γεγονός, ότι τα φάρμακα που είχαν αντντοπαμινεργική δράση αντιμετώπιζαν με επιτυχία τα ψυχωτικά επεισόδια. Αντίθετα, φάρμακα όπως οι αμφεταμίνες, που διεγείρουν το σύστημα της ντοπαμίνης προκαλούσαν επιδείνωση των ψυχωτικών επεισοδίων. Αν και δεν είναι ακόμα γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίο επηρεάζεται η δράση των νευροδιαβιβαστών, παρόμοιες μεταβολές εντοπίζονται και στη δράση του γλουταμινικού οξέως (Cioffi, 2013).

Η άποψη ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα αυτοάνοσο νόσημα διερευνάται εδώ και πολλά χρόνια, αφού το 35% των ασθενών παρουσιάζει ενδείξεις. Η υπερδραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος προκαλεί την υπερπαραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών όπως η IL-6 (ιντερλευκίνη 6), με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο μεταβολισμός της τρυπτοφάνης που έχει ως ακόλουθο διαταραχές στο σύστημα της ντοπαμίνης και γλουταμίνης, δίνοντας έτσι απάντηση για το πώς οι διαταραχές στο ανοσολογικό σύστημα επηρεάζουν και τα παραπάνω συστήματα (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.9 Διαφορική διάγνωση

Για να είναι εφικτή η διάγνωση της σχιζοφρένειας, είναι απαραίτητο πρώτα να αποκλειστούν άλλες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες παρουσιάζουν την ίδια κλινική εικόνα, έτσι ώστε να δοθεί και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Αρχικά, θα πρέπει να ληφθεί ένα πλήρες ιστορικό καθώς επίσης και να πραγματοποιηθεί φυσική εξέταση για να αποκλειστούν παθολογικές καταστάσεις. Άλλωστε, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων εμφανίζεται σε πολλές καταστάσεις, όπως σε παρενέργειες από συνταγογραφούμενα φάρμακα (π.χ αντιχολινεργικά), σε κατάχρηση ουσιών (π.χ παραισθησιογόνα, αλκοόλ, αμφεταμίνες), διαταραχές στο ενδοκρινικό και μεταβολικό σύστημα, όγκοι εγκεφάλου και λοιμώξεις (Black & Andreasen, 2011).

Γι' αυτό το λόγο διενεργούνται και κάποιες εξετάσεις για να μπορέσουν να αποκλειστούν οργανικά αίτια. Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν γενική αίματος και ούρων, πλήρη ενδοκρινικό έλεγχο, μέτρηση των ηπατικών ενζύμων, ουρίας και κρεατινίνης, αλλά και έλεγχο μόλυνσης από σύφιλη και τον ιό της ανθρώπινης ανοσοεπάρκειας (HIV). Επιπλέον, διενεργείται και μαγνητική τομογραφία η οποία βοηθά να αποκλειστούν εστιακές βλάβες του εγκεφάλου όπως για παράδειγμα κάποιος όγκος (Black & Andreasen, 2011).

Διαφορική διάγνωση γίνεται από (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013):

- 1 Τη σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η οποία, αν και παρουσιάζει ίδια κλινική εικόνα, η οποία όμως διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες, έχει καλύτερη πρόγνωση και η αποδιοργάνωση εμφανίζει μικρότερη ένταση.
- 2 Τη βραχεία ψυχωτική διαταραχή, που διαρκεί περίπου ένα μήνα και υπάρχει πάντα κάποιος ψυχοπιεστικός παράγοντας.
- 3 Τις διαταραχές στο συναίσθημα, εδώ για τη διαφορική διάγνωση παίζει ρόλο το ιστορικό, η κατάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου πριν την εκδήλωση της νόσου, η ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή και η πρόγνωση. Ακόμα, οι διαταραχές της διάθεσης που εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια πρέπει να διαρκούν χρονικά μικρότερο διάστημα από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Τέλος, αν στις διαταραχές της διάθεσης έχουμε την παρουσία ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών δεν θα πρέπει να εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- 4 Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, αναπτύσσεται ταυτόχρονα με τη σχιζοφρένεια, όμως μεσολαβεί ένα σύντομο χρονικό διάστημα (περίπου 2 εβδομάδες) όπου εμφανίζονται ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες αλλά δεν εμφανίζονται βασικά συμπτώματα της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Έχει καλύτερη πορεία από τη σχιζοφρένεια, αλλά όχι από τις διαταραχές στη διάθεση.
- 5 Παραληρητική διαταραχή, εμφανίζεται κυρίως στη μέση ηλικία με την εμφάνιση παράξενων παραληρητικών ιδεών που διαρκούν έξι μήνες περίπου, χωρίς όμως την παρουσία κάποιου άλλου συμπτώματος της σχιζοφρένειας, ενώ η λειτουργική κατάσταση του ατόμου παραμένει σε ικανοποιητικό επίπεδο.
- 6 Διαταραχή της προσωπικότητας, οι οποίες κατά κύριο λόγο είναι η σχιζότυπη, σχιζοειδής, παρανοειδής και μεθοριακή. Εδώ δεν έχουμε ιδιαίτερα ψυχωτικά συμπτώματα και αν υπάρξουν διαρκούν ελάχιστα.
- 7 Προσποινή διαταραχή-υπόκριση, εδώ δεν υπάρχει κάποιο κριτήριο για διαφορική διάγνωση, γενικότερα ένα άτομο μπορεί να προσποιείται πως έχει σχιζοφρενικά συμπτώματα είτε γιατί αποσκοπεί σε κάτι (υπόκριση), είτε γιατί εμπλέκονται ψυχολογικά κίνητρα (προσποινή διαταραχή).
- 8 Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αυτιστική διαταραχή και αυτές οι διαταραχές διαγιγνώσκονται μέχρι την ηλικία των τριών ετών.
- 9 Νοητική υστέρηση, η οποία δεν εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά και, δεν προκαλεί προοδευτική πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου, αλλά μόνιμη απώλειά της.
- 10 Πολιτισμικές πεποιθήσεις, πεποιθήσεις που αν και αλλόκοτες ανήκουν σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες και δεν θεωρούνται ψυχωτικές (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.10 Ψυχώσεις του σχιζοφρενικού φάσματος και άλλες σχετικές προς την σχιζοφρένεια διαταραχές

1.10.1 Σχιζότυπη διαταραχή

Σύμφωνα με το ICD-10 η σχιζότυπη διαταραχή κατατάσσεται στις σχιζοφρενικές διαταραχές, αν και το DSM-IV την τοποθετεί στις διαταραχές της προσωπικότητας. Τα κύρια

κλινικά χαρακτηριστικά της είναι η εκκεντρική συμπεριφορά, διαταραχές στη σκέψη αλλά και το συναίσθημα που θυμίζουν την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας χωρίς όμως να επιβεβαιώνεται, κοινωνική απομόνωση, ανηδονία, ψυχρό ή απρόσφορο συναίσθημα, διαταραχές στην αντίληψη με παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων, ασυναρτησία, παράξενες πεποιθήσεις ή ήπιες παραληρητικές ιδέες και παροδικά ψυχοσικόμορφα επεισόδια. Η σχιζότυπη διαταραχή αποκτά χρονιότητα και πολλές φορές μπορεί να εξελιχθεί σε σχιζοφρένεια (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.10.2 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

Πρόκειται για διαταραχή στην οποία συνυπάρχουν τόσο τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όσο και συναισθηματικά συμπτώματα. Θα πρέπει να αναγνωρίζεται ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων στο οποίο θα συνυπάρχει η συμπτωματολογία από τις δύο αυτές διαταραχές. Αναλόγως αν η συναισθηματική συμπτωματολογία αποτελείται από μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια, το ICD-10 διακρίνει τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή σε μανιακού, καταθλιπτικού ή μεικτού τύπου.

Συμπτώματα σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Hogan, 2012) :

- 1 Ψευδαισθήσεις
- 2 Παραληρητικές ιδέες
- 3 Αποδιοργανωμένος λόγος
- 4 Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- 5 Αρνητικά συμπτώματα (Hogan, 2012).

1.10.3 Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές

Αναφέρεται σε διαταραχές οι οποίες εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (εντός δύο εβδομάδων) και στις οποίες παρουσιάζονται πολλά και διαφορετικά συμπτώματα που μεταβάλλονται γρήγορα, με έντονη την παρουσία της διαταραχής του συναίσθηματος η οποία προκαλείται από κάποιον εκλυτικό παράγοντα. Τα συμπτώματα διαρκούν το πολύ μέχρι τρεις μήνες, ενώ σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που μπορεί να διαρκέσουν έως έξι μήνες. Θα πρέπει να γίνεται στενή ψυχιατρική παρακολούθηση έτσι ώστε να δοθεί σωστή θεραπεία (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.10.4 Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές

Διαταραχές που συναντώνται κυρίως σε άτομα μέσης ηλικίας και ως κύριο χαρακτηριστικό έχουν την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών, οι οποίες υπάρχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και είναι επίμονες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η παραληρητική διαταραχή ή αλλιώς παράνοια. Μπορεί να εμφανίζεται μια παραληρητική ιδέα ή ένα σύνολο από παραληρητικές ιδέες, που όμως θα παρουσιάζουν παρόμοια θεματολογία. Τέλος το περιεχόμενο των ιδεών μπορεί να είναι διωκτικό, ερωτομανιακό, μεγαλείου, ζηλοτυπικό ή μεικτό (Γ.Ν. Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.10.5 Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη

Διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου μετά από εκδήλωση σχιζοφρένειας. Πιθανότατα να εμφανίζονται θετικά ή αρνητικά συμπτώματα σχιζοφρένειας τα οποία όμως δεν είναι έντονα. Πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στο στάδιο αυτό καθώς το άτομο εμφανίζει έντονη επιθυμία αυτοκτονίας. Σε περίπτωση που δεν είναι αισθητά συμπτώματα σχιζοφρένειας, τότε η κατάσταση πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί ως καταθλιπτικό επεισόδιο, αν όμως υπάρχουν συμπτώματα σχιζοφρένειας, τότε η διάγνωση πρέπει να παραμείνει σε σχιζοφρενικό τύπο (<http://www.moh.gov.gr/>).

Άλλες ψυχωσικές διαταραχές

- 1 **Επινερόμενη ψυχωτική διαταραχή:** στην οποία δημιουργείται μια οργανωμένη παραληρητική ιδέα ανάμεσα σε δύο άτομα με στενή επαφή. Ωστόσο, το ένα από τα δύο έχει πιο ενεργητικό ρόλο και αποτελεί τον δημιουργό της ιδέας, αντίθετα το άλλο έχει παθητικό ρόλο καθώς δεν είναι τόσο διαταραγμένο (Hogan, 2012).
- 2 **Ψυχωτική διαταραχή από ουσίες :** διαταραχή κατά την οποία προκαλούνται ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες που είναι απόρροια της δράσης μιας ουσίας.
- 3 **Ψυχωτική διαταραχή λόγω σωματικής κατάστασης:** παρουσία ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών που προκύπτουν από κάποια σωματική κατάσταση (Hogan, 2012).

1.11 Συννοσηρότητα

Με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας προκαλούνται κάποιες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα για να μειωθούν οι θάνατοι αλλά και να βελτιωθεί η κατάσταση των ασθενών.

Στις καταστάσεις αυτές συγκαταλέγονται η ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, που εμφανίζεται σε ποσοστό 5% των ασθενών με σχιζοφρένεια και δυσκολεύει αρκετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση, αφού τα φάρμακα για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή επιδεινώνουν την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας, ενώ υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστεί μανιακό επεισόδιο. Ακόμα, η εξάρτηση από διάφορες ουσίες όπως η νικοτίνη, το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, η καφεΐνη, χασίς και κάνναβη τα οποία πιθανότατα να χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της νόσου. Τελευταία και σημαντικότερη κατάσταση είναι η κατάθλιψη η οποία εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό ασθενών και είτε προκαλείται από την αντιψυχωτική αγωγή είτε συμπίπτει με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας στην οξεία φάση (Αγγελόπουλος, 2009).

Σχετικά με τη συννοσηρότητα κατάθλιψης και σχιζοφρένειας έχουν εκφραστεί κάποιοι αιτιολογικοί προδιαθεσικοί παράγοντες όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο), αλλά και χαρακτηριστικά σχετικά με την ασθένεια και την πορεία της (αριθμός εισαγωγών στο νοσοκομείο, αριθμός απόπειρας αυτοκτονιών, ηλικία έναρξης της νόσου, κληρονομικότητα και τέλος η χρονιότητα της νόσου). Ωστόσο, δεν έχει διασαφηνιστεί ακόμη η επίδραση των παραπάνω παραγόντων στη σχέση ταυτόχρονης εμφάνισης κατάθλιψης και σχιζοφρένειας, γι' αυτό και χρήζει περαιτέρω έρευνας (Σταμούλης, 2016).

1.12 Πορεία και πρόγνωση

Πορεία

Η έναρξη της σχιζοφρένειας, μπορεί να είναι είτε οξεία είτε ύπουλη και τις περισσότερες φορές προηγούνται κάποια προειδοποιητικά συμπτώματα (π.χ φόβος, άγχος) που εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν από την διάγνωση. Κατά κύριο λόγο το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο κάνει την εμφάνιση του κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της πρώιμης ενήλικης ζωής στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες φαίνεται πως εμφανίζεται μερικά χρόνια αργότερα. Τα άτομα που νοσούν παρουσιάζουν ιστορικό σχιζοφρένειας στην οικογένειά τους, ενώ είναι πολύ πιθανό το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο να είναι απόρροια κάποιας ψυχοπιεστικής κατάστασης (Kaplan & Sadock's, 2012).

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια προοδευτικά εκφυλιστική νόσος, που καταδικάζει το άτομο να χάσει σταδιακά τη λειτουργικότητα του, ενώ είναι πολύ πιθανό το άτομο να εμφανίζει ταυτόχρονα και άλλες διαταραχές π.χ επεισόδια κατάθλιψης. Αρχικά είναι ιδιαίτερα έντονα τα θετικά συμπτώματά της, όμως με την πάροδο των χρόνων υποχωρούν και εμφανίζονται εντονότερα τα αρνητικά της συμπτώματα πράγμα που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα (Kaplan & Sadock's, 2012).

Οι ασθενείς που έχουν σταθεροποιήσει τα συμπτώματα λαμβάνοντας την κατάλληλη για την κατάστασή τους φαρμακευτική αγωγή υπάρχει κίνδυνος να υποτροπιάσουν κατά 40% , αντίθετα το ποσοστό αγγίζει το 80% σε όσους δεν έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή. Για τους ασθενείς εκείνους που δεν λαμβάνουν αγωγή υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά. Επίσης, ένα ποσοστό αυτών της τάξης των 30-40% αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και το 10% αυτών το καταφέρνουν. Τέλος, το προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών είναι αρκετά μικρότερο σε σχέση με τους υγιείς ανθρώπους, γεγονός που οφείλεται και στο ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια νοσούν και πεθαίνουν πολύ πιο εύκολα από παθολογικά αίτια (Γ.Ν Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Πρόγνωση

Σχετικά με την πρόγνωση έχουμε την παρουσία 3 κατηγοριών: τους ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλή λειτουργικότητα, τους ασθενείς που αν και εμφανίζουν κάποια σημαντικά συμπτώματα εμφανίζουν ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας γιατί λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον τους (οικογενειακό, κοινωνικό) και τέλος τους ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν σοβαρή απώλεια της λειτουργικότητάς τους γι' αυτό και κάνουν πολλές εισαγωγές στο νοσοκομείο καθώς χρειάζονται περισσότερη στήριξη. Από την τελευταία κατηγορία το 10% των ασθενών χρήζουν συνεχή παρακολούθηση, ενώ φαίνεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με τους άνδρες (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

1.13 Πρόληψη

Το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παραμένει μέχρι και σήμερα μια ασθένεια η οποία δεν έχει κατανοηθεί σε βάθος σε συνδυασμό με το ότι δεν υπάρχει κάποιος αξιόπιστος δείκτης για το πώς η ασθένεια εξελίσσεται, καθιστά το κομμάτι της πρόληψης ένα δύσκολο έργο. Η απουσία αιτιοπαθογενετικού μηχανισμού, δεν επιτρέπει την ίασή της, γεγονός που σημαίνει πως η έκβασή της εξαρτάται από την βαρύτητα της νόσου αλλά και από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, τη θεραπευτική αγωγή αλλά και τη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον θεράποντα ιατρό (Austin et al. 2013)

Ωστόσο, μέσω της προληπτικής ψυχιατρικής έχουν δημιουργηθεί τρεις βασικές κατηγορίες, η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη που εντοπίζουν τους

παράγοντες που βοηθούν στην προφύλαξη της ψυχικής υγείας των ατόμων(Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η πρωτοβάθμια πρόληψη, έχει ως στόχο να αποτρέψει την εμφάνιση των ψυχικών ασθενειών στον πληθυσμό με το να αντιμετωπίζει τα αίτια και τους παράγοντες κινδύνου, κάτι που το πετυχαίνει με το να παρεμβαίνει πριν τη σύλληψη, να παρεμβαίνει κατά την εμβρυϊκή ζωή ή τέλος να παρεμβαίνει στη βρεφική και παιδική ηλικία και στις δυνητικά ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού εφαρμόζοντας προγράμματα αγωγής υγείας.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη, έχει ως στόχο την έγκαιρη διάγνωση της ψυχικής νόσου με σκοπό το άτομο να λάβει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, έτσι ώστε να μειωθεί ο αριθμός των νοσηλειών και το ποσοστό εμφάνισης υποτροπών στο σύνολο του πληθυσμού (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η τριτοβάθμια πρόληψη, έχει ως στόχο την επίτευξη της μέγιστης λειτουργικότητας σε ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική νόσο, με σκοπό την επανένταξή του στην κοινωνία και τη διατήρηση της ψυχοκοινωνικής του αποκατάστασης (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Ακόμα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ο οποίος σε συνεργασία με τα κέντρα ψυχικής υγείας έχουν δημιουργήσει κάποιες παρεμβάσεις με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας όπως:

1. Στην παιδική και εφηβική ηλικία (Θεοχάρης, 2016):

- Δημιουργία προγραμμάτων στα σχολεία με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων των παιδιών με σκοπό να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα.
- Παρεμβάσεις που γίνονται από το σχολείο με σκοπό να αναπτυχθούν δεξιότητες στα παιδιά και να επιτευχθούν απαραίτητες αλλαγές στο περιβάλλον τους.
- Δυνατότητα συμμετοχής στην προσχολική εκπαίδευση.
- Προγράμματα γνωσιακά και συμπεριφοράς για παιδιά που εμφανίζουν υψηλό ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης.
- Τρόποι ώστε τα παιδιά να μάθουν πώς να διαχειρίζονται το άγχος τους.
- Εκπαίδευση της κοινωνίας με σκοπό να εντάξει ομαλά τα μέλη που παρουσιάζουν ψυχικές νόσους και να μην τα απομονώσουν.
- Επισκέψεις επαγγελματιών υγείας στο σπίτι (Θεοχάρης, 2016) .

2. Στους ενήλικες (Θεοχάρης, 2016) :

- Παροχή βοήθειας σε γονείς με «δύσκολα» παιδιά.
- Επισκέψεις επαγγελματιών υγείας στο σπίτι.
- Εκμάθηση τρόπων με σκοπό τη διαχείριση του άγχους.
- Έγκαιρες παρεμβάσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ.
- Έγκαιρη διάγνωση ψυχικών διαταραχών.
- Ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικείων τους
- Συστηματική σωματική άσκηση (Θεοχάρης, 2016).

Έτσι, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας αλλά και την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία (Θεοχάρης, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»

2.1 Γενικά στοιχεία

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος η οποία αποκτά χρονιότητα, τείνει να επηρεάζει ζωτικές πτυχές της ζωής του ατόμου αλλά και των προσώπων που υπάρχουν εντός αυτής, γι' αυτό το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να (Eby & Brown, 2009):

1. Περιορίζει ή αν είναι δυνατόν να εξαφανίζει τα συμπτώματα της νόσου.
2. Να βελτιώνει όσο το δυνατόν περισσότερο την ποιότητα ζωής του ατόμου, αλλά και να πετυχαίνει τον μέγιστο βαθμό λειτουργικότητας για το άτομο.
3. Να προφυλάσσει το άτομο από πιθανές υποτροπές της νόσου.

Για αυτόν τον λόγο η σωστή διάγνωση της ασθένειας αποτελεί μια υψίστης σημασίας προτεραιότητα, ώστε να επιλεγθεί η κατάλληλη θεραπεία από τον θεράποντα ιατρό. Φυσικά η διάγνωση δεν αποτελεί μια στιγμιαία διαδικασία αλλά διατρέχει όλο τον βίο του ασθενή, καθώς νέες πληροφορίες μπορεί να προκύψουν, οι οποίες πιθανότατα να μεταβάλλουν και το θεραπευτικό σχήμα (Eby & Brown, 2009).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας, εκτός από το φαρμακευτικό σχήμα, βασίζεται και στη ψυχοκοινωνική θεραπεία. Η ψυχοκοινωνική θεραπεία, αποτελείται από τη θεραπεία της συμπεριφοράς, την οικογενειακή θεραπεία, την ατομική θεραπεία, την ομαδική θεραπεία, την επαγγελματική επανένταξη του ατόμου και τέλος τη βοήθεια ώστε να αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες. Τα θεραπευτικά αυτά σχήματα μπορεί να παρέχονται στον ασθενή τόσο μέσα στο νοσοκομείο, όσο και έξω από αυτό. Η νοσηλεία θεωρείται απαραίτητη μόνο όταν το άτομο παρουσιάζει επιθετικότητα, είναι επικίνδυνο για το ίδιο και τους γύρω του, επιχειρεί να αυτοκτονήσει ή όταν αδυνατεί να φροντίσει μόνο του τον εαυτό του (Kaplan & Sadock's, 2012).

Ύστερα από την πρώτη αξιολόγηση από τον θεράποντα ιατρό, θα γίνει επιλογή της θεραπείας αλλά και της θεραπείας παύσης, ενώ μετά από κάποιο χρονικό διάστημα θα γίνει επανεκτίμηση του ασθενή και του θεραπευτικού σχήματος. Γι' αυτό και η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας μπορεί να χωριστεί στις εξής φάσεις (Eby & Brown, 2009):

1. Θεραπεία που δίνεται με την έναρξη της νόσου, με την εκδήλωση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου.
2. Θεραπεία που δίνεται στην οξεία φάση της νόσου.
3. Θεραπεία που δίνεται με στόχο την αποκατάσταση του ασθενή (συντήρησης).

Το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου καθιστά το άτομο σχεδόν ανίκανο να αντιληφθεί την ύπαρξη αλλά και τη σοβαρότητά της και έτσι πολλές φορές οι ασθενείς δεν συμμορφώνονται με το θεραπευτικό σχήμα (Eby & Brown, 2009).

Στην επιτυχή αντιμετώπιση της νόσου παίζουν ρόλο, κατά 50% η θεραπεία και κατά 50% η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς από το οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά και το να παραμείνει κοινωνικά και επαγγελματικά ενεργός. Επίσης άλλοι παράγοντες, που είναι θετικοί, είναι η οξεία εμφάνιση της νόσου, η εμφάνιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου σε μεγάλη ηλικία και η παρουσία θετικών αντί αρνητικών συμπτωμάτων που αποτελούν κακό προγνωστικό δείκτη για την εξέλιξη της νόσου (Παπανικολάου, 2009).

Ωστόσο η πρόγνωση της ασθένειας δεν βασίζεται τόσο στη βαρύτητα των συμπτωμάτων, όσο στο πως θα ανταποκριθεί ο ασθενής στη φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένα στα αντιψυχωτικά φάρμακα. Ορισμένες είναι οι περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται συνεχώς σε

κατάσταση ύφεσης χωρίς να υποτροπιάζουν, ενώ το 10% του συνόλου των ασθενών με σχιζοφρένεια τελικά αυτοκτονούν (Harrison, 2015).

Μετά από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής αλλά και τη φροντίδα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το άτομο αναμένεται (Eby & Brown, 2009):

- Να μην αποτελεί απειλή για τον ίδιο αλλά και τους γύρω του.
- Να μπορεί να αναγνωρίζει την πραγματικότητα και να σκέφτεται με λογική.
- Να αναγνωρίζει πόσο σημαντική είναι η θεραπευτική αγωγή, την οποία και πρέπει να τηρεί με την έξοδό του από το νοσοκομείο.
- Να είναι αυτόνομο και να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητές του βασιζόμενο στις δυνάμεις του.
- Να ψυχαγωγείται.
- Να επικοινωνεί και να συναναστρέφεται με τα μέλη της οικογένειάς του αλλά και με τον κοινωνικό του περίγυρο (Eby & Brown, 2009).

2.2 Σωματικές Θεραπείες

Στις σωματικές θεραπείες συγκαταλέγονται η χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, άλλων φαρμάκων για τη σχιζοφρένεια καθώς και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

2.2.1 Αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή

Η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή έχει ως στόχο την αντιμετώπιση συμπτωμάτων όπως, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, τα καταθλιπτικά επεισόδια, την ανικανότητα του ατόμου να σκέφτεται λογικά κ.α. Εξαιτίας του ότι η νόσος δεν επιδρά το ίδιο στον κάθε άνθρωπο, κάθε ασθενής θα πρέπει να δοκιμάσει κάποια σχήματα αντιψυχωτικών μέχρι να βρεθεί εκείνο το οποίο είναι κατάλληλο για την κατάστασή του. Η κατάσταση της υγείας των ασθενών μετά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής βελτιώνεται ύστερα από 3-6 εβδομάδες, γεγονός που απογοητεύει τους ίδιους με αποτέλεσμα να διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή. Από αυτούς, το 80% που θα διακόψουν το φαρμακευτικό σχήμα που λαμβάνουν μέσα στη διάρκεια ενός έτους μετά από την εμφάνιση οξύ επεισοδίου θα υποτροπιάσουν, ενώ στο 30% κυμαίνεται και η πιθανότητα υποτροπής για εκείνους που λαμβάνουν κανονικά το θεραπευτικό τους σχήμα. Η φαρμακευτική αγωγή έχει ως σκοπό, να μειώσει τα θετικά συμπτώματα, να βελτιώσει την κλινική εικόνα των αρνητικών συμπτωμάτων, να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής και τέλος να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει τη μέγιστη λειτουργικότητά του με στόχο να βελτιωθεί και η ποιότητα της ζωής του. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα φαίνεται πως επηρεάζουν τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών και πιο συγκεκριμένα της ντοπαμίνης, γεγονός που φαίνεται να συνδέεται με την εμφάνιση παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων (Petel MX et al. 2014).

Στα αντιψυχωτικά φάρμακα συγκαταλέγονται οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης αλλά και οι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης-σεροτονίνης, έτσι μπορούμε να χωρίσουμε τα αντιψυχωτικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες (Kaplan & Sadock's, 2012):

1. Τα τυπικά αντιψυχωτικά (ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης).
2. Τα άτυπα αντιψυχωτικά (ανταγωνιστές της ντοπαμίνης-σεροτονίνης) (Kaplan & Sadock's, 2012).

Τυπικά αντιψυχωτικά

Διακρίνονται σε χαμηλής μεσαίας και υψηλής δραστηριότητας και αν και ο ακριβής μηχανισμός τους δεν είναι γνωστός, θεωρείται πως αποκλείουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης D2 και D3 βελτιώνοντας τα συμπτώματα ψύχωσης. Παρουσιάζουν ιδιαίτερο αποτέλεσμα έναντι των οξέων επεισοδίων (που εμφανίζονται με τα θετικά συμπτώματα) και της ψυχικής και κινητικής διέγερσης, ενώ δεν παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα έναντι των αρνητικών συμπτωμάτων. Χρειάζονται περίπου από 2 έως 14 ημέρες μέχρι να υπάρξει βελτίωση στην κλινική εικόνα του ασθενή, με το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα να εκδηλώνεται ύστερα από ένα μήνα (Katona et al. 2015).

Σκοπός είναι η δοσολογία των φαρμάκων να είναι συντηρητική, γι' αυτό πρέπει να χορηγούνται μια με δύο φορές την ημέρα, ενώ πάντα οι γιατροί θα πρέπει να ξεκινούν με τη χαμηλότερη δυνατή δόση την οποία στη συνέχεια θα αυξάνουν σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή. Ειδικά στα άτομα μεγάλης ηλικίας θα πρέπει να δίνονται μικρές δοσολογίες. Τέλος, καλό θα ήταν να δοκιμαστεί να μειωθεί η δόση όταν το άτομο καταφέρει να σταθεροποιηθεί (Mueser & Jeste, 2008).

Τα τυπικά αντιψυχωτικά είναι τα εξής: (Katona et al. 2015)

1. Φαινοθειαζίνες
2. Βουτηροφαινόνες
3. Θειοξανθένια
4. Διαφαινυλβουτυλ-πιπεριδίνες
5. Υποκατάστατα βενζαμίνης
6. Χλωροπρομαζίνη
7. Φλουφαιναζίνη
8. Τριφθοριοπεραζίνη
9. Αλοπεριδόλη
10. Φλουπενθιζόλη
11. Ζουκλοπενθιζόλη
12. Πιμοζίδη
13. Σουλπιρίδη (Katona et al. 2015).

Η αλοπεριδόλη είναι εξαιρετικά αποτελεσματική απέναντι στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας προκαλώντας όμως σοβαρές εξωπυραμιδικές επιπλοκές όπως, όψιμη δυσκινησία, ψευδοπαρκινισμό, ακαθισία, οξεία δυστονία (Kaplan & Sadock's, 2012).

Η χλωροπρομαζίνη χρησιμοποιήθηκε το 1951 και αποτελεί το πρώτο αντιψυχωτικό το οποίο στην αρχή χρησιμοποιήθηκε ως αναισθητικό φάρμακο, όμως παρατηρήθηκε ότι αντιμετώπιζε τις ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες της σχιζοφρένειας χωρίς να προκαλεί ιδιαίτερη καταστολή (Katona et al. 2015).

Τα τυπικά αντιψυχωτικά μπορεί να προκαλέσουν τις εξής επιπλοκές (Katona et al. 2015):

- Παρκινσονισμό: βραδυκινησία, δυσκαμψία, παρκινσονικό τρόμο, ανέκφραστο πρόσωπο, «βατταρισμός» βάδισης.
- Ακαθισία: κινητική διέγερση.
- Οξείες δυστονικές αντιδράσεις: ραιβόκρανο, βολβοστροφή, αύξηση μυϊκού τόνου.
- Όψιμη δυσκινησία: διάχυτη χοραιοαθέτωση ή δυστονία.
- Υπερπρολακτιναιμία: αμμηνόρροια, γαλακτόρροια.
- Σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Αυξημένη πιθανότητα μαστικού καρκίνου (Katona et al. 2015).

Τέλος οι φαινοθειαζίνες φαίνεται να εμφανίζουν πιο σπάνιες παρενέργειες όπως δυσκρασίες αίματος, χολοστατικό ίκτερο, φωτοευαισθησία, μελάγχρωση αμφιβληστροειδούς (Katona et al. 2015).

Άτυπα αντιψυχωτικά

Κατά πλειοψηφία τα άτυπα αντιψυχωτικά είναι ισχυροί ανταγωνιστές των υποδοχέων της σεροτονίνης και σε μικρότερο βαθμό των υποδοχέων της ντοπαμίνης. Χρησιμοποιούνται ως αντιψυχωτικά πρώτης εκλογής για την ψύχωση αλλά και την αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Μάλιστα η ρεσπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά και στην αντιμετώπιση της μανίας στη διπολική διαταραχή (Katona et al. 2015).

Γενικότερα τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα θεωρούνται αποτελεσματικότερα σε σχέση με τα τυπικά επειδή:

1. Παρουσιάζουν λιγότερες εξωπυραμιδικές δυσλειτουργίες.
2. Επειδή έχουν υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.
3. Και τέλος αν κάποιος ασθενής δεν παρουσιάσει βελτίωση με τα τυπικά αντιψυχωτικά, σίγουρα θα εμφανίσει καλύτερη ανταπόκριση με τα άτυπα.

Ωστόσο, θα πρέπει να γίνει γνωστό τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του πως η βελτίωση των συμπτωμάτων θα γίνει αισθητή ύστερα από μερικούς μήνες. Τα άτυπα αντιψυχωτικά χρειάζονται από ένα μέχρι και περισσότερους μήνες μέχρι να βοηθήσουν στην ουσιαστική βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η δοσολογία και εδώ στα άτυπα αντιψυχωτικά θα πρέπει να είναι συντηρητική, αλλά η πλειοψηφία των ασθενών αγγίζει τα επιτρεπτά όρια μέσα σε μερικές ημέρες. Αν είναι εφικτό, να λαμβάνονται μία φορά την ημέρα εκτός της ζιπρασιδόνης που λαμβάνεται δύο. Φυσικά ένα μεγάλο τους πλεονέκτημα είναι η μικρή πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών παρενεργειών, όπως εξωπυραμιδικών και σεξουαλικής ανικανότητας, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν εμφανίζουν καθόλου παρενέργειες (Mueser & Jeste, 2008).

Τα άτυπα αντιψυχωτικά είναι τα εξής: (Katona et al. 2015)

1. Κλοζαπίνη
2. Ρισπεριδόνη
3. Κουετιαπίνη
4. Ολανζαπίνη
5. Αριπιπραζόλη
6. Ζιπρασιδόνη
7. Αμισουλπρίδη
8. Παλιπεριδόνη

Η Κλοζαπίνη είναι το πιο αποτελεσματικό αντιψυχωτικό καθώς μειώνει σε μεγάλο βαθμό τη θνητότητα της σχιζοφρένειας, αφού χάρις σε αυτήν τα άτομα παρουσιάζουν λιγότερες αυτοκτονικές τάσεις. Παρ' όλα αυτά, δεν συνταγογραφείται παρά μόνο όταν δύο άλλα αντιψυχωτικά δεν έχουν αποφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, αφού προκαλεί πολλές παρενέργειες. Κάποιες από αυτές είναι η σιελόρροια, δυσκοιλιότητα, υπόταση, υπέρταση, αύξηση βάρους, πυρετός, ναυτία, νυκτερινή ενούρηση, θανατηφόρο ακοκκιοκυτταραιμία και τέλος επιληψίες (Katona et al. 2015).

Η Αριπιπραζόλη ρυθμίζει και σταθεροποιεί τα επίπεδα ντοπαμίνης του εγκεφάλου. Όταν αυτά είναι υψηλά τα κατεβάζει, όταν είναι φυσιολογικά τα συντηρεί και όταν είναι χαμηλά τα ανεβάζει. Επίσης, σταθεροποιεί τη διάθεση και χαρίζει ισορροπία στα ντοπαμινεργικά και χολινεργικά συστήματα. Φαίνεται πως δεν προκαλεί σχεδόν καθόλου εξωπυραμιδικές επιπλοκές, όμως φαίνεται να προκαλεί ακαθισία (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

Τα άτυπα αντιψυχωτικά πιθανόν να εμφανίσουν τις εξής παρενέργειες (Katona et al. 2015):

- Αύξηση του σωματικού βάρους (κλοζαπίνη, ολανζαπίνη)
- Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

- Δυσλιπιδαιμία
- Σιελόρροια
- Δυσκοιλιότητα
- Υπόταση ή υπέρταση
- Νυχτερινή ενούρηση
- Ναυτία
- Πυρετός
- Επιληψία
- Ακοκκιοκυτταραιμία(Katona et al. 2015).

Μια χαρακτηριστική παρενέργεια των άτυπων αντιψυχωτικών, αποτελεί η αύξηση του σωματικού βάρους, αλλά και οι επιπτώσεις που εμφανίζονται στον μεταβολισμό των ασθενών με αποτέλεσμα να προκύπτουν παθήσεις όπως η δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι καταστάσεις αυτές οδηγούν σε καρδιαγγειακά προβλήματα που εν τέλει μπορεί να αποβούν και μοιραία. Ειδικά σε ασθενείς, που χρειάζεται να λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή, παρουσιάζεται αξιοσημείωτη αύξηση του σωματικού βάρους. Αν και δεν έχουν διευκρινιστεί με σαφήνεια οι μηχανισμοί για τους οποίους συμβαίνει αυτό, εικάζεται πως ευθύνονται η αύξηση λήψης της τροφής, οι μειωμένες καύσεις του οργανισμού, η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά ή τροφές με εξαιρετικά υψηλή θερμιδική αξία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, οι καπνιστικές συνήθειες αλλά και η επίδραση που προκύπτει από τον συνδυασμό φαρμάκων. Γι' αυτό τον λόγο θα πρέπει να γίνεται εκτενής καρδιαγγειακός έλεγχος κατά τη διάρκεια λήψης της αντιψυχωτικής αγωγής. Μάλιστα, αν το σωματικό βάρος του ασθενή αυξηθεί κατά 5% θα ήταν σημαντικό να γίνει αναθεώρηση της φαρμακευτικής αγωγής και κατ'επέκταση αντικατάσταση της από άλλη. Τέλος, εκτός από τον συνεχή έλεγχο από τους υπεύθυνους φροντίδας υγείας και την οικογένεια, οι ασθενείς θα ήταν ωφέλιμο να συμμετέχουν σε προγράμματα για τη σωματική άσκηση και διατροφή, γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και προγράμματα wellness (Θελερίτης Χ. 2016).

Τα τυπικά αντιψυχωτικά όπως η χλωροπρομαζίνη, φλουφαιναζίνη και η αλοπεριδόλη αντιμετωπίζουν με επιτυχία περίπου το 60% των θετικών συμπτωμάτων, αλλά δεν έχουν την ίδια επιτυχία με τα αρνητικά συμπτώματα. Αντίθετα τα άτυπα αντιψυχωτικά όπως η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη είναι τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα για τη σχιζοφρένεια αφού αντιμετωπίζουν επιτυχώς όλο το φάσμα των συμπτωμάτων της. Τέλος, τα ενέσιμα βραδείας δράσης, όπως πχ. της αλοπεριδόλης, της ρισπεριδόνης κ.α. είναι ιδανική λύση για τους ασθενείς εκείνους οι οποίοι αρνούνται να ακολουθήσουν τη θεραπεία (Harrison, 2015).

Πίνακας 3: «Παρενέργειες των αντιψυχωτικών»

Παρενέργειες	Κυρίως στα Άτυπα Αντιψυχωτικά	Κυρίως στα Τυπικά Αντιψυχωτικά	Και στα Άτυπα και στα Τυπικά Αντιψυχωτικά
1. Μεταβολικές (αύξηση βάρους, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης)	✓		
2. Αντιντοπαμινεργικές (σεξουαλική δυσλειτουργία, καρκίνος)		✓	

μαστού, εξωπυραμίδικές εκδηλώσεις)			
3. Αντιχολινεργικές (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, σύγχυση)	✓	✓	✓
4. Αντισταμινικές (καταστολή)	✓	✓	✓
5. Καρδιακές (παράταση QT, αρρυθμίες, διπλάσιος αιφνίδιος καρδιακός θάνατος)	✓	✓	✓
6. Κακοήθες σύνδρομο νευροληπτικών (υπερπυρεξία, αστάθεια του αυτόνομου, σύγχυση, αύξηση μυϊκού τόνου, αύξηση CPK)	✓	✓	✓
7. Αντιαδρενεργικές (ορθοστατική υπόταση, ανικανότητα)	✓		✓
8. Σιελόρροια, δυσκοιλιότητα, υπόταση, υπέρταση, αύξηση σωματικού βάρους, πυρετός, νυχτερινή ενούρηση, επιληψία, ακοκκιοκυτταραιμία)	✓		
9. Δυσκρασίες αίματος, μελάγχρωση του αμφιβληστροειδούς, φωτοευαισθησία, χολοστατικός ίκτερος)		✓	

Πηγή: Katona C., Cooper C. & Roberston M. (2015), «Η ψυχιατρική με μια ματιά», 5^η έκδοση, Εκδόσεις: Παρισσιανού Α.Ε, Αθήνα.

Μια εξαιρετικά σοβαρή παρενέργεια η οποία προκύπτει τόσο από τα τυπικά όσο και τα άτυπα αντιψυχωτικά σκευάσματα είναι η παράταση του QT διαστήματος στην ηλεκτροκαρδιογραφική απεικόνιση της καρδιάς. Όπως γνωρίζουμε το διάστημα QT αντιστοιχεί στην κοιλιακή εκπόλωση και επαναπόλωση, τα αντιψυχωτικά όμως φάρμακα αυξάνουν το χρονικό διάστημα της κοιλιακής επαναπόλωσης γεγονός που οδηγεί σε κοιλιακή

ταχυκαρδία, η οποία εκδηλώνεται με ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών και μπορεί να προκαλέσει συγκοπή (που μπορεί να είναι αναστρέψιμη), ανακοπή καθώς και ξαφνικό θάνατο που οφείλεται σε καρδιακά αίτια. Φυσικά οι πιθανότητες για τα παραπάνω αυξάνονται καθώς αυξάνεται και η ηλικία των ασθενών αλλά και η δόση των φαρμάκων. Πολλά είναι τα φάρμακα τα οποία έχουν κατηγορηθεί για την παράταση του QT διαστήματος και κυρίως η πιμοζίδη, η θειοριδαζίνη, η μεσοριδαζίνη, η χλωροπρομαζίνη και τέλος η αλοπεριδόλη, η οποία έχει συσχετιστεί περισσότερο και με την εκδήλωση κοιλιακής ταχυκαρδίας και παρ' όλο που έχουν κυκλοφορήσει νέα φάρμακα στην αγορά, συνεχίζει και χρησιμοποιείται λόγω της αποτελεσματικότητάς της (Κυριζίδης Θ. 2017).

Έτσι λοιπόν, κρίνεται απαραίτητο ο έλεγχος της δοσολογίας, ώστε να μειωθούν, όσο το δυνατόν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες. Γενικότερα, έχουμε αντιψυχωτικά χαμηλής δοσολογίας όπως η φλουφαιναζίνη, η φλουπεντιξόλη, η αλοπεριδόλη, η πιμοζίδη και ρισπεριδόνη. Επίσης, έχουμε τα αντιψυχωτικά ενδιάμεσης δοσολογίας, όπως η περικυαζίνη και ζουκλοπενθιξόλη. Τέλος, έχουμε τα αντιψυχωτικά υψηλής δοσολογίας, όπως η χλωροπρομαζίνη, η κλοροπρομαζίνη, η κλοζαπίνη, λεβοπρομαζίνη, κουετιαπίνη, τιοριδαζίνη (Simonsen et al. 2009).

Πιο συγκεκριμένα οι δοσολογίες παρουσιάζονται ως εξής(Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013):

		Συνήθεις Δόσεις	Μέγιστες Δόσεις
Τυπικά Αντιψυχωτικά	Αλοπεριδόλη	5-15 mg/day	30 mg/day
	Ζουκλοπενθιξόλη	20-50 mg/day	150 mg/day
	Θειοθιξένιο	15-30 mg/day	100 mg/day
	Θειοριδαζίνη	300-600 mg/day	800 mg/day
	Λοξαπίνη	30-90 mg/day	250 mg/day
	Μολινδόνη	20-60 mg/day	225 mg/day
	Περφαιναζίνη	8-24 mg/day	64 mg/day
	Πιμοζίδη	2-8 mg/day	20 mg/day
	Σουλπιρίδη	400-800 mg/day	1800 mg/day
	Τριφθοριοπεραζίνη	10-30 mg/day	40 mg/day
	Φλουφенаζίνη	5-20 mg/day	40 mg/day
	Χλωροπρομαζίνη	300-600 mg/day	1600 mg/day
	Άτυπα Αντιψυχωτικά	Αμισουλπρίδη	400-800 mg/day
Αριπιπραζόλη		10-15 mg/day	30 mg/day
Ζιπρασιδόνη		40-80 mg/day	160 mg/day
Κουετιαπίνη		200-600 mg/day	800 mg/day
Κλοζαπίνη		150-400 mg/day	900 mg/day
Ολανζαπίνη		10-20 mg/day	30 mg/day
Παλιπεριδόνη		6-9 mg/day	12 mg/day
Ρισπεριδόνη		4-6 mg/day	16 mg/day
Σερτινδόλη		12-16 mg/day	24 mg/day

Πίνακας 4: « Συνήθεις και μέγιστες από του στόματος δόσεις (mg/day) διαφόρων αντιψυχωτικών φαρμάκων» Πηγή: (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013)

Διακοπή των αντιψυχωτικών

Γενικότερα θεωρείται πως οι ασθενείς θα πρέπει να συνεχίζουν τη φαρμακευτική αγωγή για δύο χρόνια τουλάχιστον μετά την εμφάνιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν πως πρέπει να συνεχίζεται μέχρι πέντε χρόνια μετά την εμφάνιση του

πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, αφού σύμφωνα με έρευνες το 98% των ασθενών που διακόπτουν τα φάρμακα στα δύο χρόνια υποτροπιάζουν. Βέβαια από ότι φαίνεται από μελέτες οι ασθενείς διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή περίπου 10 ημέρες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, με αποτέλεσμα το επόμενο ψυχωτικό επεισόδιο θα προκύψει από τη διακοπή του φαρμακευτικού σχήματος. Γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται γνωστό στους ασθενείς πως αν σκοπεύουν να διακόψουν την αγωγή θα πρέπει να το κάνουν σταδιακά, αφού η απότομη διακοπή αυξάνει σε εξαιρετικά υψηλό βαθμό την πιθανότητα υποτροπής (Katona et al. 2015).

2.2.2 Ενισχυτική φαρμακοθεραπεία

Έχει παρατηρηθεί πως στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας, για την αντιμετώπιση της ψυχικής και κινητικής δραστηριότητας αλλά και του άγχους επιλέγονται οι βενζοδιαζεπίνες ως μέσο αντιμετώπισης και πιο συγκεκριμένα η λοραζεπάμη, η οποία απορροφάται και με σταθερό ρυθμό, είτε δοθεί από του στόματος, είτε ως ενέσιμο. Επίσης, με σκοπό την αντιμετώπιση συμπτωμάτων που προκύπτουν από το εξωπυραμιδικό σύστημα φαίνεται πως βοηθούν τα αντιχολινεργικά φάρμακα και πιο συγκεκριμένα η βιπεριδένη. Αμφίβολη θεωρείται η χρήση β-αδρενεργικών αναστολέων και σταθεροποιητών του συναισθήματος σχετικά με την αντιμετώπιση της έντονης και συνεχιζόμενης επιθετικής συμπεριφοράς, καθώς πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει το αντίθετο. Τέλος, όταν έχει αποδειχθεί πως υπάρχει συννοσηρότητα με κατάθλιψη ή ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, τότε είναι χρήσιμη η τοποθέτηση αντικαταθλιπτικών στο φαρμακευτικό σχήμα, αν και πολλές φορές τα ψυχωτικά συμπτώματα γίνονται χειρότερα (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

2.2.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία η οποία είναι γνωστή και ως ECT, είναι η πρόκληση μικρής διάρκειας επιληπτικών εκφορτίσεων με τη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος μικρής έντασης με σκοπό να προκληθεί εκφόρτιση στους νευρώνες (Owen et al. 2014).

Συνήθως, παρουσιάζει αποτέλεσμα όταν χρησιμοποιείται στην οξεία φάση ή σε φάση υποτροπής και ακόμα περισσότερο στον κατατονικό τύπο. Καλύτερη πρόγνωση έχουμε σε ασθενείς που δεν έχουν κλείσει ακόμα χρόνο από τη στιγμή της διάγνωσης. Επίσης, αποτελεί πολύ αποτελεσματικό θεραπευτικό συνδυασμό με αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ παρουσιάζει και πρόοδο σε περίπτωση που κάποιος ασθενείς έχει επίμονα και ανθεκτικά θετικά συμπτώματα. Γενικότερα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτιμάται σε άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή όταν η θεραπεία με φάρμακα δεν επιφέρει κάποιο αποτέλεσμα (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

2.3 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν ως στόχο τους την επίτευξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας του ασθενή έτσι ώστε να αισθάνεται, να εργάζεται και να ζει, όπως ακριβώς κάνουν και όλοι, όσοι βρίσκονται γύρω του. Φυσικά, για την επίτευξη ενός τέτοιου στόχου είναι αναγκαίο το να το επιδιώκει και ο ίδιος ο ασθενής. Έτσι, σκοπός είναι ο ασθενής να εισέρχεται για νοσηλεία μόνο όταν θεωρείται απαραίτητο και να μένει εντός του νοσοκομείου όσο το δυνατόν λιγότερο γίνεται, ώστε να ακολουθήσουν στη συνέχεια προγράμματα για την ομαλή επανένταξη του στην κοινωνία (Τζαβάρας, 2008).

2.3.1 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να χωριστεί σε τρεις βασικούς άξονες (Eby & Brown, 2009):

- Την ατομική ψυχοθεραπεία
- Την ομαδική ψυχοθεραπεία
- Τη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Eby & Brown, 2009).

Στην **ατομική ψυχοθεραπεία**, ο ψυχοθεραπευτής, μέσα από μια σχέση εμπιστοσύνης με το άτομο, βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει την πραγματικότητα την οποία βιώνει, του παρέχει συμβουλές και τέλος τον ενθαρρύνει αλλά και τον εκπαιδεύει ώστε να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν καλύτερα στα νέα δεδομένα της ζωής του (Kaplan & Sadock's, 2012).

Μέσα από την **ομαδική ψυχοθεραπεία**, το άτομο έχει την δυνατότητα συμμετέχοντας σε απλές καθημερινές δραστηριότητες να θυμηθεί πάλι αλλά και να μάθει νέες κοινωνικές δεξιότητες, με σκοπό να μην απομονώνεται αλλά και να μάθει πως μπορεί να ελέγχει τον εαυτό του πιο αποτελεσματικά (Kaplan & Sadock's, 2012).

Είναι γνωστό ότι η ασθένεια προκαλεί πολλές επιπτώσεις στις δεξιότητες του ατόμου, ακόμα και των δεδομένων για τους άλλους ανθρώπους, όπως είναι η επικοινωνία με τους γύρω του, η περιποίηση του εαυτού του, η ικανότητα να εργαστεί κλπ. Γι' αυτό, μέσα από τη **συμπεριφορική ψυχοθεραπεία** υπάρχει η βελτίωση των επιθυμητών συμπεριφορών, οι οποίες, όταν συμβαίνουν ανταμείβονται (π.χ δυνατότητα επικοινωνίας με αγαπημένα πρόσωπα), έτσι ώστε να συνεχιστούν αυτές οι συμπεριφορές και μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο (Kaplan & Sadock's, 2012).

2.3.2 Θεραπεία οικογένειας

Το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή αποτελεί σημαντική πηγή για την άντληση πληροφοριών σχετικά με την κλινική εικόνα του ασθενή. Όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να στηρίζει, να εκπαιδεύσει αλλά και ενθαρρύνει την οικογένεια να λάβει ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Κούκια Ε. 2014).

Τα μέλη τις οικογένειας μπορούν να γίνουν αρωγοί απέναντι στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της νόσου με ιδιαίτερους τρόπους που ακόμα και οι ειδικοί δεν μπορούν να κατανοήσουν αφού βρίσκονται εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Έτσι λοιπόν ο ρόλος του οικογενειακού πλαισίου στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι καθοριστικός αφού είναι εκείνοι που θα έχουν το άτομο υπό την επίβλεψή τους. Ωστόσο, πολλές φορές γίνονται επικριτικοί αλλά και προσπαθούν να κρατήσουν μυστική την κατάσταση του ασθενή επειδή ντρέπονται γι αυτό (Οικονόμου Μ. 2014).

Για να μπορέσει ένας ειδικός να παρέχει κατάλληλες συμβουλές με σκοπό να προετοιμάσει την οικογένεια αλλά και για να τη διδάξει για τη συμπεριφορά της απέναντι στον ασθενή, θα πρέπει να ακολουθηθούν τα παρακάτω βήματα (Κόλλιας & συν. 2010):

- Να γίνει ενημέρωση σχετικά με το τι είναι η σχιζοφρένεια σαν νόσος και πως μπορεί να επηρεάσει την εγκεφαλική λειτουργία του ατόμου σχετικά με την καθημερινότητά του.
- Θα πρέπει να γίνει γνωστό στους ασθενείς πώς να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της νόσου, αλλά και το πώς να συμπεριφέρονται στον ασθενή χωρίς να του προκαλούν περαιτέρω πίεση και άγχος, χωρίς ωστόσο να πρέπει να συμφωνούν μαζί του στα πάντα.

- Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να διδαχθούν πόσο σημαντικό είναι να εκφράζουν τα συναισθήματά τους καθώς και τις ανησυχίες τους ώστε να νιώθουν ήρεμοι και να μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στον πάσχοντα.
- Τέλος, θα ήταν χρήσιμο οι ασθενείς να συμμετέχουν στις ομάδες ψυχοθεραπείας (Κόλλιας & συν. 2010).

2.3.3 Θεραπεία περιβάλλοντος

Το περιβάλλον που διαμορφώνεται εντός του νοσοκομείου παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του πάσχοντος. Η παρουσία ενός μόνιμου προσωπικού φροντίδας υγείας θα μπορούσε να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορέσουν να δείξουν εμπιστοσύνη αλλά και να αναπτύξουν επικοινωνιακή σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Με τον τρόπο αυτό θα αλληλεπιδρούν καλύτερα με τους γύρω τους και δεν θα απομονώνονται κοινωνικά, θα μπορούν να διεκπεραιώνουν με μεγαλύτερη ευκολία τις καθημερινές τους δραστηριότητες, θα λαμβάνουν μέρος στις καθημερινές δραστηριότητες, θα παίρνουν αποφάσεις, θα μάθουν τρόπους αυτοφροντίδας και τέλος θα νιώθουν πως ανήκουν σε ένα σύνολο και πως έχουν κάθε δικαίωμα να ελπίζουν, ότι η κατάσταση της υγείας τους θα γίνει καλύτερη (Eby & Brown, 2009).

Φυσικά, η δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος δεν έχει σημασία μόνο εντός του νοσοκομείου αλλά και εκτός. Γι' αυτό και οι επαγγελματίες υγείας, όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και άλλοι, θα πρέπει να παρακολουθούν στενά τους ασθενείς στο σπίτι, σε ξενώνα, σε οικοτροφείο ώστε να παρέμβουν άμεσα αν παραστεί ανάγκη και να μειώσουν την πιθανότητα μιας επιστροφής για νοσηλεία στο νοσοκομείο (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

2.3.4 Ψυχοεκπαίδευση

Η ψυχοεκπαίδευση ως πρακτική έχει σαν στόχο να εκπαιδεύσει το άτομο με σχιζοφρένεια γύρω από τη θεραπεία. Για να επιτευχθεί αυτό, ο θεραπευτής εξηγεί κάθε τι γύρω από τη διαταραχή της σχιζοφρένειας, για τη σημαντικότητα της συστηματικής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και για τις παρενέργειες που μπορούν να παρουσιαστούν, για το πώς πρέπει ο ίδιος να αντιμετωπίσει αυτές τις παρενέργειες, για το πώς έχει τη δυνατότητα να αποφύγει μια πιθανή υποτροπή, πώς να μειώνει το άγχος, να κοιμάται σωστά, να φροντίζει τον εαυτό του, αλλά και να παραμένει λειτουργικός. Τέλος, αντιμετωπίζει και άλλης φύσεως προβλήματα σε σχέση με την παραπομπή και μετάβαση του ατόμου για παρακολούθηση από ειδικό καθώς και προβλήματα οικονομικά που μπορούν να προκύψουν (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η διαδικασία αυτή εφαρμόζεται με επιτυχία και στην οικογένεια την οποία βοηθά να επιλύσει σοβαρά προβλήματα όπως, οικογενειακές συγκρούσεις, να μειώσει το άγχος, να χτίσει καλύτερες βάσεις στην επικοινωνία, να βελτιώσει την ικανότητα των μελών για το πώς να διαχειρίζονται τα προβλήματά τους, ενώ βοηθά και στη μείωση της εμφάνισης υποτροπών και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Ωστόσο, σχετικά με τη σχιζοφρένεια δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα κατά πόσο αποτελεσματική είναι αυτή η διαδικασία (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

2.3.5 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Αν και υπήρξαν αρκετές προσπάθειες όπως αυτές του Sullivan για το πόσο σημαντική ήταν η ψυχαναλυτική-ψυχολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας, η πρακτική αυτή δεν θεωρείται πως δίνει κάποιο αποτέλεσμα γι' αυτό και δεν χρησιμοποιείται πλέον (Bennet, 2010). Η πρακτική αυτή παρουσιάζει ενδιαφέρον μόνο από ιστορική άποψη αφού δεν έχει αποδειχθεί σε καμία μελέτη επιστημονικά πως η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα απέναντι στη σχιζοφρένεια (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

2.3.6 Δημιουργικές θεραπείες

Πρόκειται για πρακτική η οποία έχει στόχο τη θεραπεία του ασθενή η οποία επιδιώκεται με την έκφραση των συναισθημάτων του που γίνονται αντιληπτά μέσα από τη μουσική, τη ζωγραφική, τον χορό, το θέατρο αλλά και μέσα από την εργοθεραπεία όπως για παράδειγμα με τη δημιουργία πήλινων σκευών, χειροτεχνιών κ.α (Σικελιανού, 2010).

2.3.7 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι η διαδικασία κατά την οποία δίνεται η δυνατότητα στα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας εξαιτίας ψυχικής ασθένειας να μπορέσουν να φτάσουν στον ύψιστο βαθμό λειτουργικότητάς τους, ώστε να μπορούν να επικοινωνούν, να επιθυμούν, να παίρνουν πρωτοβουλίες, να απολαμβάνουν, να χαίρονται, να εργάζονται, να δημιουργούν και να είναι χρήσιμα μέλη της κοινωνίας(<http://www.psychargos.gov.gr/>).

Η πρακτική αυτή στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αλλά και αλλαγών μέσα στο περιβάλλον που ζει ο ασθενής. Σκοπός είναι να εντοπιστούν όλες εκείνες οι ανάγκες του ασθενή (νοσηλευτικές, ιατρικές) οι οποίες και θα καλυφθούν από τις αρμόδιες υπηρεσίες.

Μεγάλο πρόβλημα και ειδικά στην Ελλάδα αποτελεί μέχρι και σήμερα η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι είτε εργάζονται ως άτομα με ιδιαίτερες ικανότητες βάση νόμου, είτε βρίσκουν ευκαιριακές εργασίες. Δεν υπάρχει ευρέως στην ελληνική επικράτεια δυνατότητα απασχόλησης σε κοινωνικούς συναιτερισμούς, όπως προέβλεπε το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, Ψυχαργός-Β' φάση, αλλά ούτε και η υποστηριζόμενη εργασία, ώστε να μπορούν τα άτομα να βρίσκουν εργασία της αρεσκείας τους (<http://www.psychargos.gov.gr/>).

2.4 Θεραπείες στη φάση της οξείας ψύχωσης και στη φάση της συντήρησης

2.4.1 Θεραπεία στη φάση της οξείας ψύχωσης

Η οξεία φάση της νόσου μπορεί να αναφέρεται στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (το οποίο σηματοδοτεί και την εμφάνισή της) ή σε μια υποτροπή της. Κύριος στόχος στο διάστημα

αυτό είναι να μειωθούν όσο το δυνατόν περισσότερο τα θετικά συμπτώματα της νόσου, αλλά και να αποκτήσει το άτομο τη μέγιστη δυνατή λειτουργικότητά του, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα (Αγγελόπουλος, 2009).

Στη φάση αυτή η καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση είναι η αντιψυχωτική αγωγή. Τόσο τα τυπικά αντιψυχωτικά όπως η αλοπεριδόλη, όσο και τα άτυπα αντιψυχωτικά όπως η ολανζαπίνη αποτελούν κύριες αντιψυχωτικές μέθοδοι. Βέβαια, υπάρχει μια προτίμηση στα άτυπα αντιψυχωτικά καθώς φαίνεται πως παρουσιάζουν λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες σε σχέση με τα τυπικά αντιψυχωτικά, ενώ έχει διαπιστωθεί, ότι η κλοζαπίνη μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Black & Andreasen, 2011).

Η όσο το δυνατόν γρηγορότερη χορήγηση των φαρμάκων είναι αναγκαία, χωρίς όμως αυτά να δίνονται σε υψηλές δόσεις, ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες νοσηλείας του ασθενή. Επίσης, συνίσταται και η χορήγηση βενζοδιαζεπινών με σκοπό την αντιμετώπιση του άγχους και της διέγερσης (Αγγελόπουλος, 2009).

2.4.2 Θεραπεία στη φάση συντήρησης

Με τη λήξη της οξείας φάσης και τη σταθεροποίηση του ασθενή σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο, ακολουθεί η φάση συντήρησης, η οποία και έχει σαν στόχο να ελέγχει τα συμπτώματα της νόσου και να καθιστά το άτομο ικανό να διεκπεραιώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες (Black & Andreasen, 2011).

Στην περίπτωση που υπάρχει βελτίωση στην κλινική εικόνα του ασθενή με τη χρήση ενός συγκεκριμένου φαρμακευτικού σχήματος, τότε το σχήμα αυτό θα πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον ακόμα 6 μήνες (Αγγελόπουλος, 2009).

Σε ασθενείς όμως με πολλά επεισόδια υποτροπής της νόσου και αυξημένη πιθανότητα να υποτροπιάσουν, τότε θα πρέπει το φαρμακευτικό σχήμα να δίνεται για τουλάχιστον 5 έτη. Έχει ωστόσο εκτιμηθεί πως θα ήταν αποτελεσματικότερο, αν η θεραπεία ήταν μακροχρόνια ή ακόμα και εφ'όρου ζωής. Στις περιπτώσεις αυτές θα μπορούσε να φανεί πολύ χρήσιμη η χρήση ενέσιμων φαρμάκων, τα οποία έχουν μακρά δράση (Black & Andreasen, 2011).

2.5 Σχιζοφρένεια ανθεκτική στη θεραπεία

Σημαντικό πρόβλημα μέχρι και σήμερα αποτελεί το ποσοστό αυτό των ατόμων με σχιζοφρένεια, το οποίο και εμφανίζει ανθεκτικότητα απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα, να μην υπάρχει ουσιαστική αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 30% του συνόλου των ασθενών και παρά τις γνώσεις των ασθενών γύρω από την αντιψυχωτική αγωγή δεν έχει δοθεί σαφής απάντηση σχετικά με την αιτία που οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στο φαρμακευτικό σχήμα (Αγγελόπουλος, 2009).

Παρά την έλλειψη γνώσεων γύρω από το θέμα, η επιστημονική κοινότητα αποδέχεται τον όρο «φαρμακευτική ανθεκτικότητα», δηλαδή την απουσία κλινικής βελτίωσης μετά από τη χορήγηση δύο διαφορετικών αντιψυχωτικών, σε σωστές δοσολογίες και σε σωστό χρονικό διάστημα περίπου 2-8 εβδομάδες (Νηματούδης Ι. 2015).

Για να μπορέσει ωστόσο κάποιος ασθενής να χαρακτηριστεί ως ανθεκτικός θα πρέπει πρώτα να γίνει αποκλεισμός ορισμένων παραγόντων που θεωρείται πως επηρεάζουν τη φαρμακευτική αγωγή όπως, να γίνει επανέλεγχος σχετικά με τη διάγνωση, να ελεγχθεί η πιθανότητα συννοσηρότητας με άλλη ψυχική νόσο ή ταυτόχρονη λήψη ουσιών, να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για παρενέργειες από την αγωγή, εάν υπάρχει περίπτωση να έχουν δοθεί ανεπαρκείς δόσεις φαρμάκου ή αν έχουν δοθεί οι δόσεις για μικρό χρονικό διάστημα και τέλος αν ο ασθενής δεν ακολουθεί πιστά τη θεραπεία. Αν δεν ισχύει τίποτα από τα

παραπάνω, τότε οι ασθενής μπορεί και να χαρακτηριστεί ως ανθεκτικός στη φαρμακευτική αγωγή (Νηματούδης Ι. 2015).

Στην περίπτωση αυτή, ως φάρμακο εκλογής απέναντι στην ανθεκτικότητα ορίζεται η κλοζαπίνη που προσφέρει και εξαιρετικό αποτέλεσμα στη βίαιη και αυτοκτονική συμπεριφορά. Αν δεν ανταποκρίνεται ο ασθενής στην κλοζαπίνη, τότε αυτή συνδυάζεται είτε με δεύτερο αντιψυχωτικό όπως αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη ή σουλπιρίδη, είτε με άλλους παράγοντες όπως το λίθιο, το βαλπροϊκό, τις βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιφλεγμονώδη, τα ω-3 λιπαρά οξέα, τη λαμοτριγίνη, την τοπιραμάτη και τέλος τους αγωνιστές των NMDA υποδοχέων (Νηματούδης Ι. 2015).

2.6 Νοσηλεία στο νοσοκομείο-ψυχιατρείο

Στην περίπτωση που πέσει στην αντίληψη κάποιου από τα μέλη μιας οικογένειας πως ένα άλλο μέλος μπορεί να πάσχει από σχιζοφρένεια θα πρέπει να καταβάλει οποιαδήποτε προσπάθεια με σκοπό να τον πείσει να επισκεφτεί έναν ειδικό. Η διαδικασία αυτή είναι εξαιρετικά δύσκολη και για τους δύο, και ιδιαίτερα για τον ασθενή αφού μπορεί να μην το αναγνωρίζει ή να ξέρει πως υπάρχει κάποιο πρόβλημα αλλά να το παραμερίζει από φόβο για το τι θα σκεφθούν οι γύρω του. Γι' αυτό κρίνεται σημαντική η παρουσία ενός αγαπημένου προσώπου το οποίο θα βοηθήσει τον ασθενή αλλά και θα τον προστατέψει από τον εαυτό του μέχρι να εισαχθεί στο νοσοκομείο, να λάβει ιατρική βοήθεια και να προσδιοριστεί η πηγή του προβλήματος η οποία θα μπορούσε για παράδειγμα να είναι οργανικό αίτιο (Ραγιά Α. 2009).

Γενικότερα καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια έτσι ώστε να μην παραμένει ο ασθενής εντός του νοσοκομείου για μεγάλο χρονικό διάστημα. Θα ήταν ιδανικό, εάν ο ασθενής παρέμενε μαζί με την οικογένειά του ή σε κάποιο ξενώνα. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί είτε να αποτρέψει τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, είτε να την περιορίσει σημαντικά. Τα σημάδια εκείνα που δηλώνουν ότι η νοσηλεία είναι απαραίτητη είναι ο κίνδυνος ο ασθενής να κάνει κακό στους γύρω του αλλά και στον εαυτό του, η αδυναμία του να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του και η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Όταν ο ασθενής εισαχθεί στο νοσοκομείο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό να ηρεμήσει τον ασθενή θα χρησιμοποιήσει τεχνικές καθησύχασης, αλλά και μείωσης τυχόν ερεθισμάτων από το περιβάλλον τα οποία θα μπορούσαν να διεγείρουν τον ασθενή. Αν αυτό δεν είναι αρκετό τότε είναι αναγκαίος ο περιορισμός του ασθενή στην κλίνη του, αλλά και η ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή (Ζαρταλούδη Α. 2009).

Με το πέρας της έντασης των συμπτωμάτων, ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση να αλληλεπιδρά με το προσωπικό αλλά και τους άλλους ασθενείς. Οι σχέσεις του προσωπικού είναι έτσι δομημένες ώστε να αντικατοπτρίζουν αυτές που θα συναντήσει έξω στην κοινότητα (Eby & Brown, 2009).

Αρχική εξέταση

Η αρχική εξέταση του ασθενή γίνεται τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Οι κλινικές εξετάσεις που γίνονται είναι: η μέτρηση του σακχάρου και της ουρίας στην κυκλοφορία του αίματος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η ακτινογραφία θώρακος, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καθώς και ειδικότερες εξετάσεις, ανάλογα με το τι κρίνει απαραίτητο ο γιατρός να εξετασθεί σύμφωνα με την κατάσταση του ασθενούς. Γίνονται ερωτήσεις από τον εξεταστή που αφορούν τη σχολική ή την επαγγελματική απόδοση του ασθενούς, αν υπάρχει ιστορικό άλλων ασθενειών και ποια η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθήθηκε, αλλά και ερωτήσεις σχετικά με τη διαταραχή, για το πότε ξεκίνησε και ποια ήταν η πορεία του ασθενούς καθώς και το ποια είναι η υποστήριξη από το περιβάλλον του. Σκοπός του εξεταστή είναι να διαπιστώσει σε τι βαθμό ο ασθενής αντιλαμβάνεται την

κατάστασή του, αν δηλαδή την καταλαβαίνει πλήρως (εναισθησία), σε ένα βαθμό ή καθόλου. Για να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει ο εξεταστής να κάνει διάφορες ερωτήσεις στον ασθενή (είτε κλειστού είτε ανοικτού τύπου), οι απαντήσεις των οποίων θα καθορίσουν το βαθμό εναισθησίας του ασθενή και κατ' επέκταση το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθηθεί. Μεγάλης σημασίας θεωρείται και η συμβολή του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή, οι οποίοι μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή και τα οικεία πρόσωπα που ο ίδιος εμπιστεύεται (Kaplan & Sadock's, 2012).

Επισκεπτήριο

Οι επισκέψεις από τους οικείους του ασθενή ενθαρρύνονται, καθώς ο ρόλος της οικογένειας στη θεραπεία του ασθενή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Από τη στιγμή που μια επίσκεψη γίνεται στις κατάλληλες ώρες που έχει ορίσει το νοσοκομείο και δεν διακόπτει το πρόγραμμα του ύπνου, του φαγητού ή των θεραπευτικών δραστηριοτήτων, θεωρείται απαραίτητη. Ωστόσο, υπάρχουν και οι «επιζήμιες» επισκέψεις, στις οποίες μπορεί να υπάρξει ταραχή είτε από την πλευρά του ασθενή είτε από την πλευρά εκείνου που τον επισκέπτεται. Στην περίπτωση αυτή ή διακόπτονται οι επισκέψεις ή περιορίζεται ο χρόνος τους (Eby & Brown, 2009).

Άδειες εξόδου

Αν ο γιατρός το κρίνει, υπάρχει η δυνατότητα για τον ασθενή να γυρίζει στο οικείο περιβάλλον του για μερικές ημέρες. Μετά την επιστροφή του στο νοσοκομείο είναι σημαντικό ο θεραπευτής να συζητά με τον ασθενή για το πόσο καλά τα κατάφερε. Εφόσον ο ασθενής θα λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή δεν θα πρέπει να καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά ή να οδηγεί. Φυσικά, υπάρχει πάντα και η πιθανότητα ο ασθενής να μην τα καταφέρει με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος τόσο για τον ίδιο, όσο και για τους γύρω του. Αν υπάρξει τέτοιο πρόβλημα τότε θα πρέπει να επιστρέψει όσο το δυνατόν γρηγορότερα στο νοσοκομείο (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

3.1 Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

3.1.1 Ορισμός Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Νοσηλευτών (American Nurses Association, ANA) η *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι ένας ειδικός κλάδος της νοσηλευτικής πρακτικής, που είναι υπεύθυνος για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές, μέσω της νοσηλευτικής αξιολόγησης, διάγνωσης και θεραπείας. Τα άτομα που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ασθενείς μπορεί να είναι ένας μόνο άνθρωπος, μια ολόκληρη οικογένεια, ένα σύνολο ανθρώπων ή μια ολόκληρη κοινότητα* (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας κάνει χρήση των γνώσεων σε ψυχικό, κοινωνικό, βιολογικό και φυσικό επίπεδο, μελετώντας σε βάθος τη συμπεριφορά των ανθρώπων αλλά και τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους, από όπου και δημιουργούνται τα θεωρητικά σχέδια πάνω στα οποία θα δημιουργηθούν και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Stuart, 2013).

Έτσι λοιπόν, η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας σαν επιστήμη, σαν πεδίο επιστημονικής έρευνας καθώς και ως πεδίο κλινικής άσκησης διέπεται από κάποιες βασικές αρχές οι οποίες είναι οι εξής: *Η αντιμετώπιση και προσέγγιση του ασθενούς ως μιας μοναδικής βιολογικής, κοινωνικής, ψυχικής και πνευματικής οντότητας, η σημασία της ανθρώπινης ύπαρξης καθώς και η σημαντικότητα της ζωής και της υγείας του και τέλος η παροχή εξατομικευμένης και ολιστικής φροντίδας υγείας η οποία προσφέρεται πάντοτε με σεβασμό και περίσσιο ενδιαφέρον* (Ραγιά, 2009).

3.1.2 Πεδία εφαρμογής της Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας

Η συμβολή του νοσηλευτή στον τομέα της ψυχικής υγείας επιτυγχάνεται μέσα από τη σχέση που δημιουργεί με τον ασθενή, ο οποίος βρίσκεται σε κρίση, κάνοντας χρήση των δεξιοτήτων αλλά και της επιστημονικής γνώσης που διαθέτει με σκοπό τη θεραπευτική αντιμετώπισή του. Η θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου με σχιζοφρένεια διενεργείται διαμέσου διαπροσωπικής διαδικασίας, η οποία ονομάζεται Νοσηλευτική Διεργασία (Σαράφης & Μαλλιαρού, 2013).

Η διαδικασία αυτή απαιτεί τη συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή, τη μελέτη και εκτίμηση της κατάστασής του, τη διατύπωση των προβλημάτων του, την ιεράρχηση αυτών, τον σχεδιασμό των απαραίτητων νοσηλευτικών ενεργειών για την αντιμετώπισή τους, την εφαρμογή των παρεμβάσεων και τέλος την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή εκ νέου (Σαράφης & Μαλλιαρού, 2013). Η χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας δίνει τη δυνατότητα σε ασθενή και νοσηλευτή να διαμορφώσουν από κοινού μια σχέση εμπιστοσύνης αλλά και να συνεργαστούν, ώστε να ορίσουν το εξατομικευμένο ολιστικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Σκοπός του νοσηλευτή, που είναι επιστημονικά καταρτισμένος και

διαθέτει και τις απαραίτητες δεξιότητες, είναι να συλλέξει όσες το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του ασθενή από τον ίδιο, από τον οικογενειακό πυρήνα, το φιλικό περιβάλλον και τους ανθρώπους που ο ασθενής συναναστρέφεται καθημερινά (σχολείο, εργασία, γείτονες) αλλά και μέσα από το ιατρικό ιστορικό και να ιεραρχήσει τις ανάγκες του ασθενή ανάλογα με τη σοβαρότητά τους, βρίσκοντας τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις με σκοπό την επίλυσή τους. Φυσικά οι ανάγκες θα πρέπει να ελέγχονται συνεχώς, καθώς προκύπτουν συνεχώς καινούργιες, οι οποίες χρειάζονται και νέο νοσηλευτικό σχέδιο, ώστε να επιλυθούν (Ραγιά, 2009).

Ένα μείζον θέμα για τον νοσηλευτή, το οποίο και συγκαταλέγεται στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι και το φαρμακευτικό σχήμα που εκλέγεται ύστερα από ιατρική εντολή. Στη διαδικασία της λήψης των φαρμάκων από τους ασθενείς, δεν μπορεί να φανεί μόνο χρήσιμη η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ίδιο και τον νοσηλευτή, αφού όλο το περιβάλλον του ασθενή, είτε αυτός βρίσκεται μέσα στο νοσοκομείο είτε εκτός θα πρέπει να δρα θεραπευτικά. Γι' αυτό το λόγο, είναι σημαντική η συνεργασία ανάμεσα στους νοσηλευτές, τους άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους φροντιστές των ατόμων με σχιζοφρένεια. Έτσι, είναι απαραίτητο να γίνεται τακτική και λεπτομερής καταγραφή των νοσηλευτικών ενεργειών, όχι μόνο για να καταγράφεται η φροντίδα υγείας που παρέχεται, αλλά και για να ενημερώνονται και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι κ.α (Σαράφης & Μαλλιάρου, 2013).

Σκοπός του νοσηλευτή είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του ασθενή στο νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας του, γεγονός όμως που καθορίζεται από την εκάστοτε κατάστασή του και επηρεάζει και το ποσοστό συμμετοχής του. Όταν λοιπόν ο ίδιος αδυνατεί να συμμετέχει, η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας επιτυγχάνεται μέσα από τη βοήθεια κάποιου τρίτου προσώπου από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον του ατόμου. Ο ρόλος της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι να βοηθήσει τον νοσηλευτή ώστε να παρέχει ολιστική φροντίδα υγείας στον ασθενή με επιστημονικά ορθό τρόπο. Για να είναι εφικτό κάτι τέτοιο ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με πολλές δεξιότητες και ικανότητες, αλλά και με θέληση να εργαστεί με τους ασθενείς ώστε να προάγει την υγεία τους, να προλαμβάνει τις υποτροπές της ασθένειάς τους, να αποκαθιστά τις χαμένες δεξιότητες και τέλος να βοηθά στην απόκτηση του μεγαλύτερου βαθμού της λειτουργικότητάς τους (Παπαγεωργίου, 2012).

3.2 Ψυχιατρικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Μέσα από τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας ο νοσηλευτής εργάζεται με σκοπό να επιτύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ώστε να καθιστούν τα άτομα όσο πιο λειτουργικά γίνεται. Ο νοσηλευτής εργάζεται και στα τρία επίπεδα τριτοβάθμιας φροντίδας, λαμβάνοντας ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη (Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013).

3.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στον κλάδο της ψυχικής υγείας

Ο νοσηλευτής μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας, εξετάζοντας διεξοδικά τις ανάγκες του ασθενή επιλέγει τις κατάλληλες παρεμβάσεις οι οποίες θα τον οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, που δεν είναι άλλο από την επίτευξη του μέγιστου βαθμού λειτουργικότητας για τον ίδιο τον ασθενή. Έτσι λοιπόν, ο ρόλος του θα μπορούσε να συνοψιστεί στα εξής (Hogan, 2012 & Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013):

- Παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών στον ασθενή, στους οικείους του αλλά και σε κάθε μέλος του πληθυσμού.

- Θεραπευτική χρήση του περιβάλλοντος.
- Εκπαίδευση του ασθενή ώστε να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του.
- Συνεργασία με όλους τους φορείς υπηρεσιών υγείας.
- Διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τόσο του ασθενή όσο και των οικείων του.
- Ενεργή δράση στην πρωτοβάθμια βαθμίδα πρόληψης.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με κέντρο τον άνθρωπο.
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση των νέων εργαζομένων.
- Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα.
- Προαγωγή και διατήρηση της υγείας του ασθενή.
- Την αξιολόγηση της κατάστασής του και την επαναξιολόγηση.
- Την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας υγείας για κάθε περιστατικό.
- Την έγκαιρη παρέμβαση σε κάθε κρίση του περιστατικού (Hogan, 2012 & Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013).

Μέσα από τον ρόλο του νοσηλευτή στον κλάδο της Ψυχικής Υγείας θα μπορούσαμε να κάνουμε διαχωρισμό και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες (Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013):

- 1) Βιολογικές (ύπνος, διατροφή, άσκηση, ενυδάτωση, έλεγχος θερμοκρασίας, αυτοφροντίδα)
- 2) Ψυχοθεραπευτικές (ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική, αγωγή της υγείας, θεραπεία της συμπεριφοράς κ.α)
- 3) Κοινωνικές (ασφάλεια, θεραπευτικό περιβάλλον, οικογένεια, ομάδες, δικαιώματα ασθενούς κ.α) (Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013).

Συμπεραίνοντας καταλήγουμε στο γεγονός ότι ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας χρήζει ειδικής κατάρτισης έτσι ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει τον ρόλο του συμβούλου με στόχο την παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας στον ασθενή, αλλά και να μπορεί να λαμβάνει ενεργό δράση στις ατομικές ψυχοθεραπείες, τις ομαδικές ψυχοθεραπείες, τις θεραπείες του περιβάλλοντος αλλά και να παρέχει βοήθεια στο οικογενειακό περιβάλλον, όποτε είναι απαραίτητο (O' Brien et all. 2008).

3.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της ψυχικής υγείας

Η πρόληψη της ψυχικής ασθένειας είναι ένα φλέγον θέμα, που απασχολεί την ιατρονοσηλευτική κοινότητα ανά τα χρόνια. Αν και τα αίτια της σχιζοφρένειας δεν είναι απολύτως γνωστά, ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψή της είναι καθοριστικός. Ο νοσηλευτής ως ενεργό μέλος στην κοινότητα παρεμβαίνει με προγράμματα αγωγής υγείας και συμβάλει ενεργά στον περιορισμό του ποσοστού εμφάνισης των ασθενών από τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή, αλλά και βοηθά τα άτομα που πάσχουν τόσο στη φάση της νοσηλείας τους, όσο και στη φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Eby & Brown, 2009).

Πολύ συχνά γίνεται ενημέρωση της κοινωνίας σχετικά με τις ψυχικές νόσους των οποίων η πρόληψη διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Σχετικά με την πρωτοβάθμια πρόληψη, αναζητούνται μέσα από μελέτες και έρευνες παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση συγκεκριμένων ψυχικών ασθενειών και εκτιμώνται τρόποι με σκοπό την εξάλειψή τους. Οι πληθυσμοί αυτοί που φαίνεται πως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ψυχικής νόσου, ανευρίσκονται και λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να εξαλειφθούν ή να περιοριστούν οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ψυχικής νόσου. Οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες κατά κύριο λόγο είναι ευάλωτες και ζουν στο περιθώριο (Θεοχάρης Μ. 2016).

Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής θα μπορούσε να ευαισθητοποιήσει τα μέλη της κοινωνίας μέσα από την προαγωγή της ψυχικής υγείας και με ειδικά προγράμματα αγωγής (Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013).

Στη δευτεροβάθμια πρόληψη ασχολείται με την άρση της εξέλιξης της νόσου αλλά και των υποτροπών που έχει, γεγονός που επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση, την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης και της ψυχολογικής στήριξης του ίδιου και των οικείων του. Αν τα παραπάνω λάβουν χώρα έγκαιρα, τότε η μετέπειτα πορεία του ασθενή διαφέρεται λίαν ικανοποιητική (Θεοχάρης Μ. 2016). Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει παρέχοντας τις νοσηλευτικές φροντίδες ψυχικής υγείας τόσο στον ασθενή όσο και στους οικείους του (Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013).

Τέλος, στην τριτοβάθμια πρόληψη σκοπός είναι η επίτευξη της μέγιστης λειτουργικότητας του ασθενή ώστε να αποτελεί χρήσιμο και ενεργό μέλος της κοινωνίας. Γι' αυτό και γίνεται προσπάθεια να αναπτύσσει ο ασθενής δεξιότητες, να μπορεί να αντιμετωπίζει καθημερινά προβλήματα αλλά και να διαχειρίζεται με επιτυχία τους παράγοντες εκείνους που του προκαλούν έντονο στρες (Θεοχάρης Μ. 2016). Στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής βοηθά στην επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα τόσο σε κοινωνικό όσο και σε εργασιακό επίπεδο (Γ.Ν Παπαδημητρίου, 2013).

3.3 Οι ενδείξεις νοσηλείας και η επικοινωνία ανάμεσα σε νοσηλευτή και πάσχοντα

3.3.1 Ενδείξεις νοσηλείας στη σχιζοφρένεια

Οι ενδείξεις για να νοσηλευτεί ασθενής με συμπτώματα που υποδηλώνουν σχιζοφρένεια πραγματοποιείται όταν (Black & Andreasen, 2011):

- Όταν υπάρχει πιθανότητα πρωτοεμφανιζόμενης σχιζοφρένειας και είναι αναγκαία η σταθεροποίηση της κατάστασης με φαρμακευτική αγωγή, έτσι ώστε να αποκλειστεί και το ενδεχόμενο άλλης ψυχικής νόσου.
- Όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ειδικευμένη όπως στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία.
- Όταν ο ασθενής είναι επιθετικός και καθίσταται επικίνδυνος τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους γύρω του.
- Όταν υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- Όταν ο ασθενής αδυνατεί να φροντίσει ο ίδιος τον εαυτό του.
- Όταν εμφανίζονται ισχυρές παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή, οι οποίες απαιτούν τη συνεχή επίβλεψη του ασθενή όπως το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο (Black & Andreasen, 2011).

3.3.2 Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ψυχικά ασθενή

Από την στιγμή που θα κριθεί αναγκαία η είσοδος του ασθενή στην ψυχιατρική κλινική, ένα μείζων θέμα το οποίο προκύπτει είναι αυτό της επικοινωνίας ανάμεσα στον πάσχοντα και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επικοινωνία νοσηλευτή και ψυχικά ασθενή γίνεται τόσο με μηνύματα που εκφράζονται μέσω του λόγου, όσο και μηνύματα μη λεκτικά, τα οποία ή θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη μιας εποικοδομητικής σχέσης ή θα δημιουργήσουν πρόβλημα στο να δημιουργηθεί. Από την αρχή δημιουργίας του ο άνθρωπος προσπαθεί να επικοινωνήσει, γι αυτό και εκδηλώνει ποικίλες συμπεριφορές με σκοπό να το καταφέρει. Εν τέλει, όλες οι επικοινωνίες είναι αυτές που θα καθορίσουν τόσο την αντίληψη όσο και τη συμπεριφορά του (Stuart et al. 2013).

Η επικοινωνία είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό όπλο στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς είναι το μέσο για να οικοδομηθεί η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή, ενώ παράλληλα ο νοσηλευτής έχει και τη δυνατότητα μέσω αυτής να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ασθενή και να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα (Stuart et al. 2013).

Έτσι, κρίνεται αναγκαίο η γνώση τεχνικών επικοινωνίας από τους νοσηλευτές οι οποίες είναι οι εξής (Stuart et. al. 2013):

1. **Ακρόαση:** αποτελεί μια από τις κύριες αρμοδιότητες των νοσηλευτών, αφού τους επιτρέπει να συλλέξουν απαραίτητες πληροφορίες για τον ασθενή αλλά, βοηθά και στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης αφού ο ασθενής βλέπει το ενδιαφέρον από την πλευρά του νοσηλευτή.
2. **Διάλογος:** μέσω του διαλόγου ο νοσηλευτής όχι μόνο βοηθά το άτομο να μην απομονώνεται κοινωνικά, αλλά το ενθαρρύνει να συζητά για θέματα που μπορεί να το απασχολούν και να νιώθει έτσι αποδοχή από το περιβάλλον του.
3. **Επαναδιατύπωση:** ο νοσηλευτής εδώ επαναλαμβάνει την κύρια σκέψη του ασθενή μέσα στη συζήτηση με σκοπό να του δείξει πως παρακολουθεί τα λεγόμενά του και ενδιαφέρεται για εκείνον.
4. **Διευκρίνιση:** μέσω της διευκρίνισης ο νοσηλευτής προσπαθεί να κατανοήσει καλύτερα ασαφείς σκέψεις ή εκφράσεις του ασθενή, με σκοπό να αποσαφηνίσει αντιλήψεις, σκέψεις και συμπεριφορές του ασθενή.
5. **Πληροφόρηση:** αφορά τις πληροφορίες που παρέχει ο νοσηλευτής στον ασθενή με σκοπό τη διδασκαλία του γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή και την αυτοφροντίδα του.
6. **Συμβουλές:** ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλές στον ασθενή για να μπορέσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία προβλήματα που προκύπτουν και να βοηθηθεί βλέποντας εκδοχές επίλυσης που μέχρι τώρα δεν είχε αντιληφθεί (Stuart et. al. 2013).

3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ψυχικά ασθενή

Οι Νοσηλευτικοί σκοποί στην παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι εξής (Κούκια Ε. 2014):

- 1 Η νοσηλεία του ψυχικά ασθενή υποστηρίζοντας τόσο την ψυχολογική όσο και τη σωματική του υπόσταση.
- 2 Η προστασία του από την εκμετάλλευση, παραμέληση και προσβολή της αξιοπρέπειάς του.
- 3 Προαγωγή της ψυχικής του υγείας.
- 4 Η ενίσχυση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ασθενή.

Η κοινωνική επανένταξη του ασθενή (Κούκια Ε. 2014).

Για να εκπληρώσει τους παραπάνω σκοπούς ο Νοσηλευτής θα πρέπει (Κούκια Ε. 2014):

- 1 Να δημιουργήσει το θεραπευτικό σχέδιο.
- 2 Να δημιουργήσει μια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία, ανάμεσα στον ίδιο και τον ασθενή.
- 3 Να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή σε καθημερινή βάση καλύπτοντας τις ανάγκες του.
- 4 Να χορηγεί με προσοχή και υπευθυνότητα την επιλεγμένη φαρμακευτική αγωγή και να είναι σε ετοιμότητα για τις τυχόν παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν.

- 5 Να είναι προετοιμασμένος να προβεί σε έκτακτα μέτρα με σκοπό τον περιορισμό του ασθενή όταν αυτό χρειαστεί.
- 6 Να εκπαιδεύσει τον ασθενή να αναλάβει την αυτοφροντίδα του.
- 7 Να κάνει συχνό έλεγχο για επιβεβαίωση της καλής σωματικής κατάστασης του ασθενή.
- 8 Να είναι σε ετοιμότητα να καλέσει προσωπικό από όλους τους κλάδους όταν αυτό κριθεί απαραίτητο.
- 9 Να υποστηρίξει τον ασθενή στο κοινωνικό του περίγυρο.
- 10 Να αναλάβει να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει την οικογένεια του πάσχοντος.
- 11 Να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες για την έξοδο του ασθενή από την ψυχιατρική κλινική (Κούκια Ε. 2014).

3.5 Οι νοσηλευτικοί ρόλοι στην σχιζοφρένεια

3.5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενή με σχιζοφρένεια στην ψυχιατρική κλινική

Η εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή κατά την εισαγωγή του στην ψυχιατρική κλινική αποτελεί πρωτεύον ζήτημα μετά την εισαγωγή του. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να εκτιμήσει αν το άτομο βιώνει ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, έχει παραληρητικές ιδέες, αν είναι αποδιοργανωμένο ή αποπροσανατολισμένο ή αν παρουσιάζει αβουλία. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο να παρακολουθείται στενά ως προς την συμπεριφορά του, την ομιλία του, τον τρόπο που κοιτάζει αλλά και ως προς το πώς αντιλαμβάνεται το περιβάλλον γύρω του (Eby & Brown, 2009).

Ακόμα πολύ σημαντικό είναι να διασφαλιστεί τόσο η σωματική ακεραιότητα του ασθενή όσο και του νοσηλευτή, αφού δεν είναι λίγα εκείνα τα περιστατικά στα οποία εκδηλώνεται βίαιη συμπεριφορά από τους ασθενείς η οποία θέτει σε κίνδυνο και τους ίδιους αλλά και το περιβάλλον τους. Έτσι, είναι σημαντικό να λαμβάνεται σωστά το ιστορικό του ασθενή μέσα στο οποίο θα πρέπει να αναφέρονται (Eby & Brown, 2009):

- Παλαιότερα βίαια επεισόδια
- Αν γίνεται χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ιδιαίτερα τη δεδομένη στιγμή
- Αν ο ασθενής έχει ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες
- Αν ο ασθενής έχει γίνει δέκτης βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν (Eby & Brown, 2009).

Επίσης, είναι πολύ πιθανό τη δεδομένη χρονική περίοδο να εκδηλωθεί και ένα ξέσπασμα βίαιης συμπεριφοράς του ασθενή. Μερικά από τα σημάδια εκείνα που υποδηλώνουν μια τέτοια κατάσταση είναι όταν ο ασθενής κάνει τα χέρια του γροθιές και έχει θυμωμένη όψη, όταν φωνάζει και βρίσκεται σε υπερδιέγερση και όταν ρίχνει αντικείμενα ή χτυπάει τους τοίχους. Γι αυτό το λόγο και ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαμορφώσει ένα ήρεμο περιβάλλον στο οποίο δεν θα υπάρχουν εξωτερικά ερεθίσματα που θα πυροδοτούν βίαιες συμπεριφορές, ενώ θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με υπομονή και κατανόηση απέναντι στην κατάσταση αυτή, σεβόμενος πάντοτε την προσωπικότητα του ασθενή (Eby & Brown, 2009).

Τέλος, σημαντικό ρόλο στην πορεία και στην εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή παίζει και η συλλογή πληροφοριών από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του. Με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα δώσει άδεια, τότε θα πρέπει να πραγματοποιηθεί επικοινωνία

με την οικογένεια μέσα από την οποία θα γίνει εξέταση για το ποιες ήταν οι συνθήκες μέσα στις οποίες μεγάλωσε και εξελίχθηκε η προσωπικότητα του ατόμου, τα ερεθίσματα που δέχθηκε, η σχέση που διατηρεί μέχρι σήμερα με την οικογένεια του αλλά και κάθε άλλη πληροφορία που θα μπορούσε να βοηθήσει (Eby & Brown, 2009).

3.5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενή με σχιζοφρένεια στην ψυχιατρική κλινική

Με την παραμονή του ασθενή στην ψυχιατρική κλινική, στόχος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η επιλογή της σωστής φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, η παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας αλλά και η προαγωγή της υγείας του. Το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή θα πρέπει να είναι υπεύθυνο για τη λήψη των φαρμάκων είτε αυτά λαμβάνονται από το στόμα, είτε είναι σε ενέσιμη μορφή μακράς διάρκειας, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει ψυχοκοινωνικά τον ασθενή. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να συζητά με τον ασθενή για τη συμπτωματολογία που βιώνει ο ίδιος. Αυτό θα ήταν βοηθητικό όχι μόνο για τον νοσηλευτή ώστε να έχει ξεκάθαρη εικόνα της κλινικής κατάστασης του ασθενή σε περίπτωση που υπάρχει πιθανότητα μιας υποτροπής, αλλά και για τον ίδιο τον ασθενή. Γνωρίζοντας ότι μόλις το 25-40% των ασθενών με σχιζοφρένεια δέχονται ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, η συμβολή του νοσηλευτή θα μπορούσε πιθανότητα να μειώσει σημαντικά τον αριθμό αυτό (Gillam & Williams, 2008).

Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι προικισμένος με δεξιότητες, γνώσεις, υπομονή, κατανόηση αλλά και να μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τον ασθενή μέσω της λεκτικής αλλά και μη λεκτικής επικοινωνίας, γεγονός που έχει και εξαιρετική σημασία αφού η σωστή επικοινωνία είναι η βάση για τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης. Είναι σημαντικό μέσα από την επικοινωνία ο ασθενής να εκφράζει αποτελεσματικά τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ερωτήσεις που πιθανόν έχει σχετικά με τη θεραπεία του αλλά και την ασθένειά του. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δρα πάντοτε με διακριτικότητα αλλά και σεβασμό απέναντι στον ασθενή και να μην εκφράζει κανενός είδους αποδοκιμασία (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

Ακόμα, εξαιρετικά σημαντικό έργο αποτελεί η κατανόηση από την πλευρά του νοσηλευτή των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικοπολιτικών πτυχών του ασθενή, οι οποίες είναι και εκείνες που καθορίζουν τη συμπεριφορά του, γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη (Snowden, 2009).

Σχετικά με τα ψυχωσικά συμπτώματα του ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τα αντιμετωπίσει και να τα θέσει ως πρώτη προτεραιότητας ζήτημα. Το κύριο από αυτά αποτελούν μεταξύ άλλων οι ψευδαισθήσεις. Εξωτερικά ερεθίσματα από το περιβάλλον του ασθενή όπως η φασαρία και το φως μπορεί να χειροτερέψουν τα συμπτώματα αυτά γι' αυτό και πρέπει να μειώνονται σημαντικά. Ό,τι θα μπορούσε να προκαλέσει επιδείνωση των συμπτωμάτων θα πρέπει να εντοπίζεται και να περιορίζεται, ώστε ο νοσηλευτής να προσφέρει ικανοποιητική βοήθεια στον ασθενή. Έτσι θα ήταν επιθυμητό, όσον αφορά τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, ο νοσηλευτής να αναφέρεται σε αυτές με τον όρο φωνές για να μπορέσει να καταλάβει ο ασθενής ότι δεν υφίστανται στην πραγματικότητα, ενώ θα ήταν προτιμότερο να αποφεύγεται η σωματική επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή για να μην ενισχυθεί η ψευδαισθήση από τον ασθενή, αλλά και γιατί η συμπεριφορά των ασθενών με ψευδαισθήσεις είναι απρόβλεπτη και εξαιρετικά επιθετική. Ένας τρόπος αντιμετώπισης των ψευδαισθήσεων είναι μέσω της συζήτησης αλλά και της ανάθεσης εργασιών. Άλλο εξίσου

σοβαρό σύμπτωμα είναι και οι παραληρητικές ιδέες, που εμποδίζουν τον ασθενή να βιώσει την πραγματικότητα μέσα στην οποία βρίσκεται. Έτσι ο νοσηλευτής οφείλει να επαναφέρει τον ασθενή στην πραγματικότητα αποσπώντας του την προσοχή και προσανατολίζοντάς τον. Γνωρίζοντας ο νοσηλευτής ότι το παραλήρημα τροφοδοτείται από το άγχος, έχει ως στόχο να το περιορίσει, διδάσκοντας στον ασθενή τεχνικές διαχείρισης. Πραγματοποιώντας τις παραπάνω ενέργειες ο ασθενής θα πρέπει να βιώνει λιγότερο από τρεις ψευδαισθήσεις κατά τη διάρκεια ενός οκταώρου, να κατανοεί ποια είναι η πραγματικότητα και να εντάσσεται μέσα σε αυτήν, να παρουσιάζει βελτιωμένη λειτουργικότητα μέρα με την ημέρα και τέλος να κατανοεί και να εφαρμόζει τις τεχνικές μείωσης άγχους (Eby & Brown, 2009).

3.5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη λήψη ιστορικού από τον ψυχιατρικό ασθενή

Η πρώτη συνάντηση με τον ασθενή είναι καθοριστική καθώς από τα πρώτα κίβλας λεπτά επαφής του με τον νοσηλευτή μπορεί να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο κλίμα που θα πριμοδοτήσει τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης που επιδιώκεται. Ο ασθενής είναι φυσικό να είναι αρκετά αγχωμένος, γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ηρεμήσει αλλά και να τον κατατοπίσει για το που βρίσκεται αλλά και για ποιο λόγο βρίσκεται εκεί. Εκτός λοιπόν από την παρουσίαση τόσο του εαυτού του, όσο και της ιδιότητάς του, ο νοσηλευτής οφείλει να εξηγήσει ξανά στον ασθενή τον λόγο της συνάντησής τους αλλά και το περιεχόμενο της συζήτησής τους (Wolfgang, 2011).

Μετά από αυτό θα ακολουθήσει ερώτηση σχετικά με τα συναισθήματα του ασθενή. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να παρουσιάζουν ένα είδος ανακούφισης αλλά και ενθουσιασμού για τους ασθενείς που θεωρούν πως επιτέλους βρήκαν τη δύναμη να ζητήσουν βοήθεια για το πρόβλημά τους. Μπορεί να εκδηλώνουν μια επιφυλακτικότητα ή ακόμα και ένα δριμύ κατηγορώ για το πώς έφτασαν στο σημείο να νοσηλευτούν τελικά σε μια ψυχιατρική κλινική, ενώ τέλος υπάρχουν και εκείνοι οι ασθενείς οι οποίοι εισήλθαν στην κλινική μετά από εξαναγκασμό ή κάποια απειλή που μπορεί να προέρχεται από το οικογενειακό, φιλικό ή επαγγελματικό περιβάλλον τους (Wolfgang, 2011).

Ύστερα από αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να περιγράψει στον ασθενή τη διαδικασία που θα ακολουθήσει (Wolfgang, 2011):

- Πόσα λεπτά θα διαρκέσει η όλη διαδικασία
- Το ότι θα εξετασθούν μόνο τα συμπτώματα και το πότε αυτά ξεκίνησαν χρονικά
- Ότι πρέπει να εντοπιστεί το πρόβλημα και να δοθεί κατάλληλη θεραπευτική αγωγή
- Και τέλος να δηλώσει ο ασθενής τη γνώμη του για την παραπάνω διαδικασία

Το σημαντικό είναι να κατευθύνεται η συζήτηση από τον ίδιο τον νοσηλευτή, έτσι ώστε να μην δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να μιλά ασταμάτητα. Γι' αυτόν τον λόγο προτιμώνται ερωτήσεις κλειστού τύπου οι οποίες μπορούν να απαντηθούν με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Ένα εξίσου σημαντικό θέμα το οποίο πρέπει να διερευνηθεί είναι και η εννοιολογική σημασία των όσων αναφέρει ο ασθενής, που αυτή καταλαμβάνει μέσα στο μυαλό του. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί εύκολα ρωτώντας τον ασθενή συγκεκριμένα για το τι ακριβώς εννοεί με βάση τα λεγόμενά του (Wolfgang, 2011).

Τα στοιχεία που καταγράφονται στο ιστορικό είναι τα εξής (Doran, 2013):

1. Πληροφορίες Αξιολόγησης

- Δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, επάγγελμα).
- Πλήρης καταγραφή των λεγόμενων του ασθενή για τον λόγο που πραγματοποιείται η αξιολόγηση.
- Η χρονική περίοδος εμφάνισης των συμπτωμάτων.

- Προηγθέν ιστορικό ψυχικής ασθένειας και σχετικών επεισοδίων καθώς και της φαρμακευτικής αγωγής που δόθηκε(Doran, 2013).

Ιατρικά στοιχεία

- Οξέα ή χρόνια προβλήματα υγείας του ασθενή καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται γι' αυτά.
- Φάρμακα που μπορεί να λαμβάνονται από τον ασθενή και στα οποία πρέπει να γίνεται γνωστή η δοσολογία καθώς και η συχνότητα που λαμβάνονται.
- Αλλεργίες σε φάρμακα ή τροφές, αλλά και ενημέρωση σχετικά με τη χρήση καφεΐνης, νικοτίνης κ.τ.λ. (Doran, 2013).

Ειδική αξιολόγηση σε γυναίκες, που πιθανόν να εγκυμονούν

- Αν είναι σεξουαλικά ενεργή.
- Αν υπάρχει πιθανότητα να είναι έγκυος.
- Αν νομίζει πως όχι, πως μπορεί να το γνωρίζει.
- Ποια μορφή αντισύλληψης χρησιμοποιεί.
- Ποια ήταν η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνου ρήσεως.
- Πόσο συχνά και σε ποια ποσότητα καταναλώνει αλκοολούχα ποτά.
- Αν προσπαθεί να κάνει κακό στον εαυτό της ή στους γύρω της.
- Αν συμβαίνει αυτό πόσο συχνά γίνεται.
- Αν μπορεί να διαχειριστεί αυτές τις σκέψεις.
- Αν εμφανίζει αυτοκτονικό ιδεασμό ή έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.
- Αν επιχειρούσε να αυτοκτονήσει τι τρόπο θα επέλεγε και ποια η δυνατότητα να φέρει σε πέρας το σχέδιο αυτό.
- Αν είχε επιχειρήσει αυτοκτονία και στο παρελθόν και αν ναι, ποια χρονική στιγμή.
- Αν έχει λάβει ποτέ ιατρική ή ψυχιατρική βοήθεια.
- Αν υπάρχει κάτι θετικό στη ζωή της τώρα, που θα την απέτρεπε να αυτοκτονήσει.
- Αν έχει σκοπό να βλάψει κάποιο τρίτο πρόσωπο.
- Αν έχει δημιουργήσει συγκεκριμένο σχέδιο δράσης για να το επιτύχει.
- Αν θέλει να βλάψει κάποιον τώρα.
- Αν υπάρχει κάποιος παράγοντας που θα την απέτρεπε να το επιχειρήσει(Doran, 2013).

2. Δευτερεύοντα στοιχεία που δεν έχουν άμεση χρησιμότητα

- Πληροφορίες σχετικά με την παιδική ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, τη στρατιωτική θητεία και επαγγελματική κατάρτιση.
- Το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής υγείας.
- Έλεγχος για χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από την οικογένεια και καταγραφή των αποτελεσμάτων.
- Ποια είναι η γνώμη του ασθενούς για τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Αν έχει γνώση ή πιθανές απορίες για τη φαρμακευτική αγωγή.
- Ενημέρωση για τη σεξουαλική ζωή του ασθενούς(Doran, 2013).

3. Ερωτήσεις που βοηθούν στην διάγνωση της σχιζοφρένειας

Οι ερωτήσεις που μας βοηθούν στη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι οι εξής (Πατηράκη & Κουρμπάνη, 2009, Ραγιά, 2009):

- Θεωρείτε ότι πάσχετε από κάποια ασθένεια και αν ναι πώς την ερμηνεύετε; (έλεγχος για το βαθμό κατανόησης από τον ασθενή)
- Έχετε χρησιμοποιήσει θεραπεία στο παρελθόν για την ασθένειά σας; Τι σας βοήθησε εκείνη τη χρονική περίοδο; (συλλογή πληροφοριών)

- Ποιες θεωρείται ότι είναι οι δυνάμεις σας; Που πιστεύετε ότι αντιμετωπίζεται πρόβλημα; (έλεγχος του βαθμού αυτοεκτίμησης και των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής του ασθενή)
- Βλέπετε ή ακούτε πράγματα τα οποία οι άλλοι δεν μπορούν να αντιληφθούν; Θεωρείτε ότι κάποιος προσπαθεί να σας κάνει κακό ή σας καταδιώκει; (έλεγχος για την παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων)
- Ποια είναι η φαρμακευτική αγωγή που παίρνετε; Τι προβλήματα σας δημιουργούν; (έλεγχος για το αν λαμβάνεται τακτικά η φαρμακευτική αγωγή αλλά και έλεγχος για τις παρενέργειες που αυτή προκαλεί)
- Ποιοι είναι οι άνθρωποι από το περιβάλλον σας που εμπιστεύεστε; (έλεγχος για την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος)
- Με τι ασχολείστε καθημερινά; Ποια είναι η πιο ευχάριστη δραστηριότητα που ασχολείστε; (έλεγχος για ανηδονία ή έλλειψη προσωπικής φροντίδας) (Πατηράκη & Κουρμπάνη, 2009, Ραγιά, 2009).

Είναι σημαντικό να πραγματοποιείται έλεγχος της κατάστασης του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα, έτσι ώστε να μην υπάρξει κίνδυνος ούτε για τον ίδιο αλλά ούτε και για τους γύρω του. Παρ' όλα αυτά, η διαδικασία αυτή ελέγχου, καθώς είναι εξαιρετικά στρεσογόνα θα πρέπει να πραγματοποιείται διακριτικά κατά τη διάρκεια νοσηλείας του (Πατηράκη & Κουρμπάνη, 2009, Ραγιά, 2009).

3.5.4 Τι πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση του πρώτου οξέως ψυχωτικού επεισοδίου

Η επιτυχής αντιμετώπιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου αποτελεί θέμα υψίστης σημασίας και επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων μέσα από τη χρήση της καλύτερης δυνατής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία και παίζει σημαντικό ρόλο (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Κατά τη διάρκεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό, η παρουσία επιθετικής συμπεριφοράς είτε λεκτικής είτε σωματικής ως προς τα οικογενειακά ή τρίτα πρόσωπα. Ακόμα πολύ πιθανή είναι και η εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς αλλά και παραίτησης ως προς την φροντίδα του εαυτού, που συνήθως εκδηλώνεται με άρνηση λήψης τροφής. Τα χαρακτηριστικά του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου μπορεί να παραπέμπουν και σε άλλες ψυχικές νόσους όπως διπολική διαταραχή ή μπορεί και να είναι απόρροια χρήσης ουσιών. Η διάγνωση έρχεται μέσα από την παρατήρηση σε συνδυασμό με την καταγραφή ενός πλήρους ιστορικού, τόσο ατομικού όσο και οικογενειακού. Στην περίπτωση που το επεισόδιο κριθεί ως μανιακό τότε η διάγνωση είναι διπολική διαταραχή. Περίπλοκη θεωρείται η περίπτωση που το επεισόδιο επιβεβαιώνεται ότι προκλήθηκε από ουσίες, καθώς πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή που θα δοθεί, ο ασθενής θα πρέπει να μπει και σε πρόγραμμα απεξάρτησης (Δημητρακόπουλος & συν. 2015).

Έτσι, παραμένει εξαιρετικά δύσκολη η διαδικασία της σωστής και αποτελεσματικής αντιμετώπισης του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, η οποία, αν δεν γίνει σωστά, τότε θα παρουσιαστούν αλληπάλληλες υποτροπές. Οι υποτροπές αυτές με την πάροδο του χρόνου, μειώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου κάνοντας ακόμα πιο δύσκολη την αντιμετώπιση των επερχόμενων ψυχωτικών επεισοδίων, που δεν σταματούν να υφίστανται (Γ.Ν Παπαδημητρίου & συν. 2013).

3.5.5 Τι πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής για τη διάγνωση ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου

Για να μπορέσει να γίνει σωστή διάγνωση, έτσι ώστε ένα ψυχωτικό επεισόδιο να χαρακτηριστεί ως σχιζοφρενικό, απαιτείται μεγάλη παρατηρητικότητα, καθώς αν και υπάρχουν απτά συμπτώματα που συνάδουν με την ασθένεια, υπάρχουν και άλλα τα οποία γίνονται μακροπρόθεσμα αντιληπτά. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο στάδιο αυτό μπορεί να θεωρηθεί πολύτιμος αφού έρχεται σε επαφή το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας με τον ασθενή, γεγονός που του δίνει και τη δυνατότητα να τον παρατηρήσει διεξοδικά. Έτσι, θα πρέπει να δίνεται σημασία στα εξής (Eby & Brown, 2009, Hogan 2012):

- Καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής παρουσιάζει σύγχυση που δεν συνάδει με τον χρόνο αλλά και τον χώρο, που παρατηρούνται αλλαγές στη συνείδηση του, επιληπτικές κρίσεις, διαταραχές στην ομιλία, παράλυση που παρέρχεται και τέλος απώλεια της συνείδησης είναι σημαντικές καταστάσεις που πρέπει να εντοπίζονται άμεσα από τον νοσηλευτή και να αναφέρονται.
- Στην περίπτωση που εντοπίζονται παραληρητικές ιδέες οι οποίες δεν έχουν απολύτως καμία βάση, δεν θα πρέπει απλώς να καταγράφονται από τον νοσηλευτή, αλλά να μεταφέρονται ακριβώς όπως ειπώθηκαν από τον ασθενή.
- Τυχόν παρενέργειες από τα φάρμακα. Εδώ δεν είναι αρκετή μόνο η παρατήρηση του νοσηλευτή, είναι απαραίτητη και η ανάλογη συζήτηση ανάμεσα σε εκείνον και τον ασθενή για το πώς νιώθει ο ίδιος με τη φαρμακευτική αγωγή. Αν ο ασθενής βιώνει συνεχώς καταστολή πιθανότατα να χρειάζεται μείωση της δόσολογίας, αντίθετα αν νιώθει συνεχώς ανησυχία, ίσως είναι απαραίτητη η αύξηση της δόσης των φαρμάκων.
- Έλεγχος για ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν, είτε από τον ίδιο, είτε προς τον ίδιο και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.
- Σωστή στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον ασθενή, ακόμα και αν εκείνος βρίσκεται στην οξεία φάση στην οποία λόγω αδυναμίας να ελέγξει τον εαυτό του δεν μπορεί να δημιουργήσει μια εποικοδομητική σχέση με τον νοσηλευτή, καθώς αντιλαμβάνεται τη στάση που κρατάει το προσωπικό μαζί του και αυτό θα μπορούσε να είναι καθοριστικό για τη μετέπειτα σχέση τους.
- Στην αντιμετώπιση του ασθενή με σεβασμό και διακριτικότητα. Οποιαδήποτε συμπεριφορά που βασίζεται στον αρνητισμό και την επικριτική διάθεση θα πρέπει να αποφεύγεται αφού αυτό θα προκαλούσε μεγαλύτερη σύγχυση, αποδιοργάνωση και επιθετικότητα από την πλευρά του ασθενή.
- Την αποφυγή προσφοράς βοήθειας από την πλευρά του νοσηλευτή, γιατί ο ασθενής μπορεί να το εκλάβει σαν απειλή και να ενεργήσει ανάλογα (Eby & Brown, 2009, Hogan 2012).

Τέλος, η προσέγγιση του ασθενή μέσω της ενσυναίσθησης από τον νοσηλευτή, απέναντι στα αισθήματα φόβου, μοναξιάς και αποδιοργάνωσης (Eby & Brown, 2009, Hogan 2012).

3.5.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στον αυτοκτονικό ασθενή

Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, μπορεί να επιχειρήσουν να αυτοκτονήσουν γεγονός που τις περισσότερες φορές συμβαίνει εξαιτίας των ακουστικών ψευδαισθήσεων που βιώνουν, οι οποίες είναι φωνές που διατάζουν τον ασθενή να κάνει κακό στον εαυτό του ή που ο ασθενής στην προσπάθειά του να τις ξεφορτωθεί κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Άλλες φορές βέβαια, η αυτοκτονική συμπεριφορά συναντάται όταν ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί

και έχει γνώση της κατάστασής του όπου νιώθοντας ντροπή για αυτό που του συνέβη ή φόβο μήπως η κατάσταση αυτή επαναληφθεί, μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του, να παρουσιάσει αυτοκτονικό ιδεασμό ή τέλος να επιχειρήσει να αυτοκτονήσει (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν νοσηλεύεται ήδη σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα, τότε ακολουθεί η ακούσια νοσηλεία του. Πρωταρχικός στόχος του νοσηλευτή είναι η διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του ασθενή και ο περιορισμός της βλάβης νοσηλεύοντας τον σε ένα ήρεμο περιβάλλον μακριά από επικίνδυνα αντικείμενα που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν μια ακόμα βλάβη. Η συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή δεν θα πρέπει να είναι ούτε τιμωρική ούτε επικριτική. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσεγγίσει τον ασθενή με ενδιαφέρον και σεβασμό έτσι ώστε να δημιουργηθεί μια ισχυρή θεραπευτική σχέση, μέσα από την οποία ο νοσηλευτής θα στηρίζει το άτομο ηθικά έτσι ώστε να ξεπεράσει τη δυσκολία αυτή. Ακόμα, είναι εξαιρετικά σημαντικό να γίνεται συχνός έλεγχος του ασθενή για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο μιας νέας αυτοκτονικής απόπειρας, η οποία αν επιχειρηθεί από τον ασθενή θα πρέπει να γίνει άμεση καταγραφή της στην καρτέλα νοσηλείας του, αλλά και να ενημερωθούν όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Ραγιά, 2009).

3.6 Οι νοσηλευτικές ευθύνες για τη φαρμακευτική αγωγή

Αν και η αιτιολογία της πρόκλησης σχιζοφρένειας παραμένει ακόμα άγνωστη, το γεγονός ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν αποτελεσματικότητα απέναντι στη νόσο, μας δείχνει τη βιοχημική της βάση αλλά και το πώς επηρεάζεται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας απαιτεί τη λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής εφ' όρου ζωής σε συνδυασμό με τη θεραπεία της οικογένειας και την ψυχοθεραπεία (Κοτρώτσου, 2009).

Σκοπός του νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενή με σχιζοφρένεια είναι η επίτευξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας. Γι' αυτόν τον λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να ανανεώνει συνεχώς τις γνώσεις του γύρω από τα φάρμακα, να είναι εξαιρετικά παρατηρητικός όσον αφορά τη συμπεριφορά του ασθενή, να ελέγχει για πιθανές παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή αλλά και να σιγουρεύεται πως τα φάρμακα λαμβάνονται τις σωστές ώρες αλλά και στη σωστή δοσολογία από τον ασθενή. Ο νοσηλευτής επιδιώκει να εμφανίζονται οι λιγότερες δυνατές παρενέργειες από τα φάρμακα, έτσι ώστε να μην επηρεάζεται η καθημερινότητα του ασθενή σε κοινωνικό επίπεδο και αυτό τον οδηγεί σε διακοπή τους (Παπαγεωργίου, 2012).

Η συμμόρφωση στη θεραπεία δεν βοηθά μόνο στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σα νόσο, επιπροσθέτως δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ελέγχει καλύτερα και αποτελεσματικότερα τον εαυτό του, έτσι ώστε να μπορεί να παραμένει ενεργό και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας, να συμμετέχει στα κοινά και να μην περιθωριοποιείται, ούτε και να στιγματίζεται από την κοινωνία μέσα στην οποία ζει (Παπαγεωργίου, 2012).

3.6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή πριν από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι οι εξής (Κούκια, 2014):

- Η λήψη του ιστορικού τόσο του οικογενειακού όσο και του ατομικού, για τον έλεγχο ασθενειών όπως η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, ο διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιαγγειακές νόσοι. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να εκτιμηθεί ο δείκτης μάζας σώματος (Μ.Β.Ι), αλλά και η περιφέρεια της κοιλιακής χώρας στο ύψος του ομφαλού.
- Ο έλεγχος για τυχόν αλλεργίες σε φάρμακα, αλλά και η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών, ώστε να συγκριθούν αλλαγές πριν και μετά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.
- Η πραγματοποίηση αιματολογικών αλλά και διαγνωστικών εξετάσεων π.χ αξονική ή μαγνητική τομογραφία, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- Η λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενή όπως η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία, οι σφίξεις, αναπνοές και κορεσμός οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα.
- Συλλογή πληροφοριών για το πρόγραμμα ύπνου, διατροφής, συνηθειών, για άλλες ασθένειες ή πιθανή εγκυμοσύνη, για λήψη άλλων φαρμάκων, για την κατάσταση του δέρματος και τη λειτουργία του εντέρου.
- Καταγραφή των απόψεων του ασθενή για τη φαρμακευτική του αγωγή.
- Δημιουργία πρωτοκόλλου σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό σχετικά με εναλλακτικές οδούς χορήγησης και δοσολογίας των φαρμάκων.
- Η καταγραφή οδηγίας για επείγουσα χορήγηση φαρμάκου σε κατάσταση κρίσεως.
- Η καταγραφή του ότι ο ασθενής έχει λάβει γνώση της διαδικασίας και τον βαθμό που έχει γίνει αυτό (Κούκια, 2014).

3.6.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια λήψης της φαρμακευτικής αγωγής

Οι αρμοδιότητες του Νοσηλευτή κατά τη διάρκεια λήψης της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς είναι οι εξής (Κούκια, 2014):

- Συνεχής έλεγχος τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών αντιδράσεων του ασθενή απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή.
- Προγραμματισμένος έλεγχος για τη λήψη ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα, αλλά και διαγνωστικών εξετάσεων όπως αιματολογικές, ηπατικές και οφθαλμολογικές. Τέλος, θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται συχνά για αιμορραγίες, φλεγμονές, τοξίκωση και εξωπυραμυδικά συμπτώματα.
- Διεξαγωγή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας υγείας, η οποία συνδυάζεται με ψυχολογική στήριξη του ασθενούς.
- Στήριξη του ασθενή ώστε να λαμβάνει μόνος του τη φαρμακευτική του αγωγή.
- Ενδεδειγμένη καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει ο ασθενής στο φύλλο νοσηλείας, τυχόν των παρενεργειών που προκάλεσε αλλά και των νοσηλευτικών ενεργειών που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπισή τους.
- Σημαντική είναι η συστηματική παρακολούθηση πιθανών φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων.
- Μεγάλη προσοχή στη φύλαξη των φαρμάκων σε ασφαλές σημείο μακριά από ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό ή έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν.
- Έλεγχος κατά τη λήψη φαρμάκων προς από τον ασθενή, ώστε ο νοσηλευτής να σιγουρευτεί ότι δεν τα έχει κρύψει στη στοματική του κοιλότητα, το λαιμό ή κάπου αλλού με σκοπό να τα απορρίψει (Κούκια, 2014).

3.6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διδασκαλία του ασθενή για τη φαρμακευτική αγωγή

Μέσω της διδασκαλίας του ασθενή επιτυγχάνεται η ουσιαστική συμμετοχή του στην ευθύνη για τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Για να πραγματοποιηθεί ωστόσο η διδασκαλία, ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο έτσι ώστε να μπορεί να αντιληφθεί την όλη διαδικασία. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να γίνει εκτίμηση της ψυχικής, βιολογικής και ψυχολογικής κατάστασής του. Στη συνέχεια, διαμορφώνεται ένα πρόγραμμα ειδικό για τον κάθε ασθενή με σκοπό την ενημέρωσή του, η οποία όμως θα πρέπει να πραγματοποιηθεί με ιδιαίτερη προσοχή και κινήσεις που πρώτα θα έχουν μελετηθεί σε βάθος (Πατηράκη & συν. 2009).

Αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να διδάξει τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον, πόσο σημαντικό είναι να λαμβάνονται τα φάρμακα, χωρίς να παραλείπονται δόσεις, όταν εκείνος θα βρίσκεται πλέον στο σπίτι. Επίσης, θα πρέπει να γίνει και διδασκαλία σχετικά με τις δυσάρεστες παρενέργειες που μπορεί αυτά να προκαλούν όπως, ο χρόνιος πόνος, η σεξουαλική ανικανότητα, η σιελόρροια και πως μπορούν να τις διαχειρίζονται (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Έτσι ο νοσηλευτής οφείλει (Κούκια & Γκόνης, 2010):

- Να βοηθήσει τόσο τον πάσχοντα όσο και την οικογένειά του να κατανοήσουν αν είναι ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη για τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής στο σπίτι.
- Να τους δώσει σαφείς οδηγίες σχετικά με την ασθένεια, τα φάρμακα που πρέπει να λαμβάνονται, τη δοσολογία των φαρμάκων αυτών, τους χρόνους χορήγησης αλλά και το επιθυμητό αποτέλεσμα που εν τέλει θα προσφέρουν.
- Να διδάξει τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον ότι αν δουν κάποιο από τα επόμενα θα πρέπει αμέσως να επικοινωνήσουν με τον γιατρό: πυρετό, πονόλαιμο, αιμορραγία, σπασμούς, σκούρα ούρα, άχρωμα κόπρανα, ίκτερο, δερματικό εξάνθημα, διαταραχές όρασης και αδυναμία.
- Να συμβουλέψει τον ασθενή να ακολουθεί πιστά το πρόγραμμα των φαρμάκων χωρίς να μεταβάλλει τις δοσολογίες τους.
- Να του υπενθυμίσει πως δεν πρέπει να μοιράζεται τη φαρμακευτική του αγωγή με άλλους.
- Να τονιστεί ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνει άλλα φάρμακα εκτός ιατρικής οδηγίας καθώς αυτά μπορεί να ανταγωνίζονται τη δράση των ψυχοφαρμάκων.
- Να προετοιμάσει την οικογένεια έτσι ώστε σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λαμβάνει μόνος του τα φάρμακά του να το κάνει η οικογένεια γι' αυτόν.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να βιώσει, με σκοπό να μπορεί να τις αναγνωρίζει και να επικοινωνεί με τον γιατρό ώστε να λαμβάνει κατάλληλη αγωγή για την αντιμετώπισή τους.
- Να του υπενθυμίσει ότι αν και τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να υποχωρήσουν μέσα σε μια εβδομάδα περίπου, χρειάζεται πολύς περισσότερος χρόνος μέχρι να δράσουν ικανοποιητικά τα φάρμακα.
- Να δοθούν συμβουλές γύρω από τη σωστή διατροφή αλλά και σωματική άσκηση που πρέπει να κάνει ο ασθενής, θα πρέπει να τονιστεί η αποφυγή των οινόπνευματων ποτών αφού τόσο τα ψυχοφάρμακα όσο και τα οινόπνευματώδη προκαλούν καταστολή του Κ.Ν.Σ.

- Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επισημάνει πόσο σημαντική είναι και η τακτική επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία με ραντεβού η οποία αποτελεί και μέρος της θεραπείας (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Παρ' όλο που τα παραπάνω είναι δύσκολα ως προς την διαχείρισή τους, δεν είναι μικρό το ποσοστό των ασθενών που έχουν καταφέρει να σημειώσουν σημαντική πρόοδο (Κούκια & Γκόνης, 2010).

3.6.4 Οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Παρά την αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων απέναντι στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, η αντιψυχωτική αγωγή συνοδεύεται από έναν αριθμό παρενεργειών οι οποίες είναι εξαιρετικά ενοχλητικές και αποτελούν και την πρώτη αιτία που οι ασθενείς αρνούνται να συνεχίσουν τη φαρμακευτική αγωγή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Οι παρενέργειες αυτές είναι οι εξής (Ραγιά 2009, Dewit 2009, Katona et al. 2015):

- **Ορθοστατική υπόταση:** παρενέργεια που εμφανίζεται κατά την απότομη έγερση του ασθενή από το κρεβάτι ή και από την καρέκλα. Ο ασθενής θα πρέπει να σηκώνεται σταδιακά δίνοντας περίπου 5' στον εαυτό του να προετοιμαστεί. Σε περίπτωση που παρατηρείται έντονη και επίμονη ζάλη ο ασθενής θα πρέπει να ξαπλώνει και να ζητά βοήθεια. Ακόμη θα πρέπει να αναφέρεται οποιοδήποτε καρδιαγγειακό πρόβλημα πριν την εκλογή της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και να γίνει αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία, ώστε να αναπληρωθεί ο ενδοαγγειακός όγκος.
- **Υπνηλία και κόπωση:** προτιμάται η χορήγηση του φαρμάκου τις βραδινές ώρες με την κατάκλιση, ενώ ενημερώνεται ο ασθενής πως το ενοχλητικό αυτό συναίσθημα της κούρασης θα γίνει υποφερτό μετά από διάστημα περίπου δύο εβδομάδων.
- **Δυσκοιλιότητα:** ανήκει στις αντιχολινεργικές παρενέργειες των αντιψυχωτικών. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρώει πληθώρα φρούτων και λαχανικών, χόρτα και τροφές πλούσιες σε ίνες. Επίσης, τον συμβουλεύουμε να καταναλώνει άφθονο νερό, να γυμνάζεται και όταν είναι απαραίτητο να παίρνει υπακτικά.
- **Ξηροστομία:** ανήκει στις αντιχολινεργικές παρενέργειες των αντιψυχωτικών. Συμβουλεύουμε τον ασθενή να καταναλώνει νερό, να μασά τσίχλα ή καραμέλα έτσι ώστε να προκληθεί σιελόρροια, ενώ επιβάλλεται η στοματική υγιεινή με συχνό πλύσιμο και οδοντικό νήμα. Φυσικά σημαντική είναι και η επίσκεψη στον οδοντίατρο.
- **Σεξουαλική δυσλειτουργία:** ανήκει στις αντιχολινεργικές παρενέργειες των αντιψυχωτικών. Σε περίπτωση που προκαλείται έντονη δυσφορία η οποία προκαλείται από το φάρμακο, τότε ο θεράπων γιατρός θα πρέπει να το αλλάξει. Επίσης, συστήνουμε στον ασθενή να απευθυνθεί σε θεραπευτικές ομάδες για σεξουαλική δυσλειτουργία.
- **Φωτοφοβία:** ανήκει στις αντιχολινεργικές παρενέργειες των αντιψυχωτικών. Στην περίπτωση αυτή μειώνονται τα εξωτερικά ερεθίσματα, με το να μειώνεται το φως στο δωμάτιο ή με το να φορά γυαλιά ηλίου ο ασθενής.
- **Θάμβος όρασης:** ανήκει στις αντιχολινεργικές παρενέργειες των αντιψυχωτικών. Ενημέρωση του ασθενή ότι η παρενέργεια παύει να υφίσταται μετά τη χορήγηση του κατάλληλου φαρμάκου.

- **Φωτοτοξική μελάγχρωση του δέρματος μετά από έκθεση στον ήλιο:** η παρενέργεια αυτή εμφανίζεται ύστερα από τη λήψη φαινοθειαζίνης, γι' αυτό τον λόγο ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται πριν από τη χρήση του φαρμάκου και να φορά γυαλιά ηλίου, αντηλιακές κρέμες, να κρατά ομπρέλα, να αποφεύγει την άμεση επαφή με τον ήλιο και να προτιμά ενδύματα που καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της επιδερμίδας.
- **Λευκοπενία και ακοκκιοκυτταραιμία:** σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει ρινορραγία, κακουχία, αδιαθεσία, πυρετό, σημεία στη στοματική κοιλότητα αιμορραγίας ή φλεγμονής θα πρέπει να γίνουν εξετάσεις αίματος οι οποίες αν δείξουν πρόβλημα τότε ο γιατρός θα πρέπει να αλλάξει το φάρμακο.
- **Εξωπυραμидικά συμπτώματα:** συμπτώματα όπως τρόμος, ακαμψία σώματος, πρόσωπο σαν μάσκα ή ακαθισία (συνεχής βάδιση ή κινητική ανησυχία) μπορεί να εμφανιστούν, τα οποία αντιμετωπίζονται με ειδική φαρμακευτική αγωγή αντιχολινεργικών φαρμάκων όπως η βενζοτροπίνη και η τριεξυφαινυδύλη και αντιπαρκισονικών φαρμάκων όπως η βιπεριδίνη. Τα συμπτώματα αυτά θα υποχωρήσουν μετά τη διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου.
- **Υπερπρολακτιναιμία:** πρόκειται για διαταραχή της έμμηνου ρήσης που εκδηλώνεται με αμμηνόρροια αλλά και εκροή γάλακτος από τους μαστικούς αδένες στις γυναίκες και με γυναικομαστία στους άνδρες. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να γίνει αλλαγή της αντιψυχωτικής αγωγής.
- **Αύξηση της όρεξης και του σωματικού βάρους:** θα πρέπει να δοθούν κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά τη διατροφή και πιθανόν αλλαγή του φαρμάκου που ευθύνεται. Σε περίπτωση που εμφανιστεί σακχαρώδης διαβήτης θα ακολουθηθεί αντιδιαβητική αγωγή που θα πρέπει να συνεχιστεί ακόμα και μετά τη διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου.
- **Όνιμη δυσκινησία:** εμφανίζεται σε διάστημα 6 μηνών έως 12 μηνών από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Τα συνήθη συμπτώματα είναι ανύψωση των ώμων, πρόπτωση γλώσσας, έντονες κινήσεις της γνάθου, κάμψη σφυρών και καρπών, χτύπημα ποδιών, απότομες κινήσεις, μορφασμοί, ώθηση πνευλικής χώρας, γρήγορο ανοιγοκλείσιμο βλεφάρων και παραγωγή έντονων ήχων από το χτύπημα των χειλιών. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία παρά μόνο η αντικατάσταση του φαρμάκου από κλοζαπίνη ή ολανζαπίνη. Ενδείκνυται ο ασθενής να φορά άνετα ρούχα και υποδήματα και να καταναλώνει αλεσμένες τροφές.
- **Υπερβολική χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων για κατάληψη ή αυτοκτονία:** καλό είναι να παραγγέλνονται τα φάρμακα σε μικρές ποσότητες και να γίνεται εκτενής ενημέρωση και εκπαίδευση για τη χρήση τους από τους ασθενείς.
- **Κακοήθες Νευροληπτικό Σύνδρομο:** σοβαρή παρενέργεια η οποία αντιμετωπίζεται συντηρητικά με ενδονοσοκομειακή φροντίδα και με τη χορήγηση φαρμάκων όπως τα αντιπυρετικά, τα μυοχαλαρωτικά, τους ντοπαμινεργικούς αγωνιστές, αντιεπιληπτικά και με αιμοκάθαρση. Σκοπός είναι η αντιμετώπιση του πυρετού, η ενυδάτωση του ασθενή και η αντιμετώπιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
- **Τοξίκωση από βενζοδιαζεπίνες:** τις περισσότερες φορές τα αντιψυχωτικά φάρμακα συνοδεύονται από τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών που μειώνουν το άγχος, η χρήση των οποίων ωστόσο μπορεί να προκαλέσει από καταστολή έως κόμα. Η αντιμετώπιση στην περίπτωση αυτή γίνεται με ενδονοσοκομειακή παροχή φροντίδας, όπου χορηγείται 1-3mg φλουμαζελίνης που είναι ανταγωνιστής των βενζοδιαζεπινών. Βέβαια, θα πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στη χορήγησή της καθώς προκαλεί καρδιακές αρρυθμίες και επιληψίες. Αν δεν έχει αποτέλεσμα η δράση της απέναντι στην τοξίκωση μέχρι η συνολική της χορηγηθείσα ποσότητα

να φτάσει τα 5mg, τότε η τοξίκωση μπορεί να οφείλεται σε ουσίες όπως αλκοόλ, οπιοειδή ή βαρβιτουρικά(Ραγιά 2009, Dewit 2009, Katona et al. 2015).

3.6.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη λήξη της φαρμακευτικής αγωγής

Οι νοσηλευτικές ευθύνες που σχετίζονται με τη λήξη της φαρμακευτικής αγωγής από τους πάσχοντες είναι οι εξής (Ραγιά, 2009):

- Η εξασφάλιση διακεκριμένων κριτηρίων σχετικά με τη λήξη της θεραπείας των φαρμάκων.
- Η δημιουργία ενός προγράμματος σταδιακής διακοπής των φαρμάκων είτε με την ύπαρξη σύντομων χρονικών διαστημάτων χωρίς να γίνεται χρήση φαρμάκων είτε με τη χορήγηση δόσεων συντήρησης.
- Επανάληψη εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και παρακολούθησης του ασθενούς.
- Συνεχής έλεγχος για την εμφάνιση πιθανής υποτροπής. Συνεργασία με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον για το ποιες κινήσεις πρέπει να γίνουν ώστε να αποτραπεί μια πιθανή εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Δημιουργία συστήματος με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή (Ραγιά, 2009).

3.6.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής

Με τον όρο υποτροπή αναφερόμαστε στην εμφάνιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας είτε κατά τη διάρκεια είτε με το πέρας της φαρμακευτικής αγωγής. Ο πιο συχνός λόγος υποτροπής στη σχιζοφρένεια είναι η διακοπή της θεραπείας από τον ασθενή ή γιατί δεν μπορεί να δεχθεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα ή γιατί οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι εξαιρετικά έντονες με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αγανακτούν και να διακόπτουν κρυφά τη θεραπεία τους ενάντια στην ιατρική οδηγία.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των υποτροπών καθώς γνωρίζει τους λόγους που μπορεί να συμβεί. Για τον λόγο αυτό ο Νοσηλευτής θα πρέπει (Eby & Brown, 2009):

- 1 Να ενημερώσει τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον για τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν σε μια πιθανή υποτροπή.
- 2 Να εκπαιδεύσει τον ασθενή ως προς την τήρηση των ιατρικών εντολών γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή.
- 3 Να έχει ως βασικό στόχο την επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό του περιβάλλον, γεγονός που θα πραγματοποιηθεί με το να συζητά με τον ασθενή και να τον στηρίζει.
- 4 Να εκπαιδεύσει τον ασθενή έτσι ώστε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της υποτροπής και να στρέφεται για βοήθεια στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- 5 Να τον ενθαρρύνει να θέσει μελλοντικούς στόχους και να κατανοήσει ότι για να τους εκπληρώσει απαραίτητη προϋπόθεση είναι να ακολουθήσει πιστά τις ιατρικές οδηγίες περί φαρμάκων.
- 6 Να τον ενθαρρύνει να αποβάλει το βλαβερό άγχος από την καθημερινότητά του και να του διδάξει τρόπους να ηρεμεί και να ελέγχει τον εαυτό του.

- 7 Να του θυμίσει πόσο σημαντικό είναι να δέχεται τη στήριξη και την αγάπη των οικείων του, αλλά και να διερευνήσει δραστηριότητες και ασχολίες που του προσφέρουν ευχαρίστηση.
- 8 Τέλος, θα πρέπει να του επισημάνει να γυμνάζεται, να τρέφεται σωστά και να προσέχει τον εαυτό του και πάνω απ' όλα να μην χάνει την πίστη του στον εαυτό του και στην ελπίδα πως μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά η κατάσταση της υγείας του (Eby & Brown, 2009).

3.7 Νοσηλευτική διεργασία φροντίδας σε ασθενή με σχιζοφρένεια

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από έξι βασικά βήματα: την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή και εύρεσης των προβλημάτων του, τη νοσηλευτική διάγνωση συγκεκριμένων προβλημάτων προς αντιμετώπιση, ο προσδιορισμός των πιθανών εκβάσεων στην υγεία του, η δημιουργία νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας υγείας και η αξιολόγηση του σχεδίου υγείας που εφαρμόστηκε. Πρόκειται λοιπόν για μια συνεχή, κυκλική, δυναμική διαδικασία η οποία συνεχίζεται έως ότου ο ασθενής κριθεί σωματικά και ψυχικά υγιής (Townsend, 2015).

Μια από τις πλέον χρήσιμες δεξιότητες του νοσηλευτή είναι η παρατηρητικότητα κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας και ιδιαίτερα στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η παρατήρηση των γνωστικών λειτουργιών, των συναισθημάτων, των διαπροσωπικών του σχέσεων αλλά και της συμπεριφοράς του. Στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών καταστάσεων η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση χρησιμεύει στην καταγραφή της αντίληψης ενός προβλήματος από τον ασθενή και την οικογένειά του (Hogan, 2012).

3.8 Νοσηλευτική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια

Η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενή με σχιζοφρένεια εστιάζει στις εξής κατηγορίες (Ραγιά, 2009):

- 1. Τις Διαταραχές Σκέψης:** πρόκειται για διαταραχή στον ειρμό των σκέψεων του ασθενή ή διαταραχή της πορείας τους που εμφανίζεται με γλωσσική σαλάτα, με δημιουργία νέων λέξεων, ασυναρτησία, παλινδρόμηση και αδυναμία του ασθενή να αντιληφθεί την πραγματικότητα. Σε αυτά συγκαταλέγονται και οι διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης που εκδηλώνεται με παραληρητικές ιδέες (δίωξης, μεγαλείου κ.τ.λ.)
- 2. Τις Διαταραχές Αντίληψης:** πρόκειται για διαταραχές στην αντίληψη που εκδηλώνονται με ψευδαισθήσεις κυρίως ακουστικές και λιγότερο οσφρητικές, οπτικές και απτικές, αλλά και παραισθήσεις εξαιτίας παρερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων.
- 3. Τις Συναισθηματικές Διαταραχές:** πρόκειται για απουσία συναισθήματος ή συναίσθημα απρόσφορο ή αμβλύ ή συναίσθημα που δεν ταιριάζει με το περιεχόμενο της συζήτησης. Η απάθεια αυτή πολλές φορές εκδηλώνεται ως αδιαφορία απέναντι τόσο ως προς τον νοσηλευτή όσο και ως προς τους γύρω του.
- 4. Τις Διαταραχές Συμπεριφοράς και Διαπροσωπικών Σχέσεων:** πρόκειται για απόσυρση του ασθενή από το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον και παραίτηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο ασθενής με σχιζοφρένεια λόγω φόβου

και άγχους επιλέγει να ζήσει απομονωμένος σε ένα δικό του κόσμο. Σχετικά με την συμπεριφορά συναντάμε επιθετικότητα, μορφασμούς, παρορμητικότητα, διέγερση, ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, απουσία αυθορμητισμού, απουσία φροντίδας του εαυτού κ.α. (Ραγιά, 2009).

3.9 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και επιθυμητές εκβάσεις του ασθενούς με σχιζοφρένεια

3.9.1 Νοσηλευτικές διαγνώσεις του ασθενούς με σχιζοφρένεια

Με τον όρο διάγνωση αναφερόμαστε στην αναγνώριση των αναγκών του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και κατ' επέκταση στην επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών στόχων, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του ασθενή. Οι διαγνώσεις αυτές από τους επαγγελματίες υγείας στον κλάδο της ψυχικής υγείας δεν γίνονται μόνο στο άτομο αλλά και στην οικογένεια και στην κοινότητα (Hogan, 2012).

Οι διαγνώσεις οι οποίες γίνονται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι οι εξής (Ραγιά, 2009 & Hogan, 2012):

- 1. Η διαταραχή της αισθητηριακής αντίληψης**, η οποία εκδηλώνεται μέσα από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απόσυρση του εαυτού αλλά και θεώρηση του περιβάλλοντος ως απειλητικό.
- 2. Διαταραχές στην διεργασία της σκέψης**, πρόκειται για την ύπαρξη παραισθήσεων, ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών.
- 3. Παρουσία βίαιης συμπεριφοράς**, η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς μπορεί να στρέφεται σε τρίτους ή ακόμα και στο ίδιο το άτομο. Η εμφάνιση της γίνεται εξαιτίας παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων οι οποίες δίνονται με τη μορφή εντολής, το περιβάλλον βιώνεται ως απειλητικό, το έντονο άγχος που μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή πανικού, αλλά και η έλλειψη εμπιστοσύνης.
- 4. Η κοινωνική απομόνωση**, εδώ παίζει ρόλο η έλλειψη εμπιστοσύνης από το άτομο, η έκπτωση της λειτουργικότητας, η παρουσία των παραληρητικών ιδεών αλλά και αλλά και ο φόβος που πηγάζει από τις αποτυχημένες εμπειρίες αλληλεπίδρασης με τους άλλους.
- 5. Η διαταραχή στη λεκτική επικοινωνία**, αυτή σχετίζεται με την έκπτωση της λειτουργικότητας, την απουσία εμπιστοσύνης από το άτομο και τέλος από διαταραχές ως προς τη διεργασία της σκέψης.
- 6. Η έλλειψη αυτοφροντίδας**, σχετίζεται με διαταραχές στη γνωστική και αντιληπτική λειτουργία αλλά και με την απόσυρση του εαυτού.
- 7. Η διαταραχή στο πρόγραμμα του ύπνου**, η διαταραχή αυτή έχει να κάνει με την παρουσία ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, αγωνίας και φόβων.
- 8. Η χρόνια και χαμηλή αυτοεκτίμηση**, που και εδώ έχει σχέση με την απόσυρση του εαυτού, την αδυναμία του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί ομαλά και την απουσία εμπιστοσύνης.
- 9. Η προβληματική αντιμετώπιση από την οικογένεια**, πρόκειται για λανθασμένη αντιμετώπιση του ασθενή από το οικογενειακό του περιβάλλον, τόσο ως προς την αντιμετώπιση του ασθενή, όσο και ως προς τις συνέπειες που απορρέουν από την ασθένεια (Ραγιά, 2009 & Hogan, 2012).

3.9.2 Επιθυμητές εκβάσεις ασθενούς με σχιζοφρένεια

Οι επιθυμητές εκβάσεις αναφέρονται ουσιαστικά στα αποτελέσματα που βγήκαν από την εφαρμογή της εκάστοτε θεραπείας που εφαρμόζεται για κάθε ασθενή με σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να είναι τόσο θετικά όσο και αρνητικά και σηματοδοτούν την τελική ευθεία ώστε ο ασθενής να πάρει κάποια στιγμή εξιτήριο από την ψυχιατρική κλινική. Για να μπορέσει ωστόσο να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο, ο ασθενής θα πρέπει: να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, να μην αποτελεί απειλή ούτε για τον ίδιο αλλά ούτε και για τους γύρω του, να είναι ικανός να διαχειρίζεται το άγχος του, να είναι ικανός να λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή, να πραγματοποιεί συγκεκριμένες δραστηριότητες εντός της εβδομάδας και τέλος να μπορεί να επικοινωνεί με αποτελεσματικότητα τόσο με το φιλικό όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον (Eby & Brown, 2009).

Η εξέλιξη ωστόσο της πορείας του ασθενή δεν επικεντρώνεται μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στην οικογένεια του. Η οικογένεια θα πρέπει να εκπαιδευτεί κατάλληλα, ώστε να αναγνωρίζει τα πρώτα σημάδια ενός ψυχωσικού επεισοδίου, να γνωρίζουν πως μπορούν να το αντιμετωπίσουν, να μπορούν να περιγράψουν τις επιπτώσεις της νόσου, να γνωρίζουν τη φαρμακευτική αγωγή του πάσχοντος αλλά και τις παρενέργειες που πηγάζουν από αυτήν (Hogan, 2012).

3.10 Η νοσηλευτή φροντίδα στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή με σχιζοφρένεια

3.10.1 Αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο ασθενής να βγει από το νοσοκομείο και να αναγνωρίζει την πραγματικότητα, να μην ακούει φωνές ή ακόμα και αν ακούει να μην τις λαμβάνει υπόψη του, να μπορεί να θέτει ρεαλιστικά σχέδια για το μέλλον του, σε περιπτώσεις που αισθάνεται άγχος και πίεση να επικοινωνεί και να συζητά με το νοσηλευτικό προσωπικό και να παρουσιάζει γενικότερα βελτίωση στις διεργασίες της σκέψης, της αντίληψης και του συναισθήματος (Ραγιά, 2009)

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των αισθητηριακών και αντιληπτικών διαταραχών είναι οι εξής (Ραγιά, 2009):

- 1** Εκτίμηση των λόγων εκείνων που προκαλούν έντονο στρες και ανησυχία. Θα πρέπει να γίνονται συζητήσεις με το προσωπικό ώστε ο ασθενής να εκφράζει του φόβους του και τα συναισθήματα του για να μειώνεται έτσι και το άγχος του και κατ' επέκταση να περιορίζονται και οι αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές.
- 2** Αξιολόγηση του περιεχομένου των ψευδαισθήσεων καθώς και περιγραφή της πραγματικότητας (τόπο, χρόνο, πρόσωπα, συμβάντα) έτσι όπως ακριβώς την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής, αφού πρώτα βεβαιωθεί ότι αυτό είναι ασφαλές για τον ίδιο τον ασθενή.
- 3** Αφιέρωση χρόνου από το νοσηλευτικό προσωπικό για επικοινωνία και επισήμανση της προόδου του ασθενή ώστε να περιοριστεί το άγχος και οι φόβοι του και κατ' επέκταση οι αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές.
- 4** Διαμόρφωση ενός ήρεμου περιβάλλοντος και αντιμετώπιση του ασθενή με σεβασμό, για να περιοριστούν τυχόν εντάσεις οι οποίες μπορεί να φόβιζαν τον ασθενή και να έχανε τον έλεγχο.

- 5 Προσανατολισμός του ασθενή στην πραγματικότητα, ώστε να ερμηνεύει ορθά τα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον του.
- 6 Συνεχής παρακολούθηση για εντόπιση των παρορμήσεων εκείνων που πηγάζουν από την παρερμηνεία του περιβάλλοντος. Εδώ ο νοσηλευτής μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του ασθενή με ποικίλους τρόπους π.χ. μουσική, ζωγραφική, επιτραπέζια κ.τ.λ.
- 7 Εφαρμογή τεχνικών εξωτερικού ελέγχου όπως απομόνωση σε ήρεμο περιβάλλον ή μηχανικός και φαρμακευτικός περιορισμός. Εδώ θα πρέπει να δίνεται προσοχή στη συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή καθώς ακόμα και οι διεγερμένοι ασθενείς δεν λησμονούν απότομες συμπεριφορές.
- 8 Διδασκαλία του ασθενή για να χρησιμοποιεί ο ίδιος τεχνικές ώστε να περιορίζει το άγχος του, ενισχύοντας ταυτόχρονα και την αυτοπεποίθησή του.
- 9 Παρότρυνση του ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες και κοινωνικές δεξιότητες για να βελτιώσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, να αυξήσει την αυτοεκτίμησή του και να μειώσει αισθητά τη συχνότητα των ψευδαισθήσεων και των αισθητηριακών και αντιληπτικών διαταραχών γενικότερα.
- 10 Τέλος θα πρέπει να ακολουθείται πιστά και η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, ελέγχοντας φυσικά την εμφάνιση πιθανών παρενεργειών(Ραγιά, 2009).

3.10.2 Διαταραχές των διεργασιών σκέψης

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο ασθενής με την έξοδό του από το νοσοκομείο να μπορεί να εντοπίζει αλλαγές στη σκέψη αλλά και συμπεριφορά του, να μπορεί να ξεχωρίσει τη διαφορά ανάμεσα στις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα, να μπορεί να διαχειρίζεται με επιτυχία τις παραληρητικές ιδέες και τέλος να είναι ικανός να διαμορφώσει κοινωνικές σχέσεις (Ραγιά, 2009).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των διαταραχών των διεργασιών σκέψης είναι οι εξής (Ραγιά, 2009, Dewit, 2009 & Eby & Brown, 2009):

1. Ο εντοπισμός και η ενδυνάμωση των ικανοτήτων του ασθενή σχετικά με τις τεχνικές που διαθέτει έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις δυσκολίες που προκύπτουν, μειώνοντας έτσι σημαντικά τον χρόνο παραμονής του εντός της κλινικής.
2. Ο συχνός έλεγχος για την ύπαρξη ή όχι οργανικών συμπτωμάτων, μέσω εξετάσεων ρουτίνας, καθώς οι ασθενείς με αποδιοργανωμένη σκέψη δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά τα οργανικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να βιώνουν.
3. Καταγραφή της έντασης της διαταραχής στις διεργασίες σκέψης με εμβάθυνση στη μορφή (διασπασμένη, αυτιστική, συμβολική, συγκεκριμένη ή χαλαρή) αλλά και στο περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών (μεγαλείου, δίωξης κ.τ.λ.).
4. Η διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος σε συνδυασμό με τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας και χειρισμού του ασθενή με σεβασμό, βοηθούν στην αποφυγή εντάσεων οι οποίες ενισχύουν τους φόβους του ασθενή και κατ' επέκταση τις διαταραχές στις διεργασίες της σκέψης. Επιπλέον δίνει την ευκαιρία δημιουργίας υγιούς θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.
5. Η παρουσία ενδιαφέροντος από το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατανόηση του περιεχομένου των σκέψεων αλλά και για την κατεύθυνση της ροής των σκέψεων του ασθενή καθώς οι σκέψεις τους αποσπώνται πάρα πολύ εύκολα. Έτσι, με τη συζήτηση

με το νοσηλευτικό προσωπικό ενισχύεται η συγκροτημένη σκέψη και μειώνεται η εμφάνιση της παρορμητικότητας και των παραληρητικών ιδεών.

6. Η τήρηση ενός σταθερού προγράμματος ύπνου που βοηθούν στην ελάττωση των φόβων και των ανασφαλειών που εμποδίζουν τον ασθενή να κοιμηθεί, ενώ παράλληλα περιορίζουν και την απόσυρση του ασθενή κοινωνικά.
7. Η διδασκαλία της οικογένειας για εκμάθηση τεχνικών που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την έλευση του ύπνου όπως για παράδειγμα μουσική πριν τον ύπνο ή ένα ζεστό ποτήρι γάλα.
8. Η αύξηση του βαθμού απασχόλησης του ασθενή με ποικίλες δραστηριότητες εντός της κλινικής, καθώς η παρατεταμένη νοσηλεία που καθιστά τον ασθενή άπραγο μειώνει σημαντικά το επίπεδο της λειτουργικότητάς του.
9. Η χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία και η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή για εμφάνιση τυχόν παρενεργειών(Ραγιά, 2009, Dewit, 2009 & Eby & Brown, 2009).

3.10.3 Διαταραχές της συμπεριφοράς

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο ασθενής να δείχνει εμπιστοσύνη απέναντι στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στους γύρω του, να μπορεί να χρησιμοποιεί στρατηγικές ώστε να επιλύει τα καθημερινά του προβλήματα, να εκφράζει χωρίς δισταγμό τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, να μπορεί να εκτονώνει το άγχος του μέσω της σωματικής άσκησης και τέλος να μειώσει την καχυποψία του και τη δυσπιστία του απέναντι στους άλλους και να προσπαθεί να επικοινωνεί μαζί τους χωρίς να γίνεται επιθετικός (Ραγιά, 2009).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς είναι οι εξής (Ραγιά, 2009 & Eby & Brown, 2009):

1. Η αποφυγή άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή ο οποίος βρίσκεται σε διέγερση καθώς μπορεί να το θεωρήσει απειλή και να επιτεθεί θεωρώντας πως βρίσκεται σε αυτοάμυνα. Γι' αυτό αναφέρουμε συχνά στον ασθενή ότι εντός της κλινικής είναι ασφαλής.
2. Η αποφυγή επιθετικής συμπεριφοράς από το νοσηλευτικό προσωπικό για να μην ενισχυθεί το παραλήρημα του ασθενή. Όταν η συμπεριφορά του δεν είναι αποδεκτή απλώς του το λέμε με ήρεμο τρόπο και προσπαθούμε να στρέψουμε την ενέργειά του κάπου αλλού.
3. Η έναρξη των λιγότερα περιοριστικών παρεμβάσεων από την πλευρά του νοσηλευτή όταν ο ασθενής συνεχίζει να είναι επιθετικός και διεγερμένος. Θα πρέπει να ξεκινά με τη λεκτική συμμόρφωση, την απόσπαση της προσοχής του, τη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, την απομόνωση σε ήρεμο χώρο και τέλος τον σωματικό περιορισμό του.
4. Συνεχής εκτίμηση της δυσκολίας του ατόμου να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις μέσω της επικοινωνίας και να αποδεχτεί τη θεραπεία με σκοπό τη βελτίωση της υγείας του.
5. Συχνή επικοινωνία του ασθενή με τον νοσηλευτή χωρίς τη χρήση ψιθύρων, γέλιων και χειρονομιών που μπορεί να πυροδοτήσουν την επιθετική συμπεριφορά του ασθενή. Με τον τρόπο αυτό δομείται μια θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή και ταυτόχρονα αποσπάται η προσοχή του.
6. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με μειωμένα εξωτερικά ερεθίσματα, ώστε να μην ενισχύεται το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις του ασθενή που θα οδηγήσουν στην ψυχοκινητική του διέγερση.

7. Παρότρυνση του ασθενή να εκδηλώνει τους φόβους και τα συναισθήματά του στις συζητήσεις του με το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τους παράγοντες που τα πυροδοτούν, με σκοπό τη διδασκαλία τεχνικών για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση του άγχους και κατ' επέκταση την πρόληψη εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς.
8. Στενή παρακολούθηση ασθενών με παράνοια ή ψευδαισθήσεις που δίνουν εντολές, για την πρόληψη επιθετικών και βίαιων ενεργειών από το άτομο, το οποίο με την κατάσταση που βιώνει βρίσκεται σε αυτοάμυνα (Ραγιά, 2009 & Eby & Brown, 2009).

3.10.4 Ελλιπής αυτοφροντίδα και υγιεινή

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο ασθενής μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο να μπορεί από μόνος του να περιποιείται τον εαυτό του, με το να διατηρεί την υγιεινή του σε ικανοποιητικό επίπεδο αλλά και να μπορεί να ντύνεται κατάλληλα (Ραγιά, 2009).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ελλιπή φροντίδα και υγιεινή είναι οι εξής (Dewit, 2009):

1. Η ενθάρρυνση προς τον ασθενή ώστε να επιτελέσει την καθημερινή του αυτοφροντίδα ανάλογα με τις δυνατότητές του.
2. Η παράδοση των ενδυμάτων που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής.
3. Η παρέμβαση του νοσηλευτή σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής δυσκολεύεται να ολοκληρώσει την καθημερινή του αυτοφροντίδα.
4. Επευφημία σε κάθε επιτυχή προσπάθεια του ασθενή να περιποιηθεί από μόνος του τον εαυτό του.
5. Διαμόρφωση από κοινού με τον ασθενή ενός σχεδίου δράσης για την αυτοφροντίδα του μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο (Dewit, 2009).

3.10.5 Κοινωνική απομόνωση

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο ασθενής μέχρι την έξοδό του από την κλινική, να μπορεί να εκφράζει λεκτικά την ανάγκη του να επικοινωνήσει με τους γύρω του, να συμμετέχει ενεργά σε κοινές δραστηριότητες όπως στις ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, στα γεύματα και τις δραστηριότητες, να συμφωνεί σχετικά με τα θετικά οφέλη της κοινωνικοποίησης και τέλος να εκφράζει την ευχαρίστησή τους από τις καθημερινές του κοινωνικές συναναστροφές (Ραγιά, 2009).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης είναι οι εξής (Ραγιά, 2009 & Eby & Brown, 2009):

1. Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετέχει στις κοινές δραστηριότητες εντός της κλινικής, ιδιαίτερα μετά το πέρας της οξείας φάσης. Αν κριθεί αναγκαίο για τις πρώτες μέρες ο νοσηλευτής θα μπορούσε να συνοδεύει τον ασθενή.
2. Αναγνώριση και αξιολόγηση της θεληματικής απομόνωσης του ασθενή ώστε να διαμορφωθεί σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της κοινωνικής του απόσυρσης.
3. Καθημερινή επικοινωνία του ασθενή με το νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να νιώσει την αποδοχή και το ενδιαφέρον και να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του.
4. Αναγνώριση των αγαπημένων προσώπων του ασθενή από το οικογενειακό, φιλικό ή εργασιακό του περιβάλλον και ενθάρρυνση του να τον επισκέπτονται όσο το δυνατόν πιο συχνά.

5. Ο διαχωρισμός ανάμεσα στην κοινωνική απομόνωση και την ανάγκη του ασθενή να μείνει μόνος του για ένα λογικό χρονικό διάστημα.
6. Η παρουσία από την πλευρά του νοσηλευτή ενός υγιούς κοινωνικού προτύπου τόσο στις προσωπικές αλλά και τις ομαδικές συναναστροφές με σκοπό την καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών.
7. Παρότρυνση του ασθενή να συναναστρέφεται κοινωνικά με τους άλλους ασθενείς με τους οποίους μπορεί να έχει και κοινά ενδιαφέροντα.
8. Επευφημία των ασθενών οι οποίοι κάνουν αξιόλογες προσπάθειες για την κοινωνική δραστηριοποίησή τους, με σκοπό να τους ενθαρρύνουμε ώστε να συνεχίσουν την προσπάθειά τους.
9. Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει παραληρητικές ιδέες, ψυχαναγκασμό ή ψευδαισθήσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς δίπλα του και να τον απασχολεί με σύντομες κοινωνικές επαφές, δείχνοντάς του έτσι κατανόηση ως προς τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.
10. Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής όπως αυτή δόθηκε σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και ο συνεχής έλεγχος για τυχόν παρενέργειες (Ραγιά, 2009 & Eby & Brown, 2009).

3.10.6 Κίνδυνος αυτοκτονίας

Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι μέχρι την έξοδο του ασθενή από την κλινική, ο ασθενής να μπορεί να αναφέρει αν υπάρχουν ή όχι ιδέες αυτοκτονίας αλλά και να εκφράζει τη θέλησή του να ζήσει και τέλος θα πρέπει να μπορεί να διαμορφώσει σχέδιο φροντίδας μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο το οποίο θα περιλαμβάνει συνεδρίες με τον ψυχοθεραπευτή και πιστή τήρηση του φαρμακευτικού σχήματος (Hogan, 2012).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του κινδύνου αυτοκτονίας είναι οι εξής (Hogan, 2012):

1. Ο εντοπισμός των ατόμων που παρουσιάζουν αυτοκτονικές τάσεις με σκοπό την ενημέρωση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας έτσι ώστε να είναι υποψιασμένοι για την κατάσταση.
2. Δημιουργία ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος για την ελαχιστοποίηση μιας πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση όλο το εικοσιτετράωρο και να βεβαιωθεί πως ο χώρος είναι ασφαλής για το άτομο π.χ. ότι όλες οι πόρτες και τα παράθυρα είναι κλειδωμένα.
3. Δημιουργία υγιούς θεραπευτικής σχέσης με σκοπό την πρόληψη μιας πιθανής απόπειρας.
4. Έλεγχος τόσο των προσωπικών όσο και των κοινών αντικειμένων της κλινικής με σκοπό την απομάκρυνση εκείνων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από το άτομο για να κάνει κακό στον εαυτό του.
5. Τοποθέτηση και άλλου ασθενή μέσα στο δωμάτιο για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας.
6. Έλεγχος του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια λήψης φαρμάκων από το στόμα, για να βεβαιωθούν ότι ο ασθενής τα καταπίνει και δεν τα κρατά στην στοματική κοιλότητα με σκοπό να τα συγκεντρώσει και να επιχειρήσει εκ νέου μια απόπειρα (Hogan, 2012).

3.10.7 Δυσλειτουργικές οικογενειακές συμπεριφορές

Σκοπός των νοσηλευτών είναι η οικογένεια του ασθενή να μπορεί να αντιλαμβάνεται τις ευθύνες που έχει σχετικά με την ασθένεια, τη φροντίδα του αρρώστου, να αναφέρουν φανερά τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους και τέλος να περιγράψουν το θεραπευτικό περιβάλλον που θα έχουν δημιουργήσει για τον ασθενή (Hogan, 2012).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών οικογενειακών συμπεριφορών είναι οι εξής (Ραγιά, 2009 & Hogan, 2012):

1. Εκτίμηση της λειτουργικότητας της οικογένειας πριν αλλά και μετά την εμφάνιση της νόσου, για την εξακρίβωση του βαθμού δυσλειτουργίας.
2. Εκτίμηση της θέλησης της οικογένειας να συμμετέχει στην αποκατάσταση της υγείας των ασθενών.
3. Έλεγχος σχετικά με την έκφραση αρνητικών ή υπερβολικών συναισθημάτων όπως υπερπροστασία, αρνητική κριτική, άγχος και εχθρικήτητα. Έρευνες δείχνουν ότι η παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ενισχύει την εμφάνιση υποτροπής.
4. Πληροφόρηση και διδασκαλία της οικογένειας γύρω από την ασθένεια και τις επιπτώσεις της και επιδίωξη μιας στενής συνεργασίας με σκοπό την υποστήριξη του ασθενή.
5. Προετοιμασία και ενθάρρυνση της οικογένειας έτσι ώστε να μπορεί να συμμετέχει στις θεραπευτικές μεθόδους, με σκοπό να ενημερώνεται για το πώς να αντιμετωπίζει τον ασθενή όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά.

Ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τους υγειονομικούς φορείς στην κοινότητα, μέσα από τους οποίους μπορούν να δεχθούν βοήθεια και στήριξη αντιμετωπίζοντας έτσι τα συναισθήματα μόνωσης και αδυναμίας(Ραγιά, 2009 & Hogan, 2012).

3.10.8 Διαταραχές της λεκτικής επικοινωνίας

Σκοπός των νοσηλευτών είναι ο ασθενής να μπορεί να αναγνωρίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει με τη λεκτική επικοινωνία, να κάνει χρήση κοινά αποδεκτών τρόπων επικοινωνίας και τέλος να βρίσκει τεχνικές με σκοπό την αντιμετώπιση του άγχους του (Hogan, 2012).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με σκοπό την αντιμετώπιση των διαταραχών της λεκτικής επικοινωνίας του ασθενή είναι οι εξής (Hogan, 2012):

1. Συνεχής εκτίμηση του βαθμού διαταραχής της λεκτικής επικοινωνίας του ασθενή για προσδιορισμό του βαθμού δυσλειτουργίας του ασθενή.
2. Αποδοχή από την πλευρά του ασθενή εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό π.χ ζωγραφική, γράψιμο, νοηματική.
3. Διδασκαλία του ασθενή να αναζητά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό όταν νιώθει πως η λεκτική επικοινωνία του διαταράσσεται.
4. Δημιουργία ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο ασθενής θα νιώθει ότι μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα.
5. Έκφραση του προβλήματος του ασθενή να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Έτσι ο ασθενής θα συνειδητοποιήσει ότι ο νοσηλευτής έχει τη διάθεση να τον βοηθήσει εμπνέοντάς τον έτσι να επικεντρωθεί στον στόχο του και να βελτιώσει τον τρόπο που επικοινωνεί(Hogan, 2012).

3.11 Αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα εξής (Hogan, 2012):

1. Αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων
2. Ιεράρχηση των αναγκών και προβλημάτων
3. Νοσηλευτικές διαγνώσεις
4. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας
5. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας
6. Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

Η αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή αποτελεί μια συνεχή και δυναμική διαδικασία για τη συντήρηση, την αλλαγή ή την επέκταση του νοσηλευτικού σχεδίου δράσης, καθορίζοντας τον βαθμό κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν οι αρχικοί στόχοι (Hogan, 2012).

Η φάση αυτή της αξιολόγησης και επαναξιολόγησης υποδεικνύει τα σημεία της νοσηλευτικής διαδικασίας τα οποία χρήζουν βελτίωσης. Η αξιολόγηση βασίζεται στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή, στη συνεργασία με την οικογένεια, στην παρατηρητικότητα του νοσηλευτή καθώς επίσης και στις ακριβείς μετρήσεις του. Μια νέα αξιολόγηση, μια πιθανή τροποποίηση καθώς και η δημιουργία σχεδίου εξόδου από την κλινική, βασίζονται στο αποτέλεσμα που προκύπτει από την αξιολόγηση (Ραγιά, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο «ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις χρόνιες καταστάσεις σχιζοφρένειας

Στην παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα τα οποία υπολείπονται σε λειτουργικότητα εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου, συναντούμε δύο βασικές επιδιώξεις (Κούκια, 2014):

- Την πρόληψη των παραγόντων ιδρυματοποίησης
- Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η απάθεια, η απουσία πρωτοβουλίας ή ενδιαφέροντος καθώς και η μετάθεση ευθυνών είναι οι βασικοί λόγοι που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση (Κούκια, 2014).

4.1.1 Παράγοντες ιδρυματοποίησης

Η απουσία επαφών του ατόμου με σχιζοφρένεια από τον έξω κόσμο είναι αποτέλεσμα της νοσηλείας του στην κλινική για μεγάλο χρονικό διάστημα ή των επαναλαμβανομένων εισαγωγών του μετά από την έξοδό του, της έλλειψης επικοινωνίας με τον κόσμο εκτός κλινικής, της απουσίας επισκέψεων από το οικείο του περιβάλλον είτε εντός είτε εκτός κλινικής, της αποδοκιμαστικής συμπεριφοράς των συγγενών και φίλων, καθώς και της περιθωριοποίησης που ασκούν στον ασθενή. Είναι λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή να αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο, έτσι ώστε τα αγαπημένα πρόσωπα του ασθενή να κατανοήσουν πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος τους για την ανοδική εξέλιξη της υγείας του. Ακόμα, θα πρέπει να διατηρήσει σταθερή και την επαφή του ασθενή με τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στον έξω κόσμο μέσα από την τηλεόραση, τις εφημερίδες ή το ραδιόφωνο.

Η απώλεια της προσωπικότητας και της ατομικότητας του ασθενή, δεδομένου ότι το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα στη λήψη αποφάσεων και στην ανάληψη πρωτοβουλιών, οδηγεί το προσωπικό της κλινικής στο να αναλάβει όλη την ευθύνη για τον ασθενή. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην πλήρη παραίτηση του ασθενή από τις ευθύνες του, φαινόμενο που είναι εντονότερο σε ασθενείς που στερούνται αυτοπεποίθησης ή δυσκολεύονται να αναλάβουν τις ευθύνες τους (Γιαβασόπουλος και Γούρνη, 2008).

Βέβαια, το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης είναι πιθανό να εμφανιστεί ακόμα και όταν η συμπτωματολογία του ασθενή μπορεί να χαρακτηριστεί ως μέτρια και τα περιστατικά τα οποία παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση να μην χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλεία εντός της κλινικής. Ακόμα, πρέπει να συμπληρωθεί ότι το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης μπορεί να πηγάζει και από την άρνηση του ασθενή να συμμορφωθεί με τη φαρμακευτική αγωγή, πράγμα που οφείλεται σε απουσία μηχανισμών για την ψυχοκοινωνική επανένταξη του ασθενή και παρουσία ιστορικού βίαιης συμπεριφοράς (Φερεντίνος και Κονταξάκης, 2014).

Το πιο σημαντικό για τη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή, είναι να υπάρχει υπομονή από την πλευρά του νοσηλευτή. Η σχέση αυτή δομείται σταδιακά και στην αρχή ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιτρέψει στον ασθενή να θέσει τους δικούς του όρους. Δουλειά του νοσηλευτή είναι να προσαρμόζει την επικοινωνία αναλόγως με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Το επίπεδο της επικοινωνίας βελτιώνεται συνεχώς

και από τις δύο πλευρές μέχρι και οι δύο να μπορούν να συνεργαστούν επιτυχώς. Ωστόσο, για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο θα πρέπει να υπάρχει παρατηρητικότητα και επιμονή (Κουτρώτσιου και συν. 2008).

Η σχέση που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους εξαρτάται από το πόσο στενή είναι η επαφή τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να εποπτεύει τον ασθενή κατά τη διενέργεια των δραστηριοτήτων του δίνοντάς του όσο χρόνο χρειάζεται, με σκοπό να τις φέρει σε πέρας. Θα πρέπει πάντα να τον ενθαρρύνει να προσπαθεί περισσότερο και να αντισταθεί στο να αναλάβει ο ίδιος να επιτελέσει μια δική του εργασία (Κούκια, 2014).

Ακόμα, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να δίνει μεγάλη σημασία στα συμπτώματα του ασθενή. Δεν θα πρέπει ποτέ να συμφωνήσει ότι οι ψευδαισθήσεις που βιώνει ο ασθενής είναι αληθινές. Μάλιστα θα πρέπει να τον παροτρύνει ώστε να μιλά για τις σκέψεις, τις εμπειρίες και τις ιδέες του δομώντας έτσι μια σχέση εμπιστοσύνης. Όταν ο ασθενής τον εμπιστευτεί τότε θα έχει και τη δυνατότητα να του κάνει ερωτήσεις σχετικά με όσα βιώνει και αναφέρει (Ραγιά, 2009).

Αυτήν τη χρονική στιγμή ο νοσηλευτής θα μπορεί να εξηγήσει και στον ασθενή ότι παρ' όλο που οι εμπειρίες που βιώνει ο ίδιος μοιάζουν αληθινές στην πραγματικότητα δεν είναι, αποτελώντας συμπτώματα της πάθησής του. Όταν ο ασθενής μπορέσει να το συνειδητοποιήσει αυτό θα σταματήσει να φοβάται και να ασχολείται τόσο μαζί τους και θα ξεκινήσει να παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον κόσμο γύρω του. Η αύξηση αυτού του ενδιαφέροντος έχει αποδειχθεί πως μειώνει σημαντικά τις εμπειρίες αυτές, δίνοντας τη δυνατότητα στον ασθενή να επιτύχει τον μέγιστο βαθμό της λειτουργικότητάς του και να ζήσει μια φυσιολογική ζωή (Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2012).

Ο σχιζοφρενικός ασθενής αποτελεί ένα ακόμα μέλος της κοινωνίας το οποίο έχει δικαιώματα αλλά και ανάγκες όπως και τα υπόλοιπα μέλη. Ανάλογα με τη συμπτωματολογία αλλά και τη συμπεριφορά που παρουσιάζουν θα πρέπει να εκτιμάται το επίπεδο της λειτουργικότητας και της ψυχοπαθολογίας τους. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι περιποιητικός ως προς τον ασθενή, να καλύπτει τις ανάγκες που προκύπτουν, αλλά και να τον βοηθά να συνειδητοποιήσει πως ανήκει σε μια ομάδα στην οποία πρέπει και να συμμετέχει ενεργά. Τέλος, οφείλει να τον ενθαρρύνει να εκφράζει τις σκέψεις, τους φόβους και τα συναισθήματά του χωρίς βέβαια να υπάρχει κάποιος τόνος κριτικής ή αποδοκιμασίας από την μεριά του (Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2012).

4.1.2 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής διαδικασία, που δίνει τη δυνατότητα σε άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, να αποκτήσουν και να διατηρήσουν έναν ικανοποιητικό βαθμό λειτουργικότητας ανάλογα με την πάθησή τους. Αρωγοί στην προσπάθεια αυτή είναι όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με τον ασθενή, καθώς και όλες οι ψυχιατρικές δομές όπως η ψυχιατρική κλινική, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης, τα νοσοκομεία ημέρας και οι ξενώνες. Πρόκειται για διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας με ξεχωριστούς ρόλους, που έχουν όμως έναν κοινό στόχο, που δεν είναι άλλος από την αποκατάσταση του ασθενή (Βασιλαματζής, 2010).

Μερικές από τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι οι γνωσιακές, οι συμπεριφορικές, οι υποστηρικτικές, οι εκπαιδευτικές και η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων με πιο συχνές τις γνωσιακές και συμπεριφορικές. Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η γνωσιακή αφού εξηγεί με βάση τη λογική τις άσχημες εμπειρίες του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα επεξηγεί και τις επίμονες και περίεργες σκέψεις (Κονταξάκης και συν. 2008).

Σύμφωνα με τον Bennet η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά (Σικελιανού, 2010):

1. Την προσπάθεια του ασθενή να περιορίσει την ασθένειά του έτσι ώστε να αναπτύξει κάποιες δεξιότητες που θα του είναι χρήσιμες στο κοινωνικό του περιβάλλον.
2. Την αποκατάστασή του σε επαγγελματικό επίπεδο.
3. Την επίτευξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας.
4. Τη βελτίωση των δυνατοτήτων του ασθενή (Σικελιανού, 2010).

Στην περίπτωση του ασθενή με σχιζοφρένεια ο ρόλος του νοσηλευτή σχετικά με την αποκατάστασή του εστιάζεται στο να εκπαιδεύσει την οικογένεια στο πως θα μπορεί να χειρίζεται τον ασθενή, να αποδέχεται κάποιες συμπεριφορές του αλλά και με το πώς να του συμπεριφέρεται με σεβασμό, χωρίς να του ασκεί κριτική. Από την άλλη, στον ασθενή θα διδάξει πως θα μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του και να κερδίσει ένα μέρος της ανεξαρτησίας του. Όλα τα άτομα που συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή θα πρέπει να συναντιούνται τακτικά για να συζητούν για τυχόν προβλήματα αλλά και για την πρόοδο που σημειώνουν (Αγγελόπουλος, 2009 και Βασιλαματζής, 2010).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει γνώσεις γύρω από την οργάνωση και τον συντονισμό των ομάδων και ιδιαίτερα εκείνων που ασχολούνται με τη φροντίδα και την υγιεινή του εαυτού. Με βάση την εμπειρία αλλά και τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να λαμβάνει μέρος στις ομαδικές ψυχοθεραπείες, που βοηθούν στην ανάπτυξη της αυτονομίας του ασθενή, τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, τη μείωση των δυσλειτουργιών που προκύπτουν, την υποστηρικτική και ατομική ψυχοθεραπεία και τέλος στην αύξηση της εναισθησίας. Ακόμα, σημαντική είναι η συμμετοχή του σε ομάδες τέχνης που ασχολούνται με τον χορό, τη μουσική και τη ζωγραφική, που βοηθούν τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2012).

Δεδομένου ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος όπου προκαλεί ένα μεγάλο σύνολο αναγκών το οποίο καθιστά το άτομο ευάλωτο απέναντι στο κοινωνικό σύνολο και την εύρεση εργασίας, καταλαβαίνουμε πόσο σημαντική είναι η συμμετοχή του στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Για να μπορούν να λάβουν όμως μέρος θα πρέπει, να βρίσκονται σε ύφεση και να έχουν επιτύχει το μέγιστο βαθμό της λειτουργικότητάς τους. Τα προγράμματα αυτά θέτουν στόχους αλλά και όρια στους ασθενείς με σκοπό να τους ενθαρρύνουν και να τους ενδυναμώσουν. Ωστόσο, επειδή οι ασθενείς αυτοί έχουν υπολειμματικά συμπτώματα πάντα υπάρχει ο κίνδυνος υποτροπής με τη λήξη του προγράμματος (Καρύδης και συν. 2013).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση πραγματοποιείται στα κέντρα ημέρας και στα νοσοκομεία ημέρας όπου οι ασθενείς λαμβάνουν μέρος στην εργοθεραπεία και στις ομαδικές εργασίες και ολοκληρώνουν με την αποκατάσταση. Η αποκατάσταση χωρίζεται σε δύο σκέλη, στο πρώτο οι ασθενείς παίρνουν μέρος σε ομάδες όπου μέσα από τον χορό, τη μουσική και τη ζωγραφική ή την εργοθεραπεία εκφράζουν τα συναισθήματά τους και διαμορφώνουν διαπροσωπικές σχέσεις, στο δεύτερο έχουμε την επαγγελματική αποκατάσταση που χωρίζεται στην προ-επαγγελματική εκπαίδευση, την επαγγελματική αποκατάσταση και την προστατευόμενη εργασία. Μάλιστα σύμφωνα με το Ν. (2616/1999) ρυθμίζεται η απασχόληση ψυχικά ασθενών σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, όπου από τους εργαζομένους το 55% πρέπει να είναι ψυχικά ασθενείς (Καρύδης και συν. 2013).

Σε όλα τα παραπάνω η συμμετοχή του νοσηλευτή είναι εξαιρετικά σημαντική για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος, την εξασφάλιση της λειτουργικότητας του ασθενή και τη διατήρηση της συναισθηματικής του κατάστασης σε ικανοποιητικό επίπεδο. Πιο ειδικά, ο νοσηλευτής αποδέχεται τον ασθενή και τον στηρίζει ώστε να φέρει σε πέρας τους στόχους του προγράμματος, δίνοντάς του την ευκαιρία να νιώσει μέλος μιας ομάδας μέσα στην οποία μπορεί να εκφράζεται άφοβα. Φυσικά συμβαδίζει με τους ρυθμούς του εκάστοτε ασθενή, παρέχοντάς του συναισθηματική υποστήριξη. Αν ο άρρωστος αντιστοιχιστεί σε θέση εργασίας, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα του και τον βοηθά,

αλλά προετοιμάζει και το περιβάλλον των συναδέλφων του, ώστε να γίνει ομαλά η μετάβασή του (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2012).

4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Η παροχή υπηρεσιών στον κλάδο της ψυχικής υγείας μαστίζεται καθημερινά από πολλά προβλήματα όπως το στίγμα, την ένδεια, την απουσία κατανόησης από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, τη συνοσηρότητα αλλά και τέλος τα ιδιαίτερα συμπτώματα των ασθενών κάνουν δύσκολη την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών. Παρά το γεγονός αυτό, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας, μπορεί να είναι καταλυτικός για την εξελικτική πορεία των ασθενών. Η πιο σημαντική τους ενέργεια είναι εκείνη της συμβολής τους, για τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, ενέργεια που θα ξεκινήσει βέβαια με την ενίσχυση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος που διαθέτει ο εκάστοτε ασθενής (Nies & McEwen, 2013).

Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να κατανοήσει πως υπάρχει δυναμική σχέση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο και ότι η σημασία τους πρέπει να εκτιμάται μέσα στο κοινωνικό, φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Αυτό συμβαίνει γιατί τα τρία αυτά περιβάλλοντα δέχονται μεταβολές, που όμως προκαλούν μεταβολές και στην ψυχική υγεία. Γι' αυτό και θεωρείται απαραίτητη η συνεχής αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου με σχιζοφρένεια από τους κοινοτικούς νοσηλευτές (Nies & McEwen, 2013).

Ακόμα ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να διαχωρίζει την πραγματικότητα από τον μύθο σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, πληροφωρώντας σωστά τους ασθενείς του και υποστηρίζοντάς τους από τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση. Ο κοινοτικός νοσηλευτής δεν επεμβαίνει μόνο για να επιλύσει κάποιο πρόβλημα, αλλά και για να βεβαιωθεί για την ασφάλεια του ασθενή του και τη συνεχόμενα ανοδική πορεία του (Nies & McEwen, 2013).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι μέσα στις αρμοδιότητες του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να γνωστοποιήσει στον ασθενή τα νομικά του δικαιώματα σε σχέση με τη νοσηλεία του, τη φαρμακευτική του αγωγή και τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβατικές πράξεις, αναλογιζόμενος φυσικά το επίπεδο της ψυχικής τους υγείας. Έτσι, κατανοούμε ότι εκτός από τα τυπικά προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να επιδιώκει και τη συνεχή επιμόρφωσή του (Nies & McEwen, 2013).

4.3 Η ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια

Η έννοια της ποιότητας της ζωής, επηρεάζεται από την οικονομία, τις προσωπικές επιλογές, την εποχή, τον πολιτισμό και τις συνθήκες ζωής. Είναι στενά συνδεδεμένη με την ικανοποίηση ή όχι του ατόμου από την ποιότητα της ζωής του. Η ποιότητα της ζωής μπορεί να υπολογιστεί από συγκεκριμένους δείκτες όπως το επίπεδο της υγείας, την ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος, τη δυνατότητα πρόσβασης σε νερό, τρόφιμα κ.τ.λ.

(<https://el.glosbe.com>, Π.Ο.Υ)

Η ποιότητα της ζωής σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας, εστιάζει στις ανάγκες θεραπείας των ασθενών. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις, όπως και στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπου προτιμούν να ζουν με την παρουσία των παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, παρά να βιώνουν καθημερινά τις έντονες παρενέργειες που προκύπτουν από τη φαρμακευτική αγωγή. Κατά κύριο λόγο οι παρενέργειες δεν δημιουργούν πρόβλημα μόνο στον ασθενή αλλά και στο περιβάλλον γύρω του, γεγονός που οδηγεί στην περιθωριοποίησή του. Η κατάσταση αυτή χειροτερεύει και οδηγεί σε ανεργία και οικονομικά προβλήματα και έτσι η ποιότητα της ζωής

του ασθενή έχει σχέση με την απώλεια της λειτουργικότητάς του (<https://el.glosbe.com>, Π.Ο.Υ).

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι στενά συνδεδεμένη με αυτήν της ποιότητας ζωής, αφού έχουν κοινά σημεία αναφοράς όπως η ικανοποίηση για προσωπικές επιτυχίες, η δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί στην κοινότητα και η διατήρηση της συναισθηματικής ευτυχίας.

Όσον αφορά τους ψυχικά ασθενείς, σχετικά με τους δείκτες για την ποιότητα της ζωής, ελέγχονται κάποιες συγκεκριμένες μεταβλητές όπως (Τριανταφύλλου και συν. 2010):

- Χαρακτηριστικά προσώπου, φύλο, φυλή, ηλικία, οικονομική κατάσταση, επάγγελμα γονέων, ψυχιατρική διάγνωση, εκπαίδευση, διαμονή.
- Καθημερινές δραστηριότητες, εργασιακό περιβάλλον, επίπεδο υγείας, συχνότητα επαφής με φίλους και συγγενείς, εργασιακό περιβάλλον, επίπεδο υγείας.
- Δείκτες που υποδεικνύουν πόσο ικανοποιημένο είναι το άτομο από την ποιότητα ζωής του (Τριανταφύλλου και συν. 2010).

Γενικά έχουν δημιουργηθεί πολλά μοντέλα για τον έλεγχο της ποιότητας της ζωής όπως, το μοντέλο της ικανοποίησης, το μοντέλο της ικανοποίησης για τους τομείς της ζωής και το μοντέλο ανταπόκρισης στους κοινωνικούς ρόλους (Τριανταφύλλου και συν. 2010).

Εφαρμόστηκε σε ασθενείς με σχιζοφρένεια οι οποίοι ελάμβαναν αντιψυχωτική θεραπεία, ένα μοντέλο μέτρησης της ποιότητας ζωής, όπου ελέγχει το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και το ποσοστό της λειτουργικότητάς του. Σε έρευνες που έχουν γίνει διαπιστώνεται ότι η ποιότητα ζωής των οικογενειών επηρεάζεται αρνητικά από τη συγκατοίκηση με τον ασθενή.

Ακόμα, ο έλεγχος της ποιότητας της ζωής είναι αναγκαίος για την αποκατάσταση των ασθενών. Η καθιέρωση της ποιότητας της ζωής ως δείκτη με σκοπό τον έλεγχο της πορείας των θεραπευτικών μεθόδων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, τον έλεγχο της ποιότητας ζωής των ίδιων, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών στην υγεία, αλλά και η συνεχής επιμόρφωση των υγειονομικών επαγγελματιών σχετικά με την ποιότητα ζωής θα βοηθήσουν στο να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών και το επίπεδο της φροντίδας που τους παρέχεται (Τριανταφύλλου και συν. 2010).

4.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών

1. **Μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή**, περίπου το 50% των ασθενών δεν συμμορφώνονται στη φαρμακευτική αγωγή λόγω άγνοιας των ίδιων αλλά και των συγγενών τους. Σε αυτό συμβάλλουν όμως και οι γιατροί οι οποίοι αν δώσουν παραπάνω δοσολογία προκαλούνται ανεπιθύμητες παρενέργειες, ενώ αν δώσουν χαμηλότερη δοσολογία οι ασθενείς υποτροπιάζουν (Σταθαρού και συν. 2011).
2. **Μη συμμόρφωση των γιατρών**, όπου οι γιατροί φοβούμενοι τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και τη μη συμμόρφωση των ασθενών στην αντιψυχωτική αγωγή, δεν ακολουθούν τις βιβλιογραφικές οδηγίες (Κυριζίδης, 2017).
3. **Κάπνισμα, αλκοόλ και χρήση ουσιών**, έρευνες δείχνουν πως ασθενείς με ψυχική νόσο τείνουν να καπνίζουν περισσότερο από τους ανθρώπους στον γενικό πληθυσμό. Περίπου το 80% των ψυχικά ασθενών καπνίζουν. Επίσης, οι καπνιστές που έχουν ψυχική νόσο είναι περισσότερο εξαρτημένοι στον καπνό από ότι οι υγιείς άνθρωποι. Τα άτομα με σχιζοφρένεια κατά 51% καπνίζουν 20 περισσότερα τσιγάρα από τον λοιπό πληθυσμό. Γενικότερα, η νικοτίνη λειτουργεί ευεργετικά μειώνοντας τα θετικά, τα αρνητικά συμπτώματα και τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, προκαλούνται αναπνευστικά και καρδιαγγειακά προβλήματα που προκαλούν πρόωρο θάνατο, αυξάνουν τον μεταβολισμό κάποιων αντιψυχωτικών, επιβαρύνουν

οικονομικά τον ασθενή και αυξάνουν την πιθανότητα κοινωνικού αποκλεισμού του ασθενή. Η διακοπή σύμφωνα με έρευνες είναι εφικτή μέσω φαρμάκων, θεραπεία συμπεριφοράς και τεχνικές κινητοποίησης (Τσόπελας & συν. 2010). Ουσίες όπως η κάνναβη, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη που απελευθερώνουν ντοπαμίνη στον εγκέφαλο, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχωτικών συμπτωμάτων (Στεφανής, 2010). Η κατάχρηση του αλκοόλ καταστρέφει τις βιταμίνες και τα μέταλλα στον οργανισμό προκαλώντας σημαντικές ελλείψεις. Η εξάρτηση ή η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συνυπάρχει, να υπάρχει από πριν ή να εμφανίζεται μετά την εκδήλωση ψυχικών εκδηλώσεων που δεν σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ (Μέλλος, 2009). Η χρήση αλκοόλ με αντιψυχωτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, επιληψίες και καρδιαγγειακά προβλήματα (Kaplan & Sadock's, 2012).

4. Γνωστικά ελλείμματα, πρόκειται για χαρακτηριστικό γνώρισμα της σχιζοφρένειας, εμφανίζονται στις νοητικές λειτουργίες, στην προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, στη μνήμη, στη λεκτική μάθηση, στη λογική σκέψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων και τέλος στην αναγνώριση των συναισθημάτων. Στους σχιζοφρενικούς ασθενείς έχει αποδειχθεί πως οι γνωστικές τους ικανότητες ασκούν επιρροή στη λειτουργικότητά τους αλλά και στη χρονιότητα της νόσου. Έρευνες δείχνουν ότι τα ελλείμματα στο νευροψυχολογικό τομέα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, εμφανίζουν σταθερότητα κατά την πάροδο του χρόνου εκτός από τη λεκτική μνήμη. Αποτελεί εξαιρετικά ενδιαφέρον το γεγονός ότι η συγκεκριμένη αυτή λειτουργία σχετίζεται με περιοχές του εγκεφάλου, τα οποία με την πάροδο του χρόνου μειώνονται σε όγκο. Μάλιστα η βελτίωση της ψυχοπαθολογίας θεωρείται ότι επηρεάζει θετικά την εξέλιξη των γνωστικών ελλειμμάτων, κάνοντας έντονη την ανάγκη για ουσιαστική αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων (Φωκάς και Μποζίκας, 2010).

5. Μεταβολικό σύνδρομο, πρόκειται για σοβαρή κατάσταση, στην οποία συνυπάρχουν τρεις ή παραπάνω από τις εξής διαταραχές:

- Περιφέρεια μέσης >102cm στους άνδρες και > 88cm στις γυναίκες.
- Τριγλυκερίδια >150mg/dl.
- Αρτηριακή πίεση > 130mmHg η συστολική και > 85mmHg η διαστολική.
- Τα επίπεδα της HDL <40mg/dl στον άνδρα και <50mg/dl στη γυναίκα.
- Γλυκόζη αίματος σε νηστεία > 110mg/dl.

Όλα τα παραπάνω είναι υπεύθυνα για καρδιαγγειακά προβλήματα, πρόωρο θάνατο και διαβήτη. Η παχυσαρκία και ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος αποτελούν προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου. Ο δείκτης μάζας σώματος των ενηλίκων πρέπει να είναι από 18.5 Kg/m^2 – $24,9 \text{ Kg/m}^2$ (WHO).

Ως προς την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου υπάρχουν άτομα τα οποία παρουσιάζουν μια γενετική προδιάθεση για την εμφάνισή του. Σαν λύση πρώτης εκλογής μετά την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος είναι η άσκηση και όχι η μείωση της τροφής (ΥΥ & ΚΑ, 2009). Για τα αντιψυχωτικά εκείνα τα οποία ευθύνονται για την πρόκληση σακχαρώδη διαβήτη και αύξησης βάρους συστήνεται η διακοπή και αλλαγή του φαρμάκου (Kaplan & Sadock's, 2012). Τέλος, οι παχύσαρκοι καπνιστές φαίνεται πως ζουν λιγότερο από τους υγιείς ανθρώπους κατά 13%. Με την πάροδο του χρόνου η νικοτίνη αυξάνει την ενέργεια που καταναλώνει ο οργανισμός και την ίδια στιγμή μειώνει την όρεξη. Λόγω μεγαλύτερης παρουσίας λιπώδους ιστού στο σώμα οι καπνιστές τείνουν να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη (Τσόπελας και συν. 2010).

6. Κόπωση-Υπνηλία, οι σχιζοφρενικοί και καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά υπνηλίας και απώλειας ενέργειας από τον λοιπό πληθυσμό. Η καθημερινή υπνηλία και κόπωση αποτελούν χαρακτηριστικά σημάδια κατάθλιψης ή σημάδια θεραπευμένης κατάθλιψης, τα οποία προειδοποιούν για πιθανή υποτροπή του ασθενή.

Ανάλογα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά για την υπολειμματική μορφή σχιζοφρένειας και το αρνητικό σύνδρομο σχιζοφρένειας, παρουσιάζοντας ανθεκτικότητα απέναντι στη φαρμακοθεραπεία και εμποδίζοντας έτσι τον ασθενή να λάβει μέρος στα θεραπευτικά προγράμματα. Η αρχική αντιμετώπιση της υπνηλίας και κόπωσης στον ψυχικά ασθενή γίνεται με την αλλαγή των φαρμάκων και αν αυτό δεν είναι εφικτό τότε η αγωγή επιλέγεται να δίνεται το βράδυ. Αν υπάρχει και νυχτερινή αϋπνία θα αντιμετωπιστεί και αυτή φαρμακευτικά. Η σωστή ξεκούραση του ασθενή βοηθά στη συμμόρφωσή του και συνεργασία του (Κογεώργος, 2010).

- 7. Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων**, είναι γεγονός ότι τα κατασταλτικά του ΚΝΣ και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όταν χορηγούνται μαζί με τους ανταγωνιστές της ντοπαμίνης και σεροτονίνης προκαλούν καταστολή, επιληψία και καρδιακά προβλήματα. Η υπόταση που προκαλείται από τους ανταγωνιστές της ντοπαμίνης και σεροτονίνης μπορεί να επιδεινωθεί με αντιυπερτασική αγωγή, αλλά και με βενζοδιαζεπίνες που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και συγκοπή. Η ταυτόχρονη χορήγηση της ρισπεριδόνης μαζί με τους ανταγωνιστές επαναπρόσληψης της σεροτονίνης προκαλεί εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Αν συγχωρηγηθεί με κλοζαπίνη αυξάνει τα ποσοστά συγκεντρώσεων στο πλάσμα κατά 75%. Ενώ τέλος, αν ληφθεί με οποιοειδή προκαλεί στερητικό σύνδρομο. Επίσης, τα αντιχολινεργικά, τα αντιόξινα, και το φαγητό εμποδίζουν την απορρόφηση των αντιψυχωτικών φαρμάκων, με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουμε συγκέντρωση και των δύο, με την βουσπιρόνη αυξάνονται τα επίπεδα αλοπεριδόλης, με την λεβοντόπα γίνεται ελάττωση και των δύο, με την επινεφρίνη προκαλείται υπόταση και τέλος το τσιγάρο μειώνει τα επίπεδα των αντιψυχωτικών φαρμάκων στο πλάσμα (Kaplan & Sadock's, 2012).

4.4 Σχιζοφρένεια και κοινωνικός στιγματισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων εκείνων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα πρόβλημα. Παρά τη συμβολή των φορέων κοινωνικής φροντίδας για τη μείωση της περιθωριοποίησης των ψυχικά ασθενών, το φαινόμενο αυτό φαίνεται πως υφίσταται ακόμα. Αν και τα άτομα αυτά ανήκουν σε ένα κοινωνικό σύνολο δεν φαίνεται πως χαίρουν της ίδιας εκτίμησης με τα υγιή μέλη, είναι μάλιστα γεγονός πως τα άτομα των κοινωνιών που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο τείνουν να περιθωριοποιούνται κοινωνικά (Hannigan & Coffey, 2010).

Η έννοια του στιγματισμού επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά εκείνα που έχει ένα άτομο, τα οποία θεωρούνται ανεπιθύμητα μέσα στην κοινωνία την οποία βρίσκεται και αποτελούν τον λόγο της περιθωριοποίησής του. Το άτομο παύει να διεκδικεί τα ίδια κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα, δεν μπορεί να διακριθεί το ίδιο με τα υπόλοιπα μέλη καθώς η κοινωνία δεν το αποδέχεται. Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια, αναφέρεται στην αρνητική αντίδραση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (Ρούκας και συν. 2010).

Το στίγμα σχετίζεται με τη δημιουργία μιας στερεότυπης ιδέας γεμάτη με αρνητικά χαρακτηριστικά ως προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Πολλές φορές οι άνθρωποι πιστεύουν ότι η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ατόμου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι κάτοικοι διαφόρων περιοχών που αρνούνται να χτιστούν εγκαταστάσεις ψυχικά ασθενών κοντά στις περιοχές που κατοικούν γιατί φοβούνται ότι θα είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Ακόμα, εξαιτίας της προκατάληψης ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν μπορούν να εργαστούν πολλοί εργοδότες αρνούνται να τους προσλάβουν. Τέλος, σχεδόν ανύπαρκτοι είναι οι άνθρωποι εκείνοι που θα περνούσαν το υπόλοιπο της ζωής τους με κάποιον ψυχικά ασθενή (Ρούκας και συν. 2010).

4.4.1 Περιορισμός του κοινωνικού στίγματος

Για να επιτευχθεί ο περιορισμός του κοινωνικού στίγματος είναι αναγκαίο να συμμετέχει ενεργά η πολιτεία, ο κλάδος της υγείας, ο καλλιτεχνικός κόσμος αλλά και όλοι εκείνοι που έχουν ψυχικά ασθενείς μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μερικές στρατηγικές περιορισμού είναι οι εξής (Ρούκας και συν. 2010):

- Διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με την ενημέρωση της κοινωνίας γύρω από τις ψυχικές ασθένειες και την αντιμετώπισή τους.
- Προσπάθεια κατάργησης των αρνητικών στερεοτύπων και του φόβου στην κοινότητα.
- Άτομα που εργάζονται στην εκκλησία, την αστυνομία και σε καταστήματα άμεσης ανάγκης π.χ παντοπωλεία, πρέπει να ενημερώνονται για τις ψυχικές νόσους και τις υποτροπές τους, αφού έρχονται σε άμεση και καθημερινή επαφή με τους ασθενείς.
- Προτροπή ως προς την κοινωνία να έρχεται σε επαφή με τους κοινωνικά ασθενείς.
- Δια βίου μάθηση για τα νέα δεδομένα στην ψυχιατρική στους επαγγελματίες υγείας με σκοπό να παρέχουν υψηλότερη και ποιοτικότερη φροντίδα υγείας στους ψυχικά ασθενείς.
- Ψυχοεκπαίδευση του ασθενή και του οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Εφαρμογή της νομικής προστασίας περί ψυχικά ασθενών.
- Δημιουργία πολιτικών για τον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων(Ρούκας και συν. 2010) .

4.5 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Το 1981 με την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή ένωση(Ε.Ε), ένα ακόμα σημαντικό γεγονός λαμβάνει χώρα, και συγκεκριμένα στον τομέα της ψυχικής υγείας, το οποίο δεν είναι άλλο από την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (Δεπάστας, 2018).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αναφέρεται στην αλλαγή του τρόπου προσέγγισης των ψυχικά ασθενών μέσα από τη δημιουργία κατάλληλων δομών υποδοχής χρόνια ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, το κλείσιμο των ψυχιατρειών και την αντικατάστασή τους από δομές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η κίνηση αυτή έγινε καθώς, τα ψυχιατρεία της χώρας προσέφεραν ασυλικού τύπου νοσηλεία, δεν είχαν την κατάλληλη στελέχωση και εξοπλισμό για να υποστηρίξουν τον ψυχικά πάσχοντα να ξεπεράσει την οξεία φάση της νόσου και να επιστρέψει στην κοινότητα. Οι συνθήκες νοσηλείας ήταν οι πλέον ακατάλληλες, το προσωπικό ήταν ανειδίκευτο, δεν υπήρχε διαχωρισμός των περιστατικών και ειδικευμένη παροχή φροντίδας, ενώ στα άτομα που νοσηλεύονταν πολλές φορές δεν παρείχαν ούτε τη βασική ατομική υγιεινή και φροντίδα, με αποτέλεσμα να υπάρχει συνεχής έκπτωση της λειτουργικότητάς τους, γεγονός που τους καταδίκασε στον δια βίου εγκλεισμό(ιδρυματισμός). Με τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εννοούνται όλες εκείνες οι παρεμβάσεις οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στον ψυχικά ασθενή να υποστηρίζεται από τις κατάλληλες κάθε φορά δομές στην κοινότητα, ενώ παράλληλα παραμένει ενεργό και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας (Δεπάστας, 2018). Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια στο έργο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, το 1995 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με την Ε.Ε δημιούργησαν ένα πρόγραμμα δράσης με το όνομα «Ψυχαργός», το οποίο είχε δύο άξονες, την απομάκρυνση των ψυχικά ασθενών από τα άσυλα και τη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» χωρίζεται σε τρεις φάσεις (Δεπάστας, 2018):

1. Η Α' φάση ξεκινά το 1997-2001 με θέμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» και είχε ως στόχο την κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ψυχικά

και νοητικά ασθενών στην κοινότητα. Στο διάστημα αυτό δημιουργήθηκαν 80 μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 35 Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης, βγαίνουν από τα ψυχιατρικά άσυλα περίπου 1000 ασθενείς, ενώ δημιουργούνται και 1200 θέσεις εργασίας για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

2. Η Β΄ φάση ξεκινά το 2000-2006 όπου έχουμε την πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος στο οποίο, αν και έχουν γίνει πολλές αλλαγές, έχουν βρεθεί εξίσου και αρκετές αδυναμίες που έχουν σχέση με την αποασυλοποίηση, τη δημιουργία υποδομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και την κατάρτιση των επαγγελματιών. Στη φάση αυτή κλείνουν τα 4 από τα 5 ασυλικά τμήματα ψυχιατρικών νοσοκομείων, ενώ δημιουργούνται και 452 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, μερικές από τις οποίες είναι: ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, κέντρα κοινωνικής επανένταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους, ειδικές μονάδες αποκατάστασης και επαγγελματικής επανένταξης, κέντρα ψυχικής υγείας, πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές ενηλίκων ή παιδιών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία ημέρας κ.τ.λ. (Δεπάστας, 2018).
3. Η Γ΄ φάση αφορά την περίοδο 2010-2020 και έχει τρεις άξονες: τις δράσεις με σκοπό τη δημιουργία δομών στην κοινότητα, τη διενέργεια δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον πληθυσμό μέσα από την πρόληψη και τέλος τις ενέργειες για την οργάνωση του συστήματος παροχής ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και έρευνας και επιμόρφωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (<http://www.psychargos.gov.gr/>).

4.6 Νομικά και ηθικά δικαιώματα ψυχικά ασθενών

Όλοι οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας και ειδικά οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και να τα προστατεύουν όταν παραβιάζονται σε βάρος του ασθενή τους. Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών είναι τα εξής (Ραγιά, 2009):

1. Το δικαίωμα στη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση και στον όσο το δυνατόν λιγότερο περιορισμό του ατόμου.
2. Το δικαίωμα να συμμετέχει ο ασθενής στην εκλογή της θεραπείας έχοντας ενεργό και όχι παθητικό ρόλο.
3. Το δικαίωμα να αποφασίσει ο ασθενής αν θα ακολουθήσει ή όχι κάποια αγωγή, με εξαίρεση βέβαια τις περιπτώσεις όπου ο ασθενής αδυνατεί να πάρει αποφάσεις και αποφασίζει κάποιος οικείος για τον ίδιο.
4. Το δικαίωμα να μην λαμβάνει μέρος σε θεραπείες που βρίσκονται σε ερευνητικό στάδιο εκτός αν υπάρχει σύσταση από την εθνική επιτροπή προστασίας των ανθρωπίνων υπάρξεων.
5. Το δικαίωμα να μην περιορίζονται παρά μόνο σε περιπτώσεις όπου μπορεί να είναι επικίνδυνοι για τον εαυτό τους και τους γύρω τους.
6. Το δικαίωμα να λάβουν υψηλή ποιότητα φροντίδας υγείας μέσα σε ένα ειδικά διαμορφωμένο περιβάλλον τόσο ασφαλές όσο και θεραπευτικό και τη δυνατότητα να εκφράζουν ελεύθερα τα παράπονά τους για τις συνθήκες περίθαλψης που δέχτηκαν, καταφεύγοντας ακόμα και στο δικαστήριο με τη βοήθεια νομικού, όταν αυτές δεν είναι κατάλληλες.
7. Το δικαίωμα του ιατρικού απορρήτου για την κατάσταση της υγείας τους.

8. Το δικαίωμα να έχουν πρόσβαση στο ιατρικό τους αρχείο, εκτός και αν παραπάνω από ένας γιατροί το θεωρήσουν επιβλαβές για τον ασθενή.
9. Το δικαίωμα να ασκούν τα πολιτικά τους δικαιώματα και να εκφράζονται ελεύθερα.
10. Το δικαίωμα να αλλάξουν υπηρεσία υγείας με σκοπό να ολοκληρωθεί το σχέδιο εξόδου από το νοσοκομείο (Ραγιά, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο «ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα

Η σχιζοφρένεια επιδρά αρνητικά στο άτομο με το να μειώνει την ικανότητά του να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του δημιουργώντας περισσότερα προβλήματα στην καθημερινή του ρουτίνα, τα οποία δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να αντιμετωπιστούν μόνο με τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αν δεν υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο, η κοινωνική απόσυρση και η υποτροπή της νόσου είναι δεδομένες. Στην οξεία φάση της νόσου, ο νοσηλευτικός ρόλος περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και του άγχους που βιώνει ο ασθενής, την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης απέναντι στο υποστηρικτικό του δίκτυο και την κοινωνική του προσαρμογή. Στη φάση της ύφεσης της νόσου σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι το άτομο να φτάσει στο μέγιστο βαθμό της λειτουργικότητάς του, δηλαδή να αποδεχτεί την κατάσταση της ψυχικής του υγείας και να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα που προκύπτουν από αυτήν, να αγνωρίζει τις τυχόν υποτροπές έγκαιρα, να αναζητά βοήθεια όποτε την χρειάζεται, να ανακαλύπτει και να αναπτύσει νέες δεξιότητες και τέλος να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις. Όλες οι παραπάνω ενέργειες έχουν ως στόχο να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του ασθενή και ο ίδιος να εκφράζει ικανοποίηση (Ραγιά, 2009).

Για να μπορέσουν να πραγματοποιηθούν τα παραπάνω, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να βρίσκεται ο νοσηλευτής στο πλευρό του ασθενή, προσφέροντάς του ολιστική φροντίδα υγείας, ώστε να μπορέσει να ανεξαρτητοποιηθεί. Η ολιστική φροντίδα περιλαμβάνει την πολύπλευρη και πολύτροπη εξατομικευμένη νοσηλευτική προσέγγιση των προβλημάτων που βιώνει ο ασθενής στην ολότητά του, στη σωματική, στη γνωστική, στην ψυχολογική, στην κοινωνική και στην πνευματική του διάσταση. Ο νοσηλευτής, ως πρόσωπο αναφοράς για συγκεκριμένο κάθε φορά ασθενή του οποίου τη φροντίδα αναλαμβάνει, παράλληλα με το ατομικό πρόγραμμα φροντίδας, το οποίο συγκροτεί με τη συνεργασία του ίδιου του ασθενή, φροντίζει να ανακαλύψει το κατάλληλο υποστηρικτικό δίκτυο που θα τον υποστηρίξει σε όλη την πορεία της ζωής του, τους κατάλληλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τις κατάλληλες κοινωνικές δομές, τον οικογενειακό και φιλικό του περίγυρο. Έτσι θα εξασφαλιστεί η θεραπευτική συνέχεια και θα αποφευχθούν σε μεγάλο βαθμό οι υποτροπές της νόσου και το άτομο με σχιζοφρένεια θα έχει τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο (Ραγιά 2009, Βασιλαματζής, 2010).

Ο Νοσηλευτής με τη χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας συλλέγει, διατυπώνει, ιεραρχεί, κατανέμει, σχεδιάζει, καταγράφει, προτείνει λύσεις, προγραμματίζει ενέργειες και αξιολογεί τα προβλήματα που αφορούν τον εκάστοτε ασθενή (Σαράφης & Μαλλιαρού, 2010):

- Συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται από τον ίδιο τον ασθενή, από το περιβάλλον του, από προηγούμενο ιστορικό και από προσωπική παρατήρηση και διενεργεί τη **Νοσηλευτική Εκτίμηση** της κατάστασης και των προβλημάτων που απασχολούν τον ασθενή.
- Διαμορφώνει έναν κατάλογο με όλες τις ανάγκες/συμπτώματα του ασθενή, τα οποία και ιεραρχεί με βάση τη σημαντικότητά τους, **Νοσηλευτική Διάγνωση**.
- Θέτει στόχους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους, οι οποίοι κατά τη γνώμη του πρέπει να υλοποιηθούν ώστε ο ασθενής να ξεπεράσει τα προβλήματα/ συμπτώματα που έχει και να καλυφθούν οι ανάγκες του, **Αντικειμενικοί Σκοποί**.

- Προγραμματίζει τις νοσηλευτικές ενέργειες που θα ακολουθήσουν έτσι ώστε να καλυφθούν οι νοσηλευτικοί σκοποί που έχει θέσει, **Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας.**
- Εφαρμογή των νοσηλευτικών ενεργειών που έχουν προγραμματιστεί, **Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος.**
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την νοσηλευτική φροντίδα, **Εκτίμηση Αποτελεσμάτων** (Σαράφης & Μαλλιαρού, 2010).

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια διαδικασία που επαναλαμβάνεται συνεχώς, αφού το επιθυμητό αποτέλεσμα ενός προβλήματος μπορεί να αποτελέσει το σύμπτωμα μιας νέας νοσηλευτικής διάγνωσης, με την προϋπόθεση πως δεν υπάρχουν προβλήματα που χρήζουν πιο επείγουσας αντιμετώπισης. Τόσο ο σχεδιασμός, όσο και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καταγράφονται στον φάκελο του ασθενή από τον νοσηλευτή και αποτελούν χρήσιμο εργαλείο για όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με τη φροντίδα του (Ραγιά, 2009). Ο Νοσηλευτής πρέπει να παραμένει υπομονετικός απέναντι στον ασθενή, ώστε να εκπληρωθούν οι στόχοι που έθεσε για εκείνον και να τον εμπνεύσει να συνεχίσει την προσπάθειά του. Δεν θα πρέπει να είναι επικριτικός ακόμα και αν ο ασθενής δυσκολεύεται να εκπληρώσει ακόμα και κάποιον εξαιρετικά εύκολο στόχο. Η μοναδική παρέμβαση του νοσηλευτή ενδείκνυται μόνο όταν ο ασθενής βρεθεί σε σοβαρό κίνδυνο όπως λεκτικής και σωματικής βίας από τρίτον, όπου έχει την υποχρέωση να προστατέψει τον ασθενή του. (Eby & Brown, 2009).

Παρακάτω παρουσιάζονται 2 αποσπάσματα Νοσηλευτικών Διεργασιών που αφορούν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου.

Α΄ Μελέτη Περιστατικού

Ατομικό ιστορικό:

Όνοματεπώνυμο:	A.K.
Φύλο:	Άρρεν
Ηλικία:	54 ετών
Τόπος διαμονής:	Επαρχιακή πόλη Ν. Αχαΐας
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμος, μένει στην πατρική οικεία με την αδερφή του
Βάρος:	87 kg
Ύψος:	1.80cm
Εκπαιδευτικό επίπεδο:	Απόφοιτος Γυμνασίου
Επάγγελμα:	Συνταξιούχος (αναπηρική σύνταξη)
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Ημερομηνία Εισόδου:	12/3/2018

Διάγνωση εισόδου: F99 . Διαταραχές συμπεριφοράς λόγω αποδιοργάνωσης μετά από διακοπή της συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής με κλοζαπίνη που ελάμβανε για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Ο Α.Κ. προσήλθε για νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου συνοδευόμενος από δυο αστυνομικούς μετά από εισαγγελική εντολή, την οποία ζήτησε η αδερφή του.

Ιατρικό ιστορικό:

Έχει ιστορικό σχιζοφρένειας που αρχίζει από 18 χρονών περίπου. Η διάγνωση τέθηκε κατά την στρατιωτική του θητεία, την οποία και δεν ολοκλήρωσε. Έκτοτε έχει πολλαπλές νοσηλείες σε ψυχιατρική κλινική κατά την υποτροπή της νόσου για ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής. Στις υποτροπές της νόσου κυριαρχεί έντονα το θρησκευτικό παραλήρημα, οι ιδέες δίωξης, παρακολούθησης και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Γενικά συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή, είναι σχεδόν πάντα υπό την επιτήρηση της αδερφής του. Όταν υπάρχει ύφεση της νόσου, δεν έχει πλήρη εναισθησία και το θρησκευτικό παραλήρημα δεν υποχωρεί τελείως. Έχει τακτική παρακολούθηση από ιδιώτη ψυχίατρο. Τα τελευταία χρόνια λάμβανε κλοζαπίνη, την οποία χρειάστηκε να διακόψει διότι εμφάνισε λευκοπενία. Δεν ακολούθησε τη νέα φαρμακευτική αγωγή του και η νόσος υποτροπίασε.

Κοινωνικό ιστορικό:

Ο Α.Κ. δεν εργάστηκε ως τώρα κανονικά. Λόγω της χρονιότητας της ψυχικής νόσου έχει εξασφαλίσει αναπηρική σύνταξη. Όταν είναι σε ύφεση η νόσος και είναι ικανός συμμετέχει σε βοηθητικές δουλειές στο εμπορικό της αδερφής του. Η αδερφή του είναι μεγαλύτερη και τον έχει υπό την επίβλεψή της, ειδικά από τότε που απεβίωσαν και οι γονείς τους. Παράλληλα συμμετέχει στη χορωδία της ενορίας που ανήκει διότι είναι καλλίφωνος και συμμετέχει σε αυτήν από τα παιδικά του χρόνια.

Πορεία νόσου:

12/3/2018: Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στην ψυχιατρική κλινική παρουσίαζε σχετικά καλή προσωπική υγιεινή, φορούσε καθαρά ρούχα ανάλογα της εποχής. Ήταν όμως αξύριστος και αχτένιστος. Είχε ακατάληπτο λόγο, ήταν υπερκινητικός και εμφανώς αγχωμένος, οπότε δεν υπήρχε ούτε η στοιχειώδης επικοινωνία. Χρειάστηκε, επειδή, ήταν σε ψυχοκινητική διέγερση, δεν ήταν συνεργάσιμος, ήταν λεκτικά και σωματικά επιθετικός προς άλλους, να περιοριστεί στην κλίνη του και συγκεκριμένα τοποθετήθηκαν περιοριστικά μέτρα στο ένα κάτω άκρο και στα δυο άνω άκρα.

Με τη βοήθεια των αστυνομικών οδηγήθηκε σε μονόκλινο δωμάτιο και ώθησαν τα περιοριστικά μέτρα. Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων: Αρτηριακή πίεση: 130/70 mmHg, Σφύξεις: 104/min. Θερμοκρασία: 36,7°C . Του χορηγήθηκε άμεσα φαρμακευτική αγωγή σε ενέσιμη ενδομυϊκή μορφή με μεγάλη δυσκολία. Έγιναν: 1amp αλοπεριδόλη, ½amp βιπεριδένη, ½ amp διαζεπάμη. Η ίδια αγωγή τέθηκε σε συστηματική χορήγηση x 3 /24ωρο. Επίσης τέθηκε ενδοφλέβια ενυδάτωση με 1000cc φυσιολογικό ορό/24ωρο διότι η αδερφή του μας πληροφόρησε ότι έχει να σιτιστεί και να λάβει υγρά πάνω από ένα 24ωρο.

Στοιχεία για το νοσηλευτικό ιστορικό πάρθηκαν από την αδερφή του ασθενή, που ήταν παρούσα στην εισαγωγή. Έγινε ο απαραίτητος έλεγχος των προσωπικών του αντικειμένων, απομακρύνθηκαν τα δυνητικά επικίνδυνα, και παραδόθηκαν στην αδερφή του (τιμαλφή δεν είχε στην κατοχή του).

Ο ασθενής τέθηκε σε εντατική παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως ορίζει το πρωτόκολλο παρακολούθησης των περιορισμένων ασθενών.

14/3/2018: Ο ασθενής δείχνει λιγότερο ανήσυχος και συνεργάσιμος με το νοσηλευτικό προσωπικό γι αυτό έγινε άρση του ενός άνω άκρου. Συνεχίζεται η χορήγηση της ενέσιμης αγωγής. Τραγουδά δυνατά και μιλά μόνος του. Αναγνωρίζονται στα λόγια του οι παραληρητικές ιδέες δίωξης και θρησκευτικού περιεχομένου που εκφράζει.

Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για τις βασικές του ανάγκες: ασφάλεια, σίτιση, ενυδάτωση, ούρηση και αφόδευση.

18/3/2018: Παρουσιάζει αποδιοργάνωση σκέψης και λόγου (εκφράσεις οι οποίες δεν συνδέονται μεταξύ τους, δεν βγάζουν κάποιο νόημα) και αναίτιους γέλωτες. Γίνεται τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής από αλοπεριδόλη σε ενέσιμη (ενδομυϊκή) αριπιπραζόλη amp 7,5mg x2/24ωρο. Λοιπή αγωγή ως έχει.

24/3/2018: Διακοπή της ενέσιμης διαζεπάμης και έναρξη από του στόματος λοραζεπάμης, tb 2,5mg: 0,5x3/24ωρο.

Γίνεται άρση των περιοριστικών μέτρων. Ο ασθενής κινητοποιείται αλλά παραμένει η αποδιοργάνωση συμπεριφοράς, η οποία εντείνεται τις βραδινές ώρες. Έτσι για την προστασία του περιορίζεται προσωρινά στην κλίνη του στο ένα άνω άκρο πριν τη νυχτερινή κατάκλιση κάθε βράδυ και αποπεριορίζεται το πρωί.

Νοσηλευτική Διάγνωση των προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Νοσηλευτικού Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
<p>I. Επιθετική συμπεριφορά (λεκτική και σωματική) προς άλλους λόγω παραληρητικών ιδεών δίωξης.</p>	<p>1. Ο ασθενής θα πρέπει να νιώσει ασφάλεια μέσα στο περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, ώστε να μην εκφράζεται επιθετικά (λεκτικά και σωματικά).</p>	<p>1. Διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή, με μειωμένους κινδύνους και ερεθίσματα, που θα μπορούσαν να πυροδοτήσουν μια βίαιη συμπεριφορά.</p>	<p>1 Α. Τοποθέτηση του ασθενή σε μονό θάλαμο έως ότου υποχωρήσει η επιθετικότητα του και ο περιορισμός των άκρων δεν θεωρείται πλέον αναγκαίος.</p> <p>1 Β. Έλεγχος των προσωπικών αντικειμένων αλλά και των αντικειμένων εντός του δωματίου και απομάκρυνση οποιονδήποτε επικίνδυνων αντικειμένων που θα μπορούσαν να προκαλέσουν σωματική βλάβη (π.χ. κορδόνια, καθρέφτες, αναπτήρας κ.τ.λ.)</p> <p>1 Γ. Μείωση των εξωτερικών ερεθισμάτων όπως διατήρηση της ησυχίας, όχι έντονοι θόρυβοι και φωνές, επαρκής φωτισμός εντός του δωματίου, όχι άμεση σωματική επαφή, ώστε να μην ενισχύονται οι</p>	<p>1 Α. Ο ασθενής φαίνεται πιο ήρεμος μετά από την πάροδο μερικών ημερών και η περιδέρση έχει περιοριστεί πλέον μόνο στο ένα άκρο. Δεν εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά κάθε φορά που τον επισκέπτεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.</p> <p>1 Β. Ο ασθενής δεν έχει κανένα απολύτως επικίνδυνο αντικείμενο στην κατοχή του και το περιβάλλον του είναι απόλυτα ασφαλές τόσο για τον ίδιο όσο και για τους γύρω του.</p> <p>1 Γ. Η διατήρηση της ησυχίας και η μείωση των εξωτερικών ερεθισμάτων τόσο από το περιβάλλον όσο και από τον ανθρώπινο παράγοντα φαίνεται πως βοηθούν στην σταδιακή μείωση</p>

	<p>2. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει πως ο νοσηλευτής έχει σκοπό να του προσφέρει βοήθεια και έτσι να δομήσει μια θεραπευτική σχέση μαζί του η οποία θα βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη.</p>	<p>2. Σταδιακή προσέγγιση του ασθενή, μέσω της χρήσης τεχνικών επικοινωνίας.</p>	<p>παραληρητικές ιδέες του ασθενή.</p> <p>2 Α. Η λεκτική επικοινωνία πραγματοποιείται με ξεκάθαρες, λιτές προτάσεις και με καθαρή, σταθερή φωνή από το νοσηλευτή. Μιλώντας στον ασθενή στο β' πληθυντικό πρόσωπο και αποκαλώντας τον με το επώνυμό του, του αποδίδεται ο απαραίτητος σεβασμός. Αποφεύγονται μορφασμοί ή νοήματα που μπορεί να παρερμηνευτούν.</p> <p>2 Β. Η τακτική παρουσία του νοσηλευτή στο πλευρό του ασθενή γίνεται αρχικά για να εκπληρωθούν οι βιοτικές του ανάγκες και δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για ό,τι βιώνει και για το πώς νιώθει ο ασθενής. Παράλληλα ενθαρρύνεται συνεχώς λεκτικά και μη λεκτικά (με τη χρήση της σιωπής) να εκφράζει τα συναισθήματά του. Του δίνεται χρόνος να εκφραστεί.</p>	<p>των εμφανίσεων του παραληρήματος του ασθενή.</p> <p>2 Α. Ο ασθενής φαίνεται πως έχει συνηθίσει την παρουσία του προσωπικού και μοιάζει ικανοποιημένος από την συμπεριφορά που δείχνουν και γι αυτό και ο ίδιος φέρεται ευγενικά.</p> <p>2 Β. Ο ασθενής φαίνεται πως σιγά σιγά δείχνει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς τις 2 τελευταίες μέρες εκφράζει τα αισθήματα φόβου που νιώθει. Καλεί το νοσηλευτή, όποτε τον χρειάζεται.</p>
--	---	--	--	---

Νοσηλευτική Διάγνωση των προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
<p>Π. Άγχος το οποίο προκαλείται από τις παραληρητικές ιδέες διωκτικού τύπου του ασθενή.</p>	<p>Ο ασθενής θα πρέπει να νιώσει ότι δεν απειλείται εντός της κλινικής και να διδαχτεί πως μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος του.</p>	<p>1. Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή με μειωμένους κινδύνους και ερεθίσματα, που θα μπορούσαν να του ενισχύουν το άγχος ότι κάποιος τον διώκει.</p>	<p>1 Α. Τοποθέτηση του ασθενή σε μονό θάλαμο έως ότου υποχωρήσει η αίσθηση πως κάποιος τον διώκει. Αποφυγή επισκέψεων από οικεία ή άλλα πρόσωπα τα οποία δείχνει να φοβάται.</p> <p>1 Β. Μείωση των εξωτερικών ερεθισμάτων όπως διατήρηση της ησυχίας, όχι έντονοι θόρυβοι και φωνές, επαρκής φωτισμός εντός του δωματίου, όχι άμεση σωματική επαφή, ώστε να μην ενισχύονται οι παραληρητικές ιδέες του ασθενή και αγχώνεται περισσότερο.</p> <p>1Γ. Τακτική παρουσία στο πλευρό του, του υπενθυμίζεται ότι δεν είναι μόνος του και διαβεβαιώνεται ότι μπορεί να ζητά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό όποτε θελήσει.</p>	<p>1 Α. Ο ασθενής φαίνεται πιο ήρεμος με την πάροδο των ημερών, η αίσθηση πως κάποιος τον διώκει υποχωρεί, το ίδιο και το άγχος του.</p> <p>1 Β. Η διατήρηση του ήρεμου περιβάλλοντος φαίνεται πως βοηθά τον ασθενή να ηρεμεί και να νιώθει ασφάλεια εντός του δωματίου του, δίνοντάς του την δυνατότητα να κοιμάται καλά χωρίς φόβο και μειώνοντας το άγχος του κατά την διάρκεια της ημέρας.</p> <p>1Γ. Ο ασθενής καλεί το νοσηλευτή να τον βοηθήσει, δείχνει εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του και επικοινωνεί τους φόβους του και το άγχος του.</p>

		<p>2. Χρήση κατάλληλων τεχνικών με σκοπό την ουσιαστική μείωση του άγχους.</p>	<p>2. Παρότρυνση του ασθενή για καθημερινή άσκηση εντός της κλινικής (π.χ. περπάτημα στον κήπο), ακρόαση μουσικής της αρεσκείας του, διαμόρφωση της διαίτας του έτσι ώστε πριν τον ύπνο να μην καταναλώνει βαριά γεύματα και να προτιμά ένα ποτήρι γάλα με μέλι, αποφυγή ουσιών όπως η νικοτίνη, η καφεΐνη και άλλες ψυχοδιεγερτικές ουσίες που μπορεί να ενισχύσουν το άγχος λόγω της διέγερσης που προκαλούν. Τέλος, η χορήγηση υπναγωγού, εάν προβλέπεται βάση ιατρικής οδηγίας, χορηγείται πριν την βραδινή κατάκλιση.</p>	<p>2. Ο ασθενής ακολουθώντας τις συμβουλές του νοσηλευτικού προσωπικού διαμορφώνει καλύτερα την διατροφή του και μεγάλο μέρος της ημέρας ακούει εκκλησιαστική μουσική η οποία όπως αναφέρει τον χαλαρώνει. Παίρνει τα φάρμακά του τις ώρες που του υποδεικνύει το προσωπικό και έχει ικανοποιητική έλευση ύπνου με λίγες ή καθόλου διακοπές κατά τη διάρκεια της νύχτας και φυσιολογική πρωινή έγερση. Ωστόσο, αρνείται ακόμα να βγει έξω από το δωμάτιο καθώς όπως αναφέρει δεν εμπιστεύεται τους άλλους ασθενείς.</p>
		<p>3. Συμμετοχή του ασθενή σε ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες.</p>	<p>3. Παρότρυνση του ασθενή να λάβει μέρος στις ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες ώστε να αποκτήσει εναισθησία για τους λόγους που νιώθει άγχος.</p>	<p>3. Ο ασθενής δέχτηκε να συμμετέχει, μόνο όμως σε ατομική ψυχοθεραπεία καθώς δεν εμπιστεύεται τους άλλους νοσηλευόμενους και δεν θέλει να μοιραστεί τις σκέψεις του μαζί τους.</p>

Β' Μελέτη Περιστατικού

Ατομικό ιστορικό:

Όνοματεπώνυμο:	A.Z.
Φύλο:	Θήλυ
Ηλικία:	43 ετών
Τόπος διαμονής:	Επαρχία Ν. Αχαΐας
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμος, μένει με την υπερήλικη μητέρα της, αλλά την επιβλέπει στα θέματα υγείας η αδερφή της, η οποία μένει κοντά τους με τη δική της οικογένεια.
Εκπαίδευση:	Τρεις τάξεις δημοτικού.
Επάγγελμα:	Συνταξιούχος πρόνοιας.
Βάρος:	48 kg
Ύψος:	1.60cm
Θρησκεία:	X.O.
Ημερομηνία Εισόδου:	22/5/2018

Διάγνωση εισόδου: Διαταραχές συμπεριφοράς επί εδάφους υποτροπής σχιζοφρένειας.

Παρούσα κατάσταση: Η ασθενής προσήλθε για νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου συνοδευόμενη από την αδερφή της και τον σύζυγο της αδερφής της, οι οποίοι, αν και δεν μένουν μαζί της, φροντίζουν να έχει η ασθενής τακτική ιατρική παρακολούθηση και έναν υποτυπώδη έλεγχο σε αραιά τακτικά διαστήματα για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Αναφέρουν ότι στην παρούσα φάση η ασθενής πήρε ένα σκοινί και το έδεσε στο λαιμό της και προσπάθησε να πνιγεί. Το τελευταίο διάστημα, για μια εβδομάδα περίπου αρνείται να σιτιστεί και να λάβει υγρά από το στόμα. Η ασθενής είναι εμφανώς αδυνατισμένη, με παραμελημένη εμφάνιση, ρούχα αταίριαστα για την ηλικία της και την εποχή (παλιομοδίτικα), απεριποίητη και ρυπαρή. Δείχνει αναστατωμένη και φοβισμένη. Αναφέρουν ότι περιφερόταν μέσα στο σπίτι της άσκοπα και με αγωνία έλεγε ότι την κυνηγούν να την σκοτώσουν. Αναφέρουν επίσης, ότι η μητέρα της ασθενούς είναι σίγουρη ότι λαμβάνει σωστά τη φαρμακευτική αγωγή, αφού της την χορηγεί ή ίδια.

Ιατρικό ιστορικό: Η ασθενής έχει ιστορικό ήπιας νοητικής υστέρησης διαγνωσμένο από την παιδική της ηλικία και επίσης πάσχει από σχιζοφρένεια, η οποία τέθηκε ως διάγνωση μετά την πρώτη της νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική, όταν ήταν 21 χρονών. Φαίνεται όμως ότι έπασχε από προηγούμενα χρόνια, αλλά λόγω της ήπιας νοητικής υστέρησης δεν ήταν ικανή η ίδια να επικοινωνήσει τα προβλήματά της ώστε να έχει την κατάλληλη αντιμετώπιση. Έκτοτε έχει κάποιες νοσηλείες σε ψυχιατρική κλινική στις υποτροπές της νόσου, οι οποίες συνέβαιναν σε ψυχοπιεστικά γεγονότα πχ. όταν πέθανε ο πατέρας της ασθενούς ή όταν παντρεύτηκε η αδερφή της και έφυγε από το σπίτι. Αναφέρεται ότι σε γενικές γραμμές συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική της αγωγή διότι είναι πάντα υπό την επίβλεψη οικείου προσώπου. Είναι σε τακτική παρακολούθηση από ιδιώτη ψυχίατρο και λαμβάνει την εξής φαρμακευτική αγωγή, σταθερή τους τελευταίους τρεις μήνες: tb αριπιπραζόλη 20mg/24ωρο, tb σερτραλίνη 150mg/24ωρο και λοραζεπάμη 2,5mg/24ωρο.

Κοινωνικό ιστορικό: Η ασθενής ποτέ δεν εργάστηκε λόγω της ήπιας νοητικής υστέρησης, αφού δεν είχε λάβει και κάποια αντίστοιχη εκπαίδευση. Έκανε εύκολες οικιακές εργασίες πάντα υπό την επίβλεψη της μητέρας της και της αδερφής της. Δεν έχει μάθει να κυκλοφορεί μόνη της έξω από το σπίτι, πάντα συνοδευόταν από οικείο πρόσωπο. Τον

τελευταίο χρόνο αυτό την έχει δυσκολέψει πολύ διότι η μητέρα της, αν και διατηρεί πολύ καλό επίπεδο επικοινωνίας, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει κινητικά και έτσι αναγκάζεται και η ασθενής να παραμένει για αρκετό καιρό μέσα στο σπίτι. Η αδερφή της την συνοδεύει όταν χρειάζεται να επισκεφτεί τον ιατρό της. Η ίδια λαμβάνει σύνταξη από την πρόνοια λόγω αναπηρίας.

Πορεία νόσου:

22/5/2018

Η ασθενής εκφράζει έντονα παραληρητικές ιδέες δίωξης (έντονο φόβο για τη σωματική της ακεραιότητα και για την ίδια τη ζωή της: «θα με φάνε τα σκυλιά, θα με πνίξουν στη θάλασσα, θα με χτυπήσουν, θα μου κόψουν το λαιμό, δεν πάω στο δωμάτιο μου, δεν πάω στο κρεβάτι μου, με περιμένουν να με σκοτώσουν κλπ»). Υπό το φόβο ότι την κυνηγούν για να της κάνουν κακό θέλει να πεθάνει. Παρακαλά «κόψε μου το κεφάλι δεν αντέχω...». Ιδιαίτερα αγχωμένη, δεν αντέχει τις ιδέες, την ανασφάλεια. Κάθεται κοντά στο νοσηλευτικό σταθμό, νιώθει ασφαλής μαζί μας. Πιέζει να καθίσει στην καρέκλα δίπλα μας.

Έχει παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης: Αρνείται να σιτιστεί μόνη της. Το νοσηλευτικό προσωπικό της χορήγησε με μεγάλη δυσκολία γιαούρτι που το άνοιξε μπροστά της και ζελέ. Έλαβε μικρή ποσότητα νερού.

Δεν κοιμάται στο δωμάτιο της, κοιμάται σε κλίνη του διαδρόμου, όπου έχει επαρκή φωτισμό και τη νύχτα και είναι κοντά στον νοσηλευτικό σταθμό. Κατά τον ύπνο το σώμα της παίρνει παράδοξες στάσεις. Είναι αποσυρμένη, δεν μιλά με κανέναν, παρά μόνο όταν το προσωπικό της κλινικής της απευθύνει τον λόγο. Απαντά τα ίδια πράγματα, όταν ερωτηθεί τι κάνει.

Τέθηκε σε διασταυρούμενη αλλαγή αντιψυχωτικής αγωγής με ολανζαπίνη 20mg/24ωρο, χορηγείται σταθερά η αντικαταθλιπτική αγωγή με σερτραλίνη στα 150mg και αυξήθηκε η χορήγηση αγχόλυσης με λοραζεπάμη 2,5mg διαιρούμενη σε tb 1/2-1/2- 1 στη διάρκεια της ημέρας. Τίθεται σε συχνή παρακολούθηση βάσει του πρωτοκόλλου παρακολούθησης του αυτοκτονικού αρρώστου.

30/5/2018

Στην παρούσα φάση δεν εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό, παραμένει όμως ακόμα αποσυρμένη, δεν συμμετέχει στις ομάδες της κλινικής, στην εργοθεραπεία, δεν συνομιλεί με κανέναν, μόνο κατ'επίκληση στο προσωπικό της κλινικής. Αναφέρεται στα ίδια θέματα με ευσυγκινησία πλέον. Ωστόσο, δείχνει να φοβάται λιγότερο. Με μεγάλη παρότρυνση και με τη συνεχή παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού δίπλα της τρώει κανονικά το φαγητό του νοσοκομείου, αλλά στην κλίνη της στο δωμάτιο της. Δεν είναι ικανή να αναλάβει την προσωπική της υγιεινή και γίνεται λουτρό καθαριότητας με παρακίνηση και βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό. Γίνεται διασταυρούμενη αλλαγή της αντικαταθλιπτικής αγωγής με έναρξη βενλαφαζίνης 75mg/24ωρο, η οποία αυξάνεται στις 4/6/18 στα 150mg/24ωρο και στις 7/6/18 στα 225mg/24ωρο. Η σερτραλίνη σε σταδιακή μείωση ανά 50mg και τελική διακοπή αυτής στις 7/6/2018. Η αριπιπραζόλη μειώνεται σταδιακά και διακόπτεται στις 4/6/2018. Παραμένει σταθερή η χορήγηση της αγχόλυσης.

8/6/2018

Η ασθενής είναι ευδιάθετη, έχουν υποχωρήσει εντελώς οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, έχει διάθεση επικοινωνίας, αλλά είναι μειωμένη λόγω της κοινωνικής καθυστέρησης που της υπέβαλλε η νοητική της υστέρηση. Κινητοποιείται στην κλινική μόνη της, βγαίνει στον κήπο, πηγαίνει στην τραπεζαρία για φαγητό μόνη της, χαμογελά, φροντίζει για την προσωπική της υγιεινή, φροντίζει τον προσωπικό της χώρο και τα πράγματά της. Έχει αναπτύξει μικρή σχέση με την ασθενή που είναι στον ίδιο θάλαμο. Συμμετέχει κυρίως ως φυσική παρουσία στις ομάδες της κλινικής. Στο επισκεπτήριο με τους οικείους έχει πολύ καλή επικοινωνία. Εκφράζει την επιθυμία να πάει σπίτι της. Η φαρμακευτική αγωγή διαμορφώνεται ως εξής:

μειώνεται η αγχώλυση, λοραζεπάμη 4,5mg/24ωρο, το ίδιο και η αντικαταθλιπτική αγωγή, βενλαφαξίνη 150mg/24ωρο και η αντιψυχωτική παραμένει ως έχει, ολανζαπίνη στα 20mg/24ωρο.

10/6/2018

Η ασθενής έχει σταθερή βελτίωση και λαμβάνει εξιτήριο από την κλινική με φαρμακευτική αγωγή ως έχει, με σκοπό να μειωθεί η αγχώλυση στο καλύτερο εφικτό αποτέλεσμα σε εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, την οποία θα έχει από τον ιδιώτη ιατρό που την παρακολουθούσε πριν την εισαγωγή της στην κλινική. Στο εξιτήριο την συνοδεύουν η αδερφή της με τον σύζυγο της.

Νοσηλευτική Διάγνωση των προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
<p>I. Επιθετική συμπεριφορά προς τον εαυτό της (απόπειρα αυτοκτονίας) η οποία σχετίζεται με τις παραληρητικές ιδέες δίωξης της ασθενούς.</p>	<p>1. Η ασθενής θα πρέπει να νιώσει ασφάλεια μέσα στο περιβάλλον το οποίο βρίσκεται, όπου θα ελαχιστοποιείται και η δυνατότητα να πραγματοποιήσει τις ιδέες αυτοκτονίας που σκέφτεται.</p>	<p>1. Διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για την ασθενή, με μειωμένους κινδύνους και ερεθίσματα που θα μπορούσαν να συμβάλουν σε μια πιθανή νέα απόπειρα αυτοκτονίας από την ασθενή.</p>	<p>1 Α. Τοποθέτηση της ασθενούς σε θάλαμο με συγκάτοικο έτσι ώστε να μην είναι εύκολο για την ίδια να επιχειρήσει μια νέα απόπειρα.</p> <p>1 Β. Έλεγχος των προσωπικών αντικειμένων της ασθενούς και απομάκρυνση εκείνων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να βλάψει (π.χ κορδόνια, καθρέφτες) τον εαυτό της. Επίσης γίνεται τακτικός έλεγχος των αντικειμένων της κλινικής και απομάκρυνση επικίνδυνων υλικών (π.χ μαχαιροπίρουνα, καθρέφτες), αλλά και επιβεβαίωση της ασφάλειάς της (ασφαλισμένα παράθυρα και πόρτες).</p>	<p>1 Α. Η ασθενής φαίνεται ήρεμη μετά την πάροδο μερικών ημερών και δεν έχει επιχειρήσει εκ νέου απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, δεν φαίνεται να είναι ευχαριστημένη με την παρουσία της συγκατοίκου της στο δωμάτιο την οποία και αποφεύγει επιδεικτικά καθώς δεν την εμπιστεύεται.</p> <p>1 Β. Η ασθενής δεν έχει κανένα απόλυτως επικίνδυνο αντικείμενο στην κατοχή της και το περιβάλλον της είναι απόλυτα ασφαλές.</p>

2. Η ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει πως ο νοσηλευτής έχει ως στόχο να της προσφέρει βοήθεια και να διαμορφώσει μαζί της μια θεραπευτική σχέση η οποία θα βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη.

2. Σταδιακή προσέγγιση της ασθενούς με προγραμματισμό ατομικών συναντήσεων, μέσα από τις οποίες η ασθενής θα εκφράζει τα συναισθήματά της στον νοσηλευτή.

1 Γ. Συνεχής έλεγχος της ασθενούς, ιδιαίτερα το πρώτο εικοσιτετράωρο για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Διαμόρφωση και εφαρμογή προγράμματος ελέγχου κάθε 15-20 λεπτά από τον νοσηλευτή, ώστε να γνωρίζει ανά πάσα ώρα και στιγμή που βρίσκεται η ασθενής. Τέλος, έλεγχος για την κατάποση των φαρμάκων που δίνονται per os.

2 Α. Η λεκτική επικοινωνία πραγματοποιείται με ξεκάθαρες, λιτές προτάσεις και με καθαρή, σταθερή φωνή από τον νοσηλευτή. Μιλώντας της στο β' πληθυντικό πρόσωπο και αποκαλώντας την με το επώνυμό της, της αποδίδεται ο απαραίτητος σεβασμός. Αποφεύγονται μορφασμοί ή νοήματα που μπορεί να παρερμηνευτούν

1 Γ. Δεν παρατηρήθηκε καμία κίνηση από μέρους της για την προσπάθεια νέας απόπειρας. Με την πάροδο των ημερών η ασθενής ελεγχόταν τακτικά από τους νοσηλευτές για το που βρίσκεται, τι κάνει και αν λαμβάνει την αγωγή της κανονικά. Η ασθενής φαινόταν ήρεμη και συνεργάσιμη και πλήρως εξοικειωμένη με την παρουσία των νοσηλευτών με τους οποίους πολλές φορές καθόταν κοντά καθώς ένιωθε ασφάλεια όπως ανέφερε.

2 Α. Η ασθενής φαίνεται πως έχει συνηθίσει την παρουσία του προσωπικού και μοιάζει ικανοποιημένη από την συμπεριφορά που δείχνουν και γι αυτό και η ίδια δείχνει να φέρεται ευγενικά.

2 Β. Τακτική παρουσία του νοσηλευτή στο πλευρό της, αρχικά να εκπληρωθούν οι βιοτικές της ανάγκες και παράλληλα δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για ό,τι βιώνει και για το πώς νιώθει η ασθενής. Παράλληλα ενθαρρύνεται συνεχώς λεκτικά και μη λεκτικά (με τη χρήση της σιωπής) να εκφράζει τα συναισθήματά της. Της δίνεται χρόνος να εκφραστεί.

2 Β. Η ασθενής φαίνεται πως σιγά σιγά δείχνει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς τις 2 τελευταίες μέρες εκφράζει τα αισθήματα φόβου που νιώθει. Καλεί το νοσηλευτή, όποτε τον χρειάζεται.

Νοσηλευτική Διάγνωση των προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
<p>Π. Κοινωνική απόσυρση η οποία προκαλείται από της παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης και δίωξης.</p>	<p>1. Η ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι δεν κινδυνεύει εντός της κλινικής και να μάθει να συναναστρέφεται κοινωνικά με τους υπόλοιπους ασθενείς χωρίς να φοβάται πως θα της κάνουν κακό. Θα πρέπει να δοθούν ευκαιρίες για την μείωση της απομόνωσής της αλλά και την έκφραση των συναισθημάτων της.</p>	<p>1. Ενθάρρυνση της ασθενούς να συμμετέχει ενεργά στις καθημερινές δραστηριότητες της κλινικής μαζί με τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους χωρίς να φοβάται πως κάτι θα της συμβεί και ουσιαστική επικοινωνία τόσο με τα άτομα εντός της κλινικής, όσο και με τα οικεία της πρόσωπα.</p>	<p>1 Α. Τοποθέτηση της ασθενούς σε γυναικείο θάλαμο των τριών ατόμων (εφόσον έχει προηγηθεί σταθεροποίηση της κατάστασής της), ώστε να μάθει να επικοινωνεί αλλά και να ξεκινήσει να εμπιστεύεται τους γύρω της διαμορφώνοντας έτσι κοινωνικές σχέσεις.</p> <p>1 Β. Ενθάρρυνση της ασθενούς να συμμετέχει στις ομαδικές δραστηριότητες της κλινικής όπως στην παρακολούθηση μιας ταινίας, στους περιπάτους έξω στην αυλή, στην ακρόαση ραδιοφώνου στην αίθουσα αναψυχής και στην δημιουργία χειροτεχνιών στις αίθουσες δημιουργίας.</p>	<p>1 Α. Στην αρχή η ασθενής δεν φάνηκε ικανοποιημένη με την μεταφορά της σε τρίκλινο θάλαμο, ήταν απόμακρη και δεν μιλούσε στις συγκατοίκους της ενώ δυσκολευόταν να κοιμηθεί το βράδυ γιατί δεν τις εμπιστευόταν. Ωστόσο, πλέον έχει αναπτύξει μια συμπάθεια με την μια από αυτές, με την οποία και έχει αρχίσει να συνομιλεί.</p> <p>1 Β. Παρά την προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού η ασθενής δυσκολεύεται πολύ να συμμετέχει σε κοινές δραστηριότητες με τους άλλους νοσηλευόμενους. Αρνείται να κάνει πράγματα με τους άλλους ασθενείς αν δεν είναι παρόν κάποιος από το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αισθάνεται ασφαλής.</p>

		<p>2. Ενθάρρυνση της ασθενούς να συμμετέχει στις ομαδικές αλλά και ατομικές συναντήσεις με την ψυχολόγο της κλινικής μέσα από τις οποίες θα μπορεί να εκφράζει τους φόβους και τα συναισθήματά της και προσωπικά με την ειδικό αλλά και παρουσία των άλλων ασθενών.</p>	<p>1 Γ. Παρότρυνση τόσο της ασθενούς, όσο και του υποστηρικτικού δικτύου για καθημερινές συναντήσεις κατά την διάρκεια παραμονής της εντός της κλινικής, ώστε να νιώθει την παρουσία των αγαπημένων της ατόμων και να έρχεται σε επαφή μαζί τους.</p> <p>2. Συμμετοχή της ασθενούς στις συναντήσεις με την ψυχολόγο τόσο στις ατομικές όσο και στις ομαδικές, αρχικά με την παρουσία του νοσηλευτή εντός της αίθουσας και ύστερα μόνη της.</p>	<p>1 Γ. Η ασθενής δέχτηκε με χαρά να συναντά την αδερφή της και τον σύζυγό της οι οποίοι την επισκέπτονται κάθε Παρασκευή, Σαββάτο και Κυριακή. Περνούν ποιοτικό χρόνο μαζί και συζητούν για το πόσο θέλουν να ξαναγυρίσουν στο σπίτι όλοι μαζί όταν η ασθενής θα είναι σε θέση. Η ασθενής ανυπομονεί κάθε εβδομάδα να έρθει η στιγμή που θα συναντηθεί με τους οικείους της, αλλά και το υποστηρικτικό δίκτυο δεν απουσιάζει ποτέ από τις προβλεπόμενες συναντήσεις.</p> <p>2. Αρχικά η ασθενής δεν επικοινωνούσε καθόλου λεκτικά ούτε στις ομαδικές αλλά ούτε και στις ατομικές συνεδρίες καθώς ένιωθε πως δεν είναι ασφαλής. Με την πάροδο των ημερών και την υποστήριξη του νοσηλευτή ξεκίνησε να εκφράζει τα συναισθήματα και τους φόβους της στην ψυχολόγο, την οποία πλέον εμπιστεύεται χωρίς την παρουσία του νοσηλευτή. Ωστόσο, αρνείται να μιλήσει μπροστά</p>
--	--	--	--	--

				στους άλλους νοσηλευόμενους καθώς συνεχίζει να μην τους εμπιστεύεται και προτιμά να κάθεται ως ακροατής χωρίς όμως να απαιτεί την παρουσία του νοσηλευτή.
--	--	--	--	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια αναφέρεται και ως η «βασίλισσα των ψυχικών διαταραχών» στους κύκλους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διότι αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η αλλοίωση που προκαλεί στον ψυχισμό του ασθενή είναι εξαιρετικά μεγάλη, καθώς διαστρεβλώνει τόσο την εξωτερική όσο και την εσωτερική του πραγματικότητα, γεγονός που οδηγεί το άτομο σε επικίνδυνες καταστάσεις. Η διαστρέβλωση αυτή της πραγματικότητας χαρακτηρίζεται από τις διαταραχές που προκαλούνται στην ομιλία, τη σκέψη, το συναίσθημα, την αντίληψη και τη συμπεριφορά. Υπολογίζεται πως τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής, αφού η διαταραχή έχει συνδεθεί με το κάπνισμα, την παχυσαρκία, τον καθιστικό τρόπο ζωής και την αυτοκτονικότητα. Ωστόσο, δεν έχει αντίκτυπο μόνο στο άτομο αλλά και στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, καθώς η αδυναμία του να προσαρμοστεί μέσα στο περιβάλλον το οποίο ζει δεν του επιτρέπει να δομήσει μια φυσιολογική ζωή με αποτέλεσμα την κοινωνική του απομόνωση και αποξένωση.

Αν και η ακριβής αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν είναι γνωστή μέχρι και σήμερα, πολλοί είναι εκείνοι οι παράγοντες που θέλουν να εμπλέκονται με την εμφάνισή της (π.χ. μετανάστευση, κληρονομικότητα, φτώχεια, ανεργία, κακοποίηση κ.τ.λ.).

Η διάγνωσή της ξεκινά με την αναγνώριση της μη φυσιολογικής λειτουργίας του εγκεφάλου και τη χρήση των ταξινομικών συστημάτων DSM-V και ICD-10. Όταν γίνει η επίσημη διάγνωση τότε επιλέγεται και από τον θεράποντα ιατρό και η κατάλληλη αντιψυχωτική θεραπεία.

Η πληθώρα των προβλημάτων με την οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια καθημερινά είναι αρκετά μεγάλη. Γι' αυτόν τον λόγο δίνεται μεγάλη σημασία στη δυναμική της φαρμακευτικής θεραπείας, την πρόληψη αλλά και την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, την παρουσία του οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου το οποίο παίζει πρωτεύοντα ρόλο, την ψυχοεκπαίδευση, την παροχή μετανοσοκομειακής φροντίδας, την κοινωνική μέριμνα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια επιθυμεί να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό του πλάνο. Ωστόσο, για να μπορεί να γίνει κάτι τέτοιο εφικτό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να βρίσκεται και στο κατάλληλο λειτουργικό επίπεδο. Περίοδοι όπου έχουμε την εμφάνιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου ή ο ασθενής βιώνει κάποια υποτροπή δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του με οποιονδήποτε τρόπο. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, καθώς και από οποιαδήποτε άλλη ψυχική διαταραχή, να γίνονται αποδεκτά και να δέχονται την κατάλληλη υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό τους δίκτυο. Σε καμία περίπτωση δεν θα έπρεπε να περιθωριοποιούνται άτομα τα οποία κατά τύχη γεννήθηκαν με κάποια ψυχική διαταραχή. Γι' αυτό είναι σημαντική η αποστολή των νοσηλευτών και ιδιαίτερα των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας, οι οποίοι μπορούν και πρέπει να βάλουν τους δομητήριους λίθους, ώστε να εκπαιδεύσουν τις οικογένειες και τα μέλη της κοινωνίας γενικότερα για την ανθρώπινη αντιμετώπιση όλων των ψυχικά ασθενών.

Ίσως και τον πιο σημαντικό ρόλο μετά τον νοσηλευτή και κάθε επαγγελματία υγείας που ασχολείται με τη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια, τον έχει η οικογένεια. Το μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπών δημιουργείται εξαιτίας της διακοπής των φαρμάκων από τους ασθενείς. Είναι γνωστό ότι στις περισσότερες περιπτώσεις χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων οι παρενέργειες είναι τόσο έντονες που οι ασθενείς θέλοντας να τις αναστείλουν διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε ποσοστό σχεδόν 100% σε εκείνους που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον. Γι' αυτό η οικογένεια μπορεί να

παίζει καταλυτικό ρόλο στην πρόληψη των υποτροπών γεγονός που δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα να παραμείνει σταθερός και να φτάσει το μέγιστο των δυνατοτήτων του.

Έτσι, το έργο του νοσηλευτή συνεχίζεται και μετά τη διακοπή της νοσηλείας του ασθενή, στηρίζοντας την οικογένεια και προσφέροντας τις γνώσεις του με σκοπό να ρίξει φως σε κάθε μελανό σημείο που θα μπορούσε να δημιουργήσει προβλήματα στον οικογενειακό πυρήνα. Το έργο του είναι πολύπλευρο λαμβάνοντας τους ρόλους του εκπαιδευτικού, του αρωγού, του θεραπευτή, του συμβούλου και πολλών άλλων με κύριο μέλημά του την επίτευξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας του ασθενή και της επανένταξής του στο κοινωνικό σύνολο, για να ζήσει μια φυσιολογική ζωή μέσα στην οποία θα είναι ικανοποιημένος.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ως μελλοντικοί στόχοι γύρω από το θέμα της σχιζοφρένειας μπορεί σίγουρα να θεωρηθεί η περαιτέρω διερεύνηση για την αιτία ή τις αιτίες εκείνες της εκδήλωσης σχιζοφρένειας στον πληθυσμό, που θα μπορούσαν να δώσουν την απάντηση ακόμα και για την ίδια τη θεραπεία της με σκοπό την εξάλειψή της. Επίσης, εξίσου σημαντική παραμένει και η έρευνα όλων εκείνων των παραγόντων που θεωρούνται ως το «ένανσμα» το οποίο πυροδοτεί την εμφάνιση της νόσου, μέσα από το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Ακόμα, η πρόοδος στη βιολογία και τις απεικονιστικές μεθόδους θα μπορούσαν να συμβάλουν σημαντικά στην ανακάλυψη φαρμάκων με πιο στοχευμένη δράση τα οποία θα επιφέρουν λιγότερες έως και ελάχιστες παρενέργειες και πιθανότατα να είχαν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Ακόμα, πολύ σημαντικός στόχος για τον ίδιο τον νοσηλευτή, πρέπει να θεωρηθεί η περαιτέρω εκπαίδευσή του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να στοχεύσει στην καλλιέργεια της προσωπικότητάς του, διαμορφώνοντας το ήθος ενός αξιόλογου επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αρετές όπως η ενσυναίσθηση, η αλληλεγγύη, η κατανόηση, η συμπόνια και η αντιρατσιστική συμπεριφορά, αποτελούν μερικά από τα βασικά του εφόδια με σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας. Επίσης, είναι σημαντικό εκτός των άλλων να επανδρωθεί με τα κατάλληλα μέσα για την έγκαιρη διεκπεραίωση δυσκολιών που προκύπτουν από την προσπάθειά του να προσφέρει θεραπευτική φροντίδα υγείας στην καθημερινή πράξη. Δυσκολίες όπως η παρουσία άλλων προσωπικών συγκρούσεων, οι προσωπικές του αντιστάσεις που μπορεί να ανακύπτουν κατά την επαφή του με τον ασθενή και τέλος τα δικά του προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, είναι μερικά από τα πιθανά θέματα που προκύπτουν στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική.

Τέλος, φλέγον θέμα μέχρι και σήμερα, παρά τις εντυπωσιακές εξελίξεις στην ιατρική και την τεχνολογία, παραμένει η στάση της κοινωνίας απέναντι σε όλα τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα εκείνα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η κοινωνία μας συνεχίζει να ασπάζεται οπισθοδρομικές και παγιωμένες απόψεις, προκαταλήψεις, ταμπού και στερεότυπα. Γι' αυτό κύριο μέλημα των επιστημών υγείας αλλά και της επίσημης πολιτείας είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου με σκοπό την αλλαγή της νοοτροπίας του, αλλά και η επιδίωξη παροχής φροντίδας πιο ποιοτικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας προς κάθε λήπτη ψυχικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^η Έκδοση). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publishing.
- Bennett P. (2010), «Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία», Εκδόσεις: Πεδίο, Αθήνα.
- Dewit Susan C. (2009), «Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική, έννοιες και πρακτική», Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Donald W., Black M.D & Nancy C. Andreasen M.D, PHD (2011), «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα.
- Doran C. (2013), «Prescribing Mental Health Medication. The practioner's guide», Taylor & Francis Group Editions, New York, America.
- Eby Linda & Brown Nancy (2009), «Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία», Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Garrabe Z. (2011), «Η Σχιζοφρένεια, 100 χρόνια για να την κατανοήσουμε, κοινός τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών και επιστημών του Ανθρώπου», Εκδόσεις: Συνάψεις, Αθήνα.
- Getzfelt R.A (2009), «Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας», Εκδόσεις: GOTSIS, Πάτρα.
- Hannigan Ben & Coffey Michael (2010), «Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Harrison (2015), «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.
- Kaplan & Sadock's V.A (2012), «Εγχειρίδιο κλινικής Ψυχιατρικής», Εκδόσεις: Λίτσα, Αθήνα.
- Katona C., Cooper C. & Roberston M. (2015), «Η ψυχιατρική με μια ματιά», 5^η έκδοση, Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.
- Marry Ann Hogan (2012), «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Mueser Kim T. & Jeste Dilip V. (2008), «Clinical Handbook of Schizophrenia», Guilford Publication, New York.
- Nies Marry A. & McEwen Melanie (2013), «Κοινοτική Νοσηλευτική – Νοσηλευτική δημόσιας υγείας – Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών», Εκδόσεις: Λαγός, Αθήνα.
- O'Brien Patricia G., Winifred K.Z & Ballard H.A (2008), «Psychiatric Mental Health Nursing – An introducing to theory and practice», Jones and Barlett Editions, Canada.
- Owen G., Wessely S. & Murray R. (2014), «Handbook of practical Psychiatry», Oxford: Oxford university Press.
- Simonsen T., Aurbakle J., Kay I., Coleman I., Sinnott P. & Lyssa R. (2009), «Νοσηλευτική Φαρμακολογία», Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Stuart Gail W. (2013), «Principles and practice of psychiatric Nursing», 10th Edition, El Selvier Health Books Editions, Missouri, America.
- The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders (PDF). World Health Organization.
- Townsend M. (2011), «Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care plans and psychotropic Medications», F.A Davis Company, Oklahoma.
- Townsend M.C. (2015), «Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in evidence based practice», 8th Edition, F.A Davis Company Editions, Philadelphia.
- Wolfgang G. (2011), «Schizophrenia – Current science and clinical Practice», John Willey & Sons, Ltd Editions, Germany.

- World Health Organization (2011), «Schizophrenia».

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος Ν.Β (2009), «Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία», Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Βασιλαματζής Γ. (2010), «Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Κονταξάκης Β.Π, Χαβάκη – Κονταξάκης Μ.Ι, Χριστοδούλου Γ.Ν, «Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική Υγιεινή», σελ: 573-576, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Γ.Ν Παπαδημητρίου, Ι.Α Λιάππας & Ε. Λύκουρας (2013), «Σύγχρονη Ψυχιατρική», Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Γάνου Μ. (2015), «Αντιληπτική, γνωστική και κινητική ασυμμετρία σε άτομα με σχιζοφρένεια και αυτισμό: διερεύνηση του γενετικού μοντέλου της Αννέτ (1972-1985), Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης 224 σελ.
- Γκοτζαμάνης Κ. (2015), «Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-IV», Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. & Σουρτζή Π. (2012), «Κοινωνική Νοσηλευτική», Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Καπρίνης Σ.Γ, Γκιουζέπας Σ.Ι, Ιακωβίδης Ι.Α, Κανδύλης Γ.Δ & Φωκάς Γ.Κ (2009), «Κλινική Ψυχιατρική», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.
- Καρύδης Β., Χατζάκη Α. & Πλουμπίδης Δ.(2013), «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και παρεμβάσεις», από το Γ.Ν Παπαδημητρίου, Ι.Α Λιάππας & Ε. Λύκουρας (2013), «Σύγχρονη Ψυχιατρική», σελ 640-647.
- Κόλλιας Κ.Θ, Οικονόμου Μ.Π & Κονταξάκης Β.Π (2010), «Οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια: Θεραπευτικές και προληπτικές παρεμβάσεις», στο Κονταξάκης Β.Π, Χαβάκη – Κονταξάκης Μ.Ι, Χριστοδούλου Γ.Ν, «Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική Υγιεινή», σελ: 279-288, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Κονταξάκης Β., Κόλλιας Κ. & Χαβάκη – Κονταξάκη Μ.Π (2008), «Πρώιμες ψυχωσικές εκδηλώσεις: σημεία, συμπτώματα και παρεμβάσεις», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Κοτρώτσου Ε. (2009), «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα.
- Κούκια Ε. (2014), «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α. (2012), «Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη», Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Παπανικολάου Π. (2009), «Νευρολογία – Ψυχιατρική», Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα.
- Πατηράκη Ε. & Κουρμπάνη Ε. (2009), «Οδηγός ανάπτυξης σχεδίου Νοσηλευτικής φροντίδας, διαγνώσεις, παρεμβάσεις και αιτιολογήσεις», Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Ραγιά Α. (2009), «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.
- Ρούκας Δ.Α., Κονταξάκης Β.Π.& Χριστοδούλου Γ.Ν. (2010), «Στιγματισμός και ψυχικές διαταραχές», στο Κονταξάκης Β.Π, Χαβάκη – Κονταξάκης Μ.Ι, Χριστοδούλου Γ.Ν, «Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική Υγιεινή», σελ:183-190, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Σαράφης Π. & Μαλλιαρού Μ. (2013), «Νοσηλευτική Διεργασία», στο Ζύγα Σ. «Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Επιστήμη», Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Σικελιανού Δ. (2010), «Κλινική Ψυχοπαθολογία ενηλίκων», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα.
- Σκόκου Μ. «Συγκριτική μελέτη παρανοϊκής μορφής σχιζοφρένειας και όψιμης έναρξης (2012), Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Α. (2010), «Σύγγραμμα Ψυχιατρικής», Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Στεφανής Ν. (2010), «Σχιζοφρένεια», Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΕΠΙΨΥ.
- Τζαβάρας Ν. (2008), «Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας», Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.

- Τριανταφύλλου Ε.Σ., Οικονόμου Μ.Π. & Χριστοδούλου Γ.Ν. (2010), «Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή», σελ:559-564, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για την Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές» (2008-2012).

ΞΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Austin S., Mors O., Secher R.G., Hjorthoj C.R., Albert N., Bestrlsen M., Jensen H, Jepperen P., Petersen L., Randers L., Thorup A. & Nordentoft M. (2013), «Predictions of recovery in the first episode psychosis. The OPUS cohort at 10 year follow up», Schizophrenia Research, Volume (150), Issue (1), pages: 163-168.
- Cioffi C.L. (2013), «Modulation of NMDA receptor function as a treatment for schizophrenia», Bioorganic & Medical Chemistry Letters, Volume (23), Issue (18), pages: 5034-5044.
- Gillam T. & Williams R. (2008), «Understanding Schizophrenia: a guide for newly qualified community nurses», British Journal of Community Nursing, Volume (13), Issue (2), pages: 84-88.
- Heinz H. (2014), «The concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity», Advances in Psychiatry, Volume (2014), Article ID: 529562, pages: 39.
- Owen R. (2014), «Schizophrenia – From delivery to disease», Journal of Royal Medical Society, Volume (22), Issue (1), pages: 126-132.
- Patel M.X., Bishara D., Jayakumar S., Zalewshah K., Shiers D., Crawford M.J. & Cooper S.J. (2014), «Quality of prescribing for schizophrenia. Evidence from a national audit in England and wales», Royal College of Psychiatrists, European Necropsy Cho pharmacology, Volume (24), Issue (4), pages: 499-509.
- Puri B.K., (2012), «MEDICATION AND SUBSTANCE – INDUCED DISORDERS TEXTBOOK OF CLINICAL NEUROPSYCHIATRY AND BEHAVIORAL NEUROSCIENCE», London United Kingdom, Hodder Arnold, Volume (70), Issue (6), pages: 786-804.
- Simona A. Stilo & Robin M. Murray (2010), «The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge», Dialogue in clinical Neuroscience, Volume (12), Issue (3), pages: 308-315.
- Snowden A. (2009), «Classification of Schizophrenia Part 2, the nonsense of mental health illness», British Journal of Nursing, Volume (18), Issue (20), pages: 1228-1232.
- Tamminga C.A, Stan A.D. & Wanger A.D. (2010), «The hippocampal formation in schizophrenia», The American Journal of Psychiatry, Volume (167), Issue (10), pages: 1178-1193.
- Tandon R., Gaebel W., Barch D.M., Bustillo J., Gur R.E., Heckers S., malaspina D., Owen M.J., Schultz S., Tsuang M., Van O.J. & Carpenter W. (2013), «Definition and description of schizophrenia in the DSM-5», Schizophrenia research, Volume (150), Issue (1), pages: 3-10.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρούτσος Χ. «Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: Συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων», Ψυχιατρική 2012, 23:Π82–Π93.
- Γιαβασόπουλος Ε. & Γούρνη Π. (2008), «Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στην χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς», Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος (7), τεύχος (1), σελ: 12-39.

- Δεπάστας Χαράλαμπος (2018), «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Special Article, Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος (17), τεύχος (2), σελ: 118-127.
- Δημητρακόπουλος Σ., Κόλλιας Κ., Στεφανής Ν. & Κονταξάκης Β. (2015), «Πρώιμες ψυχωσικές εμπειρίες: παρεμβάσεις, προβληματισμοί και προοπτικές», Ψυχιατρική, τόμος (26), τεύχος (1), σελ: 45-54.
- Ζαρταλούδης Α. (2009), «Περιοριστικά μέτρα σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και επιθετική συμπεριφορά», Interscientific Health Care, τόμος (1), τεύχος (3), σελ: 85-92.
- Θελερίτης Χ. (2016), «Μεταβολικές διαταραχές μετά την λήψη άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων», Εγκέφαλος, τόμος (53), τεύχος (3), σελ: 62-66.
- Θεοχάρης Μ. (2016), «Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και προαγωγή της ψυχικής υγείας», Εγκέφαλος, τόμος (53), τεύχος (1), σελ: 26-32.
- Κογεώργος Ι. (2010), «Το πρόβλημα της ημερήσιας κόπωσης και υπνηλίας στον ψυχιατρικό ασθενή», Ψυχιατρική, τόμος (17), τεύχος (1), σελ: 10-10.
- Κούκια Ε. & Γκόνης Ν. (2010), «Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας, σε ψυχιατρικά νοσοκομεία», Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος (9), τεύχος (3), σελ : 344.
- Κουτρώτσιου Σ., Παραλίκας Θ., Παπαθανασίου Ι., Λαχανά Ε., Κυπαρίση Γ. & Ριζούλη Α. (2008), «Η έννοια της φροντίδας», Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος (7), τεύχος (1), σελ: 57-71
- Κυριζίδης Θ. (2017), «Αντιψυχωτικά φάρμακα πρώτης γενιάς και παράταση του QT διαστήματος: μια βραχεία αναφορά», Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος (16), τεύχος (2), σελ: 11-121.
- Μέλλος Ε. (2009), «Συνοσυρότητα και αλκοόλ», Εγκέφαλος, τόμος (46), τεύχος(2), σελ: 72-78.
- Νηματούδης Ι. (2015), «Ασθενείς με σχιζοφρένια ανθεκτική στην θεραπεία», Ψυχιατρική, τόμος (25), τεύχος (4), σελ: 241-242.
- Οικονόμου Μ., Πάλλη Α., Πέππου Α.Ε., Λούκη Ε., Πανελάκης Α., Κολοστούμπης Δ. & Παπαδημητρίου Ν. (2014), Ψυχοεκπαίδευση και συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας στην σχιζοφρένια: κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα», γνωσιακή και συμπεριφορική έρευνα και θεραπεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Ε.Π.Ψ.Υ, Α Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινεΐτιο Νοσοκομείο, τόμος (1), τεύχος (1), σελ:15-24.
- Σταθαρού Α., Μπέρκ Α. & Γαλάτου Χ. (2011), «Πρόγραμμα παρέμβασης για τροποποίηση διατροφικών ασθενειών, ψυχικά ασθενών», Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος (3), τεύχος (3), σελ:87-92.
- Σταμούλης Σ.Θ. (2016), «Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών και την προαγωγή της υγείας», Εγκέφαλος, τόμος (53), τεύχος (1), σελ: 26-32.
- Τσόπελας Χ., Καρδάρας Α. & Κονταξάκης Β. (2010), «Το κάπνισμα με ψυχικές διαταραχές: επίδραση στην ψυχοπαθολογία και την ποιότητα της ζωής», Ψυχιατρική τόμος (19), τεύχος (4), σελ: 306-306.
- Φερεντίνος Π.Π. & Κονταξάκης Β.Π. (2014), «Ανθεκτική στην θεραπεία σχιζοφρένεια», Ψυχιατρική, τόμος (14), τεύχος (4), σελ: 263-263.
- Φουντούκης Α. & Θεοφανίδης Δ. (2012), «Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή», Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος (11), τεύχος (4), σελ: 506-511.
- Φωκάς Ι. & Μποζίκας Β. (2010), «Η μακροχρόνια πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων της σχιζοφρένειας», Ψυχιατρική, τόμος (20), τεύχος (2), σελ: 117-117.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- (<http://www.moh.gov.gr/>), ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ, Επιχειρηματικό πρόγραμμα, «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», «Δικαιώματα ψυχικώς πασχόντων», Τελευταία προσπέλαση: 05/06/17.
- (<https://el.glosbe.com>), ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, τελευταία προσπέλαση: 02/08/17.
- (<https://el.wikipedia.org/wiki/Σχιζοφρένεια>), τελευταία προσπέλαση: 30/08/2018.
- (<https://www.psychargos.gov.gr>), τελευταία προσπέλαση: 16/04/18.