

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ
ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΕΠΥ) ΣΕ
ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. »**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ ΣΤΑΜΑΤΙΝΑ
ΚΟΥΜΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΠΕΛΑΓΙΑ
ΛΑΚΜΕΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ. RN, BSc, MSc, PhD

ΠΑΤΡΑ 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί την ολοκλήρωση των σπουδών μας στο τμήμα της νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας). Η πτυχιακή εργασία διεκπεραιώνει την παρουσίαση και ανάλυση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, η οποία συγκροτείται από βιβλιογραφική ανασκόπηση. Κατά την εκπόνηση της πτυχιακής αυτής εργασίας, κατανοήσαμε πλήρως πως η ΔΕΠΥ αποτελεί μια από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές που συναντώνται σε παιδιά και φοιτητές. Μας έγινε σαφές πως η διαταραχή είναι αρκετά συχνή και επηρεάζει τις ζωές πολλών ατόμων, δυσκολεύοντας την καθημερινότητά τους σημαντικά. Κατανοήσαμε, πως ο ρόλος του νοσηλευτή αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της διαταραχής είτε αυτός επηρεάζει το άτομο μεμονωμένα είτε την κοινωνία σαν σύνολο. Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε αυτό το θέμα είναι η σημαντικότητα της παρουσίασης μιας διαταραχής η οποία επηρεάζει πολλά παιδιά και φοιτητές στην καθημερινή ζωή και την ακαδημαϊκή τους πορεία, καθώς και η ανάλυση της σημαντικότητας των ρόλων των νοσηλευτών πάνω στην συγκεκριμένη διαταραχή και την προαγωγή της υγείας.

Με εκτίμηση,

Θεοδωροπούλου Σοφία-Σταματίνα

Κούμα Χριστίνα-Πελαγία

Λακμέτα Χριστίνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που συναντάται σε έναν μεγάλο αριθμό ατόμων παιδικής ηλικίας και τις περισσότερες φορές εμμένει και στην ενήλικη ζωή. Αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και επηρεάζει αρνητικά την λειτουργικότητα και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Τα άτομα που πάσχουν από ΔΕΠΥ, ανάλογα με τα συμπτώματα που εμφανίζουν, κατατάσσονται σε κατηγορίες, οι οποίες χωρίζουν την διαταραχή σε τρεις υπότυπους.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η ενδελεχής ανάλυση της ΔΕΠΥ ως μια παθολογική κατάσταση, η παρουσίαση των αλλαγών που προκαλεί στην ζωή των μαθητών και των φοιτητών που διαγιγνώσκονται με αυτή καθώς και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτού του παγκόσμιου προβλήματος υγείας, σύμφωνα με τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για την συγγραφή της απαραίτητη ήταν η εξαντλητική αναζήτηση βιβλιογραφίας, ελληνικής και ξενόγλωσσης, ενημερωμένης με πρόσφατα στοιχεία και περιεχόμενο συναφές με τις ενότητες που αναπτύσσονται στην εργασία. Η μελέτη επιστημονικών άρθρων, βιβλίων και η διαδικτυακή αναζήτηση πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την συγγραφή της εργασίας καθώς και η αναζήτηση των πηγών έγινε σε βάσεις δεδομένων ιατρικής βιβλιογραφίας (GoogleScholar, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink).

Αποτελέσματα: Στο πέρασμα των χρόνων η ΔΕΠΥ έχει μελετηθεί και αναγνωριστεί - πλέον- ως μια πολυπαραγοντική διαταραχή που ασκεί αρνητικές επιρροές στην ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτή. Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας της διαταραχής καθώς νέες μέθοδοι έχουν ανακαλυφθεί, ωστόσο η συχνότητα εμφάνισής της τα τελευταία χρόνια φαίνεται να αυξάνεται. Η επίτευξη των στόχων μείωσης της δυσλειτουργικότητας που προκαλεί η ΔΕΠΥ μπορεί σε ένα μεγάλο βαθμό να αποδοθεί στον ρόλο του νοσηλευτή, ο οποίος είναι εκπαιδευτικός-συμβουλευτικός καθώς και υποστηρικτικός-θεραπευτικός.

Συμπεράσματα: Η ΔΕΠΥ ως μια πολυπαραγοντική νευροαναπτυξιακή διαταραχή δεν διαθέτει αποτελεσματικούς τρόπους πρόληψης και έτσι οι ενδείξεις για την σημαντικότητα της συμμετοχής των νοσηλευτών στην ανακούφιση των συμπτωμάτων είναι πολλές. Η εκπαίδευση των πασχόντων αλλά και των οικογενειών τους καθώς και η συμμετοχή στα στάδια προσπάθειας εξάλειψης των συμπτωμάτων μπορούν να συμβάλλουν στα αποτελέσματα που βελτιώνουν τον τρόπο ζωής του ατόμου με την διαταραχή.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, απροσεξία, υπερκινητικότητα, νοσηλευτής, κληρονομικότητα, συννοσηρότητα, διεγερτικά φάρμακα.

ABSTRACT

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder found in many childhood individuals and most often persists into adulthood. It is a global health problem and negatively affects the functioning and psychosocial development of the individual. Individuals suffering from ADHD are classified according to the symptoms they display into categories, which divide the disorder into three subtypes.

Purpose: The purpose of this thesis is to provide a thorough analysis of ADHD as a pathological condition, to present the changes it causes in the lives of students diagnosed with it, as well as the nursing approach to this global health problem, according to current international data.

Material and method: The method used to carry out the thesis is the literature review. For its writing, an exhaustive search of literature, both Greek and foreign language, updated with recent data and content relevant to the sections developed in the thesis was necessary. The study of scientific articles, books and online search were carried out for the purpose of writing the paper as the search of sources was done in medical literature databases (Google Scholar, PubMed, Science Direct, Springer Link).

Results: Over the years ADHD has been studied and recognized (now) as a multifactorial disorder that exerts negative influences on the lives of people suffering from it. Significant progress has been made in the field of diagnosis and treatment of the disorder as new methods have been discovered, however the prevalence of the disorder seems to be increasing in recent years. The achievement of the goals of reducing the dysfunctionality caused by ADHD can be largely attributed to the role of the nurse, which is educational-counseling as well as supportive-therapeutic.

Conclusions: ADHD as a multifactorial neurodevelopmental disorder lacks effective ways of prevention and thus evidence for the importance of nurses' involvement in symptom relief is abundant. Education of both sufferers and their families and involvement in the stages of trying to eliminate symptoms can contribute to outcomes that improve the lifestyle of the person with the disorder.

Key words: Attention-deficit hyperactivity disorder, inattention, hyperactivity, impulsivity, nurse, heredity, comorbidity, stimulant drugs.

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	13
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	13
1.1 Ορισμός Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας	13
1.2 Ιστορική αναδρομή	14
1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα	16
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	18
ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	18
2.1 Γενετική αιτιολογία-Κληρονομικότητα	18
2.2 Γονίδιο και περιβάλλον	19
2.3 Το περιβάλλον ως αιτιολογικός παράγοντας	20
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	23
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	23
3.1 Συμπτώματα απρόσεκτου τύπου ΔΕΠΥ- Απροσεξία	24
3.2. Κλινική εικόνα απρόσεκτου τύπου	25
3.3 Συμπτώματα υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου	25
3.4. Κλινική εικόνα υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου	26
3.5 Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ σε παιδικό, εφηβικό και φοιτητικό πληθυσμό	27
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	29
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	29
4.1 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού	29
4.2 ΔΕΠ-Υ και Κατάθλιψη	31
4.3 ΔΕΠ-Υ και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD)	34
4.4 ΔΕΠ-Υ και Επιληψία	35
4.5 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Χρήσης Ουσιών	37

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	39
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	39
5.1 Διαδικασία Διάγνωσης	39
5.2 Κλίμακες αξιολόγησης και βαθμολογία.	41
5.3 Ψυχολογική εξέταση	42
5.4 Διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας	42
5.5 Διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες-φοιτητές	44
5.6 Διάγνωση και συννοσηρότητες	45
5.7 Εμπόδια και προκλήσεις στη διάγνωση	46
ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	47
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	47
6.1 Φαρμακευτική Παρέμβαση	47
6.1.1 Διεγερτικά Φάρμακα	47
6.1.2 Τα οφέλη των διεγερτικών φαρμάκων	48
6.1.3 Παρενέργειες διεγερτικών φαρμάκων	50
6.1.4 Μη διεγερτικά φάρμακα	51
6.1.5 Άλλα φάρμακα	52
6.2 Συμπεριφορική παρέμβαση	52
6.2.1 Συμπεριφορική θεραπεία σε παιδιά σχολικής ηλικίας	53
6.2.2 Συμπεριφορική θεραπεία σε ενήλικες και φοιτητές	54
ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	56
ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	56
7.1 Ρόλος νοσηλευτή στην ΔΕΠ-Υ	56
7.1.1 Αξιολόγηση	57
7.1.2 Νοσηλευτική Διάγνωση	58
7.1.3 Σχεδιασμός Θεραπείας	59
7.1.4 Εφαρμογή Θεραπείας	60
7.1.5 Εκτίμηση	62
7.2 Ρόλος σχολικού νοσηλευτή στην ΔΕΠ-Υ	62
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	66
ΟΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	67
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	67
Μελέτη 1 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς:	70

Μελέτη 2 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς:	79
Συμπεράσματα	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζει την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), εστιάζοντας σε όλες τις πτυχές της διαταραχής που επηρεάζουν τον μαθητικό και φοιτητικό πληθυσμό καθώς και την νοσηλευτική προσέγγιση αυτής.

Όπως είναι γνωστό, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, αποτελεί μια από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν την καθημερινότητα παιδιών σχολικής και φοιτητικής ηλικίας. Μάλιστα, παρατηρούνται και παρουσιάζονται στην παρούσα πτυχιακή εργασία οι ποικίλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου το οποίο πάσχει από τη διαταραχή.

Η νοσηλευτική προσέγγιση καθώς και ο ρόλος των νοσηλευτών έναντι στην ΔΕΠΥ αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της, καθώς μπορεί να εστιάσει και στο άτομο μεμονωμένα αλλά και στην εκπαίδευση και την ενημέρωση της κοινότητας.

Η εργασία αποτελείται από το γενικό μέρος, το οποίο δομείται σε επτά κεφάλαια και το ειδικό μέρος που αποτελεί το τελευταίο και όγδοο κεφάλαιο της εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο διεξάγεται γενική αναφορά ως προς τον ορισμό, την φύση της διαταραχής καθώς και την ιστορική αναδρομή της ΔΕΠΥ και τα επιδημιολογικά δεδομένα που συναντώνται. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην αιτιολογία της εμφάνισης της διαταραχής, το οποίο αναλύει την γενετική αιτιολογία, την κληρονομικότητα, τα γονίδια καθώς και το περιβάλλον ως παράγοντα αιτιολογίας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συμπτωματολογία της διαταραχής ως εμφάνιση απροσεξίας, υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας και συνδυασμένης καθώς και οι κλινικές εικόνες αυτών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται μερικές κύριες συννοσηρότητες που μπορούν να εμφανιστούν λόγω ή και μαζί με την ΔΕΠΥ, οι οποίες είναι η διαταραχή του φάσματος αυτισμού, η κατάθλιψη, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η

επιληψία και τέλος η διαταραχή χρήσης ουσιών. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διάγνωση της διαταραχής και πιο συγκεκριμένα η διαδικασία της διάγνωσης, οι κλίμακες αξιολόγησης και βαθμολογίας, η ψυχολογικής εξέταση στα άτομα με ΔΕΠΥ και η διάγνωση της ΔΕΠΥ σε παιδιά, εφήβους καθώς και ενήλικες φοιτητές. Το πέμπτο κεφάλαιο συνεχίζει με την ανάλυση της διάγνωσης των συννοσηροτήτων και παρουσιάζει τα εμπόδια και της προκλήσεις που ενδεχομένως να συναντηθούν σε μια διάγνωση διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της διαταραχής οι οποίες διαχωρίζονται σε φαρμακευτικές παρεμβάσεις, σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις και έναν συνδυασμένο τύπο αυτών. Στην ανάλυση των φαρμακευτικών παρεμβάσεων παρουσιάζονται τα διεγερτικά φάρμακα και τα οφέλη και οι παρενέργειες αυτών σε ένα άτομο το οποίο πάσχει από ΔΕΠΥ, αναλύονται επίσης τα μη διεγερτικά και η χρήση άλλων φαρμάκων. Ως προς την συμπεριφορική παρέμβαση, αναλύεται η χρήση αυτής σε παιδιά σχολικής ηλικίας καθώς και σε ενήλικες φοιτητές.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή στα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Το κεφάλαιο ξεκινάει με την αξιολόγηση του νοσηλευτή ως προς τους πάσχοντες, την συλλογή δεδομένων καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ύστερα αναλύεται η νοσηλευτική διάγνωση, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης. Τέλος αναλύεται η επαναπραγματοποίηση της αξιολόγησης των παρεμβάσεων που διεξήχθησαν από τον νοσηλευτή και η αποτελεσματικότητά τους. Μάλιστα, αναλύεται σε μεγάλο βαθμό η σημαντικότητα και οι ενέργειες του σχολικού νοσηλευτή που ενασχολείται με τους πάσχοντες-παιδιά.

Στο όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας αποτελεί το ειδικό μέρος, διεξάγεται παρουσίαση δύο περιστατικών διαγνωσμένων με ΔΕΠΥ και διεξάγονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων, τα οποία τονίζουν την σημαντικότητα της συμβολής του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και την εκπαίδευση του ως προς την έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1.1 Ορισμός Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια ευρέως διαδεδομένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας αλλά και της ενήλικης ζωής, η οποία χαρακτηρίζεται για τον πολυπαραγοντικό της χαρακτήρα και το ισχυρό γενετικό της υπόβαθρο (Biederman 2005). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα απροσεξίας, αποδιοργάνωσης και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Το κύριο γνώρισμα της είναι η επίμονη παρουσία της απροσεξίας και/ή της υπερκινητικότητας, συμπεριφορές οι οποίες δρουν κατασταλτικά στην λειτουργικότητα αλλά και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου (APA 2017). Για τον λόγο αυτό τα άτομα που πάσχουν από αυτή την διαταραχή φαίνονται να παρουσιάζουν δυσμενή ακαδημαϊκά και επαγγελματικά αποτελέσματα ενώ παράλληλα εκδηλώνουν μεγαλύτερη προδιάθεση για εμφάνιση χαμηλής αυτοεκτίμησης, ατυχήματα, χρήση καπνού και αλκοόλ αλλά και για πρόκληση εντάσεων στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, λόγω ανάρμοστης συμπεριφοράς (Biederman 2005).

Ανάλογα με τα συμπτώματα που το κάθε άτομο με ΔΕΠ-Υ θα παρουσιάσει, η διαταραχή διαιρείται σε τρεις υπότυπους. Οι δύο πιο βασικοί υπότυποι είναι η ΔΕΠ-Υ-απρόσεκτου τύπου και η ΔΕΠ-Υ- υπερκινητικού/παρορμητικού τύπου, ενώ ο τρίτος υπότυπος είναι ο συνδυασμός των δύο πρώτων και ονομάζεται ΔΕΠ-Υ- συνδυασμένου τύπου. Τα συμπτώματα που θα καθορίσουν τους τρεις αυτούς τύπους στην πραγματικότητα όταν εμφανίζονται σε αραιά χρονικά διαστήματα και είναι χαμηλής βαρύτητας αποτελούν φυσιολογικές συμπεριφορές της παιδικής ηλικίας, όταν όμως ξεπερνούν τα όρια της αναπτυξιακά κατάλληλης συμπεριφοράς, είναι σοβαρά και προκαλούν σωματική βλάβη στο

ίδιο το άτομο ή σε άλλα άτομα σε πολλαπλά περιβάλλοντα (π.χ. σχολείο, σπίτι κ.α.), τότε μετατρέπονται σε ενδείξεις μιας υποκείμενης ψυχιατρικής διαταραχής (Roberts et al. 2016).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας- απρόσεκτου τύπου εκδηλώνεται ως αποδιοργάνωση που συνεπάγεται με ανικανότητα διατήρησης της συγκέντρωσης, απομάκρυνση καθηκόντων, δυσκολία εστίασης σε ένα αντικείμενο για παρατεταμένη χρονική περίοδο και ονειροπόληση, σε επίπεδα που δεν συνάδουν με την ηλικία και το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου (APA 2017, Biederman 2005). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας- υπερκινητικού/ παρορμητικού τύπου εμφανίζεται ως υπερβολική κινητική δραστηριότητα όταν δεν ενδείκνυται και χωρίς προμελέτη με έντονα χαρακτηριστικά νευρικότητας, αδυναμίας διατήρησης μια συγκεκριμένης θέσης καθώς και ανησυχίας, σε επίπεδα που είναι υπερβολικά για την ηλικία και το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου (APA 2017). Τόσο ο απρόσεκτος τύπος όσο και ο υπερκινητικός/παρορμητικός πρωτοεμφανίζονται από την αρχή της διάγνωσης σε παιδιά σχολικής ηλικίας, η κύρια διαφορά τους όμως είναι ότι τα συμπτώματα του υπερκινητικού/παρορμητικού τύπου τείνουν να εξασθενούν νωρίς κατά την διάρκεια ζωής του ατόμου σε αντίθεση με αυτά του απρόσεκτου τύπου που φαίνεται να εμμένουν –και πολλές φορές να επιτείνονται (APA 2017, Biederman 2005).

Έτσι, με βάση όσα προαναφέρθηκαν γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν ανόμοια συμπεριφορικά και νευροψυχολογικά προφίλ, γεγονός που καθιστά την ΔΕΠ-Υ μια διαταραχή μεγάλης βαρύτητας που απαιτεί άμεση αναγνώριση και χρήζει θεραπείας (Roberts et al. 2016, Swanson et al. 2006).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η υπερκινητικότητα και η διαταραχή προσοχής, ως δύο διαφορετικές έννοιες, υπήρχαν και θα υπάρχουν στην κοινωνία. Υπερκινητικοί άνθρωποι και άνθρωποι με διαταραχή προσοχής τείνουν να είναι απρόσεκτοι, παρορμητικοί, με κάποιους από αυτούς να αγγίζουν τα όρια της νευρικότητας. Η διαταραχή αυτή, σε αρκετές περιπτώσεις, συνδέεται με ψυχικές ασθένειες, μερική κατάθλιψη και με το σύμπλεγμα αλκοόλ-ναρκωτικών. Η υπερκινητικότητα υπάρχει καταγεγραμμένη σε βιβλία, επιστημονικά άρθρα, ιατρικά περιοδικά, κόμικς, ακόμα και σε καρτούν. Συναντιέται με διάφορες μορφές, άλλοτε με μικρές ιστορίες, άλλοτε ως ένα σύνολο από ασήμαντες λεπτομέρειες, και πολλές φορές

πρωταγωνιστεί σε εκκεντρικές και αστείες συμπεριφορές προσώπων. Οι μορφές της υπερκινητικότητας μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους, αλλά σε όλες ακολουθείται ένα συγκεκριμένο μοτίβο στοιχείων το οποίο οδηγεί στο εξής συμπέρασμα: η υπερκινητικότητα σε συνδυασμό με την διαταραχή προσοχής, το γνωστό Σύνδρομο ΔΕΠΥ, αποτελεί αποδεδειγμένα μία νευρολογική και γενετική διαταραχή (Smith 2012).

Το πρώτο στοιχείο που αφορά την ΔΕΠΥ το έδωσε ο ιατρός Sir Alexander Crichton το έτος 1798, ορίζοντας έτσι την παθολογική ελλειμματική προσοχή. Αρκετά χρόνια αργότερα, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, παρατηρείται ξανά από τον Γερμανό ψυχίατρο H. Hoffman, ο οποίος έφτιαχνε σύντομες χιουμοριστικές ιστορίες ιατρικού περιεχομένου συνοδευόμενες με σκετσάκια, εκ των οποίων αρκετές περιέγραφαν άτομα, και κυρίως παιδιά, τα οποία έπασχαν από ΔΕΠΥ. Μισό αιώνα αργότερα, το έτος 1902, ο Άγγλος παιδίατρος G. Still έκανε τις πρώτες παρατηρήσεις που αφορούσαν την κλινική εικόνα παιδιών με ΔΕΠΥ. Πιο συγκεκριμένα, διαχώρισε τα περιστατικά παιδιών που παρουσίαζαν το λεγόμενο για την εποχή «ελάττωμα ηθικού ελέγχου» σε δύο ομάδες. Η μία αφορούσε παιδιά με ελάττωμα ηθικού ελέγχου ως νοσηρή εκδήλωση χωρίς γενική εξασθένηση διάνοιας και χωρίς σωματική ασθένεια, και η άλλη παιδιά με νοσηρό ελάττωμα ηθικού ελέγχου που σχετίζεται με σωματική νόσο (εγκεφαλική παράλυση, κτλ) Αργότερα, το 1920, εξαιτίας της επιδημίας της εγκεφαλίτιδας που βρισκόταν σε έξαρση, παρατηρήθηκαν από ειδικούς κοινά συμπτώματα εγκεφαλίτιδας και ΔΕΠΥ. Ειδικότερα, δόθηκε περιγραφή η οποία κατά κάποιον τρόπο συσχέτιζε την πρώιμη εγκεφαλική βλάβη από γενετικό ελάττωμα με δυσκολίες μάθησης και συμπεριφορικά προβλήματα (Lange & Lange 2010). Μετέπειτα, στις αρχές της δεκαετίας του 1930 οι, γερμανικής καταγωγής, ιατροί Franz Kramer και Hans Pollow έκαναν αναφορά για μία νόσο που αργότερα έγινε γνωστή ως « υπερκινητική νόσος βρεφικής και παιδικής ηλικίας» με κυριότερα συμπτώματα την υπερκινητικότητα, την έλλειψη σκοπιμότητας και την απροσεξία (Rothenberger Neumärker 2005). Εν συνεχεία, το 1937, ο ψυχίατρος C. Bradley ανακάλυψε πως οι αμφεταμίνες βελτίωναν τον βαθμό προσοχής και συγκέντρωσης των ασθενών του, και τους καθιστούσαν λιγότερο υπερκινητικούς. Μετά από αυτή την ανακάλυψη, οι αμφεταμίνες είχαν πρωταρχικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ για 25 χρόνια (Smith & Reich 2012).

Κατά την διάρκεια των επερχόμενων χρόνων τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ αυξάνονταν και η αντίστοιχη κλινική εικόνα των πασχόντων με ΔΕΠΥ διευρυνόταν. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, από την πρώτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών

διαταραχών (DSM-1) το 1952, μέχρι την αναθεώρηση του DSM-4 το 2000, την εδραίωση της ΔΕΠΥ ως μία διαταραχή ευρέως φάσματος (APA 2000).

1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) χαρακτηρίζεται ως μια από τις πιο συνηθισμένες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Αξίζει να αναφερθεί πως, σύμφωνα με έρευνες, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την φυλή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των πασχόντων, ωστόσο τα συγκεκριμένα κριτήρια δεν έχουν εξεταστεί επαρκώς (Rowland et al. 2002). Στόχος της επιδημιολογίας αποτελεί η συλλογή πληροφοριών με αποτέλεσμα την ολοκληρωμένη κατανομή της διαταραχής στον πληθυσμό. Όπως και στην πλειοψηφία των αναπτυξιακών και ψυχιατρικών διαταραχών παιδικής ηλικίας, έτσι και στην ΔΕΠΥ δεν συναντάται κάποιος οριστικός διαγνωστικός έλεγχος ως προς τον εντοπισμό της. Λόγω αυτής της ιδιαιτερότητας η διάγνωση της διαταραχής βασίζεται κυρίως σε περιγραφές συμπεριφοράς από τον ίδιο τον πάσχοντα εφόσον ξεπερνά τα 12 χρόνια ηλικίας, ώστε οι πληροφορίες να θεωρούνται αξιόπιστες, καθώς και από τον κοινωνικό του περίγυρο όπως την οικογένεια και τους καθηγητές του (Scahill & Schwab-Stone 2000). Εξαιτίας αυτού, ο επιπολασμός καθώς και τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας ποικίλλουν ανάλογα με το δείγμα του πληθυσμού το οποίο εξετάζεται στις διάφορες μελέτες (Rowland et al. 2002).

Με βάση τα πρόσφατα εθνικά στοιχεία φανερώνεται πως έως και 11% των παιδιών ηλικίας 4 έως 17 ετών έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ εκ των οποίων το 6,1% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Αξιοσημείωτη είναι, επίσης, η παρατήρηση της αύξησης εμφάνισης ΔΕΠΥ κατά 3% ετησίως μεταξύ των χρονολογιών 1997 και 2006 (Felt et al. 2014). Ως προς το φύλο, κλινικά καθώς και κοινοτικά δείγματα φανερώνουν πως η διαταραχή εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε άνδρες παρά σε γυναίκες. Τα κλινικά δείγματα φανερώνουν την αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών από 10 άτομα με ΔΕΠΥ, τα 9 να είναι άντρες ενώ το υπόλοιπο 1 γυναίκες. Συνολικά παρατηρείται πως το ανδρικό φύλο υπερτερεί στην εμφάνιση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας σε αντίθεση με το γυναικείο, ωστόσο το σύμπτωμα της απροσεξίας εμφανίζεται πιο συχνά στο γυναικείο φύλο (Felt et al.2014).

Τέλος, σχετικά με τους φοιτητές οι οποίοι πάσχουν από την διαταραχή, λόγω της ηλικιακής τους ομάδας, είναι πιο δύσκολο να εμφανιστούν διαγνωστικά κριτήρια καθώς θα πρέπει να πληρούν, βάση του DSM-IV, κριτήρια τα οποία απαιτούν τουλάχιστον 6 συμπτώματα του απρόσεκτου ή / και υπερκινητικού. Αποτελέσματα ερευνών έχουν φανερώσει πως οι φοιτητές με ΔΕΠΥ έχουν λιγότερη ακαδημαϊκή επιτυχία από τους υπόλοιπους φοιτητές, εμφανίζουν μεγαλύτερες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών βρίσκεται σε υψηλότερα ποσοστά (Green & Rabiner 2012).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.1 Γενετική αιτιολογία-Κληρονομικότητα

Μέσω της ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας γίνεται σαφές ότι τα γονίδια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠΥ (Faraone 2000). Πιο συγκεκριμένα διάφορες γενετικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η κληρονομικότητα της διαταραχής κυμαίνεται περίπου στο 80%, καθώς 3 στα 4 παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν κάποιο συγγενή με αυτή τη διαταραχή, γεγονός που αποδεικνύει ότι η επίδραση των γονιδίων είναι σημαντική. Αυτές οι γενετικές επιδημιολογικές μελέτες αποτέλεσαν αφετηρία για την διεξαγωγή μοριακών μελετών πάνω στην ίδια διαταραχή, οι οποίες έβγαλαν στο φως ενδιαφέροντα αλλά ταυτόχρονα και αντικρουόμενα αποτελέσματα (APA 2017, Faraone 2000).

Για την συντέλεση τόσο των γενετικών όσο και των μοριακών μελετών είναι απαραίτητο να υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με την προέλευση, την ανάπτυξη και τον φαινότυπο της ΔΕΠΥ. Αυτές οι πληροφορίες παρέχονται μέσω των μελετών οικογένειας, διδύμων και υιοθεσίας. Οι μελέτες αυτές αποτελούν ερευνητικές διαδικασίες οι οποίες ελέγχουν αν η διαταραχή εμφανίζεται σε οικογένειες και αν επηρεάζεται γενετικά. Έτσι, από τις οικογενειακές μελέτες έχει προκύψει ότι οι βιολογικοί συγγενείς ατόμων με ΔΕΠΥ εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά της διαταραχής σε σχέση με τους συγγενείς ατόμων που δεν πάσχουν από αυτή και συγκεκριμένα παρουσίαζαν 2 με 8 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν (Thapar et al. 2012, Thapar & Steriakouli 2008). Τέτοιου είδους διαταραχές όμως, μπορεί να αθροίζονται στις οικογένειες και λόγω γονιδίων αλλά και λόγω περιβάλλοντος, γι' αυτό ήταν αναγκαίο να διεξαχθούν και μελέτες διδύμων και υιοθεσίας (Thapar & Steriakouli 2008).

Οι μελέτες αυτές, ομοίως, έδειξαν ότι η ΔΕΠΥ στο μεγαλύτερο της μέρος είναι κληρονομική με ένα ποσοστό κληρονομικότητας το οποίο κυμαίνεται στο 71-90% για τα συμπτώματα του απρόσεκτου και συνδυαστικού τύπου (Thapar et al. 2012, Thapar & Steriakouli 2008). Έδειξαν επίσης, ότι τα ποσοστά ομοιότητας φαινοτύπων μεταξύ των ομοζυγωτικών διδύμων κυμαίνονται μεταξύ 50% και 80% ενώ για τους διζυγωτικούς δίδυμους το ποσοστό βρίσκεται περίπου στο 30% (Durstun et al. 2009).

Με βάση τις παραπάνω πληροφορίες διάφορες μοριακές μελέτες διεξήχθησαν με σκοπό την λεπτομερή καταγραφή της γενετικής παραλλαγής στα άτομα με ΔΕΠΥ. Η αρχική υπόθεση ήταν ότι ο κίνδυνος προέρχεται από πολλές γονιδιακές παραλλαγές μικρού μεγέθους σε συνδυασμό με την επίδραση συγκεκριμένων περιβαλλοντικών παραγόντων (Thapar et al. 2012). Έπειτα όμως, οι ερευνητές έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στα μονοπάτια της ντοπαμίνης και στα γονίδια που είναι στενά συνυφασμένα με αυτή. Τα αποτελέσματα που έδωσαν οι θεωρητικές προσεγγίσεις, οι έρευνες σε ζωικά μοντέλα και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με διεγερτικά, έκριναν ως ένοχο για την παθοφυσιολογία της διαταραχής την ντοπαμινεργική δυσλειτουργία. Δύο από τα γονίδια που έχουν μελετηθεί εντατικά είναι το γονίδιο του υποδοχέα ντοπαμίνης (DAT) και το γονίδιο του υποδοχέα ντοπαμίνης D4 (DRD4), παρόλο όμως που και τα δύο γονίδια δείχνουν να επηρεάζουν την ευαισθησία στη ΔΕΠΥ, υπάρχουν αποτελέσματα που δείχνουν το αντίθετο. Αυτό οδηγεί τους μελετητές στο συμπέρασμα ότι ίσως η ΔΕΠΥ δεν είναι μια ενιαία διαταραχή και τους παροτρύνει στο να εξετάσουν περαιτέρω τα στοιχεία που υπάρχουν για την γενετική ετερογένεια της διαταραχής (Faraone 2000).

2.2 Γονίδιο και περιβάλλον

Όπως προαναφέρθηκε τα γονίδια δεν είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει τη εμφάνιση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας αλλά και το περιβάλλον μπορεί να ασκήσει επιδράσεις που θα λειτουργήσουν είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως προστατευτικοί παράγοντες. Οι τρόποι που μπορεί να συνεργάζονται τα γονίδια με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις είναι πολύπλοκοι αλλά όλο και περισσότερες ενδείξεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η συσχέτιση γονιδίων και περιβάλλοντος είναι δύο σημαντικές αιτίες της γενετικής ψυχοπαθολογίας, άρα και κατά προέκταση της ΔΕΠΥ (Thapar & Steriakouli 2008).

Πιο συγκεκριμένα με τον όρο συσχέτιση γονιδίων-περιβάλλοντος εννοείται η συνύπαρξη των γονιδίων και των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου με μη τυχαίο τρόπο, λόγω του ότι ορισμένα κληρονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου το οδηγούν σε μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης σε συγκεκριμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Αυτό σημαίνει ότι τα γονίδια μπορεί να αυξάνουν έμμεσα τον κίνδυνο εμφάνισης της ΔΕΠΥ μέσω της έκθεσης σε περιβάλλοντα κινδύνου και ότι οι επιδράσεις ξεχωριστά των γονιδίων και του περιβάλλοντος δεν είναι εύκολα διακριτές. Αντίθετα, με τον όρο αλληλεπίδραση γονιδίου-περιβάλλοντος εννοείται η ανάγκη ύπαρξης ενός συγκεκριμένου περιβαλλοντικού παράγοντα κινδύνου ώστε να γίνουν αντιληπτές οι αντίστοιχες επικίνδυνες ή προστατευτικές επιδράσεις των γενετικών παραγόντων (Thapar & Steriakouli 2008).

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το ζήτημα είναι ότι τα γονίδια δεν αντιπαρέρχονται έναντι του περιβάλλοντος, εφόσον υπάρχουν πολλά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι επιδράσεις τους είναι αρνητικά συνδεδεμένες. Οι πιο σημαντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για την συγκεκριμένη διαταραχή και τις δυσχερείς συνέπειές της είναι πιθανό να διαμορφώνονται από γενετικά επηρεασμένες παιδικές και γονικές προδιαθέσεις. Έτσι, η συσχέτιση της ΔΕΠΥ με τους περιβαλλοντικούς κινδύνους μπορεί να προκύπτει λόγω της κληρονομικότητας και οι γενετικοί κίνδυνοι μπορεί να έχουν επίδραση στην φαινοτυπική έκφραση της διαταραχής μέσω κάποιων περιβαλλοντικών μηχανισμών. Επίσης, οι γενετικοί κίνδυνοι μπορεί να επηρεάσουν την ευαισθησία του ατόμου, με αποτέλεσμα να το κάνουν πιο ευαίσθητο ή όχι σε ορισμένους περιβαλλοντικούς ή προστατευτικούς παράγοντες (Thapar et al. 2012).

2.3 Το περιβάλλον ως αιτιολογικός παράγοντας

Πολλοί διαφορετικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, καθώς όμως ο συσχετισμός δεν σημαίνει απαραίτητα αιτιώδης συνάφεια, είναι ανάγκη να δίνεται εξαιρετική προσοχή στην ερμηνεία των κλινικών μελετών. Οι περισσότεροι φαινομενικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου δεν είναι τυχαία διανεμημένοι και θα μπορούσαν να προκύπτουν είτε λόγω της ατομικής επιλογής και διαμόρφωσης του περιβάλλοντος από τα ίδια τα άτομα ή και τους γονείς τους, είτε λόγω της διάθεσης ή της ψυχοπαθολογίας του ατόμου ή και των γονιών του (Thapar et al. 2012).

Πιο συγκεκριμένα μια μεγάλη υποομάδα των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου είναι οι προγεννητικοί και οι περιγεννητικοί κίνδυνοι (Thapar et al. 2012). Ο πιο συχνά αναφερόμενος προγεννητικός παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της κύησης και φαίνεται να σχετίζεται με υψηλά ποσοστά ΔΕΠΥ. Μέσω αναφορών της μητέρας για την συχνότητα του καπνίσματος στην διάρκεια της κύησης και μέσω των μετρήσεων της νικοτίνης του ορού, έχει παρατηρηθεί μεγάλη συσχέτιση του καπνίσματος με τα συμπτώματα και την διάγνωση της διαταραχής και επίσης έχει γίνει αισθητή μια σχέση δόσης-απόκρισης, ότι δηλαδή όσο περισσότερο καπνίζει η μητέρα τόσο μεγαλύτερος είναι ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής στους απογόνους (Huang et al. 2017).

Ομοίως με το κάπνισμα, έχει παρατηρηθεί ότι το μητρικό στρες και η έκθεση του εμβρύου σε άλλες ουσίες κατά τη διάρκεια της κύησης σχετίζεται με την ΔΕΠΥ των απογόνων. Αν και μπορεί να εξηγηθεί βιολογικά πώς οι κίνδυνοι αυτοί οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής, δεν είναι ακόμα σαφές αν οι συσχετίσεις αυτές αποτελούν αιτιώδεις παράγοντες. Με εξαίρεση το σύνδρομο του εμβρυϊκού αλκοολισμού, που είναι ισχυρά συσχετισμένο με την εμφάνιση ΔΕΠΥ, η μέτρια χρήση αλκοόλ από την μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης και η χρήση άλλων παράνομων ουσιών έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση της διαταραχής, αλλά όχι σε όλες τις μελέτες (Thapar et al. 2012).

Σε σχέση με τους περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου, η ΔΕΠΥ, και κυρίως ο απρόσεκτος τύπος, φέρεται να σχετίζεται με την προωρότητα και το χαμηλό βάρος του εμβρύου. Όπως και με τους προηγούμενους παράγοντες κινδύνου, έτσι και εδώ είναι απαραίτητο να εξεταστεί περαιτέρω αν οι συσχετίσεις αυτές είναι αιτιώδεις, καθώς όσο η πρόωρη γέννηση και το χαμηλό βάρος τόσο και οι μαιευτικές επιπλοκές μπορεί να αντανakλούν υποκείμενα προβλήματα του εμβρύου. Ωστόσο, το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα εμφανίζονται σε ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με ΔΕΠΥ (Thapar et al. 2012).

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό ότι αν και δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες αποτελούν αιτίες εμφάνισης ΔΕΠΥ, αξίζει να υπάρχει ένας μεγαλύτερος δείκτης υποψίας σχετικά με την εμφάνιση της διαταραχής σε παιδιά που εκτίθενται σε αυτούς τους παράγοντες (Thapar et al. 2012).

Μια άλλη υποομάδα περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου που θεωρείται ότι αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας

είναι οι περιβαλλοντικές τοξίνες. Η έκθεση σε άλλες τοξίνες κατά την προγεννητική ή την μεταγεννητική ζωή φαίνεται να συνδέεται με την ΔΕΠΥ και ειδικότερα οι οργανικοί ρύποι και ο μόλυβδος είναι γνωστό ότι μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στα νευρικά συστήματα που εμπλέκονται στη διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, σε πρόσφατες μελέτες που εξέτασαν τις επιπτώσεις που έχει ο μόλυβδος στους γνωστικούς τομείς που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, βρέθηκε πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των υψηλών επιπέδων μολύβδου στο αίμα και της διάγνωσης της διαταραχής και πως η γνωστική ευελιξία και η εγρήγορση είναι οι δύο τομείς που επηρεάζονται περισσότερο από αυτό το γεγονός (Thapar et al. 2012).

Εκτός, όμως, από το μόλυβδο υπάρχουν και άλλες ουσίες που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση της διαταραχής. Τα παρασιτοκτόνα, και ιδιαίτερα μια συγκεκριμένη ομάδα φυτοφαρμάκων, έχουν μελετηθεί σε σχέση με την διαταραχή. Οι μελέτες, οι οποίες εξέτασαν την σχέση μεταξύ των μεταβολιτών των φυτοφαρμάκων στα ούρα και της διάγνωσης της ΔΕΠΥ στην παιδική και εφηβική ηλικία, κατέδειξαν ότι τα άτομα που είχαν συγκεντρώσεις αυτών των μεταβολιτών στα ούρα πάνω από το μέσο έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν την διαταραχή έναντι σε άτομα με μη ανιχνεύσιμες συγκεντρώσεις (Thapar et al. 2012).

Τα τοξικά βιομηχανικά προϊόντα, επίσης, θεωρούνται -πιθανοί- παράγοντες κινδύνου για τη ΔΕΠΥ και ειδικότερα τα πολυχλωριωμένα διφαινύλια, που είναι τοξικά βιομηχανοποιημένα οργανοχλωριωμένα συγγενή προϊόντα, τα οποία παλαιότερα παράγονταν για εμπορική χρήση και τώρα διαμένουν στην ατμόσφαιρα ως περιβαλλοντικοί ρύποι. Μελέτες σε ανθρώπους και ζώα έδειξαν ότι τα προϊόντα αυτά προκαλούν επιπτώσεις στη νευροανάπτυξη και στην συμπεριφορά, τέτοιες σαν αυτές που εμφανίζονται στην ΔΕΠΥ, όπως βλάβες στη μνήμη εργασίας και στην γνωστική ευελιξία και διακοπή της ανταπόκρισης (Thaparetal.2012).

Τέλος, οι οικογενειακές αντιξοότητες και η στέρηση πρώιμης φροντίδας είναι, επίσης, παράγοντες κινδύνου για την ΔΕΠΥ. Όσον αφορά τις οικογενειακές αντιξοότητες έχει βρεθεί ότι τόσο το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα όσο και η κακή μεταχείριση των παιδιών μέσα στην οικογένεια αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της ΔΕΠΥ. Όμοια, η συμβολή της πρώιμης φροντίδας απαιτεί ξεχωριστή εξέταση, αφού ακραίες μορφές πρώιμης στέρησης έχει βρεθεί ότι οδηγούν σε συμπτώματα νευροαναπτυξιακών διαταραχών όμοια με αυτά της ΔΕΠΥ (Thapar et al. 2012).

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας παρουσιάζουν ένα επίμονο σχήμα τύπων απροσεξίας ή/και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας το οποίο παρεμβαίνει στην λειτουργία της καθημερινότητας τους καθώς και στην ανάπτυξή τους. Με βάση τα συμπτώματα της, η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί με τρεις βασικούς τύπους: τον απρόσεκτο, τον υπερκινητικό-παρορμητικό και τον συνδυασμένο τύπο. Ο απρόσεκτος τύπος αποτελείται μόνο από ορισμένα συμπτώματα απροσεξίας, τα οποία θα πρέπει να έχουν εμφανιστεί στο άτομο για τουλάχιστον έξι μήνες και άνω. Ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος αποτελείται μόνο από αρκετά συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, χωρίς κανένα σύμπτωμα απροσεξίας, που θα πρέπει, επίσης, να έχουν εμφανιστεί στο άτομο για τουλάχιστον έξι μήνες και άνω. Τέλος ο συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ, αποτελείται από την συνύπαρξη των συμπτωμάτων και των δύο προαναφερόμενων τύπων της διαταραχής, τα οποία είναι εξίσου ανάγκη να εμφανίζονται για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών και άνω (APA 2013).

Προκειμένου να διαγνωστεί ένα άτομο με την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας είναι απαραίτητο να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

1. Να έχουν εμφανιστεί απρόσεκτα ή υπερκινητικά συμπτώματα πριν από την ηλικία των 12 ετών.
2. Να εμφανίζονται αρκετά συμπτώματα σε πολλαπλά περιβάλλοντα. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο με ΔΕΠΥ πρέπει να παρουσιάζει συμπτώματα και στο σπίτι καθώς και στον χώρο εργασίας του, στο σχολικό περιβάλλον ή στις εξωτερικές δραστηριότητές του.
3. Να υπάρχουν σαφείς στοιχεία πως τα συμπτώματα της διαταραχής μειώνουν την ποιότητα ή έστω παρεμβαίνουν στις κοινωνικές, σχολικές ή εργασιακές λειτουργίες.
4. Είναι σημαντικό τα συμπτώματα να μην εξηγούνται καλύτερα με τη διάγνωση κάποιας άλλης διαταραχής όπως τις διαταραχές του άγχους, διάθεσης, προσωπικότητας και της διάστασης

(APA

2013).

Αξίζει να σημειωθεί πως η διάγνωση της ΔΕΠΥ είναι αξιόπιστη μόνο σε άτομα άνω της ηλικίας των τεσσάρων ετών και διαρκεί συχνά έως την ενηλικίωση (Felt et al. 2014). Για να διαγνωστεί η ΔΕΠΥ σε παιδιά ηλικίας τεσσάρων ετών έως 17 ετών χρειάζεται να εντοπισθούν τουλάχιστον έξι ή παραπάνω συμπτώματα ενώ σε έφηβους και ενήλικες ηλικίας 17 ετών και άνω πρέπει να εντοπιστούν το λιγότερο πέντε συμπτώματα. Αυτή η διαφορά μεταξύ ενηλίκων και παιδιών οφείλεται σε συμπεριφορές ενηλίκων στις οποίες τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται διαφορετικά, όπως για παράδειγμα η υπερκινητικότητα, η οποία μπορεί να παρουσιάζεται ως ακραία ανησυχία. Επιπροσθέτως, η διάγνωση της ΔΕΠΥ καθίσταται δυσκολότερη σε ενήλικες, καθώς πολλές φορές τα άτομα αυτά καταφέρνουν να μαθαίνουν να διαχειρίζονται ή ακόμα και να κρύβουν τα συμπτώματα τους (APA 2013).

Για την διάγνωση της διαταραχής έχουν παρατηρηθεί διάφορα συμπτώματα τύπων απροσεξίας καθώς και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και αντίστοιχες κλινικές εικόνες (APA 2013).

3.1 Συμπτώματα απρόσεκτου τύπου ΔΕΠΥ- Απροσεξία

Τα συμπτώματα του απρόσεκτου τύπου ΔΕΠΥ πρέπει να εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες και να καθίστανται ακατάλληλα για το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου. Όπως προαναφέρθηκε, είναι απαραίτητα τουλάχιστον έξι από τα εννέα σημεία σε άτομα ηλικίας έως 16 ετών ή τουλάχιστον πέντε για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω. Τα εννέα συμπτώματα απροσεξίας που ενδέχεται να παρουσιάζει το άτομο σύμφωνα με την πέμπτη –και πιο πρόσφατη- έκδοση του DSM είναι τα εξής:

- Συχνά το άτομο δεν δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις λεπτομέρειες ή κάνει απρόσεκτα λάθη στον εργασιακό του χώρο, σε σχολικές εργασίες καθώς και σε άλλες δραστηριότητες
- Δυσκολεύεται να κρατήσει την προσοχή του σε δραστηριότητες είτε αυτές αφορούν το παιχνίδι είτε αφορούν κομμάτι της εργασίας του.
- Δεν φαίνεται να ακούει ή να δίνει προσοχή όταν μιλά καθώς και όταν του απευθύνουν τον λόγο.
- Συχνά δεν καταφέρνει να ακολουθεί οδηγίες καθώς χάνει την συγκέντρωσή του και δεν ολοκληρώνει σχολικές εργασίες, δουλειές της καθημερινότητας ή καθήκοντα στον χώρο εργασίας του.

- Δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες.
- Είναι απρόθυμο, αποφεύγει ή δεν του αρέσει να κάνει εργασίες οι οποίες απαιτούν διανοητική προσπάθεια για μεγάλο χρονικό διάστημα (είτε αυτές οι εργασίες αφορούν το σχολείο, την εργασία ή την απασχόληση στο σπίτι)
- Συχνά χάνει απαραίτητα υλικά για τις εργασίες και τις δραστηριότητές του όπως σχολικά υλικά, γραφική ύλη, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια και κλειδιά.
- Αποσπάται η προσοχή του εύκολα
- Είναι αποπροσανατολισμένος, ξεχασμένος, στις καθημερινές δραστηριότητες του (APA 2013).

3.2. Κλινική εικόνα απρόσεκτου τύπου

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από τον απρόσεκτο τύπο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, σύμφωνα με τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζουν την εξής κλινική εικόνα:

- Δεν φέρνουν εις πέρας οδηγίες και αδυνατούν να εφαρμόσουν κανόνες σε μια άσκηση, σε ένα παιχνίδι ή μια υποχρέωση.
- Σε περιβάλλον όπως μια σχολική τάξη και αντίστοιχα του αμφιθεάτρου μιας σχολής, αδυνατούν να εστιάσουν πολλή ώρα την προσοχή τους στον καθηγητή ή σε μια άσκηση, και αποσπώνται πολύ εύκολα από διάφορα ερεθίσματα τα οποία βρίσκονται γύρω τους.
- Κάνουν πολλά λάθη σε μια άσκηση ή σε μια δουλειά εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει σε λάθη απροσεξίας και επιπολαιότητας.
- Φαίνονται αποπροσανατολισμένοι όταν τους απευθύνεται μια ερώτηση και δίνουν την εντύπωση ότι δεν παρακολουθούν ή δεν ακούν τον συνομιλητή τους.
- Αντιμετωπίζουν προβλήματα οργάνωσης εργασίας με αποτέλεσμα να χάνουν προθεσμίες, να μην διαχειρίζονται σωστά τον χρόνο καθώς και να έχουν αποδιοργανωμένο και ακατάστατο έργο (Gadow & Nolan 2002).

3.3 Συμπτώματα υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου

Τα άτομα που πάσχουν από τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο της διαταραχής συνήθως δυσκολεύονται πολύ στην αλλαγή περιβάλλοντος και πιο συγκεκριμένα από το σπίτι στο σχολείο για την παιδική ηλικία και από το σπίτι στον πανεπιστημιακό χώρο για την ενήλικη-φοιτητική ζωή (Danielson et al.2016). Όπως και στον απρόσεκτο τύπο έτσι και στον υπερκινητικό-παρορμητικό είναι απαραίτητός ο εντοπισμός τουλάχιστον έξι ή περισσότερων συμπτωμάτων σε παιδιά ηλικίας έως 16 ετών ή πέντε και περισσότερα συμπτώματα για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω. Τα συμπτώματα αυτά είναι ανάγκη να υπάρχουν για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό που καθίσταται ακατάλληλος και διαταράσσει το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου με αποτέλεσμα να επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές-επαγγελματικές δραστηριότητες του (APA 2013). Τα συμπτώματα του συγκεκριμένου τύπου είναι τα εξής:

- Κουνάει ή χτυπάει τα χέρια και τα πόδια του, διαφορετικά κουνιέται στο κάθισμα.
- Σηκώνεται και αφήνει το κάθισμα του σε καταστάσεις που αναμένεται να παραμείνει καθιστός, όπως στο εργασιακό περιβάλλον ή στο σχολείο.
- Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε σημεία, σε ακατάλληλες στιγμές. Το συγκεκριμένο σύμπτωμα συναντάται σε νέα άτομα με ΔΕΠΥ, ενώ οι έφηβοι ή οι ενήλικες περιορίζονται σε έντονο αίσθημα ανησυχίας.
- Συχνά αδυνατεί να παίξει ή να ασχοληθεί με ψυχαγωγικές δραστηριότητες ήσυχα.
- Βρίσκεται σε ανησυχία και υπερένταση με αποτέλεσμα να κινείται συνεχώς. Δεν μπορεί για μεγάλο χρονικό διάστημα να νιώθει χαλαρό σε ακινησία, όπως θα ήταν αναμενόμενο σε συγκεκριμένες περιστάσεις (εστιατόρια, συναντήσεις, αίθουσα πανεπιστημιακού χώρου).
- Μιλάει ακατάπαυστα.
- Απαντά συχνά πριν ολοκληρωθεί μια ερώτηση.
- Δυσκολεύεται να περιμένει την σειρά του.
- Διακόπτει ή παρεμβαίνει στις δραστηριότητες άλλων, όπως σε συζητήσεις ή σε παιχνίδια (APA 2013).

3.4. Κλινική εικόνα υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου

Με βάση τα προαναφερθέντα συμπτώματα έχουν καταγραφεί κάποιες αντίστοιχες κλινικές εικόνες παιδιών και φοιτητών, οι οποίες παρατηρούνται κυρίως σε περιβάλλοντα εκπαίδευσης (Κουμουλα 2012). Ειδικότερα, τα άτομα με ΔΕΠΥ υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου:

- Δυσκολεύονται να παραμείνουν καθιστά σε μια καρέκλα όπως αρμόζει σε συνθήκες εκπαίδευσης και εργασίας. Αντ' αυτού, παρατηρείται συνεχής κίνηση χεριών και ποδιών καθώς και στριφογυρίσματα κορμού και απομάκρυνση από την καρέκλα χωρίς αιτία.
- Έχουν μεγάλη έλλειψη υπομονής με αποτέλεσμα να ενοχλούν ή να διακόπτουν τους άλλους.
- Δυσκολεύονται να φέρουν εις πέρας ένα παιχνίδι, μια δραστηριότητα ή μια εργασιακή υποχρέωση που απαιτεί ησυχία και ηρεμία.
- Παρεμβαίνουν σε συζητήσεις και παίρνουν τον λόγο χωρίς να τους έχει δοθεί.
- Χρησιμοποιούν χωρίς δισταγμό αντικείμενα που δεν τους ανήκουν χωρίς έγκριση, χωρίς όμως να έχουν την αίσθηση του «ποιος κατέχει τι»
- Οι σχέσεις που συνάπτουν με άλλα άτομα είναι συνήθως ασταθής (οικογενειακές, φιλικές καθώς και επαγγελματικές).
- Εμφανίζουν παρορμητικές αντιδράσεις χωρίς φίλτρο.
- Παρουσιάζουν έλλειψη υπομονής και περίσσεια θάρρους πέραν του φυσιολογικού.
- Χρησιμοποιούν αστεϊρευτή έκφραση ειλικρίνειας, αγγίζοντας τα όρια της αγένειας (Κουμουλα 2012).

3.5 Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ σε παιδικό, εφηβικό και φοιτητικό πληθυσμό

Ο συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ είναι εξαιρετικά κοινός σε παιδιά και εφήβους και περιέχει έναν ευρύ συνδυασμό από τα παραπάνω συμπτώματα, δηλαδή συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικής συμπεριφοράς. Το φάσμα των κλινικών εικόνων σε παιδιά με ΔΕΠΥ είναι ευρύ και γι αυτό κανένα παιδί με ΔΕΠΥ δεν είναι εντελώς ίδιο με κάποιο άλλο. Αυτό, κάνει την κλινική εικόνα των παιδιών με συνδυαστικό τύπο ΔΕΠΥ, ακόμα πιο περίπλοκη και σε τέτοιες καταστάσεις απαιτείται η συμβολή ειδικών (Klassen et al. 2004).

Όσον αφορά τους φοιτητές τα βασικά συμπτώματα υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και απροσεξίας συνεχίζουν να υπάρχουν αλλά έχουν διαφορετικό τρόπο έκφρασης. Για παράδειγμα η υπερκινητικότητα βιώνεται ως ένα συναίσθημα ανησυχίας και εκδηλώνεται με υπερβολική φλυαρία. Επιπλέον, η κλινική εικόνα συνδυασμένου τύπου στους φοιτητές περιπλέκεται ακόμη περισσότερο, συχνά λόγω της συνύπαρξης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Klassen et al. 2004).

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

4.1 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΦΑ) αποτελεί μια σύνθετη αναπτυξιακή κατάσταση, η οποία, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, περιλαμβάνει απαιτητικές προκλήσεις στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία καθώς και συγκεκριμένες και επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές (APA 2017). Αν και η έκταση των συμπτωμάτων και η σοβαρότητα των επιπτώσεων της διαταραχής διαφέρουν ανά άτομο, υπάρχει η κοινή παραδοχή ότι μερικές από τις σταθερές εξακριβωμένες συμπεριφορές των ατόμων με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας αποτελούν στην πραγματικότητα βασικά χαρακτηριστικά ορισμένων νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (APA 2017, Gargaro et al. 2011). Έτσι, ενώ έχει αποδειχθεί ότι η ΔΕΠΥ είναι η δεύτερη πιο συχνή συνυπάρχουσα διαταραχή σε άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, έρευνες έχουν καταδείξει ότι τα παιδιά με συνδυασμένο τύπο ΔΕΠΥ δεν διαφέρουν -όσον αφορά την διάγνωση- από τα παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, καθώς έχουν παρόμοια συμπτωματολογία (Stevens et al 2016, Gargaro et al. 2011).

Καθώς τόσο η διαταραχή ελλειμματικής συμπεριφοράς-υπερκινητικότητας όσο και η διαταραχή αυτιστικού φάσματος αποτελούν κοινές ψυχιατρικές συννοσηρότητες μεταξύ τους, με την πάροδο του χρόνου γίνεται κατανοητό ότι μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών υπάρχει όχι μόνο κοινό συμπεριφορικό προφίλ, αλλά και βιολογική και νευροψυχολογική επικάλυψη (Antshel et al. 2014).

Όσον αφορά την έκφραση των διαταραχών, μελέτες δείχνουν ότι το 30-50% των ατόμων με διαταραχές αυτιστικού φάσματος εκδηλώνουν συμπτώματα ΔΕΠΥ (είτε απροσεξία, είτε υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, είτε συνδυασμό). Όμοια περίπου το 67% των ατόμων με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας εμφανίζουν χαρακτηριστικά των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (Leitner 2014). Και οι δύο διαταραχές σχετίζονται με προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, υποδηλώνεται όμως ότι περισσότερα προβλήματα σε αυτόν τον τομέα αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Εκπτώσεις στην εκτελεστική λειτουργία εμφανίζονται επίσης και στις δύο διαταραχές, αν και οι συγκεκριμένοι εκτελεστικοί τομείς που επηρεάζονται αρνητικά μπορεί να διαφέρουν. Τονίζεται ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην αναστολή, ενώ τα άτομα με ΔΦΑ έρχονται αντιμέτωπα με περισσότερες δυσκολίες στον προγραμματισμό και στην γνωστική ευελιξία (Antshel et al. 2014). Παρόλα αυτά, έρευνες για τη συννοσηρότητα των διαταραχών κατέδειξαν ότι τα παιδιά ηλικίας 4-8 ετών με διαγνωσμένη διαταραχή αυτιστικού φάσματος που εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠΥ, χαρακτηρίζονται από χαμηλότερη γνωστική λειτουργικότητα, ισχυρότερη κοινωνική έκπτωση αλλά και μεγαλύτερη καθυστέρηση στον τομέα της προσαρμογής, σε σύγκριση με τα παιδιά που εμφανίζουν μόνο διαταραχή αυτιστικού φάσματος (Leitner 2014).

Όσον αφορά την δομική αλλά και την λειτουργική νευροαπεικόνιση των δύο διαταραχών γίνεται σαφές ότι τα αποτελέσματα είναι εξίσου ασυνεπή. Δομικά ο αυτισμός σχετίζεται με αυξημένο μέγεθος και πρόωμη ανάπτυξη του εγκεφάλου και λειτουργικά με διαταραχή της λειτουργικής συνδεσιμότητας και του συγχρονισμού. Μια έρευνα πάνω στην λειτουργική απεικόνιση του αυτισμού αναφέρει ότι τα προβλήματα στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που παρατηρούνται σε άτομα με αυτισμό μπορεί να οφείλονται σε λειτουργικές ανωμαλίες του εγκεφάλου. Από την άλλη πλευρά, σχετικά με την δομική νευροαπεικόνιση της ΔΕΠΥ έχουν υπάρξει αρκετά ευρήματα, με τα πιο συνεπή να είναι οι μεταβολές στην δομή του προμετωπιαίου λοβού και της παρεγκεφαλίδας αλλά και αλλαγές σε παρόμοιες περιοχές με αυτές των ατόμων με αυτισμό, στον κατώτερο βρεγματικό λοβό και τον μέσο κροταφικό. Μελέτες στην λειτουργική απεικόνιση της ΔΕΠΥ δείχνουν επίσης μειωμένη λειτουργική συνδεσιμότητα στα δίκτυα του εγκεφάλου, τόσο κατά την διάρκεια της ανάπαυσης όσο και κατά την διάρκεια των ενεργών καταστάσεων. Συμπερασματικά, ο προσδιορισμός των σχετικών ομοιοτήτων των δύο διαταραχών στα πλαίσια της νευροαπεικόνισης είναι δύσκολος, ωστόσο δομικά φαίνεται να υπάρχει μια συνέπεια στο γεγονός ότι οι μετωπιαίες περιοχές εμπλέκονται γενικά και στις δύο διαταραχές ενώ

λειτουργικά γίνεται αντιληπτό ότι και στις δύο διαταραχές παρουσιάζονται προβλήματα στα εγκεφαλικά δίκτυα τόσο σε ενεργές καταστάσεις και καταστάσεις ηρεμίας (Gargaro et al. 2011).

Όσον αφορά την διάγνωση των δύο συννοσηρών διαταραχών αξίζει να σημειωθεί ότι το DSM-IV-TR, με το κριτήριο E της ΔΕΠΥ, δεν επέτρεπε στα πλαίσια της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού να γίνει διάγνωση διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, στην αναθεωρημένη έκδοση DSM-5, ωστόσο, αυτό το κριτήριο έχει αφαιρεθεί και έτσι πλέον οι κλινικοί ιατροί είναι σε θέση να κάνουν μια τέτοιου είδους διάγνωση (Antshel et al. 2014). Έτσι, καθώς τα παιδιά με συνυπάρχουσα ΔΕΠΥ και διαταραχή αυτιστικού φάσματος τείνουν να υποφέρουν από μεγαλύτερη βλάβη –γεγονός που αποδεικνύεται από μεγαλύτερα ποσοστά φαρμακευτικής θεραπείας- θα ήταν αναμενόμενο η συννοσηρότητα αυτή να διαγιγνώσκεται νωρίς. Ωστόσο, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η διαταραχή αυτιστικού φάσματος σε παιδιά που εμφανίζουν ΔΕΠΥ μπορεί να παρουσιαστεί σε μεγαλύτερη ηλικία σε σύγκριση με εκείνα που εμφανίζουν μόνο ΔΦΑ. Κατά μέσο όρο οι γονείς παιδιών με ΔΦΑ και ΔΕΠΥ αναφέρουν ότι η διάγνωση της διαταραχής αυτιστικού φάσματος του παιδιού τους έγινε σχεδόν δύο χρόνια αργότερα σε σχέση με την διάγνωση σε παιδιά που πάσχουν μόνο από ΔΦΑ. Αυτό ενδέχεται να συμβαίνει αν η ΔΕΠΥ έχει διαγνωσθεί πιο νωρίς, καθώς οι γονείς μπορεί να αποδώσουν τα συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής σε αυτήν. Καθώς, όμως, σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, η μέση ηλικία διάγνωσης της ΔΕΠΥ είναι στα επτά έτη και της ΔΦΑ είναι στα πέντε έτη, η εύρεση παιδιών με συνυπάρχουσα ΔΕΠΥ και ΔΦΑ και πρόωμη διάγνωση ΔΕΠΥ είναι η εξαίρεση. Ως εκ τούτου γίνεται αντιληπτό ότι τα συμπτώματα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας μπορεί να είναι πιο εμφανή σε σχέση με αυτά της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος (Stevens et al. 2016).

4.2 ΔΕΠ-Υ και Κατάθλιψη

Η συνύπαρξη της κατάθλιψης και της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται συχνά. Μια ανασκόπηση των μελετών, που έχουν πραγματοποιηθεί στην κοινότητα, αποδεικνύει πως το ποσοστό Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σε νέους με ΔΕΠΥ κυμαίνεται μεταξύ 12% έως 50% και είναι 5,5 φορές υψηλότερο από ότι στους νέους χωρίς ΔΕΠΥ (Daviss 2008). Αντίστοιχα, μελέτες αποδεικνύουν πως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας ανευρίσκεται σε

μεγάλο αριθμό ατόμων που πάσχουν από καταθλιπτικές διαταραχές, με τα αντίστοιχα ποσοστά να κυμαίνονται μεταξύ 9% και 16% (McIntosh et al. 2009).

Το αυξημένο ποσοστό συννοσηρής κατάθλιψης στα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας μπορεί να εμφανιστεί ως ένα παθολογικό φαινομενικό αποτέλεσμα που προκύπτει από άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές που εμφανίζονται συχνά στην ΔΕΠΥ. Οι διαταραχές αυτές είναι, διαταραχές συμπεριφοράς, αγχώδεις διαταραχές ή η αντιθετική προκλητική συμπεριφορά, ωστόσο έρευνες έχουν αποδείξει ότι εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε άτομα με ΔΕΠΥ παρά σε άτομα χωρίς την διαταραχή, ανεξάρτητα από άλλες συννοσηρές καταστάσεις (Daviss 2008).

Όσον αφορά τα αίτια της συνύπαρξης της κατάθλιψης και της ΔΕΠΥ, υπάρχει η κοινή αντίληψη ότι το σύνολο των επιδράσεων που σχετίζονται με την ΔΕΠΥ και οι αρνητικές περιβαλλοντικές συνθήκες που αυτές δημιουργούν μπορεί να αποτελέσουν την κινητήριο δύναμη ώστε τελικά οι νέοι με ΔΕΠΥ να εμφανίσουν και συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής. Αυτή η συγκεκριμένη αντίληψη ενισχύεται, επίσης, από το γεγονός ότι η κατάθλιψη στους νέους με ΔΕΠΥ συνήθως εμφανίζεται αρκετό χρονικό διάστημα μετά την εμφάνιση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Έτσι, διάφορες μελέτες, προσπαθώντας να εξετάσουν τον ρόλο που διαδραματίζει η ΔΕΠΥ στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών, υπέδειξαν ότι διάφοροι τομείς στους νέους που πάσχουν από την εξεταζόμενη διαταραχή μπορεί να λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την μεταγενέστερη εμφάνιση κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ που οδηγούν σε ακαδημαϊκή δυσλειτουργία και σε προβληματικές κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης σε ένα ορισμένο μέρος των ατόμων που πάσχουν από διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (Daviss 2008).

Σε αντίθεση, όμως, με την προαναφερόμενη αντίληψη, αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι τα επεισόδια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής δεν σχετίζονται με την ακαδημαϊκή δυσλειτουργία που προκαλούν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και προτείνουν η συνυπάρχουσα με την διαταραχή κατάθλιψη να μην υποτιμάται ως απλώς μια αποθάρρυνση λόγω των δυσμενών επιπτώσεων της ΔΕΠΥ (Daviss 2008).

Μια άλλη πιθανή αιτία που μπορεί να οδηγεί στην συννοσηρότητα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας και της κατάθλιψης είναι η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για την θεραπεία της πρώτης. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα

διεγερτικά φάρμακα, τα οποία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη φαρμακευτική ουσία στην θεραπεία της ΔΕΠΥ, μπορούν συχνά να προκαλέσουν δυσφορία ή ασταθή διάθεση στα άτομα που τα χρησιμοποιούν. Πιο συγκεκριμένα, μελέτες σε ζωικούς οργανισμούς έχουν εκφράσει ανοικτά την ανησυχία ορισμένων επιστημόνων πως η πρόωμη έκθεση σε διεγερτικά μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης συννοσηρής καταθλιπτικής διαταραχής (Daviss 2008).

Υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις όσον αφορά την αιτιώδη συνάφεια της κατάθλιψης και της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Ωστόσο, οι ερευνητές συμφωνούν στο ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ και κατάθλιψη εμφανίζουν μεγαλύτερη μείωση της κοινωνικής αλλά και της ακαδημαϊκής λειτουργικότητας, περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα καθώς και φτωχότερα μελλοντικά αποτελέσματα στον επαγγελματικό και κοινωνικό χώρο σε σχέση με τα παιδιά που εμφανίζουν μόνο την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Μελέτες που έχουν ερευνήσει άμεσα τα χαρακτηριστικά της ταυτόχρονης ύπαρξης της ΔΕΠΥ και της κατάθλιψης κατέδειξαν ότι αυτή η συννόηση προκαλεί την έκφραση σοβαρότερων συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ αλλά και αυξημένα ποσοστά επιθετικότητας (Blackman et al 2005). Άλλες κοινωνικές έρευνες έχουν, επίσης, καταδείξει ότι ο συνδυασμός συναισθηματικών διαταραχών-όπως η κατάθλιψη- με την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας στους νέους αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονικών τάσεων καθώς και τα ποσοστά των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών (McIntosh et al. 2009).

Καθώς τόσο η ΔΕΠΥ όσο και η κατάθλιψη που εμφανίζονται ως μοναδικές διαταραχές στην παιδική ηλικία προκαλούν μία σειρά μακροχρόνιων βλαβών, νοσηρότητα και υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας, είναι δεδομένο ότι τα άτομα που πάσχουν από τον συνδυασμό των δύο διαταραχών εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών. Όσον αφορά τα δύο φύλλα, έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες με κατάθλιψη και συννοσηρή ΔΕΠΥ εμφανίζουν τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής σε μικρότερη ηλικία, έχουν αυξημένα ποσοστά αυτοκτονικότητας και νοσηλειών καθώς και μεγαλύτερη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων από εκείνες που πάσχουν μόνο από κατάθλιψη. Συνολικά φαίνεται ότι οι ασθενείς με ΔΕΠΥ και κατάθλιψη που υποβλήθηκαν σε επιτυχή θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής, έχουν υψηλότερα ποσοστά υποτροπής της διαταραχής σε σχέση με εκείνους που πάσχουν μόνο από κατάθλιψη (Daviss 2008).

Κλινικά κρίνεται αναγκαίο τα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας να εξετάζονται για πιθανή συνύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής αλλά και αντίστροφα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπάρχει κατανόηση και διάκριση μεταξύ των πιθανών καταθλιπτικών επεισοδίων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που μπορεί να συνοδεύουν τις αρνητικές συνέπειες της ΔΕΠΥ. Αυτή η διάκριση θα βοηθήσει σημαντικά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις που θα ακολουθήσουν καθώς τα άτομα που εμφανίζουν απλώς μια αποθάρρυνση στην συμπεριφορά λόγω της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας μπορούν να αντιμετωπιστούν πιο απλά με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, ενώ τα άτομα που όντως πάσχουν από συνυπάρχουσα μείζον καταθλιπτική διαταραχή απαιτούν παρεμβάσεις που επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους και στις δύο διαταραχές αντίστοιχα. Υπάρχουν πολλά συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής που μπορούν να συνοδεύουν την ΔΕΠΥ ως απλή αποθάρρυνση -τέτοια όπως απουσία συγκέντρωσης και μνήμης, ανηδονία, ανησυχία ευερεθιστότητα και χρόνιες αϋπνίες-τα οποία καθιστούν το έργο των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την διάγνωση δύσκολο. Πρόσφατες έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι όταν υπάρχει έλλειψη συναισθηματικής διαταραχής –όπως η κατάθλιψη- η ΔΕΠΥ δεν μπορεί να συνδεθεί με σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα και αυτοκτονικό ιδεασμό (McIntosh et al. 2009).

4.3 ΔΕΠ-Υ και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD)

Οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από την παρουσία ενοχλητικών, άβολων και επαναλαμβανόμενων σκέψεων, προκαλώντας συναισθηματικό στρες και υπερβολικό άγχος. Τα άτομα που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προκρίμενου να διώξουν και να απαλλαγούν από αυτές τις εμμονές, ακολουθούν επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές και σκέψεις. Με αυτόν τον τρόπο νιώθουν πως εξουδετερώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις των εμμονών. (DSM-5 2013) Πληροφοριακά, η διαγνωστική ταξινόμηση ICD-10 οδήγησε στο συμπέρασμα πως ο ασθενής βιώνει μία ενοχλητική, υπερβολική εσωτερική αντίσταση η οποία προκύπτει από την επιβολή παρορμήσεων, ιδεών, σκέψεων και προτύπων συμπεριφοράς (Brem & Grunblatt 2014).

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελούν δύο από τις πιο συχνά συναντώμενες νευροψυχιατρικές παθήσεις σε παιδιατρικούς και ενήλικους πληθυσμούς, και ακολουθούν χρόνια πορεία με σταθερά ποσοστά τουλάχιστον 40-50%.Αν και κάποιες οικογενειακές

μελέτες και ορισμένα γενετικά ευρήματα έδειξαν υψηλή κληρονομικότητα και κοινές παραλλαγές και για τις δύο διαταραχές όσον αφορά τους παθογενετικούς μηχανισμούς τους, η εκτεταμένη μελέτη και χαρτογράφηση του εγκεφαλικού αποτυπώματος αποκαλύπτει μερικά στοιχεία τα οποία τις διαφοροποιούν μεταξύ τους (Maltby et al. 2005).

Κατά καιρούς έχει μελετηθεί η σχέση μεταξύ κλινικών συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, καθώς και η συνδεσιμότητα, η λειτουργία και η υποκείμενη δομή των εγκεφάλων, στους οποίους συνυπάρχουν και οι δύο διαταραχές. Οι μελέτες αυτές εστιάζουν κυρίως στις ομοιότητες και στις διαφορές των προσβεβλημένων περιοχών του εγκεφάλου. Με το πέρας των ερευνών, παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς που έπασχαν και από τις δύο διαταραχές εμφάνιζαν μειωμένο όγκο στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου και μειωμένη γκρίζα ύλη στον μετωπιαίο λοβό (Radua & Mataix-Cals 2009). Επιπλέον, σημαντική παρατήρηση θεωρήθηκε η υποενεργοποίηση στα δίκτυα εκτελεστικής λειτουργίας στον μετωπιαίο και στον βρεγματικό λοβό ασθενών με ΔΕΠΥ, ενώ ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσίαζαν υπερδραστηριοποίηση του πρόσθιου λοβού του εγκεφάλου (Maltby et al. 2005).

Γενικότερα, όσον αφορά την υποκατηγορία κοινωνικών δεξιοτήτων, παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Cath et al. 2008). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκαν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων που πάσχουν και από τις δύο διαταραχές και ιδιαίτερα μειωμένη κινητική αναστολή (Sinzig et al. 2008, Reiersen et al. 2007). Επιπλέον, δυσκολίες στην διαχείριση προσοχής καταγράφηκαν και στις δύο διαταραχές και πιθανόν να εξηγούν το παθολογικό αίσθημα αβεβαιότητας και αμφιβολίας που τις χαρακτηρίζει. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν πολύ αυξημένα ποσοστά ΔΕΠΥ. Το κύριο κοινό τους σύμπτωμα είναι το πρόβλημα μετατόπισης προσοχής. Δηλαδή, έλλειψη της ικανότητας του ατόμου να στρέψει την προσοχή του από ένα ερέθισμα σε ένα άλλο με βάση την περίσταση. Αυτό σημαίνει πως το πρόβλημα μετατόπισης προσοχής φαίνεται να αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την σοβαρότητα των διαστάσεων των διαταραχών αυτών (Oades & Christiansen 2008).

4.4 ΔΕΠ-Υ και Επιληψία

Η επιληψία έχει οριστεί ως η χρόνια τάση του εγκεφάλου να βιώνει επιληπτικά επεισόδια ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ο άνθρωπος είναι δυνατόν να παρουσιάσει ένα επιληπτικό επεισόδιο οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του, και να μην ξαναεμφανίσει ποτέ. Ουσιαστικά, ο εγκέφαλος διαπράττει αυτό που αποκαλείται επιληπτογένεση, η οποία είναι η ανάπτυξη ενός νευρωνικού δικτύου, μέσα στο οποίο εμφανίζονται αυθόρμητες κρίσεις. Η επιληψία επηρεάζει ολόκληρο το εύρος των ηλικιών, ενώ είναι γνωστό πως έχει πολλές αιτίες και ακόμα περισσότερες εκδηλώσεις. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί πως η ταξινόμηση των τύπων της επιληψίας συνεχώς εξελίσσεται, αν και υπάρχουν δεκάδες συννοσηρότητες οι οποίες την περιπλέκουν (Engel 2001).

Εδώ και πολλά χρόνια, σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε όλο τον κόσμο, η επιληψία και η ΔΕΠΥ συνυπάρχουν σε πολύ μεγάλα ποσοστά (Dunn et al. 2003). Έχει προκύψει το συμπέρασμα πως υπάρχει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης απρόσεκτου τύπου ΔΕΠΥ σε επιληπτικά παιδιά, με τον σαφή λόγο πως οι δυσκολίες προσοχής είναι πολύ διαδεδομένες κυρίως στην παιδική επιληψία (Reilly 2011). Με το υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης να συναντάται νωρίς στην παιδική ηλικία, προκύπτει ένα σύνολο παραγόντων αυξημένου κινδύνου, όπως η νεαρή ηλικία κύησης της μητέρας, το χαμηλό βάρος γέννησης, η φτωχή βαθμολογία κλίμακας Apgar, το οικογενειακό ιστορικό και οι γενετικοί παράγοντες (Linnet et al. 2006). Συμπερασματικά, οδηγούμαστε σε μία υπόθεση μιας κοινής παθοφυσιολογικής σχέσης μεταξύ της επιληψίας και της ΔΕΠΥ, καθώς και οι δύο διαταραχές έχουν τις ρίζες τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Ettinger et al. 2015).

Αν και η ΔΕΠΥ θεωρείται διαταραχή που αφορά κυρίως τον παιδικό πληθυσμό, όταν συνυπάρχει με την επιληψία, παρατηρείται σημαντική συνέχιση και εξέλιξη συμπτωμάτων και στην ενήλικη ζωή. Γενικά, η διάγνωση της ΔΕΠΥ σε άτομα που πάσχουν από επιληψία μπορεί να γίνει εξαιρετικά δύσκολη και περίπλοκη λόγω δυσκολιών που αφορούν την προσοχή, οι οποίες μπορεί να μην έχουν καμία σχέση με την ΔΕΠΥ (Ettinger et al. 2015). Έχει διαπιστωθεί πως συμπτώματα ΔΕΠΥ σε επιληπτικά άτομα εμφανίζονται πιο συχνά όταν τα άτομα αυτά έχουν σχετικά χαμηλό εισόδημα ή διαμένουν σε αγροτικές περιοχές. Πιθανά αίτια της παραπάνω διαπίστωσης μπορεί να αποτελούν η μειωμένη υγειονομική περίθαλψη και το άγχος που σχετίζεται με την φτώχεια (Wilens & Dodson 2004). Η διάγνωση της ΔΕΠΥ σε επιληπτικά άτομα πρέπει να γίνεται με την μέγιστη προσοχή λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές ύπνου, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα και με την επιληψία. Συνοπτικά, ένα ποσοστό που ανέρχεται περίπου στο 20% των ατόμων που πάσχουν από ΔΕΠΥ εμφανίζουν και επιληψία. Η κατάθλιψη, το άγχος, η χαμηλή ποιότητα

ζωής και η διαταραχή του ύπνου είναι αποτελέσματα των υποκείμενων καταστάσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος και της επιληψίας, τα οποία υποκινούνται εν μέρει από την ΔΕΠΥ (Barkley & Brown 2008).

4.5 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Χρήσης Ουσιών

Ο εθισμός σε ναρκωτικές ουσίες ορίζεται ως μία χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή. Κύριο χαρακτηριστικό του αποτελεί η καταναγκαστικά συμπεριφορά αναζήτησης και λήψης ναρκωτικών ουσιών, παρά τις καταστροφικές και σοβαρές επιπτώσεις που προκαλούν στον ανθρώπινο οργανισμό. Είναι γνωστό πως οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν καταστάσεις ευφορίας στην αρχή (φάση έναρξης). Με συνεχή χρήση προκαλούνται αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και σταδιακή υποτροπή και κατάρρευσή του. Τονίζεται πως ο εγκέφαλος γίνεται υπερευαίσθητος με την συνεχή χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας και ως αποτέλεσμα προκαλείται μια προοδευτική παθολογική επιθυμία για αυτήν την ουσία, ανεξαρτήτως των οξέων συμπτωμάτων στέρησης. Καταληκτικά, το άτομο οδηγείται σε μία ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αναζήτησης και λήψης ναρκωτικών ουσιών (Cami & Farre 2003).

Βάση ερευνών διαπιστώνεται ότι οι φοιτητές που πάσχουν από την διαταραχή αναφέρουν μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών από τους συνομήλικούς τους, ενώ μάλιστα παρατηρείται πως οι μαθητές αυτοί έχουν περισσότερες πιθανότητες από 2,5 φορές να έχουν καταχραστεί μαριχουάνα εντός ενός έτους και περισσότερες από 6 φορές πιο πιθανό να έχουν καταχραστεί άλλα φάρμακα (Green & Rabiner 2012). Το υψηλό ποσοστό κατάχρησης ουσιών σε ενήλικες με ΔΕΠΥ είναι γνωστό παρόλα αυτά η αιτία παραμένει άγνωστη. Τα πιο πιθανά αίτια πιστεύονται ότι είναι τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και της απροσεξίας καθώς και η λειτουργία της συννοσηρότητας και της συνολικής ικανότητας. Μάλιστα, έρευνες έχουν παρουσιάσει την σχέση της απροσεξίας με την διαταραχή χρήσης ουσιών σε έναν σημαντικό δεσμό μεταξύ της απουσίας της προσοχής με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος. Οι νέοι που εμφάνιζαν χαμηλές βαθμολογίες σε νευροψυχολογικές εξετάσεις προσοχής των μελετών παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης ουσιών σε σχέση με τα άτομα με υψηλότερες βαθμολογίες στις δοκιμές προσοχής (Wilens 2004).

Ως αποτέλεσμα πολλαπλών ερευνών έχει διαπιστωθεί πως το ποσοστό κατάχρησης ουσιών είναι ανησυχητικά αυξημένο σε ενήλικες που πάσχουν από ΔΕΠΥ, ενώ έφηβοι με και χωρίς ΔΕΠΥ έχουν το ίδιο ποσοστό. Ο ρόλος της αυτοϊατρικής στον έλεγχο των συμπτωμάτων σε ενήλικες με ΔΕΠΥ έχει καθοριστική σημασία στην σχέση της διαταραχής με τον εθισμό. Δηλαδή, τα άτομα με ΔΕΠΥ μπορούν πολύ εύκολα να χρησιμοποιήσουν συγκεκριμένες ουσίες όπως κοκαΐνη, τα οποία ενεργούν με παρόμοιο τρόπο με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ (Kousha et al. 2011).

Ως προς τα διεγερτικά φάρμακα, την πιο συνήθη φαρμακευτική αγωγή για την διαχείριση της διαταραχής, παρατηρείται υψηλό ποσοστό κατάχρησης από ενήλικες με ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, η μεθυλφαινιδάτη, η οποία είναι το πιο συχνό συνταγογραφούμενο φάρμακο κατά της ΔΕΠΥ, έχει ελεγχθεί για τις φαρμακολογικές της ιδιότητες οι οποίες μοιάζουν με αυτές της κοκαΐνης και αποτελεί μια από τις φαρμακολογικές καταχρήσεις των ατόμων με ΔΕΠΥ. Βάση μελετών, μάλιστα, η μεθυλφαινιδάτη φαίνεται να δρα με παρόμοιο τρόπο με την κοκαΐνη ή/και να παράγει ενδεικτικά στοιχεία κατάχρησης (Wilens 2004).

Η κατάχρηση λόγω των διεγερτικών θεραπειών βρίσκεται ακόμα υπό μελέτη καθώς δεν μπορεί να αποδειχτεί με ακρίβεια. Παρόλα αυτά παρατηρείται η κατάχρηση των διεγερτικών φαρμάκων από τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή, όχι όμως σε επικίνδυνο βαθμό ώστε να θεωρηθεί ως βασικός λόγος των καταχρήσεων (Wilens 2004).

Επιπροσθέτως, έρευνες έχουν καταδείξει πως η δυσλειτουργία προσοχής καθιστά εύκολη και επιρρεπή την έναρξη και την συντήρηση του καπνίσματος (Tercyak 2002). Συμπερασματικά, η κακή προσοχή και εκτελεστική λειτουργία προμηνύουν ευκολότερη έναρξη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Επιπλέον έχει προταθεί ότι η ΔΕΠΥ και ο εθισμός σε ναρκωτικές ουσίες είναι πιθανό να μοιράζονται κοινούς γενετικούς παράγοντες κινδύνου και παράγοντες προσωπικότητας και περιβάλλοντος (Kalbag & Levin 2005).

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1 Διαδικασία Διάγνωσης

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ διαπιστώνεται κλινικά βάσει κριτηρίων, τα οποία φαίνονται ακατάλληλα για την ανάπτυξη, που ορίζονται από διαγνωστικά συστήματα ταξινόμησης όπως το DSM 5. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και θα πρέπει να αποτελούν εμπόδια στις καθημερινές δραστηριότητες για τη σωστή διάγνωση (Belanger et al. 2018, Dias et al. 2013). Όπως παρατηρείται και σε άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, δεν υπάρχει βοηθητικό τεστ με επαρκή προγνωστική ισχύ για την διάγνωση της διαταραχής. Η διάγνωση της διαταραχής καθίσταται δύσκολη καθώς τα παιδιά με ΔΕΠΥ διαφέρουν εξαιρετικά μεταξύ τους. Η ΔΕΠΥ όπως και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι μια ετερογενής διαταραχή με διάφορες πτυχές, όπως τα προφίλ των συμπτωμάτων, τα νευροψυχολογικά προφίλ, τα νευρολογικά και γενετικά χαρακτηριστικά (Dias et al. 2013). Αξίζει να σημειωθεί παρόλα αυτά πως η διάγνωση έχει διευρυνθεί τόσο ώστε να περιλαμβάνει ενήλικες, καθώς και παιδιά και ασθενείς των οποίων το μόνο παράπονο είναι η απροσεξία και η έλλειψη προσοχής στο σχολείο ή στην εργασία (Gualtieri & Johnson 2005).

Για την διεκπεραίωση των διαγνωστικών διαδικασιών, κατά ένα μεγάλο βαθμό, απαιτείται η συμμετοχή από ψυχολόγους, ψυχιάτρους, νευρολόγους, παιδίατρους και οικογενειακούς επαγγελματίες για υποκειμενικές εκτιμήσεις της αντιληπτής συμπεριφοράς (Gualtieri & Johnson 2005, National Institutes of Health Conse 2000). Οι ειδικοί αυτοί είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των περισσότερων παιδιών με ΔΕΠΥ. Υπάρχει μεγάλη διακύμανση μεταξύ των τύπων των ιατρών σε σχέση με τη συχνότητα της διάγνωσης της διαταραχής. Μελέτες δείχνουν ότι οι οικογενειακοί επαγγελματίες κάνουν διάγνωση και συνταγογραφούν φαρμακευτική αγωγή πιο συχνά από ότι οι ψυχίατροι ή οι παιδίατροι. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στον περιορισμένο χρόνο που διατίθεται για τη διάγνωση (National Institutes of Health Conse 2000).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής έχουν εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, παρόλα αυτά η αξιολόγηση και τα εργαλεία της παραμένουν ουσιαστικά τα ίδια καθώς η ΔΕΠΥ αποτελεί μια κλινική διάγνωση. Ωστε να πραγματοποιηθεί η διαγνωστική αξιολόγηση απαιτείται η λήψη προγεννητικού, περιγεννητικού και οικογενειακού ιστορικού, η ενημέρωση της σχολικής επίδοσης, οι επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων και μια λεπτομερής φυσική εξέταση. Κατά την διάρκεια της φυσικής εξέτασης δίνεται προσοχή στα ζωτικά σημεία καθώς και στο δέρμα, σε καρδιαγγειακά και νευρολογικά συμπτώματα, συμπτώματα θυρεοειδή και στον κινητικό συντονισμό. Κατά την διαδικασία της διάγνωσης πραγματοποιείται, επίσης, αξιολόγηση ψυχικής υγείας με σκοπό τον εντοπισμό συννοσηρών παθήσεων (Wolraich et al. 2019).

Είναι αναγκαίο μέσα από την διάγνωση να προσδιοριστεί από τους επαγγελματίες υγείας η τρέχουσα σοβαρότητα της διαταραχής σε ήπια, μέτρια και σοβαρή. Η ήπια εμφάνιση αποτελείται από λίγα σημεία συμπτωμάτων που να μην υπερβαίνουν τον απαιτούμενο αριθμό (6 για παιδιά ή 5 για τους ενήλικες) για την εξαγωγή διάγνωσης της ΔΕΠΥ τα οποία όμως έχουν ως αποτέλεσμα μόνο μικρές λειτουργικές διαταραχές. Η σοβαρή εμφάνιση της ΔΕΠΥ αποτελείται από πολλά σημεία συμπτωμάτων τα οποία υπερβαίνουν τον αριθμό που απαιτείται για την διάγνωση ή υπάρχουν αρκετά συμπτώματα τα οποία είναι ιδιαίτερα σοβαρά ή συμπτώματα που οδηγούν σε σημαντική εξασθένηση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας. Τέλος η μέτρια εμφάνιση αποτελείται από κάποια λειτουργική βλάβη ή συμπτώματα μεταξύ της ήπιας και σοβαρής μορφής (APA 2013). Η συνολική προσέγγιση στη διάγνωση μπορεί να περιλαμβάνει:

- Ολοκληρωμένη συνέντευξη με τους ενήλικες φροντιστές του παιδιού
- Εξέταση ψυχικής κατάστασης του παιδιού
- Ιατρική εξέταση γενικής υγείας και νευρολογικής κατάστασης
- Γνωστική αξιολόγηση της ικανότητας και των επιτευγμάτων
- Χρήση κλιμάκων βαθμολογίας γονέων και δασκάλων οι οποίοι εστιάζουν στην ΔΕΠΥ
- Σχολικές εκθέσεις και άλλες συμπληρωματικές αξιολογήσεις εάν είναι απαραίτητο (ομιλία, γλωσσική αξιολόγηση κλπ.) (Gualtieri & Johnson 2005)

5.2 Κλίμακες αξιολόγησης και βαθμολογία.

Η χρήση κλιμάκων αξιολόγησης και βαθμολογίας από εκπαιδευτικούς ή γονείς ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας το 1960. Για την χρησιμοποίηση των κλιμάκων υπάρχει εστίαση στα κριτήρια συμπεριφοράς για την ΔΕΠΥ, ακριβώς όπως περιγράφονται στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, DSM-5 (Wolraich et al. 2019).

Οι κλίμακες αξιολόγησης είναι απαραίτητες για την διάγνωση της ΔΕΠΥ, συλλέγουν πολλές πληροφορίες με σχετικά χαμηλό κόστος και έχουν ιδιαίτερη αξία σε παιδιατρικές διαγνώσεις καθώς ο όγκος των ασθενών είναι υψηλός και υπάρχει περιορισμένος χρόνος διαθέσιμος για την λήψη κρίσιμων διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων (Wolraich et al. 2019). Οι κλίμακες αξιολόγησης χρησιμοποιούνται ξεκινώντας με την συλλογή χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων τα οποία πιστεύονται ότι σχετίζονται με την διαταραχή και με συναφείς ψυχολογικές λειτουργίες. Συλλέγονται στοιχεία τα οποία συμπίπτουν με τους διαγνωστικούς ελέγχους ορισμένους από το DSM 5 και οι λέξεις αυτών είναι αρκετά συγκεκριμένες ώστε να επιτρέπουν στους γονείς και δασκάλους να μεταφέρουν σημαντικές πληροφορίες για το παιδί που θεωρείται πάσχοντας. Έτσι, είναι εύκολο οι πληροφορίες να μην συνδέονται με γενικότητα και να συνδέονται με άλλα σημαντικά προβλήματα (Gualtieri & Johnson 2005).

Συνήθως στην συλλογή των πληροφοριών των κλιμάκων αξιολόγησης προτιμάται μια πιο επιστημονική μέθοδος από την απλή καταγραφή παραπόνων των ασθενών. Για παράδειγμα, το σύμπτωμα της ανησυχίας, θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη με συγκεκριμένο τρόπο, όπως για παράδειγμα η φύση και ο αριθμός των κινήσεων των πασχόντων. Η επιστημονική μέθοδος στοχεύει στην ακρίβεια και την εγκυρότητα των διαγνώσεων (Gualtieri & Johnson 2005).

Οι κλίμακες αξιολόγησης λειτουργούν με σύστημα βαθμολογίας των μεμονωμένων στοιχείων σε κάθε παράγοντα. Όστε να ληφθεί η βαθμολογία διεκπεραιώνεται μια διαδικασία προσθήκης συμπτωμάτων ή παραγόντων κινδύνου. Αυτά τα σύνολα συντελεστών είναι τυποποιημένα για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, φύλο και εθνικές κατηγορίες. Συνήθως ο αριθμός των στοιχείων μπορεί να ποικίλλει και τα αποτελέσματα να εκφράζονται σε μονάδες

μεταβλητότητας, οι οποίες στη συνέχεια αναπαράγονται σε όρους κλίμακας που αποφεύγει αρνητικούς και θετικούς αριθμούς (Gualtieri & Johnson 2005).

Συμπερασματικά, οι κλίμακες αξιολόγησης παρέχουν μια σημαντική προσθήκη συμπληρώματος στο διαγνωστικό σχήμα του DSM 5. Είναι συστηματικές και ποσοτικές καθώς και αποτελούν απαραίτητο στοιχείο της διαγνωστικής διαδικασίας αλλά όχι επαρκή καθώς είναι αμφιλεγόμενο ζήτημα η αντικειμενικότητα τους εφόσον τα συμπτώματα είναι συνήθως υποκειμενικά (Gualtieri & Johnson 2005).

5.3 Ψυχολογική εξέταση

Μια ακόμη σημαντική εξέταση για την πραγματοποίηση της διάγνωσης είναι αυτή της ψυχολογίας του πάσχοντος. Για την διάγνωση της ΔΕΠΥ απαιτείται ένας κλινικός ψυχολόγος ο οποίος ειδικεύεται στην διάγνωση της ΔΕΠΥ αλλά μπορεί και να παρέχει μια «γνωστική αξιολόγηση της ικανότητας και των επιτευγμάτων». Η ψυχολογική εξέταση είναι ικανή να εντοπίσει γνωστικές αναπηρίες που μπορεί να επιδεινώνουν το πρόβλημα και να δυσκολεύουν την διαχείριση αυτού. Μάλιστα, η ψυχολογική εξέταση βοηθά στην συλλογή στοιχείων απροσεξίας και παρορμητικότητας πολύ πιο έγκυρα από ότι μια κλίμακα αξιολόγησης. Ένα συμβατικό τεστ IQ όπως το WISC ή το WAIS, βοηθά τον εξεταστή να καταγράψει τα αδύναμα και δυνατά στοιχεία του πάσχοντα. Στην περίπτωση εξέτασης IQ με οριακή βαθμολογία, πρόβλημα μνήμης ή συγκεκριμένη μαθησιακή αναπηρία βοηθά τον εξεταστή να παρέχει στον πάσχοντα ένα πιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας. Για παράδειγμα, ασθενείς με ΔΕΠΥ μπορεί να αποτύχουν σε ακουστικές εξετάσεις άμεσης μνήμης και τα ελλείμματα τους να εμφανίζονται σε προβλήματα μνήμης εργασίας ή και ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών (Gualtieri & Johnson 2005).

5.4 Διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας

Μερικές φορές ο τρόπος διάγνωσης είναι ασυνεπής καθώς και σύντομος με αποτέλεσμα μερικά παιδιά να υπερδιαγνωστούν ή να μην διαγνωστούν με την διαταραχή. Αυτό συμβαίνει όταν δεν χρησιμοποιούνται δομημένα ερωτηματολόγια γονέων, οι κλίμακες βαθμολογίας ή δεν συλλέγονται οι σχολικές πληροφορίες. Οι οικογενειακοί επαγγελματίες, οι ψυχίατροι καθώς και οι παιδίατροι τείνουν να βασίζονται στις πληροφορίες που θα δώσει ο

γονέας και όχι τόσο στην συμβολή των εκπαιδευτικών του παιδιού. Παρουσιάζεται μια κακή επικοινωνία μεταξύ των ατόμων που κάνουν την διάγνωση και εκείνων που εφαρμόζουν και παρακολουθούν την θεραπεία στα σχολεία, δημιουργώντας μια διάσταση μεταξύ των εκπαιδευτικών αξιολογήσεων και των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία (National Institutes of Health Conse 2000).

Όταν χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες οδηγίες από τους επαγγελματίες αλλά και από τους πάσχοντες, δεν επηρεάζεται η εγκυρότητα της διάγνωσης. Είναι σημαντικό να διασφαλίζεται παρακολούθηση και να μην είναι ανεπαρκής ώστε να προβεί έγκαιρη ανίχνευση τυχόν αρνητικών επιπτώσεων της θεραπείας. Ένα μέσο για την άρση αυτών των εμποδίων και την βελτίωση της πρόσβασης στην αξιολόγηση και την θεραπεία του παιδιού είναι οι σχολικές κλινικές με ομαδική προσέγγιση που περιλαμβάνει γονείς, δασκάλους, σχολικούς ψυχολόγους και άλλους ειδικούς ψυχικής υγείας (National Institutes of Health Conse 2000).

Αν και υπάρχουν πολλαπλές ενδείξεις ότι η διάγνωση της ΔΕΠΥ είναι έγκυρη μετά την ηλικία των 6 ετών, υπάρχουν προκλήσεις στις διαγνωστικές διαδικασίες όπως η αδυναμία παρακολούθησης για τα παιδιά που δεν φοιτούν ακόμη στο σχολείο. Αυτό οδηγεί σε έλλειψη πληροφοριών από εκπαιδευτικούς που αποτελούν μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας (Dias et al. 2013).

Η επιθυμητή διαδικασία περιλαμβάνει επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας με επαρκή χρόνο για παρακολούθηση καθώς και διαβούλευση σε σχολικές ομάδες. Οι επαγγελματίες αυτοί θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνουν κατάλληλη αξιολόγηση και διάγνωση, όπως και θα πρέπει να μπορούν να παραπέμπουν τους πάσχοντες σε ψυχική υγεία και σε άλλους ειδικευόμενους πάνω στην ΔΕΠΥ, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (National Institutes of Health Conse 2000).

Για την ολοκληρωμένη κλινική διάγνωση της ΔΕΠΥ σε παιδιά και νέους, μπορούν να εφαρμοστούν κατευθυντήριες διαδικασίες. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν πολλές προγραμματισμένες επισκέψεις με τους ειδικούς, η λήψη λεπτομερών πληροφοριών σχετικά με τα προγεννητικά /περιγεννητικά συμβάντα, το ιστορικό ιατρικής και ψυχικής υγείας. Θα πρέπει επίσης να ανακτηθεί το ιστορικό ανάπτυξης και συμπεριφοράς του ατόμου καθώς η εκτίμηση των αναπτυξιακών στοιχείων είναι απαραίτητη για την διάγνωση των παιδιών προσχολικής ηλικίας εφόσον η μειωμένη προσοχή και η υπερκινητικότητα αποτελούν επίσης χαρακτηριστικά νευροαναπτυξιακής διαταραχής. Στη συνέχεια θα πρέπει να αξιολογηθεί η

ψυχική υγεία ,η λειτουργία της οικογένειας και συλλέγονται στοιχεία για συνοδικές διαταραχές είτε αυτές συνδυάζονται με τη ΔΕΠΥ είτε όχι. Τέλος, πρέπει να ελεγχθεί η ακαδημαϊκή πρόοδος, συνήθως με τυποποιημένες κλίμακες για την πιο αποτελεσματική αξιολόγηση συμπτωματολογίας και να χρησιμοποιηθούν κλίμακες βαθμολογίας συμπεριφοράς οι οποίες αξιολογούν τα κριτήρια του DSM 5 (Belanger et al. 2018).

5.5 Διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες-φοιτητές

Η εμφάνιση και η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ στην ενηλικίωση αποτελείται από δυσκολία στην έναρξη εργασιών, αστάθεια προσοχής στις λεπτομέρειες, δυσκολίες οργάνωσης και μειωμένη επιμονή σε εργασίες που απαιτούν συνεχή ψυχική προσπάθεια. Ενώ στα παιδιά το σύμπτωμα της υπερδραστηριότητας είναι εμφανές, στους ενήλικες παρατηρείται πιο μειωμένο, παρόλα αυτά εμφανίζουν έναν χαοτικό τρόπο ζωής, ψυχιατρικές συννοσηρότητες και εθιστικές συμπεριφορές (Gentile et al. 2006).

Οι ενήλικες φοιτητές συνήθως παραπονούνται για προβλήματα στην εργασία τους, στο σπίτι και σε σχέσεις με άλλα άτομα εξαιτίας της παρορμητικότητας και της δυσκολίας προσοχής. Τα συμπτώματά τους συνοδεύονται με κάποια σχετική διαταραχή όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η διπολική διαταραχή, η κατάχρηση και η μαθησιακή αναπηρία (Gentile et al. 2006).

Για να χαρακτηριστεί ένας ενήλικας με ΔΕΠΥ θα πρέπει να το είχε ως παιδί παρόλο που μερικά συμπτώματα της μπορεί να εμφανιστούν στην ενήλικη ζωή είτε λόγω εγκεφαλικών τραυματισμών ή άλλων οργανικών αιτιών. Γι'αυτό για την διάγνωση τους διεξάγεται για αρχή το ιστορικό της παιδικής ηλικίας με συνδυασμό τα συμπτώματα του ενήλικα. Για την διάγνωση ατόμου αυτού χρησιμοποιείται συνήθως μια κλίμακα βαθμολογίας, η Conner's Adult ADHD Scale όπως και κλίμακες βαθμολογίας συμπεριφοράς. Αυτά περιλαμβάνουν κλίμακες βαθμολόγησης τριών σημείων: γνωστικών, συναισθηματικών και κοινωνικών συμπτωμάτων του πάσχοντα. Ύστερα διεκπεραιώνεται μια κλίμακα βαθμολογίας πέντε σημείων (ονομάζεται Wender Utah) των συμπτωμάτων του ασθενή ως προς την παιδική του ηλικία, τις οποίες συμπληρώνει ο ίδιος καθώς και παρέχει τις πληροφορίες. Τέλος συναντάται η κλίμακα Brown Adult ADHD με βαθμολογία τεσσάρων σημείων για τα γνωστικά συμπτώματα που σχετίζονται με δυσκολία έναρξης και διατήρησης

του επιπέδου διέγερσης και η κλίμακα ASRS η οποία περιλαμβάνει την κατάσταση περιγραφής συμπτωμάτων (Gentile et al. 2006).

Στη συνέχεια οι επαγγελματίες υγείας και οι ειδικοί θα πρέπει να ανατρέξουν στα κριτήρια του DSM-5 για τα χαρακτηριστικά και τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Πρέπει να προσδιοριστεί αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, επίμονα και ακατάλληλα για την ηλικία και το επίπεδο ανάπτυξης του πάσχοντα. Παρατηρείται αν τα συμπτώματα συνδέονται με την εξασθένηση των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων, τις ανθρώπινες σχέσεις και τις προσαρμοστικές δεξιότητες. Καταγράφεται ένα υπάρχει συμφωνία στα συμπτώματα και είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ο λόγος της απόκλισης. Έπειτα πρέπει να καθοριστεί ο τύπος της εμφάνισης της ΔΕΠΥ (απρόσεκτος, υπερκινητικός-παρορμητικός ή συνδυαστικός τύπος) και τέλος καθορίζεται η τρέχουσα σοβαρότητα (ήπια, μέτρια ή σοβαρή) με βάση την λειτουργία και τα συμπτώματα (Belanger et al. 2018).

5.6 Διάγνωση και συννοσηρότητες

Το DSM-5 απαριθμεί τουλάχιστον 16 συνθήκες που μπορεί να διακριθούν από την ΔΕΠΥ και να εμφανιστούν ως συννοσηρότητες. Ξεκινώντας με τις ψυχιατρικές διαταραχές, η ΔΕΠΥ σχετίζεται με ορατές διαταραχές και επιθετικές συμπεριφορές όπως η αντιθετική διαταραχή (ODD) και η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, οι οποίες μπορεί να ληφθούν ως υπερκινητικότητα ή παρορμητική συμπεριφορά. Οι διαταραχές εσωτερικοποίησης όπως η κατάθλιψη και η διαταραχή άγχους μπορούν να εκληφθούν ως απροσεξία. Οι διαταραχές της διάθεσης με μεταβολές της διάθεσης και η κακή συναισθηματική ρύθμιση, που συναντώνται στην διπολική διαταραχή και την διαταραχή της διάθεσης, μπορούν να μιμηθούν όλα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ συνδυασμένου τύπου. Οι διαταραχές που σχετίζονται με τραύμα και στρες όπως η διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης, η κοινωνική αποδέσμευση μπορεί να θυμίζει τα συμπτώματα της παρορμητικότητας που παρατηρείται στην ΔΕΠΥ (Belanger et al. 2018).

Μάλιστα, μερικές φορές είναι πιθανό μια διαταραχή να διαγνωσθεί λανθασμένα ως ΔΕΠΥ εξαιτίας των ομοιοτήτων της συμπεριφοράς. Οι πιο συνηθισμένα λανθασμένες διαγνωσμένες ως ΔΕΠΥ είναι κυρίως η διαταραχή της μάθησης, του ύπνου, αντιθετική ανθεκτική, αγχώδης, γλωσσική, διάθεσης, τικ, συμπεριφοράς καθώς και η διανοητική αναπηρία, ο αυτισμός και η διαταραχή αναπτυξιακού συντονισμού (Belanger et al. 2018).

Η διάκριση μεταξύ των διαταραχών καθώς και ο διαχωρισμός τους σε μεμονωμένες διαταραχές ή συννοσηρότητες της ΔΕΠΥ, εξαρτάται από την εξερεύνηση του κοινωνικού ιστορικού και των σχέσεων των πασχόντων με την πάροδο του χρόνου (Belanger et al. 2018).

Συμπερασματικά, το άτομο μπορεί να διαγνωστεί με ΔΕΠΥ η οποία ενδέχεται να συνοδεύεται με κάποια συννοσηρότητα. Η πιθανότητα της συννοσηρότητας είναι μεγάλη και διατίθενται φαρμακευτικές καθώς και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση τους (Gentile et al. 2006).

5.7 Εμπόδια και προκλήσεις στη διάγνωση

Βάσει διάφορων μελετών, έχουν εντοπιστεί ορισμένα εμπόδια στην κατάλληλη αναγνώριση και αξιολόγηση της διάγνωσης. Τα εμπόδια αφορούν κατά ένα μεγάλο μέρος την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης για ψυχιατρικές ή ψυχολογικές αξιολογήσεις, προγραμμάτων τροποποίησης συμπεριφοράς, διαβούλευσης με το σχολείο καθώς και της εκπαίδευσης διαχείρισης των γονέων. Εμπόδια επίσης εντοπίζονται στην ακριβή ταξινόμηση των εξειδικευμένων προγραμμάτων, της διάγνωσης και της διαχείρισης της διαταραχής (National Institutes of Health Conse 2000).

Το κόστος της διαδικασίας της διάγνωσης αποτελεί επίσης έναν αρνητικό παράγοντα της διαδικασίας καθώς τις περισσότερες φορές αποτελεί έξοδο εκτός του οικογενειακού προϋπολογισμού, σε οικογένειες οι οποίες δεν καλύπτονται από κάποια ασφάλιση υγείας ή από κάποια διαχειριζόμενη περίθαλψη (National Institutes of Health Conse 2000).

Εμπόδια επίσης αποτελούν μερικές φορές το φύλο, η φυλή, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και η γεωγραφική τοποθεσία των ιατρών που αξιολογούν πάσχοντες με ΔΕΠΥ. Τέλος η έλλειψη πληροφόρησης, το κοινωνικό στίγμα, οι αρνητικές πιέσεις από οικογένειες και φίλους καθιστούν την διαδικασία διάγνωσης αλλά και αργότερα την θεραπεία δύσκολη και στο άτομο καθώς και στους ειδικούς (National Institutes of Health Conse 2000).

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι θεραπείες της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας αποτελούνται από φαρμακευτικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στο άτομο καθώς και συνδυαστικά σχήματα αυτών αναλόγως των αναγκών του πάσχοντα (Rajeh et al. 2017, Antshel et al. 2011). Στόχοι των θεραπευτικών παρεμβάσεων της ΔΕΠΥ αποτελούν η βελτίωση των συμπτωμάτων όπως επίσης η βελτιστοποίηση της λειτουργικής απόδοσης και η άρση των συμπεριφορικών εμποδίων που εμφανίζουν τα άτομα με τη διαταραχή. Για την ορθή προσέγγιση αυτών των θεραπευτικών στόχων, οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν στις οικογένειες ειδικούς πόρους για τη σωστή διαχείριση της ΔΕΠΥ και δίδουν γενικές συμβουλές στους γονείς/κηδεμόνες του πάσχοντος (Felt et al. 2014).

6.1 Φαρμακευτική Παρέμβαση

Οι φαρμακολογικές προσεγγίσεις είναι οι πιο συνηθισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις της ΔΕΠΥ και συνήθως αποτελούνται από διεγερτικά φάρμακα όπως η μεθυλφαινιδάτη, η δεξμεθυλοφαινιδάτη, τα άλατα μικτής αμφεταμίνης και η διμεθυλική λισδεξαμφεταμίνη. Εξίσου αποτελεσματικά στη θεραπεία της ΔΕΠΥ, όπως έχει παρατηρηθεί, είναι και μη διεγερτικά φάρμακα όπως η ατομοξετίνη, η γουανφασίνη, η κλινιδίνη και τα αντικαταθλιπτικά (Antshel et al. 2011).

Η φαρμακευτική παρέμβαση δεν συνίσταται σε παιδιά ηλικίας κάτω των έξι ετών. Εξετάζεται ως έσχατη λύση μόνο στην κατάσταση κατά την οποία τα συμπτώματα της διαταραχής κρίνονται μέτρια έως σοβαρά και το παιδί δεν ανταποκρίνεται στην συμπεριφορική θεραπεία (Felt et al. 2014).

6.1.1 Διεγερτικά Φάρμακα

Τα διεγερτικά φάρμακα είναι συχνά η πρώτη επιλογή φαρμακευτικής παρέμβασης για την διαχείριση της ΔΕΠΥ και χρησιμοποιούνται εδώ και περίπου 70 χρόνια (Rajehetal.2017,

Antshel et al. 2011). Αποτελούνται κυρίως από ενώσεις μεθυλφαινιδάτης και αμφεταμίνης, οι οποίες έχουν μελετηθεί εκτενώς και έχει αποδειχθεί ότι είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμα για όλους τους βαθμούς καθώς και τους υπότυπους της ΔΕΠΥ. Έρευνες έχουν αποδείξει πως τα διεγερτικά φάρμακα αποτελούν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλά από τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Συνήθως προτείνονται ως πρώτη φαρμακευτική επιλογή για τη διαχείριση της διαταραχής καθώς δείχνουν να είναι πιο αποτελεσματικά από μη διεγερτικά φάρμακα (Rajeh et al. 2017).

Όσον αφορά την μορφή πρόσληψης των διεγερτικών φαρμάκων, οι επαγγελματίες υγείας έχουν διάφορες επιλογές όπως δισκία, κάψουλες, έμπλαστρα ή χορήγηση σε υγρή μορφή. Οι συστάσεις των φαρμάκων αυτών ποικίλλουν από ενεργά ισομερή σε μίγματα δραστικών ή λιγότερο δραστικών ισομερών ή προφάρμακα και από σκευάσματα άμεσης ή ενδιάμεσης απελευθέρωσης και παρατεταμένης αποδέσμευσης (Rajeh et al. 2017). Ως προς τις οικογένειες της μεθυλφαινιδάτης και αμφεταμίνης, υπάρχουν πίνακες οι οποίοι διευκολύνουν και επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας να επιλέγουν τη διάρκεια της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου αναλόγως τις ανάγκες του ατόμου μέσα στη μέρα. Πιο συγκεκριμένα, η μεθυλφαινιδάτη διαχωρίζεται σε ουσίες άμεσης απελευθέρωσης, ενδιάμεσης δράσης και μακράς δράσης. Η άμεση απελευθέρωση διαρκεί από 3 έως 6 ώρες και χορηγείται δυο με τρεις φορές την ημέρα καθώς και επιτρέπει την αύξηση της δόσης ανάλογα τις ανάγκες του πάσχοντος. Η ενδιάμεση δράση διαρκεί από 3 έως 8 ώρες και χορηγείται σε μία ή δύο προσλήψεις την ημέρα ενώ η μακρά δράση διαρκεί από 8 έως 12 ώρες και χορηγείται αυστηρά μόνο μια φορά τη μέρα. Η δεξμεθυλφαινιδάτη διαχωρίζεται σε μικρής δραστικής απόδοσης έως 5 ωρών και μακράς δράσης η οποία διαρκεί έως 12 ώρες. Η μικρής δραστικής απόδοσης δύναται να χορηγηθεί δύο ή τρεις φορές την ημέρα ενώ η μακράς δράσης μια φορά τη μέρα. Τέλος, η αμφεταμίνη, όπως η μεθυλφαινιδάτη, παρέχει ουσίες άμεσης απελευθέρωσης, ενδιάμεσης και μακράς δράσης η οποίες χορηγούνται με αντίστοιχο τρόπο (Antshel et al. 2011).

6.1.2 Τα οφέλη των διεγερτικών φαρμάκων

Η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων έχει συνδεθεί με μεγάλες μειώσεις στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ όπως επίσης και με σημαντικές βελτιώσεις στην ψυχοκοινωνική λειτουργία των πασχόντων (Green & Rabiner 2012). Μελέτες παρουσιάζουν πως τα διεγερτικά φάρμακα ωφελούν την εκτελεστική λειτουργία των πασχόντων, η οποία σχετίζεται

με τη διαχείριση εργασιών, τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τις δεξιότητες μελέτης και τη λειτουργική μνήμη του ατόμου (Rajeh et al. 2017, Green & Rabiner 2012). Επιπροσθέτως, η αγωγή με τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων δείχνει, σύμφωνα με μελέτες, να βελτιώνει τις βραχυπρόθεσμες ακαδημαϊκές επιδόσεις των παιδιών και των φοιτητών που πάσχουν με ΔΕΠΥ. Οι συγκεκριμένες μελέτες περιγράφουν σημαντικές βελτιώσεις στην ικανότητα των πασχόντων να λάβουν μέρος σε γνωστικές εξετάσεις όπως στο σχολείο ή στο πανεπιστήμιο. Παρουσιάζουν, επίσης, ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της συγκέντρωσης, της προσοχής και της καταγραφής σημειώσεων. Τα παραπάνω οφέλη φαίνονται να εμφανίζονται κυρίως σε ακαδημαϊκούς χώρους και όχι τόσο στο σπίτι. Το συγκεκριμένο φαινόμενο περιγράφεται ως η ικανότητα να «δείξουν όσα ξέρουν» χωρίς κάποια σημαντική αύξηση της μαθησιακής εξέλιξης. Αυτά τα στοιχεία βελτίωσης διατηρούνται για τουλάχιστον δύο έτη με συνεχή διεγερτική θεραπεία.

Ως προς τις νευροβιολογικές αλλαγές έχει παρατηρηθεί πως όταν συνταγογραφούνται διεγερτικά στις θεραπευτικές τους δόσεις, μειώνουν τις αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου σε άτομα με ΔΕΠΥ και αυτός μπορεί να είναι ο λόγος για τα κλινικά οφέλη των διεγερτικών. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής καθώς και οι βελτιώσεις που σχετίζονται με αυτήν και τα διεγερτικά φάρμακα, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ενώ τα διεγερτικά παρουσιάζουν μια θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των παιδιών και φοιτητών κατά την διάρκεια της θεραπείας, δεν καταφέρνουν να φέρουν τον πάσχοντα σε μια κατάσταση καθημερινότητας ενός ανθρώπου χωρίς ΔΕΠΥ. Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν τις διαρκείς βελτιώσεις του πάσχοντα (Rajeh et al. 2017).

Τα βραχυπρόθεσμα οφέλη των διεγερτικών περιγράφονται επαρκώς σε αντίθεση με τα μακροπρόθεσμα οφέλη τα οποία είναι ασαφή λόγω έλλειψης στοιχείων για τα αποτελέσματα τους. Μελέτες δεν δείχνουν βελτίωση της ακαδημαϊκής ή συναισθηματικής κατάστασης μετά από 2 χρόνια με τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων καθώς η βελτίωση των συμπτωμάτων φαίνεται να μην είναι συνεχής. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η απουσία επαρκών δεδομένων δεν σημαίνει απαραίτητως έλλειψη αποτελεσματικότητας. Συνολικά είναι σαφές ότι η έλλειψη θεραπείας προκαλεί πιο αδύναμα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από την λήψη θεραπείας, καθώς η παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει το μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα για άτομα και ορισμένους υπότυπους, απλά όχι στο επίπεδο των υγιών καθημερινότητων (Rajeh et al. 2017).

Μελέτες δείχνουν ότι η θεραπεία με διεγερτικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της πιθανότητας άλλων ψυχιατρικών συννοσηροτήτων κατά την διάρκεια της εφηβείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης εθιστικών ουσιών, όπως η νικοτίνη ή το αλκοόλ. Οι μελέτες έδειξαν επίσης ότι η μεθυλφαινιδάτη έδωσε τον καλύτερο έλεγχο για την ΔΕΠΥ καθώς οι α-2-αγωνιστές παρήγαγαν εξαιρετική βελτίωση τόσο στο σπαστικό σύνδρομο όσο και στα συμπτώματα της διαταραχής (Antshel et al. 2011).

6.1.3 Παρενέργειες διεγερτικών φαρμάκων

Το κύριο μέλημα όταν συνταγογραφούνται διεγερτικά είναι οι παρενέργειές τους καθώς και οι επιπτώσεις τους στις συννοσηρές καταστάσεις (Rajeh et al. 2017). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της διεγερτικής φαρμακευτικής αγωγής εξαρτώνται κυρίως από τη δόση και οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Την μειωμένη όρεξη
- Την κοιλιακή δυσφορία
- Τον πονοκέφαλο
- Την ευερεθιστότητα
- Το άγχος και τα προβλήματα ύπνου
- Την μικρή μείωση ταχύτητας της αύξησης του ύψους
- Εφιάλτες (De Crescenzo et al. 2017, Rajeh et al. 2017, Felt et al. 2014)

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να παρουσιάζουν και έντονη αστάθεια διάθεσης, η οποία μπορεί να εμφανιστεί περίπου 4 μήνες μετά την έναρξη της φαρμακευτικής θεραπείας (Rajeh et al. 2017, Felt et al. 2014). Αν και η κατάθλιψη και η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σπάνιες παρενέργειες, τα μέλη της οικογένειας πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την επικινδυνότητα τους (Felt et al. 2014). Εκτός των παραπάνω σπάνιες, καρδιαγγειακές παρενέργειες έχουν εντοπιστεί λόγω της διεγερτικής χρήσης. Ωστόσο, οι συχνές επιδράσεις στην αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και τις παραμέτρους άσκησης συνήθως δεν έχουν κλινική σημασία (Antshel et al.2011). Μάλιστα, στις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Ευρώπη απαιτείται συστηματικός έλεγχος

ηλεκτροκαρδιογραφίας ή / και καρδιολογικές έρευνες πριν ξεκινήσει η χρήση διεγερτικών μόνο σε άτομα με θετικό οικογενειακό ή προσωπικό καρδιακό ιστορικό (Antshel et al. 2011). Οι σημαντικές αυξήσεις των παραπάνω αρνητικών επιπτώσεων, είναι εξαιρετικά σπάνιες (Felt et al. 2014). Αξίζει να σημειωθεί βέβαια πως κυτταρογενετικές παρενέργειες από τη χρήση διεγερτικών δεν έχουν αναφερθεί (Antshel et al. 2011). Τέλος, τονίζεται πως οι μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν έχουν ερευνηθεί επαρκώς. Η έλλειψη δεδομένων είναι σημαντική ειδικά όταν τα μακροπρόθεσμα οφέλη των διεγερτικών δεν αποδεικνύονται σαφώς (Rajeh et al. 2017).

6.1.4 Μη διεγερτικά φάρμακα

Ορισμένα παιδιά και ενήλικες ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική παρέμβαση με διεγερτικά ή να μην επιθυμούν την χρήση τους λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται φάρμακα τα οποία είναι μη διεγερτικά για τη φαρμακοθεραπεία της ΔΕΠΥ. Θετικά αποτελέσματα έχουν παρουσιάσει η μοδαφινίλη και η ρεβοξετίνη καθώς και η ατομοξετίνη. Μάλιστα, ουσίες που φέρουν σημαντικά αποτελέσματα χωρίς διεγερτική δράση για την θεραπεία της διαταραχής περιλαμβάνουν τον εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης (SNRI), την ατομοξετίνη, μια μορφή γουανφακίνης μακράς δράσης και μια μορφή κλονιδίνης μακράς δράσης. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως η κλονιδίνη και γουανφασίνη παρουσιάζουν επίσης θετικά δείγματα με την συγχορήγηση διεγερτικών φαρμάκων (Antshel et al. 2011).

Ως προς την ατομοξετίνη, την πιο συνήθη μη διεγερτική φαρμακοθεραπεία, σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά της, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή εκείνων που έχουν λάβει προηγούμενη διεγερτική θεραπεία. Στις περιπτώσεις που η ατομοξετίνη χορηγείται μια φορά την ημέρα, στοιχεία μελετών δείχνουν ότι η πρωινή δοσολογία μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική ενώ η βραδινή παρουσιάζεται ως πιο ανεκτή (Antsheletal.2011). Μέχρι και στους ενήλικες η ατομοξετίνη θεωρείται φάρμακο πρώτης επιλογής, δεδομένης της έλλειψης εξάρτησης από αυτήν και της σχετικής ελευθερίας από αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα τα οποία μπορούν να καταχραστούν και να προκαλέσουν εθισμό. Επιπλέον, η ατομοξετίνη μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση τυχόν επιπλέον ψυχιατρικών συννοσηροτήτων, όπως άγχος και διαταραχές της διάθεσης, που αναφέρονται κυρίως σε ενήλικες με ΔΕΠΥ (Wilens 2004). Στους εφήβους, οι δόσεις ατομοξετίνης έχουν συσχετιστεί

με μεγαλύτερη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα όπως την πλήρη ομαλοποίηση της συμπεριφοράς, αλλά και τη βελτίωση των συμπτωμάτων που αντανακλά συνήθως στην καλύτερη κοινωνική και συμπεριφορική λειτουργία (Antshel et al. 2011).

Η θεραπεία της διαταραχής με μη διεγερτικά φάρμακα μπορεί να οδηγήσει σε ανακούφιση συννοσηρότητας της κατάθλιψης, του άγχους, της αντιφατικής διαταραχής και / ή της επιθετικότητας. Ωστόσο, όταν αυτό δεν συμβαίνει, η πολυφαρμακευτική αγωγή σε κάθε κατάσταση μπορεί να έχει πρόσθετο όφελος χωρίς την εμφάνιση επικίνδυνων παρενεργειών (Antshel et al. 2011).

6.1.5 Άλλα φάρμακα

Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά (όπως η βουπροπιόνη), άτυπα αντιψυχωσικά (ρισπεριδόνη) και σταθεροποιητές διάθεσης. Χρησιμοποιούνται κυρίως όταν οι ψυχοδιεγερτές, η ατομοξετίνη και οι αγωνιστές των υποδοχέων α-2 είναι αναποτελεσματικοί ή για την θεραπεία των συννοσηρών τύπων της ΔΕΠΥ (Felt et al. 2014). Μελέτες έχουν αποδείξει πως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και η βουπροπιόνη που έχουν χορηγηθεί σε ενήλικες με στόχο το αποτέλεσμα της στην μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, δείχνουν να παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα καθώς και θετική ανταπόκριση από τους πάσχοντες (Wilens 2004).

6.2 Συμπεριφορική παρέμβαση

Πολλές μη φαρμακευτικές θεραπείες έχουν διεκπεραιωθεί και εξελιχθεί με την πάροδο των ετών για την καλύτερη αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ με διάφορους βαθμούς αποτελεσματικότητας και εμπειρικής έρευνας που υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά τους. Οι θεραπείες ποικίλλουν ανάλογα την ηλικία του πάσχοντος και οι συμπεριφορικές θεραπείες συνήθως συνδυάζονται με φαρμακευτικές. Στις συμπεριφορικές θεραπείες δίνεται εστίαση στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες οι οποίες αποσκοπούν στην συμπεριφορική διαχείριση του ατόμου καθώς και τις γνωστικές συμπεριφορές (Rucklidge 2008). Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) αποτελεί μια από τις σημαντικότερες μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς καθώς αντιμετωπίζει τις ακατάλληλες και αυτοκριτικές

σκέψεις του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος που μπορεί να αντιμετωπίζει το άτομο με ΔΕΠΥ (Rajeh et al. 2017).

Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονέων και κηδεμόνων, την συμπεριφορά στην τάξη, τις παρεμβάσεις σε ομάδες καθώς και τον συνδυασμό αυτών των παρεμβάσεων. Οι θεραπείες αυτές αποσκοπούν στην μείωση των διαταραγμένων συμπεριφορών και καθίστανται αρκετά αποτελεσματικές. Η θεραπεία συχνά περιλαμβάνει επτά έως δώδεκα εβδομαδιαίες συνεδρίες και έχει δείξει βελτίωση κυρίως στην συμπεριφορά παιδιών καθώς και ικανοποίηση στους γονείς (Felt et al. 2014).

6.2.1 Συμπεριφορική θεραπεία σε παιδιά σχολικής ηλικίας

Σε παιδιά και εφήβους υπάρχουν στοιχεία που φανερώνουν πως οι μη φαρμακολογικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση διαταραχών της ΔΕΠΥ και διαταραχών που σχετίζονται με αυτήν (DeCrescenzo et al. 2017). Αξίζει να σημειωθεί πως παρατηρήθηκαν περισσότερα οφέλη στις κοινωνικές δεξιότητες, τις ανθρώπινες σχέσεις, την συμπεριφορά και την ακαδημαϊκή πρόοδο σε παιδιά που έλαβαν την συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή σε αντίθεση με τα παιδιά που λαμβάνουν μόνο τη φαρμακευτική παρέμβαση. Συμπερασματικά, παρατηρείται από μακροπρόθεσμες αναλύσεις ότι η συμπεριφορική με φαρμακευτική θεραπεία παρέχει πρόσθετα οφέλη στα άτομα με ΔΕΠΥ, και κρίνεται πιο αποτελεσματική σε σχέση με τα άτομα που λαμβάνουν μόνο τη φαρμακευτική (Felt et al. 2014).

Στην παιδική ηλικία μια μελέτη που εξέτασε τις μεταγνωστικές θεραπείες έδειξε σημαντικό όφελος στους ασθενείς η οποία επικεντρώθηκε σε συμπτώματα απροσεξίας που εμφανίζονται καλύτερα στην οργάνωση, την διαχείριση του χρόνου και τον προγραμματισμό. Μια δεύτερη μελέτη απέδειξε ότι η συμπεριφορική θεραπεία στοχεύει σε μια παρόμοια υποομάδα συμπτωμάτων και την βελτίωση της στις μακροχρόνιες λειτουργίες των παιδιών (Rajeh et al. 2017).

Μάλιστα, πάνω από 100 μελέτες διαπίστωσαν ότι τα προγράμματα γονέων και εκπαιδευτικών βελτιώνουν τη συμμόρφωση των παιδιών με ΔΕΠΥ καθώς και μειώνουν τις διαταραχές συμπεριφοράς και βελτιώνουν τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα άτομα. Συμπερασματικά, η συμπεριφορική θεραπεία τόσο των παιδιών με ΔΕΠΥ όσο των γονέων και εκπαιδευτικών παρουσιάζει πολλά οφέλη (Rucklidge 2008).

Οι συμπεριφορικές θεραπείες επιτρέπουν την μείωση της δόσης των φαρμάκων ενώ μάλιστα γονείς παιδιών που λαμβάνουν και την συμπεριφορική αλλά και την φαρμακευτική αγωγή δηλώνουν επαρκώς ικανοποιημένοι σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών που λαμβάνουν μόνο την φαρμακευτική θεραπεία (Rucklidge 2008).

6.2.2 Συμπεριφορική θεραπεία σε ενήλικες και φοιτητές

Η αντιμετώπιση συμπεριφορικών, ψυχολογικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών αναγκών αναγνωρίζεται ότι είναι απαραίτητη στη θεραπεία ενηλίκων με ΔΕΠΥ με την ψυχοεκπαίδευση να αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (DeCrescenzoetal 2017, Rucklidge 2008). Μεγάλος αριθμός ενηλίκων αναζητούν την ψυχοθεραπεία για να συμπληρώσουν την φαρμακευτική αγωγή καθώς οι νευροψυχολογικές δυσκολίες οι οποίες απορρέουν από την διαταραχή συχνά οδηγούν σε δυσλειτουργικά πρότυπα σκέψης, αίσθησης και συμπεριφοράς (Rucklidge 2008).

Συγκεκριμένα, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία δείχνει να βοηθάει τα άτομα που πάσχουν από ΔΕΠΥ. Μάλιστα, μελέτη διαπίστωσε θετικά αποτελέσματα σε άτομα τα οποία λαμβάνουν την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή κατά 56% σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν μόνο φάρμακα και εμφάνισαν ποσοστό βελτίωσης 13% (Rucklidge 2008). Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) δείχνει βελτίωση και σε μη φαρμακευτικούς ασθενείς σχετικά με τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ (απροσεξία και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) καθώς και με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Επιπροσθέτως η CBT εμφανίζει θετική επιρροή και στην λειτουργία του ατόμου. Αυτό υποδηλώνει ότι η CBT είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για ενήλικες με ΔΕΠΥ (Rajeh et al.2017).

Ως προς τους φοιτητές συγκεκριμένα, δεν έχουν δημοσιευτεί εμπειρικές μελέτες που να ελέγχουν επαρκώς την αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών θεραπειών, παρόλα αυτά ως ενήλικες οι επιδράσεις είναι αντίστοιχες με τα παραπάνω. Έχει προταθεί να χρησιμοποιούνται θεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή καθώς και γνωστική συμπεριφορική θεραπεία η οποία φαίνεται να είναι η πιο αποτελεσματική ψυχοκοινωνική θεραπεία για ενήλικες με ΔΕΠΥ. Επιπροσθέτως, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να αποτρέψει την αρνητική συμπεριφορά των φοιτητών και να ευνοήσει την πρόοδό τους. Η θεραπεία αυτή μπορεί να βοηθήσει τους φοιτητές στην

ακαδημαϊκή τους απόδοση ως προς την διαχείριση του χρόνου και την οργάνωση(Green & Rabiner 2012).

Η καθοδήγηση είναι άλλη μια προσέγγιση η οποία μπορεί να ευνοήσει αρκετά τους φοιτητές με ΔΕΠΥ. Βοηθάει τους φοιτητές να προσδιορίσουν σημαντικούς στόχους, να αναπτύξουν σχέδια και στρατηγικές για την πρόοδό τους καθώς και να αναπτύξουν αποτελεσματικές συμπεριφορές αυτορρύθμισης. Η μέθοδος της καθοδήγησης τους βοηθά να διατυπώσουν ρεαλιστικούς και συγκεκριμένους στόχους, να σκεφτούν τους στόχους τους πιο συχνά και να διατηρούν την επιθυμία να τους επιτύχουν(Green & Rabiner 2012).

Οι συμπεριφορικές μέθοδοι θεραπείας φαίνεται να έχουν την δυνατότητα μακροπρόθεσμων οφελών εάν εφαρμοστούν ορθά και διατηρηθούν έως ότου υιοθετηθούν από τους πάσχοντες στην καθημερινή τους ζωή (Rajeh et al.2017).

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

7.1 Ρόλος νοσηλεύτη στην ΔΕΠ-Υ

Οι νοσηλεύτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή βοήθειας στα άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας και στις οικογένειες τους, είτε σε δομές υγείας όπου τα άτομα αυτά νοσηλεύονται, είτε στην ευρύτερη κοινότητα όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται. Ο ρόλος της νοσηλευτικής στα άτομα με την διαταραχή είναι υψίστης σημασίας καθώς ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας πρώτης γραμμής βρίσκεται καθημερινά σε θέση που του δίνει την δυνατότητα να μπορεί να αξιολογήσει τις συμπεριφορές και τις αντιδράσεις των ατόμων απέναντι στην ίδια την διαταραχή αλλά και στις προσπάθειες για την θεραπεία της (Betz 2006).

Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς με ΔΕΠΥ απαιτεί γνώση των συμπτωμάτων της διαταραχής και των παραλλαγών τους, κατανόηση των περιβαλλοντικών και βιολογικών παραγόντων που την επηρεάζουν καθώς και κατανόηση της έντονης πολυπλοκότητάς της. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ευρύς και ποικίλλει ανάλογα με την εκπαίδευση που έχει λάβει, την κλινική του εμπειρία, το ενδιαφέρον για παροχή βοήθειας καθώς και τα νομικά πλαίσια του εκάστοτε κοινωνικού περιβάλλοντος (Parsons 2007). Ανάλογα με τα κοινωνικά και νομικά πλαίσια ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αγωγή υγείας του ασθενή, στην παρέμβαση σε τυχόν κρίσεις, στην παρακολούθηση των επιπτώσεων της θεραπευτικής αγωγής αλλά και στην παροχή διάφορων ψυχοθεραπειών που βοηθούν τον ασθενή να διαχειριστεί πιο σωστά δύσκολες καταστάσεις και βελτιώνουν τις κοινωνικές του δεξιότητες (Zimmerman 2003). Ανεξάρτητα, όμως, από τις παραλλαγές των νομικών πλαισίων και τα επίπεδα άσκησης του ρόλου του, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση, την διάγνωση, τον σχεδιασμό φροντίδας και εφαρμογή αυτής, καθώς και για την τελική εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης (Parsons 2007).

7.1.1 Αξιολόγηση

Τα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας μπορούν να εμφανιστούν μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων αλλά η συχνότητα και η βαρύτητά τους εξαρτώνται από τις απαιτήσεις που τίθενται στο άτομο την δεδομένη χρονική στιγμή. Οι συνήθεις συμπεριφορές που εκδηλώνονται στα άτομα με ΔΕΠΥ είναι η αδυναμία στην ολοκλήρωση εργασιών, οι διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις- φίλοι και οικογένεια- και η συχνή πρόκληση και εμπλοκή σε ατυχήματα. Η αξιολόγηση της συχνότητας και των περιβαλλόντων εμφάνισης των συμπτωμάτων είναι σημαντική ώστε να τεθεί σε λειτουργία ένα σωστό πλάνο θεραπείας. Η διαδικασία της αξιολόγησης ξεκινά με συλλογή δεδομένων και αποσκοπεί αρχικά στον αποκλεισμό άλλων διαταραχών, που μπορεί να μοιάζουν με την ΔΕΠΥ. Για τον σκοπό αυτό το περιβάλλον διαβίωσης, άλλες συνταγογραφούμενες φαρμακευτικές αγωγές, οι διατροφικές συνήθειες και πλήρεις εξετάσεις όρασης και ακοής αξιολογούνται ενδελεχώς. Μόλις άλλες διαταραχές παρόμοιας τάξης αποκλειστούν, οι νοσηλευτές είναι έτοιμοι να στρέψουν την προσοχή τους στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και στις επιπτώσεις που αυτά προκαλούν στην ζωή των ασθενών (Parsons 2007).

Δεδομένα σχετικά με τα συμπτώματα, την σοβαρότητα αυτών και την έκπτωση της λειτουργικότητας που αυτά προκαλούν, ο νοσηλευτής μπορεί να συλλέξει και από την νοητική κατάσταση του ασθενή. Η εξέταση της νοητικής κατάστασης αποτελεί σημαντικό εργαλείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης, καθώς μέσα από αυτήν ο νοσηλευτής συλλέγει δεδομένα για την γνωστική λειτουργία, τον τρόπο σκέψης, την ψυχική κατάσταση, την κρίση και τον αυτοέλεγχο των παρορμήσεων του ατόμου που πάσχει από ΔΕΠΥ. Τα δεδομένα αυτά χρησιμεύουν ώστε ο νοσηλευτής να κατατάξει τον ασθενή με ΔΕΠΥ μεταξύ των διάφορων υπότυπων (Parsons 2007).

Άλλο ένα σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής αξιολόγησης είναι το οικογενειακό περιβάλλον. Ο νοσηλευτής μέσω της συνέντευξης του ασθενή είναι ανάγκη να συλλέξει πληροφορίες με σκοπό να αξιολογήσει τις πηγές που αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες για τον ασθενή. Οι οικογένειες που περιλαμβάνουν άτομο με ΔΕΠΥ συνήθως διαταράσσονται και οι σχέσεις μεταξύ των μελών δυσχεραίνονται. Οι γονείς συχνά δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που συνεπάγεται η ανατροφή ενός παιδιού με

ΔΕΠΥ, ενώ οι σχέσεις μεταξύ των αδερφών διαταράσσονται λόγω της μειωμένης ικανότητας των ατόμων με ΔΕΠΥ να διατηρήσουν επαφές με άλλους. Για τον λόγο αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αναζητήσει πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους επικοινωνίας, τα συστήματα υποστήριξης και τις πηγές γνώσεων των γονιών όσον αφορά την διαταραχή, αλλά και τους τρόπους ανατροφής και πειθαρχίας των νεότερων μελών της οικογένειας (ΑΝΑ 2014).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η νοσηλευτική αξιολόγηση αποτελεί το σημαντικότερο τρόπο δημιουργίας μιας σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή που στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και τον σεβασμό. Ο νοσηλευτής είναι ανάγκη να διακατέχεται από υπομονή και δεξιότητα καθώς τα άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας μπορεί να είναι αφηρημένα, παρορμητικά και υπερδραστήρια. Ακόμα σημαντική είναι και η ικανότητα του νοσηλευτή να διαχειρίζεται τον χρόνο των συνεντεύξεων έτσι ώστε το άτομο να μην χάνει την συγκέντρωση του με αποτέλεσμα οι πληροφορίες που θα παρέχει να είναι έγκυρες (Parsons 2007).

7.1.2 Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι ένας από τους σημαντικότερους ρόλους του νοσηλευτή καθώς πάνω σε αυτή βασίζεται η ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου θεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας είναι ο ασθενής να επιστρέψει στο επίπεδο της βέλτιστης λειτουργικότητας του και για να γίνει αυτό είναι ανάγκη να είναι διαγνωσμένοι όλοι οι τομείς που έχουν διαταραχθεί λόγω της διαταραχής. Αρχικά ο νοσηλευτής είναι ανάγκη να διαγνώσει πιθανή μεταβολή στην προσοχή του ατόμου ή μεταβολή των κινητικών του συνηθειών, καταστάσεις που οφείλονται σε ασαφή αιτιολογία και υποδηλώνουν ότι το άτομο πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας. Εκτός όμως από αυτές τις πιο κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις, ο νοσηλευτής ανάλογα με τα δεδομένα αξιολόγησης καταλήγει και σε περαιτέρω διαγνώσεις. Η παρορμητικότητα μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο τραυματισμού ή κίνδυνο πρόκλησης τραυματισμού σε άλλους, ενώ η υπερκινητικότητα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε διατάραξη των διατροφικών του συνηθειών με αποτέλεσμα οι ανάγκες του οργανισμού για ενέργεια να μην ικανοποιούνται. Οι μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες σχετίζονται με φτωχή κοινωνική αλληλεπίδραση και η απόρριψη από τον κοινωνικό περίγυρο -συνομήλικοι, οικογένεια- μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης του ασθενή. Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για την θεραπεία της ΔΕΠΥ, οι παρενέργειες που μπορεί να προκληθούν

είναι πιθανό να οδηγήσουν σε διαταραχές του μοτίβου του ύπνου. Τέλος, η έλλειψη κατανόησης της διαταραχής, των αιτιών της και των επιπτώσεων της οδηγούν σε ανεπαρκή γνώση, η οποία με την σειρά της οδηγεί σε φτωχή γονική μέριμνα στις οικογένειες που περιλαμβάνουν τέτοια περιστατικά (Parsons 2007).

Η ΔΕΠΥ είναι μια πολύπλοκη διαταραχή που επηρεάζει όλους του τομείς της ζωής του πάσχοντα. Για τον λόγο αυτό μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική διάγνωση θα οδηγήσει στην καταλληλότερη θεραπεία, ώστε ο ασθενής να προσλάβει τα βέλτιστα αποτελέσματα. (Zimmerman 2003) Αυτή η δύσκολη πρόκληση καθορισμού της κατάλληλης θεραπείας, στην οποία καλούνται να ανταπεξέλθουν οι νοσηλευτές, γίνεται πιο βατή με τον προσδιορισμό αποτελεσμάτων. Ο προσδιορισμός αποτελεσμάτων αποτελείται από τον καθορισμό μερικών εξατομικευμένων μέτρων αποτελέσματος. Τα μέτρα αυτά αποτελούν κομμάτι της εξατομικευμένης θεραπείας και απορρέουν λογικά από την νοσηλευτική διάγνωση και τις προκαθορισμένες παρεμβάσεις που αυτή καταδεικνύει. Ουσιαστικά τα μέτρα αυτά παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης και των παρεμβάσεων και κάποια από αυτά είναι: η επαρκής διατροφική συνήθεια, η υιοθέτηση υγιών προτύπων ύπνου και ανάπαυσης, η επαρκής αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και κατάλληλη ατομική αντιμετώπιση των εξάρσεων και η εγκαθίδρυση υγιών σχέσεων με τον κοινωνικό περίγυρο (Parsons 2007).

7.1.3 Σχεδιασμός Θεραπείας

Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός της θεραπείας είναι ανάγκη να είναι ολιστικός και συνεργατικός για να επιφέρει επιτυχημένα αποτελέσματα. Η συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή, την οικογένεια και άλλους υγειονομικούς ή όχι φορείς που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή είναι σημαντική καθώς ο σχεδιασμός της θεραπείας περιλαμβάνει εντοπισμό των προβλημάτων και αξιολόγηση τους σε όλο το φάσμα της ζωής του ασθενή. Ο νοσηλευτής, επίσης, μέσω του σχεδιασμού, στοχεύει στην εφαρμογή παρεμβάσεων που έχουν σκοπό να εξαλείψουν συγκεκριμένα συμπτώματα της διαταραχής που δυσχεραίνουν την ζωή του ασθενή και τον περίγυρό του. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η θεραπεία της διαταραχής χαρακτηρίζεται ως μια “ρευστή” διαδικασία, η οποία απαιτεί συνεχή αξιολόγηση και διαφοροποιήσεις του σχεδιασμού ανάλογα με τις συχνές αλλαγές στην κατάσταση του πάσχοντα (Parsons 2007).

7.1.4 Εφαρμογή Θεραπείας

Κατά την διάρκεια των προηγούμενων σταδίων της νοσηλευτικής διεργασίας ο νοσηλευτής έχει χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης τόσο με τον ασθενή όσο και με την οικογένεια του γεγονός που καθιστά την εφαρμογή του τελικού σχεδίου θεραπείας πιο εύκολο. Ο βασικότερος ρόλος του νοσηλευτή κατά την εφαρμογή της θεραπείας είναι η εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας του, ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής και ο έλεγχος της πορείας της συμπεριφορικής θεραπείας (Delgado & Jimenez 2014).

Οι νοσηλευτές, είτε στο νοσοκομείο είτε στην κοινότητα, είναι σε θέση να παρέχουν άμεση βοήθεια σε παιδιά και φοιτητές με ΔΕΠΥ, αλλά και να εκπαιδεύουν τόσο αυτά τα άτομα όσο και τις οικογένειές τους και γενικά τον κοινωνικό τους περίγυρο. (Betz 2006) Καθίσταται επιτακτική ανάγκη για τον νοσηλευτή να εφαρμόζει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας που στοχεύει στην ενημέρωση και την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και φροντιστών των ατόμων που πάσχουν από την διαταραχή, με σκοπό αυτά να κατανοήσουν την βαρύτητα της ΔΕΠΥ και να δημιουργήσουν ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την έκβαση του σχεδίου θεραπείας. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος ο νοσηλευτής οφείλει να ενθαρρύνει την καθιέρωση στρατηγικών διαχείρισης από την οικογένεια, οι οποίες θα περιλαμβάνουν δράσεις όπως η καθιέρωση κανόνων, η εξειδίκευση των προσδοκιών συμπεριφοράς, η καθιέρωση προγραμματισμένου χρόνου με το άτομο με ΔΕΠΥ και η οπτική επαφή με αυτό κατά την διάρκεια της αλληλεπίδρασης μαζί του (Zimmerman 2003).

Οι ασθενείς με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας μπορούν να συγκατανευθούν στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και για αυτό χρειάζονται κατανόηση, χρόνο και συνεχή θεραπεία μέχρι να φτάσουν στο σημείο της αξιοποίησης ολόκληρου του εύρους των δυνατοτήτων τους. Οι οικογένειες των ατόμων χρειάζονται εκπαίδευση σχετικά τους αιτιολογικούς παράγοντες, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, την κληρονομικότητα και την χρονιότητα της διαταραχής, προκειμένου να προσαρμόσουν τις προσδοκίες τους και να αναπτύξουν δεξιότητες να εντοπίζουν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που δημιουργούν έξαρση των συμπτωμάτων του ατόμου και να βοηθούν στην τροποποίηση τους. Αναγκαία είναι, επίσης, η εκπαίδευση σχετικά με την παραπληροφόρηση που επικρατεί γύρω από το όνομα της διαταραχής και με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων έναντι στα

συμπτώματα που εμφανίζονται, ώστε και το άτομο και η οικογένεια του να δημιουργήσουν ένα συνεπές και δομημένο περιβάλλον που θα βοηθήσει στην μείωση των διακριτών συμπτωμάτων (Parsons 2007).

Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία, πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση του ασθενή που πάσχει από ΔΕΠΥ και της οικογένειας του σχετικά με τα φάρμακα που πρόκειται να χορηγηθούν, τα συμπτώματα που αυτά τα φάρμακα θα στοχοποιήσουν ώστε να τα εξαλείψουν αλλά και τυχόν παρενέργειες που αυτά μπορεί να προκαλέσουν στο άτομο στο σύντομο μέλλον (Parsons 2007). Πιο συγκεκριμένα, πριν την λήψη διεγερτικών -τα οποία όπως έχει αναφερθεί είναι η πιο συχνή επιλογή για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ- ο νοσηλευτής οφείλει να πραγματοποιήσει μια σειρά ενεργειών προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα της αγωγής. Αρχικά, είναι ανάγκη να γίνει ενημέρωση και να ληφθούν οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την σωματική και την ψυχική υγεία του ασθενή. Έπειτα ακολουθεί η ενημέρωση του ατόμου και η λήψη συγκατάθεσης, αφού το ίδιο έχει αντιληφθεί την χρησιμότητα και την λειτουργία της θεραπείας. Αφού γίνει η έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, όπως το ύψος και το βάρος, και σε συνδυασμό με την λήψη των ζωτικών σημείων και την μελέτη των εργαστηριακών εξετάσεων και να είναι σε επαγρύπνηση για την εμφάνιση ανεπιθύμητων παρενεργειών (Zimmerman 2003).

Τέλος ένας ακόμα σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή είναι οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώνονται σε μαθησιακές εμπειρίες που βελτιώνουν την έκβαση του περιστατικού μειώνοντας τις επιδράσεις των συμπτωμάτων και αυξάνοντας τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου απέναντι σε αυτά. Οι συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι σημαντικό να διενεργούνται με την υποστήριξη της οικογένειας, και για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να τις διδάσκει σε αυτούς. Η συμμετοχή αυτή της οικογένειας θα βοηθήσει το άτομο που πάσχει από ΔΕΠΥ να αναπτύξει ακόμα περισσότερο τις δεξιότητες αντιμετώπισης του με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Parsons 2007).

Συμπερασματικά η θεραπεία είναι ανάγκη να περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτικές παρεμβάσεις όσο και συμπεριφορικές. Με αυτό τον τρόπο συνδυασμού των παρεμβάσεων τα αποτελέσματα αυξάνουν την θετικότητα τους και το άτομο απολαμβάνει περισσότερα πλεονεκτήματα από ότι αν διενεργούταν σε αυτό οποιαδήποτε παρέμβαση από μόνη της (Felt et al. 2014).

7.1.5 Εκτίμηση

Αναγκαίος ρόλος του νοσηλευτή είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προκαθορισμένων διενεργειών. Η αξιολόγηση πρέπει να είναι συχνή και σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα ώστε να επανεξετάζονται οι στόχοι που έχουν τεθεί και το κατά πόσο αυτοί επιτεύχθηκαν. Για να γίνει αυτό, ο νοσηλευτής, το άτομο που πάσχει από ΔΕΠΥ και η οικογένεια του θα πρέπει να πραγματοποιούν συναντήσεις που θα καθορίζονται από συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και να συζητούν τα αποτελέσματα στην κοινωνική και ακαδημαϊκή πρόοδο του ατόμου και το κατά πόσο έχουν διορθωθεί οι προβληματικές του συμπεριφορές (Parsons 2007).

Για να είναι αντικειμενική η αξιολόγηση, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί κλίμακες αξιολόγησης στις οποίες επίσης θα απαντούν και τα άτομα της οικογένειας του πάσχοντα καθώς και οι εκπαιδευτικοί του (Parsons 2007). Βοήθεια σε αυτές τις ενέργειες μπορούν να προσφέρουν και τα καθημερινά δελτία που μπορεί ο πάσχων να συμπληρώνει στο σχολείο ή το πανεπιστήμιο και τα οποία έχουν σκοπό να ανατροφοδοτούν το άτομο αλλά και να βοηθά την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς να δουν τις τάσεις για αλλαγή των συμπεριφορών του ατόμου και να σχεδιάσουν κατάλληλες ανταμοιβές (Zimmerman 2003).

Γενικά για την εκπόνηση ακριβής μέτρησης της προόδου του ατόμου που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας καθίσταται επιτακτική ανάγκη να γίνεται χρήση της ίδιας κλίμακας αξιολόγησης καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Παρόλα αυτά αν η θεραπεία ξεκινήσει σε μικρή ηλικία είναι δεδομένο πως όσο το παιδί με ΔΕΠΥ μεγαλώνει και ωριμάζει το σχέδιο φροντίδας και ο τρόπος αξιολόγησης του θα αλλάζει μαζί του ώστε να ανταποκρίνεται στις νέες ανάγκες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας του (Parsons 2007).

7.2 Ρόλος σχολικού νοσηλευτή στην ΔΕΠ-Υ

Οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα σε παιδιά καθώς και τις οικογένειές τους σε νοσοκομεία, σχολεία και την κοινότητα. Μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες διάγνωσης,

θεραπείας και υποστήριξη (Betz 2006). Συγκεκριμένα, οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να προσφέρουν διαφόρων ειδών συμβουλές καθώς και εκπαίδευση σε οικογένειες με παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ. Δρουν ως «γέφυρα» συνδέοντας τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με τις οικογένειες των πασχόντων καθώς σε μερικές περιπτώσεις οι οικογένειες μπορεί να μην αποδέχονται τις ιδιαιτερότητες ψυχικής υγείας των παιδιών τους ή και να φοβηθούν για κάποιον κοινωνικό στιγματισμό. Οι νοσηλευτές αυτοί, βοηθούν στην καταπολέμηση των φόβων καθώς και στην ορθή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών όπως η ΔΕΠΥ (Alazzam et al. 2016).

Οι σχολικοί νοσηλευτές κατέχουν έναν σημαντικό ρόλο στην παροχή πρωτογενούς πρόληψης για μαθητές που πάσχουν από ΔΕΠΥ, με απώτερο στόχο να παραμείνουν οι μαθητές αυτοί στο σχολείο και να ανταπεξέλθουν ακαδημαϊκά. Μάλιστα, συχνά οι σχολικοί νοσηλευτές βοηθούν στον έγκαιρο εντοπισμό των σημείων και συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά με την διαταραχή, καθώς και συμμετέχουν στην θεραπεία και την διαδικασία αντιμετώπισης. Προσφέρουν έγκαιρη προειδοποίηση, διάγνωση και παραπομπή του παιδιού σε επαγγελματίες υγείας ειδικευόμενους σε πάσχοντες ΔΕΠΥ. Βοηθούν την οικογένεια καθώς και το παιδί να έχουν την βέλτιστη ποιότητα ζωής προωθώντας την ακαδημαϊκή επιτυχία του μαθητή, συμμετέχοντας στην θεραπευτική διαδικασία και εκπαιδεύοντας την διαχείριση της διαταραχής (Alazzam et al. 2016).

Η ακριβής διάγνωση και θεραπεία της ΔΕΠΥ απαιτούν ολοκληρωμένες αξιολογήσεις και ορθή συνεργασία μεταξύ των σχολείων, των οικιών των πασχόντων και τις κλινικές προσεγγίσεις. Εάν η επικοινωνία είναι κακή και υπάρχει σημαντική έλλειψη συντονισμού μεταξύ των σχολείων και των υγειονομικών υπηρεσιών, τότε η βέλτιστη φροντίδα του παιδιού πάσχοντα μπορεί να μην παρέχεται. Μάλιστα, σε έρευνες διαπιστώθηκε πως οι θεράποντες ιατροί δεν ζητούσαν συχνά την συμβολή των σχολικών νοσηλευτών στην διαγνωστική διαδικασία και επιβεβαιώθηκε η ανάγκη για βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας για ένα βέλτιστο αποτέλεσμα. Για την ορθή διάγνωση της διαταραχής ο ιατρός οφείλει να προσκομίσει πληροφορίες και από το σχολείο του παιδιού και τους σχολικούς νοσηλευτές, ως προς την παρουσία και την διάρκεια των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Dang et al. 2007).

Οι σχολικοί νοσηλευτές, ως ειδικοί σε θέματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον, βρίσκονται στην πρώτη γραμμή για τον εντοπισμό και την διαχείριση της διαταραχής των πασχόντων μαθητών. Συμμετέχουν ενεργά στις σχολικές ομάδες παρέμβασης καθώς και στις

παρεμβάσεις που αφορούν και τα ακαδημαϊκά μαθήματα αλλά και τις συμπεριφορές που οφείλονται στην διαταραχή (Dang et al. 2007). Μάλιστα, ο σχολικός νοσηλευτής έχει την τεχνογνωσία, την εκπαίδευση και τα προσόντα να παρέχει συστάσεις για κατάλληλη φροντίδα για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των μαθητών που συμμετέχουν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Alazzam et al. 2016).

Οι σχολικοί νοσηλευτές καθώς και οι δάσκαλοι, αποτελούν έναν ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Συμμετέχουν στον καθορισμό των επιθυμητών αποτελεσμάτων και στόχων για την καθοδήγηση της διαχείρισης και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την πρόοδο των πασχόντων μαθητών. Μάλιστα, παρακολουθούν το παιδί με ΔΕΠΥ, σε περίπτωση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών από θεραπείες όπως μπορεί να προκύψει στην φαρμακευτική (Dang et al. 2007).

Ένα πρόγραμμα σπουδών χρησιμοποιούμενο από σχολικούς νοσηλευτές στις καθοδηγήσεις ομαδικών συζητήσεων είναι το πρόγραμμα STARS. Με το πρόγραμμα STARS οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν στην υποστήριξη προεφήβων με ΔΕΠΥ, ενδυναμώνοντας τις δεξιότητες των νέων με ΔΕΠΥ βασίζοντας στις γνωστικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις (Dang et al. 2007).

Ο σχολικός νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων(SST), εντοπίζει και αξιολογεί τυχόν προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να εμποδίσουν την ακαδημαϊκή επιτυχία του μαθητή. Για την συγκεκριμένη εκπαίδευση πραγματοποιούνται εξετάσεις όρασης και ακοής, καθώς και πραγματοποιείται λήψη ιστορικού υγείας, ψυχοκοινωνικού και αναπτυξιακού ιστορικού από τους γονείς πριν την εκπαίδευση. Ο σκοπός των παραπάνω εξετάσεων είναι η εντόπιση πιθανών προβλημάτων υγείας τα οποία θα μπορούσαν να παρεμποδίσουν την ακαδημαϊκή επιτυχία του παιδιού και ελέγχει άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας όπως το άγχος ή η κατάθλιψη που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην υπερκινητικότητα και ή στην απροσεξία του μαθητή (Dang et al. 2007).

Η ακαδημαϊκή επίδοση και επιτυχία, σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την σωματική, συναισθηματική και νοητική κατάσταση του παιδιού με ΔΕΠΥ. Αυτό καθιστά την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας ως ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο κάθε σχολικού προγράμματος. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP) και η Εθνική Ένωση Σχολικών Νοσηλευτών (NASN) έχουν υποστήριξη την αναγκαιότητα των σχολικών νοσηλευτών και την συμβολή τους στον εντοπισμό συμπτωμάτων και την παραπομπή μαθητών στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ (Alazzam et al. 2016).

Επιπλέον, οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να αναπτύξουν πολιτισμικά ευαίσθητες προσεγγίσεις στην φροντίδα για πληγέντων παιδιών προσφέροντας πληροφορίες, εκπαίδευση και υποστήριξη οικογενειών παιδιών και κοινοτήτων. Για παράδειγμα, οι σχολικοί νοσηλευτές σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας, μπορούν να ξεκινήσουν εθνικά προγράμματα ελέγχου προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών σε γενικά και ειδικά για τη ΔΕΠΥ σε παιδιά σχολικής και μικρότερης ηλικίας. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην έναρξη ομάδων υποστήριξης γονέων για τα άτομα που πάσχουν και δεν πάσχουν από ΔΕΠΥ ,ενδυναμώνοντας έτσι τους γονείς και παρέχοντας την δυνατότητα βοήθειας του εαυτού αλλά και των παιδιών τους (Alazzam et al. 2016).

Τέλος, οι σχολικοί νοσηλευτές πετυχαίνουν στην αντιμετώπιση των ανησυχιών των γονέων ως προς τον φόβο ενάντια στις φαρμακευτικές αγωγές βάσει προκαταλήψεων ιδεολογιών εθισμού και επιβλαβών παρενεργειών. Οι σχολικοί νοσηλευτές συζητούν με τους γονείς αυτούς ανοιχτά για τους φόβους τους και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και εμπειρικά επικυρωμένες πληροφορίες για να τους βοηθήσουν να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις (Dang et al. 2007).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς με ΔΕΠΥ αποτελεί μία σειρά ενεργειών αυξημένης υπομονής , επιμονής και κατανόησης. Απαιτείται αφομοίωση της πολυπλοκότητας της διαταραχής , εγρήγορση στις εμφανιζόμενες παραλλαγές των συμπτωμάτων, καθώς και παρατήρηση της επίδρασης του περιβάλλοντος και των βιολογικών παραγόντων πάνω στον ασθενή. Ο ρόλος των νοσηλευτών περιλαμβάνει κυρίως την παροχή φροντίδας στους ασθενείς και ποικίλλει με βάση κάποιους παράγοντες, όπως την κλινική εμπειρία, την εκπαίδευση, την χρήση και τήρηση θεωρητικών πλαισίων της νοσηλευτικής επιστήμης (πρωτόκολλα) , και το προσωπικό ενδιαφέρον- ευαισθητοποίηση. Ο ρόλος των νοσηλευτών έχει και τις ανάλογες ευθύνες, οι οποίες σχετίζονται με την εκπαιδευτική προετοιμασία που έχει λάβει το νοσηλευτικό προσωπικό και ακολουθούνται από τα ανάλογα νομικά πλαίσια. Συνοπτικά, ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσης και πρακτικής, ο νοσηλευτικός ρόλος αποτελείται από την αρχική αξιολόγηση του ασθενή, την διάγνωση με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή πλάνου ανακούφισης συμπτωμάτων και αποκατάστασης, και την άποψη του πελάτη με βάση την βελτίωση της υγείας του μετά από την χρήση νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ιδανικά, με το πέρας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται, πρέπει να παρατηρείται εμφανής υποχώρηση συμπτωμάτων του ασθενή, βελτίωση σχέσης μεταξύ ασθενή- νοσηλευτή και ασθενή-περιγύρου και βελτίωση ψυχικής και σωματικής λειτουργίας του ασθενή (Parsons 2007).

Νοσηλευτική διεργασία ονομάζεται μια οργανωμένη, συστηματική προσέγγιση που διεξάγεται από νοσηλευτές για τον εντοπισμό και την κάλυψη των εξατομικευμένων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών τους. Είναι μια από τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο την παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας που επικεντρώνεται

στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων με αποδοτικό τρόπο (Yildirim & Ozkahraman 2011). Μάλιστα, η νοσηλευτική διεργασία έχει χαρακτηριστεί και ως επιστημονική μέθοδος για την καθοδήγηση των διαδικασιών και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (Pokorski et al. 2009).

Ο όρος νοσηλευτική διεργασία χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει μια σειρά από βήματα που περιγράφουν την νοσηλευτική διαδικασία. Η νοσηλευτική διεργασία χαρακτηρίζεται ως δυναμική και κυκλική καθώς είναι προγραμματισμένη και αφιερωμένη μόνο πάνω στους ασθενείς, είναι προσανατολισμένη στο πρόβλημα του ασθενή και αποτελείται από γνωστικές διαδικασίες. Παρέχει στον επαγγελματία νοσηλευτή ένα πλαίσιο λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων στην καθημερινή πρακτική, αναγνωρίζοντας έτσι την νοσηλευτική διεργασία ως θεμέλιο για τη νοσηλευτική (Yildirim & Ozkahraman 2011).

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής διεξάγοντας νοσηλευτική διεργασία, συλλέγει δεδομένα και στη συνέχεια προσδιορίζει το πρόβλημα. Για την πραγματοποίηση αυτής απαιτούνται διανοητικές και γνωστικές δεξιότητες όπως η δημιουργική σκέψη, η κριτική σκέψη, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων (Yildirim & Ozkahraman 2011). Μάλιστα, η νοσηλευτική διεργασία είναι απαραίτητο να καθιερώνεται στην πρακτική φροντίδα σε κάθε ίδρυμα υγείας, στα νοσοκομεία και στο σύνολο μιας κοινότητας (Pokorski et al. 2009).

Θεωρείται συστηματική διότι αποτελείται από πέντε βήματα. Είναι ανθρωπιστική διότι βασίζεται εξ ολοκλήρου στην πεποίθηση ότι ο σχεδιασμός και η παροχή της φροντίδας διεξάγονται λαμβάνοντας υπόψιν τα μοναδικά ενδιαφέροντα, ιδανικά και επιθυμίες του ασθενή και χρησιμοποιείται από νοσηλευτές παγκοσμίως στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (Yildirim & Ozkahraman 2011). Έχει οριστεί ως ένας συστηματικός και δυναμικός τρόπος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που λειτουργεί μέσα από πέντε αλληλένδετα βήματα: την αξιολόγηση, την νοσηλευτική διάγνωση, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας και την εκτίμηση (Pokorski et al. 2009).

Η αξιολόγηση αποτελείται από τη συλλογή και την εξέταση πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας και αναζητούνται ενδείξεις για παράγοντες κινδύνου και ανώμαλης λειτουργίας που μπορεί να επηρεάζουν τα προβλήματα υγείας. Στην νοσηλευτική διάγνωση αναλύονται τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τον ασθενή και τον περίγυρό του και

προσδιορίζονται τα πραγματικά και πιθανά προβλήματα του ατόμου, τα οποία αποτελούν την βάση για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας (Yildirim & Ozkahraman 2011).

Στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας εντοπίζονται τέσσερα βασικά βήματα. Καθορίζονται οι άμεσες προτεραιότητες, τα αναμενόμενα αποτελέσματα στόχων, οι παρεμβάσεις και νοσηλευτικές ενέργειες για την επίτευξη των αποτελεσμάτων και τέλος η καταγραφή και σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας. Στο σημείο της εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας, τίθενται σε εφαρμογή τα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας αξιολογώντας την τρέχουσα κατάσταση του ατόμου πριν την ενέργεια. Πραγματοποιούνται οι παρεμβάσεις, παρακολουθώντας προσεκτικά το άτομο και κάνοντας αλλαγές ανάλογα με τις ανάγκες. Τέλος στην αξιολόγηση προσδιορίζεται αν επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα, αν οι παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές και εάν είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν αλλαγές, σε αυτήν την περίπτωση γίνονται αλλαγές ή τερματίζεται το σχέδιο όπως έχει προγραμματιστεί (Yildirim & Ozkahraman 2011).

Μελέτη 1^{ης} περίπτωσης ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Χ

Πατρώνυμο: Χ

Τόπος καταγωγής: Αθήνα

Τόπος κατοικίας: Αθήνα

Ηλικία: 8 ετών

Φύλο: Άρρεν

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Σχέση με την οικογένεια: Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Απασχόληση: Μαθητής δεύτερης τάξης δημοτικού.

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-Αίτια εισαγωγής: Καμία εισαγωγή.

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής: 18/1/2017

Διάγνωση εισαγωγής: Ακαδημαϊκά και συμπεριφορικά προβλήματα

Πηγή ιστορικού: Γονείς του ασθενή, δάσκαλος ασθενή, ο ίδιος ο ασθενής.

Ασθενής ονόματι Χ διαγνωσμένος με ΔΕΠΥ, ηλικίας 8 ετών προσήλθε στην παιδιατρική κλινική συνοδευόμενος από τους γονείς και τη δασκάλα του για αξιολόγηση ακαδημαϊκών και συμπεριφορικών προβλημάτων διάρκειας τουλάχιστον 1 έτους. Οι γονείς ανησυχούν για τους βαθμούς του Χ και τη συμπεριφορά του στο σπίτι, στο σχολείο και με την ομάδα ποδοσφαίρου του. Σχολιάζουν ότι «φαίνεται πολύ πιο ανώριμος από τα άλλα αγόρια της ηλικίας του». Ο Χ είναι στη δεύτερη τάξη του Δημοτικού μετά την αποτυχία ανάγνωσης και γλωσσικών τεχνών (δεξιότητες γραφής) και φέτος πηγαίνει, επίσης, πολύ άσχημα σε αυτούς τους τομείς. Ο Χ έχει λίγους φίλους και οι συμμαθητές του τον αναγνωρίζουν ως ένα από τα λιγότερο αγαπημένα παιδιά στην τάξη. Η δασκάλα του σημειώνει πως ο Χ είναι συχνά έξω από τη θέση του, φαίνεται να ονειρεύεται όταν υποτίθεται ότι εργάζεται σε μια εργασία, αντιμετωπίζει δυσκολίες με τους συναδέλφους κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου, αντιμετωπίζει προβλήματα με τους κανόνες των παιχνιδιών, εξαγριώνεται εύκολα και μπορεί να είναι επιθετικός με άλλα παιδιά, είναι αυθάδης με άλλους (ενήλικες και παιδιά) και θέλει να αλλάξει από δραστηριότητα σε δραστηριότητα επειδή βαριέται εύκολα.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Ονειροπόληση κατά την εκπόνηση μιας σχολικής εργασίας.</p>	<p>Κίνδυνος αργοπορίας ολοκλήρωσης-ή ακόμα και μη ολοκλήρωσης- των απαιτούμενων εργασιών στο σχολείο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Εντοπισμός περισπασμών στην τάξη σε συνεργασία με τον δάσκαλο του Χ. ➤ Τροποποίηση του σχολικού περιβάλλοντος και μείωση της διέγερσης. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε η συνεργασία με τον δάσκαλο του Χ και εντοπίστηκαν οι περισπασμοί στην τάξη. ➤ Τροποποιήθηκε το σχολικό περιβάλλον και μειώθηκε η διέγερση τοποθετώντας το θρανίο του Χ κοντά στον δάσκαλο και μακριά από πόρτες και παράθυρα. 	<p>Ο κίνδυνος αργοπορίας ολοκλήρωσης-ή ακόμα μη ολοκλήρωσης- των απαιτούμενων εργασιών στο σχολείο μειώθηκε καθώς αναφέρεται σημαντική βελτίωση στην ολοκλήρωση των εργασιών.</p>

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Χαμηλή σχολική βαθμολογία .	Κίνδυνος σχολικής αποτυχίας.	Συνεργασία με τους γονείς του X για καθορισμό προγράμματος καθημερινού διαβάσματος και της επιτήρησης του.	Το καθημερινό πρόγραμμα διαβάσματος εφαρμόστηκε καθώς και η επιτήρηση του.	Οι βαθμοί του X στα επόμενα διαγωνίσματα και εργασίες βελτιώθηκαν.
	Κίνδυνος παραμονής του X σε χαμηλό μαθησιακό επίπεδο.	Εκπαίδευση των γονέων και του δάσκαλου, να προωθήσουν τα μαθήματα που φαίνεται να ενδιαφέρουν τον X περισσότερο, με διασκεδαστικό τρόπο, όπως η μελέτη της υδρογείου.	Εκπαιδεύτηκαν οι γονείς και ο δάσκαλος ως προς την προώθηση των μαθημάτων που ενδιαφέρουν τον X περισσότερο.	Ο X φαίνεται να έχει διευρύνει τις γνώσεις του πάνω σε διάφορους τομείς όπως η γεωγραφία και η μυθολογία με αποτέλεσμα την βελτίωση του μαθησιακού του επιπέδου.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Αδυναμία παραμονής σε μια συγκεκριμένη θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σχολείο.	Κίνδυνος τραυματισμού.	Σε συνεργασία με δάσκαλο να γίνει εκμάθηση των σωστών τρόπων συμπεριφοράς μέσα στην τάξη.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε η συνεργασία με τον δάσκαλο και διεξήχθη η εκπαίδευση του Χ ως προς τους σωστούς τρόπους συμπεριφοράς μέσα στην τάξη. ➤ Έγινε έλεγχος βελτίωσης της συμπεριφοράς του Χ. 	Ο κίνδυνος τραυματισμού μειώθηκε αφού μετά την εκπαίδευση ο έλεγχος έδειξε σημαντική βελτίωση στην συμπεριφορά του Χ.
	Κίνδυνος μεταβολής προσοχής την ώρα του μαθήματος	Εκπαίδευση του δασκάλου σχετικά με την αδυναμία συγκέντρωσης του Χ και παρότρυνση για εφαρμογή τρόπου διδασκαλίας που να κεντρίζει περισσότερο το ενδιαφέρον του.	Πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευση του δασκάλου και άλλαξε ο τρόπος διδασκαλίας του μαθήματος	Η προσοχή του Χ στην ώρα του μαθήματος φάνηκε να διαρκεί περισσότερο.
	Κίνδυνος δημιουργίας προβλημάτων στην τάξη	Πραγματοποίηση συστήματος ανταμοιβής, σε συνεργασία με τον δάσκαλο, για άμεση αναγνώριση και επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς του Χ.	Πραγματοποιήθηκε το σύστημα ανταμοιβής για την άμεση αναγνώριση θετικών συμπεριφορών με μορφή επαίνων και αυτοκόλλητων.	Μείωση δημιουργίας προβλημάτων στην τάξη και επικράτηση περισσότερης ηρεμίας.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Επιθετική συμπεριφορά σε συνδυασμό με αυθάδεια.	Κίνδυνος πρόκλησης τραυματισμού σε συμμαθητές.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Σε συνεργασία με τους γονείς του Χ, εκπαίδευση του Χ ως προς τους ορθούς τρόπους διαχείρισης θυμού. ➤ Σχεδιασμός πλάνου αντιμετώπισης τυχόν εμφάνισης επιθετικής συμπεριφοράς, σε συνεργασία με τους γονείς και δάσκαλο του Χ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε η συνεργασία με τους γονείς του Χ, και εκπαιδεύτηκε ο ίδιος ως προς τους ορθούς τρόπους διαχείρισης θυμού. ➤ Σχεδιάστηκε το πλάνο αντιμετώπισης τυχόν εμφάνισης επιθετικής συμπεριφοράς με τους γονείς και τον δάσκαλο του Χ. 	Ο κίνδυνος πρόκλησης τραυματισμού σε συμμαθητές μειώθηκε εξαιτίας της ορθής εκπαίδευσης του Χ ως προς τους σωστούς τρόπους διαχείρισης του θυμού του και του πλάνου αντιμετώπισης του.
	Κίνδυνος αποτυχίας ορθής κοινωνικοποίησης λόγω δημιουργίας διαμαχών.	Παραπομπή του Χ σε ομάδα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, η οποία συνεδριάζει δύο φορές την εβδομάδα μετά το σχολείο.	Ο Χ παραπέμφθηκε σε ειδική ομάδα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, η οποία συνεδριάζει κάθε εβδομάδα για δύο φορές μετά τις σχολικές υποχρεώσεις του Χ.	Ο κίνδυνος αποτυχίας ορθής κοινωνικοποίησης του Χ λόγω των διαμαχών του μειώθηκε λόγω της παραπομπής του στην ομάδα της ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων.

<p>Κίνδυνος δημιουργίας αρνητικών συναισθημάτων και χαμηλής αυτοεκτίμησης.</p>	<p>Εφαρμογή και επίβλεψη συμπεριφορικής θεραπείας με σκοπό την μείωση αρνητικών συναισθημάτων που δημιουργούνται λόγω της επιθετικότητας.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή και επίβλεψη της συμπεριφορικής θεραπείας του Χ.</p>	<p>Ο κίνδυνος της δημιουργίας αρνητικών συναισθημάτων χαμηλής αυτοεκτίμησης, ο δείχνει να είναι πιο ικανοποιημένος με τον εαυτό του.</p>
--	---	---	--

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Αποτυχία ανάγνωσης και γραφής	Κίνδυνος εμφάνισης αισθημάτων μειονεξίας και διαφορετικότητας όταν βρίσκεται ανάμεσα σε συνομήλικους.	Διοργάνωση μαθημάτων ενισχυτικής διδασκαλίας στο σπίτι για τρεις μήνες μετά το σχολείο σε συνεργασία με δασκάλα ειδικής αγωγής.	Τα μαθήματα ενισχυτικής διδασκαλίας στο σπίτι του Χ για τρεις μήνες πραγματοποιήθηκαν.	Ο κίνδυνος εμφάνισης συναισθημάτων μειονεξίας και διαφορετικότητας του Χ μειώθηκε και φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στις ικανότητές του μετά τα μαθήματα ενισχυτικής διδασκαλίας.
	Κίνδυνος εξάρτησης από τρίτους στην μετέπειτα ζωή λόγω ανικανότητας διεκπεραίωσης βασικών αναγκών που σχετίζονται με την ανάγνωση και την γραφή.	Εφαρμογή πλάνου σε συνεργασία με τη δασκάλα και τους γονείς χρήσης διαδραστικών τρόπων εκμάθησης με στόχο την πρόκληση μεγαλύτερου ενδιαφέροντος του Χ.	Πραγματοποιήθηκε το πλάνο χρήσης διαδραστικών τρόπων εκμάθησης με στόχο την πρόκληση μεγαλύτερου ενδιαφέροντος από τον Χ στην ανάγνωση και την γραφή. Χρησιμοποιήθηκαν μέσα όπως, παιδικά βιβλία και παραμύθια καθώς και πολύχρωμες κάρτες που απεικόνιζαν αντικείμενα και ονομασίες.	Ο κίνδυνος εξάρτησης από τρίτους στην μετέπειτα ζωή λόγω ανικανότητας διεκπεραίωσης βασικών αναγκών που σχετίζονται με την ανάγνωση και την γραφή μειώθηκε. Ο Χ φαίνεται να εξελίξει τις ικανότητές του μετά το πλάνο χρήσης διαδραστικών τρόπων εκμάθησης.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Μικρός αριθμός φίλων και μειωμένη κοινωνικότητα στην τάξη	Κίνδυνος για μοναχική ζωή.	Παρότρυνση γονέων να έρθουν σε επικοινωνία με άλλους γονείς συμμαθητών του Χ, για πραγματοποίηση συναντήσεων για παιχνίδια.	Παροτρύνθηκαν οι γονείς να έρθουν σε επικοινωνία με άλλους γονείς συμμαθητών του Χ για την πραγματοποίηση των συναντήσεων.	Ο Χ φαίνεται να έχει ισχυρότερες φιλικές σχέσεις με μερικά παιδιά από την τάξη του.
	Κίνδυνος δημιουργίας αναποτελεσματικών κοινωνικών δεξιοτήτων με αποτέλεσμα μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Εκπαίδευση του Χ σε συνεργασία με τους γονείς και τον δάσκαλο για σωστή συμπεριφορά επικοινωνίας και σωστούς τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στον συνομιλητή. ➤ Επίβλεψη των συναντήσεων παιχνιδιού του Χ, για παρατήρηση ορθής συμπεριφοράς. ➤ Εκπαίδευση γονέων του Χ για τους τύπους ομάδων και τις δραστηριότητες που υποστηρίζουν την ανάπτυξη θετικών κοινωνικών δεξιοτήτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Εκπαιδεύτηκε ο Χ σε συνεργασία με τους γονείς και τον δάσκαλό του για τη σωστή συμπεριφορά επικοινωνίας και σωστούς τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στον συνομιλητή. ➤ Πραγματοποιήθηκε η επίβλεψη των συναντήσεων για παιχνίδι του Χ και παρατηρήθηκε η ορθή συμπεριφορά του. ➤ Εκπαιδεύτηκαν οι γονείς του Χ για τους τύπους ομάδων που υποστηρίζουν την ανάπτυξη θετικών κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και των δραστηριοτήτων τους. 	Οι κοινωνικές δεξιότητες του Χ βελτιώθηκαν με αποτέλεσμα θετικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης μέσω της εκπαίδευσης του για τους σωστούς τρόπους συμπεριφοράς, την επίβλεψη των συναντήσεων του παιχνιδιού του και την εκπαίδευση των γονέων για τις ομάδες ανάπτυξης θετικών κοινωνικών δεξιοτήτων.

<p>Κίνδυνος δημιουργίας έντονων αρνητικών συναισθημάτων και χαμηλής αυτοεκτίμησης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παρότρυνση γονέων και δασκάλου στην αναγνώριση και τον έπαινο των θετικών χαρακτηριστικών του Χ. ➤ Παρότρυνση γονέων για συνεργασία με ειδικό ψυχικής υγείας για την σωστή διαχείριση της ψυχολογίας του Χ. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Οι γονείς και ο δάσκαλος παροτρυνθήκαν για την αναγνώριση και έπαινο των θετικών χαρακτηριστικών του Χ με τη μορφή επιβράβευσης με αυτοκόλλητα. ➤ Οι γονείς παροτρύνθηκαν και συνεργάστηκαν με ειδικό ψυχικής υγείας για τη σωστή διαχείριση της ψυχολογίας του Χ. 	<p>Ο Χ φαίνεται να είναι πιο ευδιάθετος και να έχει μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.</p>
--	--	---	--

Μελέτη 2^{ης} περίπτωσης ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Ψ

Πατρώνυμο: Ψ

Τόπος καταγωγής: Αθήνα

Τόπος κατοικίας: Αθήνα

Ηλικία: 25 ετών

Φύλο: Άρρεν

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Σχέση με την οικογένεια: Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: Καλή

Απασχόληση: Φοιτητής αγγλικής φιλολογίας.

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-Αίτια εισαγωγής: Καμία εισαγωγή.

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής: 23/1/2016

Διάγνωση εισαγωγής: Ακαδημαϊκά και συμπεριφορικά προβλήματα

Πηγή ιστορικού: Σύζυγος ασθενή, ο ίδιος ο ασθενής.

Ασθενής ονόματι Ψ διαγνωσμένος με ΔΕΠΥ, ηλικίας 25 ετών και φοιτητής αγγλικής φιλολογίας, προσήλθε στα ΤΕΠ συνοδευόμενος από την σύζυγο του λόγω συμπεριφορικών και ακαδημαϊκών προβλημάτων. Η σύζυγός του ανησυχεί για την συμπεριφορά του Ψ, αν και δεν είναι επιθετικός απέναντί της παρουσιάζει, σύμφωνα με την σύζυγό του, έντονη αντίδραση σε καθημερινές καταστάσεις με οξύθυμη διάθεση. Δηλώνει πως ο ίδιος πραγματοποιεί κατάχρηση ουσιών όπως το αλκοόλ και της φαρμακευτικής αγωγής του για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Ο ίδιος ο Ψ, δηλώνει πως αποτυγχάνει στην προσοχή των ακαδημαϊκών του υποχρεώσεων και νιώθει την επιθυμία να κινείται συνεχώς την ώρα των διαλέξεων της σχολής του και όταν πραγματοποιεί εργασίες γι' αυτήν. Νιώθει έντονο άγχος και παίζει με τα δάχτυλα του συνεχώς για να ηρεμεί τον εαυτό του. Ο ίδιος δηλώνει ανησυχία για τον γάμο του και την συμπεριφορά του.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Έντονη οξύθυμη συμπεριφορά.	Κίνδυνος τραυματισμού εαυτού ή άλλου.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παραπομπή του Ψ σε ειδική ομάδα διαχείρισης συμπεριφοράς και θυμού, σε συνδυασμό με δημιουργία εβδομαδιαίας κάρτας συμπεριφορικής αναφοράς σε συνεργασία με την σύζυγό του. ➤ Παραπομπή του Ψ σε ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας με σκοπό την ορθή διαχείριση των έντονων συναισθημάτων του. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο Ψ παραπέμφθηκε σε ειδική ομάδα διαχείρισης θυμού η οποία συνεδριάζει 2 φορές την εβδομάδα μετά τις διαλέξεις του. Η εβδομαδιαία κάρτα συμπεριφορικής αναφοράς δημιουργήθηκε από τη σύζυγό του. ➤ Ο Ψ παραπέμφθηκε σε ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η οποία απαρτίστηκε κυρίως από ψυχολόγους, με στόχαστρο την ορθή διαχείριση των έντονων συναισθημάτων του. 	Ο κίνδυνος τραυματισμού εαυτού ή άλλων μειώθηκε, καθώς ο Ψ εμφανίζει καλύτερη διαχείριση στη συμπεριφορά του και τη διαχείριση του θυμού και των συναισθημάτων του.

<p>Κίνδυνος αποξένωσης λόγω κακής συμπεριφοράς.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Σε συνεργασία με τη σύζυγό του εκπαίδευση του Ψ στη διαχείριση κοινωνικών δεξιοτήτων και της ορθής κοινωνικής συμπεριφοράς. ➤ Σε συνεργασία με τη σύζυγό του και τον Ψ, σχεδιασμός πλάνου κοινωνικών δραστηριοτήτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Η συνεργασία με τη σύζυγο του Ψ, πραγματοποιήθηκε, και ο Ψ εκπαιδεύτηκε στη διαχείριση κοινωνικών δεξιοτήτων και της ορθής κοινωνικής συμπεριφοράς. ➤ Η συνεργασία με τη σύζυγο του Ψ, πραγματοποιήθηκε, και ο σχεδιασμός πλάνου κοινωνικών δραστηριοτήτων διεκπεραιώθηκε. 	<p>Ο κίνδυνος αποξένωσης λόγω κακής συμπεριφοράς μειώθηκε, καθώς ο Ψ εκπαιδεύτηκε επιτυχώς στις κοινωνικές δεξιότητες και με τη σύζυγό του πραγματοποιούν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες.</p>
---	---	---	---

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Κατάχρηση ουσιών.	Κίνδυνος τραυματισμού.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Σε συνεργασία με τη σύζυγό του, παραπομπή του Ψ σε ειδικές ομάδες διαχείρισης ουσιών. ➤ Σε συνεργασία με τη σύζυγό του, δημιουργία κάρτας αναφοράς συμπεριφορών κατάχρησης ουσιών του Ψ. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο Ψ παραπέμφθηκε σε ειδικές ομάδες διαχείρισης ουσιών, σε συνεργασία με τη σύζυγό του, και συνεδριάζει 2 φορές την εβδομάδα. ➤ Η συνεργασία με τη σύζυγο του Ψ πραγματοποιήθηκε και δημιουργήθηκε η κάρτα αναφοράς κατάχρησης ουσιών του Ψ. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο κίνδυνος τραυματισμού μειώθηκε καθώς ο Ψ συνεδριάζει επιτυχώς με τις ειδικές ομάδες διαχείρισης ουσιών. ➤ Η κάρτα αναφοράς εμφανίζει πως η κατάχρηση ουσιών του Ψ μειώνεται.
	Κίνδυνος χαμηλής ποιότητας ζωής.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Εκπαίδευση του Ψ στις κακές επιρροές και ενέργειες που ασκούν οι ουσίες στην υγεία του. ➤ Εκπαίδευση του Ψ, σε συνεργασία με τη σύζυγό του, για τον τρόπο ζωής χωρίς την κατάχρηση ουσιών με περισσότερες δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευση του Ψ στις κακές επιρροές και ενέργειες που ασκούν οι ουσίες στην υγεία του. ➤ Πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευση του Ψ, σε συνεργασία με τη σύζυγό του, για τον τρόπο ζωής χωρίς την κατάχρηση ουσιών με περισσότερες δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο κίνδυνος χαμηλής ποιότητας ζωής μειώθηκε καθώς ο Ψ εκπαιδεύτηκε επιτυχώς στις κακές ενέργειες που ασκούν οι ουσίες στην ζωή του ➤ Ο Ψ πραγματοποιεί περισσότερες εξωτερικές δραστηριότητες χωρίς την χρήση ουσιών.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Κατάχρηση φαρμακευτικής αγωγής.	Κίνδυνος εμφάνισης προβλημάτων αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, λόγω της κακής χρήσης της φαρμακευτικής αγωγής.	<p>Παραπομπή του Ψ σε ειδικό για τη ΔΕΠΥ προσωπικό, με σκοπό την αξιολόγηση της αντιμετώπισης του Ψ στην διαταραχή.</p> <p>Εκπαίδευση του Ψ ως προς την σημαντικότητα της σωστής αντιμετώπισης της διαταραχής.</p>	<p>Ο Ψ παραπέμφθηκε και ειδική ομάδα ΔΕΠΥ, και αξιολογήθηκε η αντιμετώπιση του απέναντι στην διαταραχή.</p> <p>Ο Ψ εκπαιδεύτηκε ως προς την σημαντικότητα της σωστής αντιμετώπισης της διαταραχής.</p>	<p>Μειώθηκε ο κίνδυνος εμφάνισης προβλημάτων αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, λόγω της κακής χρήσης της φαρμακευτικής αγωγής.</p> <p>Ο Ψ φαίνεται να γνωρίζει περισσότερο για την σημαντικότητα της σωστής αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ.</p>
	Κίνδυνος εμφάνισης παρενεργειών.	Εκπαίδευση του Ψ ως προς την σημαντικότητα της σωστής λήψης και δοσολογίας της φαρμακευτικής του αγωγής, και τη σημαντικότητα των παρενεργειών αυτής.	Ο Ψ εκπαιδεύτηκε ως προς την σημαντικότητα της σωστής λήψης και δοσολογίας της φαρμακευτικής του αγωγής, και τη σημαντικότητα των παρενεργειών αυτής.	Ο Ψ φαίνεται να γνωρίζει περισσότερο για την σημαντικότητα της φαρμακευτικής του αγωγής και ο κίνδυνος εμφάνισης παρενεργειών μειώθηκε αφού ξεκίνησε να χορηγείται τα φάρμακα του σωστά.
	Κίνδυνος εμφάνισης εθιστικής συμπεριφοράς.	➤ Εκπαίδευση του Ψ ως προς τον εθισμό και την	➤ Ο Ψ εκπαιδεύτηκε ως προς τον εθισμό και την κακή ποιότητα ζωής που	➤ Ο κίνδυνος εμφάνισης εθιστικής

		<p>κακή ποιότητα ζωής που προκαλεί.</p> <p>➤ Παραπομπή Ψ σε ειδικές ομάδες διαχείρισης εθισμού.</p>	<p>προσδίδει ο εθισμός</p> <p>➤ Ο Ψ παραπέμφθηκε σε ειδικές ομάδες διαχείρισης εθισμού και συνεδριάζει 3 φορές την εβδομάδα.</p>	<p>συμπεριφοράς μειώθηκε καθώς ο Ψ φαίνεται να γνωρίζει περισσότερα για τα αρνητικά αποτελέσματα του εθισμού.</p> <p>➤ Ο κίνδυνος εθισμού μειώθηκε καθώς φαίνεται να καταχράται λιγότερο την φαρμακευτική αγωγή του ύστερα από τις συνεδρίες του.</p>
--	--	---	--	---

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Αποτυχία ακαδημαϊκής προσοχής.	Κίνδυνος ακαδημαϊκής αποτυχίας λόγω απροσεξίας.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Εκπαίδευση του Ψ στην σημαντικότητα ολοκλήρωσης ακαδημαϊκών υποχρεώσεων. ➤ Εκπαίδευση του Ψ σε τρόπους άσκησης μεγαλύτερης προσοχής. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο Ψ εκπαιδεύτηκε στην σημαντικότητα ολοκλήρωσης ακαδημαϊκών υποχρεώσεων. ➤ Ο Ψ εκπαιδεύτηκε σε τρόπους άσκησης μεγαλύτερης προσοχής, όπως την μείωση των κινήσεων στην θέση και τον περιορισμό περισπασμών. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο κίνδυνος ακαδημαϊκής αποτυχίας μειώθηκε μετά την εκπαίδευση του στην σημαντικότητα ολοκλήρωσης ακαδημαϊκών υποχρεώσεων. ➤ Ο κίνδυνος ακαδημαϊκής αποτυχίας μειώθηκε αφού ο Ψ φαίνεται να προσέχει περισσότερο στη σχολή του και έχει περιορίσει κάθε περισπασμό μετά την εκπαίδευση του.
	Κίνδυνος μειωμένης αυτοεκτίμησης λόγω αργοπορημένης ακαδημαϊκής εξέλιξης.	Παραπομπή Ψ σε ειδική ομάδα ψυχικής υγείας για την πρόληψη κινδύνου μειωμένης αυτοεκτίμησης.	Ο Ψ παραπέμφθηκε σε ειδική ομάδα ψυχικής υγείας για την πρόληψη του κινδύνου μειωμένης αυτοεκτίμησης και συνεδρίαζαν 1 φορά την εβδομάδα.	Ο Ψ φαίνεται πιο ευχαριστημένος με τις επιδόσεις του και ύστερα από τις συνεδρίες του δείχνει να πιστεύει περισσότερο στον εαυτό του.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Πρόγραμμα Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Αίσθημα έντονου άγχους και ανησυχίας.	Κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παραπομπή Ψ σε ειδική ομάδα ψυχικής υγείας για πρόληψη και παρακολούθηση των συναισθημάτων του. ➤ Παρακολούθηση της λήψης φαρμακευτικής αγωγής του Ψ για τον εντοπισμό της παρενέργειας της κατάθλιψης. ➤ Εκπαίδευση της συζύγου και του Ψ για την αντιμετώπιση της ψυχολογικής κατάστασης του Ψ και τους κινδύνους της κατάθλιψης. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο Ψ παραπέμφθηκε σε ειδική ομάδα ψυχικής υγείας, η οποία απαρτίζεται από ψυχολόγους, και η παρακολούθηση των συναισθημάτων του Ψ πραγματοποιήθηκε. ➤ Η παρακολούθηση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής του Ψ για τυχόν παρενέργειες κατάθλιψης, πραγματοποιήθηκε. ➤ Η εκπαίδευση του Ψ και της συζύγου του για την αντιμετώπιση της ψυχολογίας και τους κινδύνους της κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο κίνδυνος της εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς μειώθηκε και ο Ψ συμβουλευτήκε την ειδική ομάδα ψυχικής υγείας. ➤ Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς μειώθηκε εφόσον η φαρμακευτική αγωγή του δεν αποτελεί απειλή. ➤ Ο Ψ ενημερώθηκε για τους κινδύνους της κατάθλιψης επιτυχώς.
	Κίνδυνος εμφάνισης ψυχοσωματικών προβλημάτων λόγω του έντονου άγχους.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παρακολούθηση ψυχολογικής και σωματικής υγείας του Ψ ➤ Παραπομπή του Ψ σε ομάδες υποστήριξης έντονου άγχους και ανακούφισης 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Η παρακολούθηση της ψυχολογικής και σωματικής υγείας του Ψ πραγματοποιήθηκε με συναντήσεις μιας φοράς την εβδομάδα. ➤ Πραγματοποιήθηκε η παραπομπή του Ψ στις ομάδες υποστήριξης 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχοσωματικών προβλημάτων λόγω του έντονου άγχους του Ψ μειώθηκε καθώς φαίνεται πιο ήρεμος ύστερα από τις συναντήσεις με τις ειδικές ομάδες υποστήριξης.

	αυτού.	έντονου άγχους και ανακούφισης αυτού, η οποία συνεδρίαζε μια φορά την εβδομάδα.	➤ Η υγεία του Ψ φαίνεται να βελτιώνεται ψυχικά και σωματικά ύστερα από τις συνεδρίες με τις ειδικές ομάδες υποστήριξης.
--	--------	---	---

Συμπεράσματα

Η παραπάνω πτυχιακή εργασία αφορά το θέμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), και έχει μελετηθεί εκτενώς η νοσηλευτική προσέγγιση και διεργασία σε παιδιά και φοιτητές που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή. Με το πέρας αυτής της πτυχιακής εργασίας, προκύπτουν κάποια συμπεράσματα τα οποία σχετίζονται με τους παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση συμπτωμάτων ατόμων που πάσχουν από ΔΕΠΥ, καθώς και στην εκπαίδευση συμπεριφοράς απέναντί τους από τρίτους. Μέσα σε αυτό το σύνολο παραγόντων, κυρίαρχο ρόλο παίζει αυτός του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής και στην μείωση του φάσματός της.

Αν ληφθεί υπόψιν η σύγχρονη βιβλιογραφική ανασκόπηση της εργασίας, η ΔΕΠΥ θεωρείται ακόμη και σήμερα ένα δύσβατο μονοπάτι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Παρόλο που οι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν και εξελίσσουν την διαταραχή αυτή μπορούν να αναστραφούν έως έναν βαθμό, δεν υπάρχει κάποιο αποτελεσματικό μέσο πρόληψής της. Προκύπτει λοιπόν πως, η παγκόσμια δημόσια υγεία έχει επικεντρωθεί στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και στην εκπαίδευση αντιμετώπισής τους, με σκοπό την καλύτερη ποιότητα ζωής των πασχόντων. Λόγω της ύπαρξης μη φαρμακευτικής θεραπείας, υπάρχουν πολλές επιλογές διαχείρισης της ΔΕΠΥ και ως εκ τούτου το κόστος ιατρικής περίθαλψης έχει πολύ μεγάλο εύρος. Παρόλη την ραγδαία και συνεχή εξέλιξη της επιστήμης, δεν υπάρχει ολοκληρωτικός έλεγχος της διαταραχής μέχρι σήμερα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως φαίνεται από την πτυχιακή εργασία, παίζει καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΔΕΠΥ. Πιο συγκεκριμένα, η ενεργός συμμετοχή του στα στάδια της ανακούφισης συμπτωμάτων, με φαρμακευτικό τρόπο και μη, φαίνεται να οδηγεί σε πιο ουσιαστικά και βάσιμα αποτελέσματα. Οι νοσηλευτικές διεργασίες και τα πρωτόκολλα επηρεάζουν με τον βέλτιστο τρόπο τους πάσχοντες, είτε αυτοί είναι παιδιά είτε φοιτητές, και τους ωθεί να βοηθήσουν τους εαυτούς τους να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα την διαταραχή τους. Μεγάλη στήριξη δίνουν και στον στενό κύκλο του κάθε ασθενή, καθώς η εκπαίδευση τους για την κατάλληλη και εποικοδομητική συναναστροφή με ασθενείς με ΔΕΠΥ είναι άκρως απαραίτητη.

Μιας και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας δεν θεωρείται μία μελανή κουκίδα του παρελθόντος, αλλά τα συμπτώματα της εξακολουθούν να

τροποποιούνται μέχρι και σήμερα, η παρουσία ενός ή περισσότερων νοσηλευτών αποτελεί την μέγιστη των βοηθειών. Με τις κατάλληλες γνώσεις και την προ απαιτούμενη εκπαίδευση, η αντιμετώπιση περιστατικών που αφορούν την ΔΕΠΥ θα γίνεται αποτελεσματικότερη. Με την συνεχή επιστημονική ενημέρωση και την ανανέωση γνώσεων των νοσηλευτών θα είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής σε παιδιά και φοιτητές, που όπως αποδεικνύει η πτυχιακή εργασία, είναι το κλειδί για τον περιορισμό των συμπτωμάτων και την γρήγορη αντιμετώπισή της. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται μία καλύτερη ποιότητα ζωής τόσο για τον πάσχοντα, όσο και για την σχέση με τον περίγυρό του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωση:

Alazzam M., Suliman M., Albastawy M. (2016), School Nurse's Role in Helping Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders, NASN School Nurse, 32(1), 36-38.

Albrecht B., Brandeis D., von Sandersleben H.U. et al (2014), Genetics of preparation and

response control in ADHD: the role of DRD4 and DAT1. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 914-923.

American Nurses Association (2014), *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing practise*, Second Edition, American Nurses Association, Inc, Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Alrington, VA.

Antshel K.M., Hargrave T.M., Simonescu M. et al. (2011). Advances in understanding and treating ADHD, *BMC Med*, 9, 72.

Antshel K.M., Zhang-James Y., Faraone S.V. (2014). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(10), 1117-1128.

Barkley R.A., Brown T.E. (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS* ,13 (11) 977–984.

Belanger S.A., Andrews D., Gray C., et al. (2018). ADHD in children and youth: Part 1 – Etiology, diagnosis, comorbidity. *Paediatrics& Child Health*, 23 (7), 447-453

Betz C.L. (2006), Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nurses are Important Members of the Team, *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 171-174.

Biederman J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220.

Blackman G. L., Ostrander R., Herman K. C. (2005). Children with ADHD and Depression: A Multisource, Multimethod Assessment of Clinical, Social, and Academic Functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8(4), 195–207.

Brem S., Grünblatt E., Drechsler R. et al.(2014). The neurobiological link between OCD and ADHD. *AttenDeficHyperactDisord*, 6(3),175-202.

Camí, J.,Farré, M. (2003). Drug Addiction. *New England Journal of Medicine*, 349 (10), 975–986.

Cath D.C., Ran N., Smit J.H., et al. (2008). Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in adults: a preliminary case-controlled study. *Psychopathology*, 41(2),101-10.

Colin J.R. (2011). *Departments of Research and Psychology*, National Center for Youth with Epilepsy, St Piers Lane, Lingfield, Surrey, 32, 3.

Dang M.T., Warrington D., Tung T. et al (2007), A School-Based Approach to Early Identification and Management of Student with ADHD, *The Journal of School Nursing*, 23(1), 2-12.

- Danielson M.L., Bitsko R.H., Ghandour R.M., et al. (2016). Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Volume 47, 2018 - Issue 2.
- Daviss W. B. (2008). A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(6), 565–571.
- De Crescenzo F., Cortese S., Adamo N. et al. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evid Based Ment Health*, 20(1), 4-11.
- Delgado L.L., Jimenez M.O. (2014), Treatment of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD): Nursing Implications, *Revista de Enfermeria*, 37(9), 30-34.
- Dias T.G.C., Kieling C., Graeff-Martin A. S., et al. (2013). Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 40–50.
- Dunn D.W., Austin J.K., Harezlak J., et al. (2003). ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol*, 45(1), 50-4.
- Durstun S., de Zeeuw P. Staal W.G. (2009). Imaging genetics in ADHD: A focus on cognitive control. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(5), 674-689.
- Engel J. Jr., International League Against Epilepsy (ILAE). (2001). A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia*, 42(6), 796-803.
- Ettinger A.B., Ottman R., Lipton R.B., et al. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults with self-reported epilepsy: Results from a national epidemiologic survey of epilepsy. *Epilepsia*, 56(2), 218–224.
- Faraone S.V. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XX ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogeneous? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1455-1457.
- Felt B.T., Biermann B., Christner J.G., et al (2014). Diagnosis and Management of ADHD in Children, *Am Fam Physician* 90(7), 456-464.
- Gadow, K. D., Nolan, E. E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD plus ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 191-201.
- Gargaro B.A., Rinehart N.J., Bradshaw J.L. et al. (2011). Autism and ADHD: How far have we come in the comorbidity debate? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1081-1088.

Gentile J.P., Atiq R., Gillig P.M. (2006). Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Medication Management. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(8), 25-30.

Green A.L., Rabiner D.L. (2012). What Do We Really Know about ADHD in College Students? *Neurotherapeutics*, 9(3), 559–568.

Gualtieri C.T., Johnson L.G. (2005). ADHD: Is Objective Diagnosis Possible?. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(11), 44-53.

Huang L., Wang Y., Zheng Z. et al (2017). Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20172465

Kalbag A.S., Levin F.R. (2005). Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Subst Use Misuse*, 40(13-14), 1955-1981, 2043-2048.

Klassen A.F., Miller A., Fine S. (2004). Health related quality of life in children and adolescent who have diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114 (5) 541-547.

Koumoula, A. (2012). The course of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the life span. *Psychiatriki*, 23, 49-59.

Kousha M., Shahrivar Z., Alaghband-rad J. (2011). Substance use disorder and ADHD: Is ADHD a particularly "specific" risk factor? *Journal of Attention Disorders*, 16 (4), 325

Lange K.W., Lange K.M., Reichl S., et al. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *PMC*, 2(4), 241-255.

Letiner Y. (2014). The co-occurrence of Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children – What Do We Know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-8.

Linnet K.M., Wisborg K., Agerbo E., et al. (2006). Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. *Arch Dis Child*, 91(8) 655-660.

Maltby N., Tolin D.F., Worhunsky P., et al. (2005). Dysfunctional action monitoring hyperactivates frontal-striatal circuits in obsessive-compulsive disorder: an event-related fMRI study. *Neuroimage*, 24(2), 495-503.

McIntosh D., Kutcher S., Binder C. et al. (2009). Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 137-150.

National Institutes of Health Conse. (2000). Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 8(3), 75–89.

Oades, R.D., Christiansen, H. (2008). Cognitive switching processes in young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(1), 21–32.

Parsons C. (2007) , *The Client with Attention-Deficit Disorder*, Clifton Park, NY : Thomson Delmar Learning, 447-479

Pokorski S., Moraes M.A., Chiarelli R. et al (2009), Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(3).

Radua J., Mataix-Cols D. (2009). Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 195(5), 393-402.

Rajeh A., Amanullah S., Shivakumar K. et al. (2017). Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. *Asian J Psychiatr*, (25), 131-135.

Reiersen A.M., Constantino J.N., Volk H.E., et al. (2007). Autistic traits in a population-based ADHD twin sample. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(5), 464-72.

Roberts B.A., Martel M.M., Nigg J.T. (2016). Are There Executive Dysfunction Subtypes Within ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 807-825

Rothenberger A., Neumärker K.J. (2005). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS*. Steinkopff, Darmstadt: Kramer-Pollnowim Spiegel der Zeit VIII, 184

Rowland, A.S., Lesesne, C. A., Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162–170.

Rucklidge J.J. (2008). Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother*, 8 (4), 643-55.

Scahill, L., Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of Adhd in School-Age Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 541-555

Sinzig J., Morsch D., Bruning N., et al. (2008). Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without comorbid ADHD-symptoms. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1), 4.

Smith M. (2012). *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*. London, Reaktion, 248 pp. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 68 (4) ,702–704.

Stevens T., Peng L., Barnard-Brak L. (2016). The comorbidity of ADHD in children diagnosed with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 31, 11-18.

Swanson, J. M., Volkow, N. D., Newcorn, J., et al. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Encyclopedia of Cognitive Science*.

Tercyak K.P., Lerman C, Audrain J. (2002). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(7), 799-805.

Thapar A., Cooper M., Eyre O. et al. (2012). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.

Thapar A., Steriakouli E. (2008). An overview on the Genetics of ADHD. *Acta Psychologica Sinica*, 40(10), 1088-1098.

Wilens T.E. (2004), Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *J Clin Psychiatry*, 65(3), 38-45.

Wilens T.E., Dodson W. (2004) A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry*, 65(10), 1301-1313.

Wolraich M.L., Chan E., Froehlich T. (2019). ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective. *Pediatrics*, 144 (4).

Yildirim b., Ozkahraman s. (2011), Critical Thinking in Nursing Process and Education, *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 1-6.

Zimmerman M.L. (2003), Attention-deficit hyperactivity disorders, *Nursing Clinics*, 38(1), 55-56.

Ελληνική:

Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση. (2000). Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών (DSM-II), 4η έκδοση Αναθεώρηση κειμένου. WashingtonDC.

Διαδίκτυο:

American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd>. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 14, 2021.

American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd>. Τελευταία προσπέλαση Μάιος 11, 2021