



ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό συμμόρφωσης
ενδεδειγμένης φαρμακευτικής αγωγής στην θεραπεία ατόμων με
ψυχωσική διαταραχή.**

Φοιτήτρια

Χριστοδούλου Σοφία

Επιβλέπων Καθηγητής

Κωνσταντίνος Αθανασάκης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό συμμόρφωσης ενδεδειγμένης
φαρμακευτικής αγωγής στην θεραπεία ατόμων με ψυχωσική διαταραχή.

Φοιτήτρια

Χριστοδούλου Σοφία

Επιβλέπων Καθηγητής

Κωνσταντίνος Αθανασάκης

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση
των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην
Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή
Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου
Κύπρου.

Νοέμβριος 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη εστιάζεται στην διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν τους ψυχικά πάσχοντες να είναι συνεπείς στη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής και στο πώς οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τον βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών θετικά ή αρνητικά.

Υπό το σκεπτικό ότι οι σχεδιασμένες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να αποτελέσουν εφαλτήριο για τη μείωση του φαινομένου της υποτροπής της ψυχικής νόσου και των συχνών επανεισδοχών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, γεννήθηκε η ανάγκη για διερεύνηση του θέματος.

Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την αναζήτηση επιστημονικών άρθρων από το 2009 μέχρι το 2016 στην αγγλική γλώσσα. Οι κύριες βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Pub Med, EBSCO, Cinahl Plus with Full Text, Medline Complete, Science Direct, Academic One File.

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση ανεβρέθησαν 474 άρθρα από τα οποία 15 τελικά ήταν σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την μη συναίνεση όπως προκύπτουν από την βιβλιογραφία είναι α) οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων και β) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η φυλή και η οικογενειακή κατάσταση. Επιπροσθέτως η σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας καθώς και η στήριξη της οικογένειας, αποτελούν επίσης παράγοντες που όπως διαφάνηκε διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην συναίνεση των ασθενών στην φαρμακευτική τους αγωγή.

Συμπεράσματα: Η μη συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή είναι μια συμπεριφορά η οποία επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους και δίκαια μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια συμπεριφορά πολυπαραγοντική και δύσκολη στη διαχείριση. Η ψυχοεκπαίδευση για τους ασθενείς και για τις οικογένειες τους είναι χρήσιμο να ενταχθεί επίσημα στο πρωτόκολλο φροντίδας των ασθενών. Επιπλέον η αξιολόγηση των ασθενών είναι ορθότερο, να γίνεται με επιστημονικά τεκμηριωμένα εργαλεία και να εφαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών.

Λέξεις και όροι κλειδιά: non adherence to medication and psychotic disorders

ABSTRACT

Objective: The present study investigates the factors which cause Non Adherence to medication in individuals with psychotic disorders. Non Adherence for mental health patients is an issue, which the scientific community is confronting during the last 15 years. This review is conducted under the consideration of establishing treatment protocols which will improve non adherence in the treatment setting.

Method: Pub Med, EBSCO, Cinahl Plus with Full Text, Medline Complete, Science Direct, Academic One File, databases were searched in order to identify the articles. A total of 474 articles were screened, of which 15 articles were retained for full review.

Results: The factors that are related to non-adherence were a) side effects of the antipsychotic medication b) demographic characteristics such as age, race and marital status in terms of living conditions and family support. Additionally therapeutic alliance was found important factor of improving medication adherence.

Conclusions: Non Adherence is multifactorial issue. Many of the identified factors are modifiable and can be specifically targeted with interventions, such as psychoeducation for the patient and the family. Moreover the use of self-rating scales as assessment tools will intergrade the role of health care professionals and the quality of the health care services.

Key words: non adherence to medication and psychotic disorders

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η πτυχιακή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας. Μετά από αρκετές ώρες μελέτης και συγγραφής κατάφερα να απαντήσω με επιστημονικό τρόπο το ερώτημα που με προβλημάτιζε εδώ και αρκετά χρόνια. Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και ιδιαίτερα τους γονείς μου Αντρέα και Αναστασία που πίστεψαν στην προσπάθεια μου από την αρχή και με στήριξαν μέχρι το τέλος του μεταπτυχιακού ταξιδιού. Ένα μεγάλο επίσης ευχαριστώ θέλω να πω στους φίλους Δέσποινα, Αντζελα, Μιχάλη, Χάρη και Μαρία. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου Δρ. Κωνσταντίνο Αθανασάκη που με τις πολύτιμες παρεμβάσεις του κατορθώσαμε να παραδώσουμε στην επιστημονική κοινότητα ακόμη ένα μικρό κομματάκι γνώσης.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1	10
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 2.....	13
2.1 Θεωρητικοί ορισμοί.....	13
2.1.1 Ψυχική ασθένεια.....	13
2.1.2 Σχιζοφρένεια	13
2.1.3 Συναισθηματικές διαταραχές.....	14
2.1.3.1 Κατάθλιψη.....	14
2.1.3.2 Διπολικές Διαταραχές.....	14
2.1.4 Ορισμός Οικογένειας	14
2.1.5 Υγεία της Οικογένειας.....	14
2.1.6 Οικογενειακή Νοσηλευτική.....	15
2.2 Συμμόρφωση –Compliance / Συναίνεση - Adherence.....	15
2.2.1 Τύποι συναίνεσης	17
2.2.2 Τρόποι Μέτρησης της Συναίνεσης.....	17
2.2.2.1 Υποκειμενική Μέτρηση – Υποκειμενικά Μέτρα.....	17
2.2.2.2 Αντικειμενική Μέτρηση – Αντικειμενικά Μέτρα.....	18
2.3 Φαρμακευτική Αγωγή στις Ψυχώσεις.....	19
2.3.1 Φάρμακα και Παρενέργειες.....	20
2.3.2 Συνήθεις Παρενέργειες και περιγραφή τους.....	22
2.3.2.1 Εξωπυραμидικά Συμπτώματα.....	22
2.3.2.2 Ακαθυσία.....	22
2.3.2.3 Τρόμος των άκρων ή Παρκινσονισμός.....	23
2.3.2.4 Αντιχολινεργικές Δράσεις.....	23
2.3.2.5 Σεξουαλική Δυσλειτουργία.....	23
2.3.2.6 Αύξηση Βάρους.....	24

2.3.2.7 Ψυχικές Παρενέργειες.....	25
2.4 Ο ρόλος της Οικογένειας.....	26
2.5 Θεραπευτική Συμμαχία και Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας.....	27
2.5.1 Παράγοντες που Σχετίζονται με την Θεραπευτική Συμμαχία.....	28
2.5.1.1 Η Αποτελεσματικότητα των Φαρμάκων.....	28
2.5.1.2 Οι Εξωτερικοί Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	28
2.5.1.3 Η Έλλειψη Εναισθησίας και η Επίγνωση της Ψυχικής Κατάστασης κατά την Έναρξη της Αγωγής.....	29
2.5.1.4 Η Στάση προς την Φαρμακευτική Αγωγή.....	29
2.6 Στρατηγικές για την Ενίσχυση της Θεραπευτικής Συμμαχίας.....	29
Κεφάλαιο 3.....	31
3.1 Μεθοδολογία.....	32
3.2 Αξιολόγηση της ποιότητας.....	38
3.3 Αποτελέσματα	39
3.3.1 Παράγοντες Σχετιζόμενοι με τα Δημογραφικά στοιχεία.....	39
3.3.1.1 Ηλικία.....	39
3.3.1.2 Φύλο.....	40
3.3.1.3 Φυλή – Κουλτούρα.....	40
3.3.1.4 Οικογενειακή Κατάσταση.....	41
3.3.1.5 Μορφωτικό Επίπεδο.....	41
3.3.2 Παράγοντες Σχετιζόμενοι με την Φαρμακευτική Αγωγή – παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων.....	42
3.3.2.1 Εξωπυραμιδικά.....	42
3.3.2.2 Αντιχολινεργικές Ενέργειες.....	42
3.3.2.3 Σεξουαλική Δυσλειτουργία.....	43
3.3.2.4 Αύξηση Βάρους.....	43
3.3.2.5 Ψυχικές Παρενέργειες.....	44
3.3.3 Παράγοντες Σχετιζόμενοι με την Νόσο.....	45

3.3.3.1 Χρόνια Ασθένειας , Υποτροπές και Σοβαρότητα της Νόσου.....	45
3.3.3.2 Αντιλήψεις και Συμπεριφορά των ασθενών προς την Νόσο.....	46
3.3.4 Παράγοντες σχετιζόμενοι με το περιβάλλον	48
3.3.4.1 Οικογένεια.....	48
3.3.4.2 Κοινωνικές Δραστηριότητες.....	48
3.3.4.3 Θεραπευτική Συμμαχία.....	48
Κεφάλαιο 4.....	50
4.1 Συζήτηση.....	53
4.2 Συμπεράσματα.....	54
4.3 Περιορισμοί.....	55
4.4 Εισηγήσεις.....	56
Παραρτήματα.....	57
Α.....	57
Β.....	58
Γ.....	59
Δ.....	60
Ε.....	61
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	64

Κεφάλαιο 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγχρονη κλινική ψυχιατρική κινείται μέσα σε αυστηρά πλαίσια διαγνωστικών κριτηρίων δοκιμασμένων για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους (Μαδιανός, 2004). Υπό αυτό το πρίσμα, η παρούσα διπλωματική εργασία έχει στόχο την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τους ψυχικά ασθενείς στην συναίνεση της φαρμακοθεραπείας που τους συστήνεται από τους ειδικούς.

Οι ψυχικά ασθενείς και ιδιαίτερα τα άτομα με ψύχωση αντιμετωπίζουν συχνά το πρόβλημα της μη συναίνεσης. Η φαρμακοθεραπεία στις ψυχιατρικές νόσους συχνά απαιτεί μακροχρόνια εφαρμογή για να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να προληφθεί το φαινόμενο της υποτροπής (Καρανικόλα, 2010).

Η επιτυχία και η διατήρηση της συναίνεσης στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών (Lambert et al 2010). Όλο και περισσότεροι ασθενείς τείνουν να διακόπτουν την φαρμακευτική αγωγή τους όταν τα συμπτώματα της νόσου έχουν υποχωρήσει. Οι ίδιοι νιώθουν ότι έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο ή ακόμη θεωρούν ότι είναι καλά και ότι δεν χρειάζονται οποιαδήποτε υποστήριξη για να συνεχίσουν την ζωή τους φυσιολογικά (Sapra et al 2014). Η διακοπή αλλά και ο λανθασμένος τρόπος λήψης της αγωγής έχει άμεση επίπτωση στην διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού. Ως εκ τούτου μια από τις δυσκολίες των ασθενών στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι η αναγνώριση και η αποδοχή της νόσου. Και οι δύο παράμετροι σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την πρόγνωση της ασθένειας και κατ' επέκταση με την μη συναίνεση, υπό την έννοια ότι οι ασθενείς νιώθουν καλύτερα όταν τα ενεργά συμπτώματα της νόσου υποχωρούν κατά την διάρκεια της ανάρρωσης τους.

Το αποτέλεσμα της διακοπής ή της επιλεκτικής χρήσης είναι η υποτροπή και η επανεμφάνιση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία, φόβο και πολλές φορές οδηγούν σε ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Συνεπώς η πρόληψη των νέων επεισοδίων είναι απαραίτητη καθώς οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν προοδευτικά έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή αναπηρία (Noto et al 2013). Η ιδιαιτερότητα των ψυχώσεων εστιάζεται στον επηρεασμό των γνωστικών λειτουργιών καθώς η διεργασία της αντίληψης και της

σκέψης διαταράσσονται. Αυτό κάνει ακόμα πιο δύσκολο το έργο των λειτουργών υγείας σε επίπεδο γνωστικών παρεμβάσεων.

Οι De Haan et al 2003 αναφέρουν ότι η αργοπορημένη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και η καθυστέρηση μιας εντατικής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης συνδέονται σημαντικά, με μεγάλη διάρκεια νοσηλείας και εγκαθίδρυση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου (απάθεια, επίπεδο συναίσθημα, ανηδονία). Με όλες αυτές τις αρνητικές επιπτώσεις η ανάγκη για διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν την μη συμμόρφωση ή τον λανθασμένο τρόπο λήψης της αγωγής, χρειάζεται να είναι ψηλά στη λίστα αυτών που σχεδιάζουν και εφαρμόζουν Πολιτικές Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2003) σε μια εκτενή αναφορά για τα χρόνια νοσήματα έστρεψε την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας στην πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου της μη συμμόρφωσης στην φαρμακοθεραπεία. Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στο ρόλο που διαδραματίζει το κράτος ως παροχέας και ως προμηθευτής και όχι αποκλειστικά στην ατομική ευθύνη του ασθενή.

Η αναγκαιότητα της ανασκόπησης προκύπτει από το γεγονός ότι πολλοί χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων φαρμάκων και συχνά διακόπτουν την αγωγή, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι υποτροπές και οι επανεισδοχές στα τμήματα νοσηλείας οξέων περιστατικών.

Από την κλινική εμπειρία της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, η μη συναίνεση στην φαρμακοθεραπεία είναι η κύρια αιτία για υποτροπή της ψυχικής κατάστασης. Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια αποσκοπεί στο να δώσει πληροφόρηση για την αντίληψη και διαχείριση της φαρμακοθεραπείας από την σκοπιά του ασθενή αλλά και του άμεσα περιβάλλοντος του.

Η χρησιμότητα της ερευνητικής εργασίας είναι να αξιοποιήσει τα ευρήματα τα οποία θα προκύψουν, στην χάραξη πολιτικής για την ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους. Η συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή καταληκτικά επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αφορούν εξωγενείς και ενδογενείς συνθήκες που δύσκολα μπορούν να προσδιοριστούν λόγω του ότι κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και ιδιαίτερος.

Οι επιμέρους στόχοι που προέκυψαν από αυτή την ερευνητική προσπάθεια είναι α) η συσχέτιση των ανεπιθύμητων ενεργειών στο σύνολο του πληθυσμού με τη μη συναίνεση και την διακοπή της θεραπείας, β) η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο βαθμό συναίνεσης με τον αριθμό φαρμάκων, την δοσολογία και το σχήμα χορήγησης και γ) η σχέση των αριθμών των υποτροπών με την σοβαρότητα της νόσου και την

συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή, και τέλος επιχειρείται η συσχέτιση με των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων και πως αυτά επηρεάζουν τη συναίνεση της φαρμακευτικής αγωγής.

Η σύνθεση του υλικού κατανεμήθηκε σε τέσσερα κεφάλαια εκ των οποίων, το πρώτο επεξηγεί την σημαντικότητα του θέματος καθώς και την παρούσα εικόνα που υπάρχει σήμερα γύρω από το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης ή μη συναίνεσης. Ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζονται και προσεγγίζονται εννοιολογικά η συμμόρφωση και η συναίνεση προς την φαρμακευτική αγωγή καθώς και οι τύποι συναίνεσης και οι τρόποι μέτρησης της. Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζεται στο υπόβαθρο των παραγόντων που επηρεάζουν την συναίνεση και στη συνέχεια επιχειρείται η σύνθεση αυτού του υλικού με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων τα οποία ανακύπτουν από την συστηματική ανάλυση των άρθρων. Τέλος ολοκληρώνεται με την συζήτηση, τα συμπεράσματα, τους περιορισμούς και τις εισηγήσεις.

Κεφάλαιο 2

Το κεφάλαιο αποσκοπεί στην αποσαφήνιση των ορισμών του υπό μελέτη θέματος. Είναι αρκετά ενδιαφέρουσα η διαδικασία εντοπισμού και η τελική επιλογή των ορισμών από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική. Ο βασικός προβληματισμός που προέκυψε από την ερευνητική προσπάθεια ήταν η μετάφραση των εννοιών Adherence και Compliance. Η ορολογία Adherence αντιστοιχεί στην ελληνική μετάφραση ως Συναίνεση, ομοίως η ορολογία Compliance αντιστοιχεί στα ελληνικά ως Συμμόρφωση. Η συμμόρφωση είναι ο πιο διαδεδομένη στην καθημερινή πρακτική ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Στο βιβλίο Κλινική Ψυχιατρική του Μαδιανού (2004), προτιμήθηκε ο όρος συναίνεση γιατί εννοιολογικά η συμμόρφωση εμπεριέχει μια πατερναλιστική χροιά, έναν υποκρυπτόμενο αυταρχισμό, κάτι που στην σύγχρονη ψυχιατρική πρέπει να αποφεύγεται.

Μέσα από τη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκε ακόμα μια παράμετρος αξιολόγησης της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής ο όρος Concordance ο οποίος αντιστοιχεί στην πλήρη συμφωνία του ασθενή με τον ιατρό. Ο όρος αυτός δεν χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη λόγω του ότι σε κανένα από τα άρθρα επιλογής δεν αναφέρεται. Θεωρείται για τους νέους επαγγελματίες υγείας το “golden standard” στην εφαρμογή της κλινικής πρακτικής (Marinker et al, 1997).

2.1 Θεωρητικοί Ορισμοί

2.1.1 Ψυχική Ασθένεια: Είναι ένα σύνολο υποκειμενικών συμπτωμάτων που περιορίζουν σημαντικά την λειτουργία της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της βούλησης. Τα συμπτώματα αυτά έχουν συνήθως αναγνωρίσιμη έναρξη μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής και επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά του ατόμου και τις σχέσεις του με το περιβάλλον (Μαδιανός, 2004).

2.1.2 Σχιζοφρένεια: είναι μια διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μια συγκεκριμένη αιτία και βάση ερευνών αναφέρεται ότι, περίπου 1% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει σχιζοφρένεια στη διάρκεια της ζωής του. Χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά συμπτώματα τα οποία προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στην διάθεση και στη συμπεριφορά. Σημαντικό στοιχείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. Η διαταραχή είναι

χρόνια και γενικά πιστεύεται ότι έχει μια πρόδρομη φάση, μια ενεργό (κύρια) φάση με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μια υπολειμματική φάση κατά την οποία η διαταραχή είναι σε ύφεση (Μαδιανός, 2004).

2.1.3 Συναισθηματικές Διαταραχές / Διαταραχές της Διάθεσης: οι συναισθηματικές διαταραχές από πλευράς νοσολογίας δεν είναι μια οντότητα ενιαία, αλλά έχει ένα ευρύ φάσμα κλινικών τύπων.

2.1.3.1 Κατάθλιψη: είναι μια διαταραχή που επηρεάζει την διάθεση και τις σκέψεις, και συνοδεύεται συνήθως από σωματικές ενοχλήσεις. Το άτομο με κατάθλιψη βιώνει αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες, στον ύπνο, στον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις. Στην κατάθλιψη το συναίσθημα παρουσιάζει μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του (Ευθυμίου και συν, 2006).

2.1.3.2 Διπολικές διαταραχές (τύπου 1 και τύπου 2): στις διπολικές διαταραχές το άτομο παρουσιάζει διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία. Η μανία χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας.

Διπολική διαταραχή τύπου 1: παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη. Είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών ή μεικτών επεισοδίων. Το μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός μανιακού και καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα άτομα με διαταραχή τύπου 1 έχουν ένα ή και περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Διπολική διαταραχή τύπου 2: χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο. Το υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι τόσο σοβαρό ούτε προκαλεί μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου (Ευθυμίου και συν, 2006).

2.1.4 Ορισμός Οικογένειας

Το διεθνές σύστημα Ταξινόμησης της Νοσηλευτικής Πρακτικής (ICNP) ορίζει την οικογένεια ως «Μια συγκέντρωση ατόμων που θεωρούνται ως κοινωνική ομάδα ή συλλογική ομάδα που απαρτίζεται από μέλη τα οποία συνδέονται μέσω δεσμών αίματος ή συγγένειας, συναισθηματικών ή νομικών δεσμών» (ICNP 2008).

2.1.5 Υγεία της οικογένειας:

Σύμφωνα με τις Καλοκαιρινού και Αθανασοπούλου (2010), πρόκειται για μια «δυναμικά μεταβαλλόμενη κατάσταση ευεξίας, η οποία περιλαμβάνει τους βιολογικούς,

ψυχολογικούς, κοινωνιολογικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες του οικογενειακού συστήματος».

2.1.6 Οικογενειακή νοσηλευτική:

Η οικογενειακή νοσηλευτική περιλαμβάνει συνεχή φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της ζωής, προαγωγή υγείας, πρόληψη νόσου, νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και υπηρεσίες αποκατάστασης. Το συνεχές της φροντίδας αντιπροσωπεύει την ικανότητα της νοσηλευτικής να βελτιώσει την υγεία της οικογένειας, «το να φροντίζεις τους ασθενείς και τις οικογένειες στο σπίτι είναι ο πρώτος τύπος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας – η προέλευση της νοσηλευτικής και ίσως η πιο παλιά ανθρώπινη υπηρεσία που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα» (Καλοκαιρινού και Αθανασοπούλου, 2010).

2.2 Συμμόρφωση – Compliance / Συναίνεση - Adherence

Η ορολογία που συναντάται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας για να περιγράψουν την συμπεριφορά των ασθενών προς τις συστάσεις για την φαρμακευτική αγωγή τους αναφέρεται ως «συμμόρφωση» και «συναίνεση».

Η έρευνα κυρίως εστιάζεται γύρω από τη συμμόρφωση των οδηγίων από τον γιατρό προς τον ασθενή. Όμως η συναίνεση συμπεριλαμβάνει αριθμό παραγόντων ή αν το θέσουμε πιο ορθά συμπεριφορών που πάνε ακόμα ένα βήμα πέραν από την απλή χορήγηση λήψη σκευασμάτων.

Οι ιατρικές οδηγίες συνήθως συνοδεύονται και με άλλου είδους παρεμβάσεις οι οποίες εστιάζονται στο συμπεριφοριστικό κομμάτι που αφορά τον τρόπο ζωής και τις αλλαγές που χρειάζεται να προβεί ο ασθενής. Αλλαγές οι οποίες εμπεριέχουν την ενεργή συμμετοχή του ασθενή, όπως για παράδειγμα η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, η εξαργύρωση των συνταγών, η λήψη φαρμάκων στην σωστή ώρα, τη σωστή δόση με την σωστή ουσία, αλλά και ταυτόχρονα την τήρηση των ραντεβού για επανέλεγχο τα οποία εξασφαλίζουν το θεραπευτικό συνεχές. Επιπρόσθετα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 2003 η αλλαγή διατροφής, η μείωση και διακοπή του καπνίσματος καθώς και η ένταξη της άσκησης είναι άμεσα σχετιζόμενες μεταβλητές που επηρεάζουν τον βαθμό συμμόρφωσης στην εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή (WHO 2003).

Η πρώτη προσπάθεια για να αποδοθεί ένας ορισμός για το τι είναι συμμόρφωση έγινε το 1970 από τους ειδικούς παθολόγους Sackett και Haynes κατά τη διάρκεια ενός συμποσίου όπου, οι συμμετέχοντες είχαν αρνητικές τοποθετήσεις στο κατά πόσο ο ασθενής είναι ωφέλιμο να συμφωνεί με τον ιατρό για την θεραπευτική αγωγή του. Και

για αρκετούς, η συμμόρφωση είχε την έννοια ακολουθώ τις εντολές του ιατρού. Ο Ingram (2009), σε δημοσίευση του για τον ορισμό της συμμόρφωσης αναφέρει ότι η συμμόρφωση ανταποκρίνεται στην διάθεση του ασθενή να ακολουθήσει ρητά τις οδηγίες που του δίνονται από τον ιατρό/θεραπευτή/επαγγελματία υγείας.

Η συναίνεση που είναι εννοιολογικά ορθότερο να χρησιμοποιείται ως έννοια από τους επαγγελματίες, καθορίστηκε από το συμβούλιο NCPIE, [The National Council on Patient Information and Education] το (1995), ως η τήρηση του θεραπευτικού πλάνου που συμφωνήθηκε από τον ασθενή μαζί με τον ιατρό του. Σε συνέχεια του ορισμού από το συμβούλιο NCPIE οι Kyngas et al (2000), υποστηρίζουν ότι η ορολογία συναίνεση αποδίδει μεγαλύτερη ευθύνη στον θεραπευτή να δημιουργήσει την ανάλογη σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Επιπροσθέτως η ορολογία συναίνεση προσδίδει μια μορφή σεβασμού προς τα πιστεύω του ασθενή και αντανακλά στην επιλογή του να μην πάρει φαρμακευτική αγωγή αν ο ίδιος πιστεύει ότι δεν θα βοηθηθεί.

Σε συνέχεια ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2003 προσθέτει ότι η συναίνεση αφορά την έκταση της αλλαγής συμπεριφοράς του ασθενή σε βαθμό που να ανταποκρίνεται με τις συστάσεις του επαγγελματία υγείας.

Συνεπώς η διαχείριση της μη συναίνεσης είναι εξαιρετικά μείζων ζήτημα για όλα τα Συστήματα Υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2003 στην ίδια αναφορά διαπιστώνει ότι μεταξύ των ασθενών με χρόνιες παθήσεις η συναίνεση αντιστοιχεί μόνο 50% στις αναπτυγμένες χώρες. Αυτό εξ' υπακούει ανάδυση προβλήματος δημόσιας υγείας, αφού η μη συναίνεση οδηγεί τα αποτελέσματα υγείας στο σύνολο του πληθυσμού ως μη ικανοποιητικά, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει τη δαπάνη υγείας. Σε συνέχεια της ίδιας αναφοράς συμπερασματικά ο ΠΟΥ καταλήγει ότι αν αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της συναίνεσης με τις κατάλληλες παρεμβάσεις η υγεία του γενικού πληθυσμού δύναται να βελτιωθεί χωρίς να προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω εξειδικευμένη ιατρική θεραπεία. Αντίθετα μη βελτίωση της συναίνεσης θα αντιστοιχεί σε χειροτέρευση των κλινικών αποτελεσμάτων (δείκτες υγείας) με υψηλή νοσηρότητα, θνησιμότητα αλλά και αχρείαστα κόστη φροντίδας υγείας. Υπολογίζεται ότι σε τέτοια περίπτωση τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα και οι ψυχικά πάσχοντες θα ξεπεράσουν το 65% του παγκόσμιου βάρους σε ανάγκες φροντίδας μέχρι το 2020. Επίσης το 30% των εισδοχών σε νοσοκομεία θα οφείλεται στη υποτροπή της υγείας λόγω της μη συναίνεσης. Ως εκ τούτου η μη συναίνεση στην Φαρμακευτική αγωγή ανάγεται ως μείζων κλινικό πρόβλημα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

2.2.1 Τύποι συναίνεσης

Υπάρχουν δύο τύποι συναίνεσης που συναντούνται στην βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Solomon και Majumdar 2010 είναι η Μύηση – Initiation και η Διακοπή – Discontinuance. Η μύηση αντιπροσωπεύει την αρχική φάση της θεραπείας δηλαδή την εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου και την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Η διακοπή αντιπροσωπεύει την ξεκάθαρη αποχή από κάθε είδους παρέμβαση. Επιπλέον μπορεί να διαχωριστούν και ως Πρωτεύων τύπος και Δευτερεύων τύπος.

Ο Πρωτεύων τύπος περιλαμβάνει την γενική στάση του ασθενή γύρω από την νόσο του και το πως ο ίδιος ανταποκρίνεται για να βελτιώσει την υγεία του. Η συμπεριφορά και ο τρόπος ζωής που επιλέγει περιστρέφονται γύρω από τις υπηρεσίες υγείας με την τήρηση των επισκέψεων του στους ειδικούς, την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και τους απαραίτητους ελέγχους που εξετάζουν την πορεία της υγείας του.

Ο Δευτερεύων τύπος περιγράφεται ως αυτός που δεν συναινεί με τις σχετικές υποδείξεις και ουσιαστικά αρνείται να θέσει τον εαυτό του στη συγκεκριμένη διαδικασία που περιγράφηκε πιο πάνω.

Και οι δύο τύποι συναίνεσης επηρεάζουν τα κλινικά αποτελέσματα είτε θετικά είτε αρνητικά και κατ' επέκταση επηρεάζουν το κόστος του Συστήματος Υγείας. Ως εκ τούτου η αξιολόγηση της συναίνεσης είναι σημαντική και αφορά τόσο τους κλινικούς όσο και τους ερευνητές στον βαθμό που τα στατιστικά αποτελέσματα, εντοπίζουν την ανάγκη για την δημιουργία κατάλληλου στρατηγικού σχεδιασμού αντιμετώπισης της μη συναίνεσης. Ανακριβείς υπολογισμοί της συναίνεσης μπορεί να οδηγήσουν σε πολλαπλά προβλήματα που πιθανόν να αποβούν επικίνδυνα και στους χώρους της έρευνας και της πρακτικής εφαρμογής στον κλινικό χώρο. Αποτελεσματικές θεραπείες μπορεί να κριθούν ως αναποτελεσματικές, καθώς ακριβές διαγνωστικές θεραπείες μπορεί να είναι αχρείαστες και επικίνδυνα παρεμβατικές (Hurley et al, 1991).

Επιπλέον η ανάγκη για μέτρηση της συναίνεσης ή της μη συναίνεσης χρειάζεται στον προσδιορισμό των προγνωστικών παραγόντων υψηλού κινδύνου, δεδομένου ότι τεκμηριωμένα αποτελέσματα προσθέτουν στην αποτελεσματικότητα κάθε Συστήματος Υγείας (βλέπε Παράρτημα Α).

2.2.2 Τρόποι μέτρησης της Συναίνεσης

2.2.2.1 Υποκειμενική Μέτρηση – Υποκειμενικά Μέτρα

Η Υποκειμενική Μέτρηση της Συναίνεσης περιλαμβάνει την αξιολόγηση του ασθενή στο πως ο ίδιος λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή του. Αυτοσυμπληρούμενα

ερωτηματολόγια είναι από τα πιο συνηθισμένα εργαλεία μέτρησης (Velligan et al, 2007), όμως προκύπτει το εξής φαινόμενο στην αυτοαναφορά, οι ασθενείς δεν απαντούν συνήθως με ακρίβεια για να μην έχουν επιπτώσεις από τους θεραπευτές τους (Vik et al, 2004).

Αρκετοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα εργαλεία αυτοαξιολόγησης είναι τα πλέον αναξιόπιστα από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο μέτρησης. Παρόλα αυτά το χαμηλό κόστος, η απλή διαδικασία συμπλήρωσης και το άμεσο αποτέλεσμα που παρέχουν τα κάνει τα πιο δημοφιλή στην κλινική πρακτική (Lavsa et al, 2011).

Επιπλέον λόγω της πρακτικότητας και της ευελιξίας που παρέχουν τα ερωτηματολόγια δύναται να φέρουν στην επιφάνεια τις ανησυχίες καθώς και τις πεποιθήσεις των ασθενών οι οποίες θα προσθέσουν πολύτιμη πληροφορία στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων για αλλαγή και επικράτηση θετικότερων στάσεων προς την φαρμακευτική αγωγή. Τέλος είναι χρήσιμα στην κλινική πρακτική γιατί το αποτέλεσμα είναι άμεσο, όμως η γενίκευση των ευρημάτων δεν είναι αξιόπιστη γιατί ο ασθενής μπορεί να αλλάξει τα δεδομένα ανάλογα με την ψυχική και σωματική του κατάσταση την μέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

2.2.2.2 *Αντικειμενική Μέτρηση – Αντικειμενικά Μέτρα*

Η Αντικειμενική μέτρηση περιλαμβάνει ποσοτικές μεθόδους όπως, η μέτρηση χαπιών, η ηλεκτρονική παρακολούθηση, η μέτρηση αρτηριακής πίεσης ή μέτρηση σακχάρου καθώς και εξετάσεις αίματος, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα φαρμάκου στο πλάσμα για φάρμακα τα οποία είναι τοξικά σε περιπτώσεις που δεν μεταβολίζονται στο ήπαρ όπως κλινικά αναμένεται βάση των προδιαγραφών του FDA.

Όσον αφορά τα αντικειμενικά μέτρα δεν είναι πάντα κατάλληλα για ασθενείς που είναι λήπτες πολλών φαρμάκων για συνυπάρχουσες παθήσεις, δηλαδή χρόνιους ασθενείς με περίπλοκο σχήμα φαρμάκων καθώς και τους ψυχικά πάσχοντες (Lam και Fresco, 2015). Επιπλέον τα αντικειμενικά μέτρα είναι σχετικά υψηλού κόστους και είναι δύσκολο να εφαρμοστούν προς το παρόν σε μεγάλο αριθμό πληθυσμού λόγω του ότι χρειάζονται διαφόρων ειδικοτήτων τεχνικοί για να παρακολουθούν την εκτέλεση των δοκιμασιών. Θεωρούνται όμως κατάλληλα μέτρα για ασθενείς οι οποίοι είναι σε μονοθεραπεία. Ακόμη ένα αρνητικό πρόσημο για τα αντικειμενικά μέτρα μέτρησης της συναίνεσης είναι ότι τα αποτελέσματα μπορεί να επηρεαστούν λόγω το ότι οι ασθενείς γνωρίζουν την μέρα της εξέτασης και έτσι όσοι δεν ήταν τυπικοί στην λήψη των φαρμάκων τους, να πάρουν κάποιες δόσεις λίγες μέρες πριν να δώσουν δείγμα. Αυτό

ονομάζεται φαινόμενο white coat treatment (Jimmy και Jose, 2011) που ουσιαστικά συγκαλύπτει την συναίνεση και έτσι μπορεί να μην έχουμε ακριβή και αντικειμενική μέτρηση.

Εν κατακλείδι λόγω του ότι δεν υπάρχει ο ιδανικός τρόπος μέτρησης της συναίνεσης είναι πρόπον να χρησιμοποιούνται περισσότερες από μια μέθοδοι για παράγουμε αποτελέσματα πιο κοντά στην πραγματικότητα. Επιλέγοντας δύο οι περισσότερες μεθόδους παρέχεται η δυνατότητα, η μια να καλύπτει τα αδύνατα σημεία της άλλης (Rapoff, 2010). Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζουμε την ακρίβεια και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

2.3 Η Φαρμακευτική Αγωγή στις Ψυχώσεις

Οι ψυχώσεις είναι σοβαρές και αποδιοργανωτικές ασθένειες, αν και συνήθως οι πάσχοντες επανέρχονται πλήρως από το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο όταν δεχτούν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η πλειοψηφία όμως των ατόμων που νόσησαν δύναται να βιώσει σε μεταγενέστερο στάδιο, υποτροπή της ψυχικής τους κατάστασης. Η ασθένεια προοδευτικά περιλαμβάνει πολλαπλούς κύκλους ύφεσης και υποτροπής, έτσι ο ασθενής δεν θα έχει την δυνατότητα να αναρρώσει πλήρως. Αυτή η κλινική πορεία της ψύχωσης έχει ως αποτέλεσμα συσσωρευμένη νοσηρότητα που προοδευτικά επηρεάζει την λειτουργικότητα του ασθενή (Lieberman et al 2001). Ως εκ τούτου η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και μακροχρόνια διατήρηση της συναίνεσης των ασθενών προς την φαρμακευτική αγωγή αποτελούν προσδιοριστές της ομαλής έκβασης της θεραπείας.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ψύχωση χρειάζονται θεραπεία για αρκετά χρόνια, δυστυχώς όμως σχεδόν όλοι οι ασθενείς βιώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα την πρόωρη διακοπή ή την αλλαγή της φαρμακοθεραπείας. Η διακοπή αλλά και ο λανθασμένος τρόπος λήψης της αγωγής έχει άμεση επίπτωση στη διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού με αποτέλεσμα την υποτροπή και την επανεμφάνιση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία, φόβο και πολλές φορές οδηγούν σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ψυχικές διαταραχές κατατάσσονται στα χρόνια νοσήματα, τα οποία απαιτούν υψηλή εναισθησία κατά την αντιμετώπιση της νόσου, που συνεπάγεται με την αναγνώριση και την αποδοχή της ασθένειας από μέρους του ψυχικά ασθενή. Η δυσκολία επιτυχίας της αναγνώρισης και αποδοχής

έγκειται στο γεγονός ότι επηρεάζονται οι γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες αποδιοργανώνουν την σκέψη και την αντίληψη των ασθενών.

Το νόημα της θεραπείας των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, της κατάθλιψης, καθώς και της διπολικής διαταραχής είναι η ανακούφιση του ασθενή από τα δυσάρεστα συναισθήματα αλλά και από την πιθανή επικίνδυνη συμπεριφορά του προς τον ίδιο τον εαυτό τους αλλά και προς τους οικείους τους.

Απώτερος στόχος συνεπώς της κάθε παρέμβασης από την οπτική της κλινικής πρακτικής, ψυχοφαρμακολογικά είναι η προώθηση της ψυχολογικής σταθερότητας έτσι ώστε να επιτευχθεί η ψυχολογική, η πνευματική και η κοινωνική ευεξία και κατ' επέκταση να διατηρηθεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους, με όσο το δυνατό λιγότερες ανεπιθύμητες συνέπειες. Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής από τους ανθρώπους που δεν νοσούν (Kerling et al., 2013 Rubio et al., 2013). Επιπρόσθετα οι Happel et al (2013), επιβεβαιώνουν ότι η σοβαρότητα της νόσου και η ενεργή ψυχοπαθολογία αποτελούν παράγοντες που είναι άμεσα συνυφασμένοι με χαμηλή ποιότητα ζωής στους ψυχικά πάσχοντες.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υπογραμμίζει την σημαντικότητα της συναίνεσης με τα σχετιζόμενα οφέλη που παρέχει το θεραπευτικό σχήμα. Αντίθετα η μη συναίνεση είναι στενά συνδεδεμένη με επανεισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, συννοσηρότητα, θνησιμότητα, αλλοίωση ή χειροτέρευση της υγείας καθώς και με υψηλό κόστος νοσηλείας και θεραπείας (Alıkarı και Zyga, 2014).

2.3.1 Φάρμακα και Παρενέργειες

Ιστορικά τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν για την ψυχική νόσο τοποθετούνται στην δεκαετία του 1950 με την χορήγηση της χλωροπρομαζίνης στην Γαλλία. Η χλωροπρομαζίνη αρχικά παρασκευάστηκε ως αντισταμινικό φάρμακο. Χορηγήθηκε για πρώτη φορά το 1952 ως αντιψυχωσικό με εντυπωσιακά αποτελέσματα στην νόσο της σχιζοφρένειας. Η επίδραση της στη συμπεριφορά, στη σκέψη, στο συναίσθημα και την αντίληψη ήταν εκπληκτική. Μερικά χρόνια αργότερα ακολούθησε η διαζεπάμη στις ΗΠΑ, η οποία δρα ως κατασταλτικό, αγχολυτικό και υπναγωγό και όχι σαν αντιψυχωσικό. Η χορήγηση της ήταν κυρίως συμπληρωματική με την χλωροπρομαζίνη. Ο συνδυασμός των δύο ουσιών ανταποκρίνεται αρκετά καλά ιδιαίτερα στην οξεία φάση. Η εμφάνιση των πρώτων φαρμάκων αποτέλεσε την αρχή της ψυχιατρικής επανάστασης με την προσδοκία ότι η θεραπεία των ψυχικών

διαταραχών προοδευτικά θα οδηγούσε τους ασθενείς εκτός των ασύλων (Μαδιανός, 2004).

Η αντιμετώπιση και θεραπεία του ψυχιατρικού ασθενή ήταν για πολλά χρόνια στο περιθώριο. Για σαράντα περίπου χρόνια η φαρμακευτική προσέγγιση παρουσίαζε μια στασιμότητα. Η έλευση των νέων αντιψυχωσικών φαρμάκων ή διαφορετικά των άτυπων νευροληπτικών, την δεκαετία του 1990 καλωσορίστηκε από την επιστημονική κοινότητα με μεγάλο ενθουσιασμό. Ο λόγος ήταν ότι τα δεύτερης γενεάς αντιψυχωσικά υπόσχονταν αντίστοιχη αποτελεσματικότητα στα αρνητικά συμπτώματα της ψύχωσης όπως η ανηδονία και το επίπεδο συναίσθημα, και είχαν καλύτερο προφίλ στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών (Mc Cann 2008). Με αυτά τα δεδομένα η πρόγνωση της θεραπείας και της συναίνεσης στην φαρμακευτική αγωγή αναμενόταν να παρουσιάσει ουσιαστική βελτίωση (Voruganti et al, 2008). Αν και τα δεύτερης γενεάς αντιψυχωσικά έχουν συμβάλει στην μείωση των αντιχολινεργικών ενεργειών παρουσιάζουν έντονες επιπτώσεις στις μεταβολικές αλλαγές και στις ορμονικές διακυμάνσεις με έμφαση στην αύξηση βάρους και στην σεξουαλική λειτουργία.

Μια αρκετά βοηθητική μέθοδος για την διαχείριση της μη συναίνεσης είναι η ενέσιμη αντιψυχωσική αγωγή όπου αναπτύχθηκε σαν επιπρόσθετη μέθοδος χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής στην δεκαετία του 1960 για ασθενείς που παρουσίαζαν συμπτωματολογία ψύχωσης. Οι στόχοι ήταν η προώθηση της συναίνεσης των ασθενών, η μείωση των υποτροπών της ψυχικής τους κατάστασης καθώς και η βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών. Τα οφέλη που θα επέφερε η εφαρμογή της ενέσιμης αγωγής καταγράφονται ως πολύ ευεργετικά για τους ασθενείς, λόγω του ότι η ουσία απελευθερώνεται σταδιακά στον οργανισμό και μπορεί να διαρκέσει μέχρι και ένα μήνα. Ο τρόπος δράσης στον οργανισμό είναι η ανάπτυξη και η σταθεροποίηση των επιπέδων του φαρμάκου στο πλάσμα (Mayer, 2013).

Επιπλέον, η παρακολούθηση και η καταγραφή της κλινικής εικόνας και των συμπτωμάτων γίνεται σε πιο συστηματική βάση σε σχέση με τα φάρμακα από το στόμα. Οι επισκέψεις στα κέντρα υγείας αλλά και γενικά η επαφή με επαγγελματία υγείας πραγματοποιείται σε πιο σύντομα χρονικά διαστήματα ανάλογα της συχνότητας της δόσης του φαρμάκου. Προηγούμενες έρευνες υποστηρίζουν ότι η ενέσιμη μορφή αντιψυχωσικών φαρμάκων μειώνει την υποτροπή της ψυχικής κατάστασης των ασθενών αλλά επιπρόσθετα μειώνει και τις επανεισαγωγές για τις οποίες η αιτιολογία είναι η υποτροπή λόγω μη συναίνεσης στην φαρμακευτική από το στόμα (Emsley et al, 2008).

Παρόλα τα θετικά που παρέχει η ενέσιμη αγωγή στην συναίνεση και παρακολούθηση του ασθενή, φαίνεται να μην έχει διαφορά στην εκδήλωση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων αφού κατά τις πρώτες μέρες χορήγησης οι παρενέργειες είναι πιο έντονες παρά από την στοματική οδό (Altamura et al, 2003). Ακόμα ένα αρνητικό ανεπιθύμητο αποτέλεσμα της ενδομυϊκής μορφής είναι ο πόνος στην περιοχή χορήγησης, ο οποίος χρειάζεται να διαχειρίζεται κάθε φορά από τον ασθενή και από το νοσηλευτή που πραγματοποιεί την χορήγηση (Bloch et al, 2001).

2.3.2 Συνήθειες παρενέργειες και περιγραφή τους

2.3.2.1 Εξωπυραμидικά συμπτώματα

Τα εξωπυραμидικά συμπτώματα συναντούνται συχνά στην κατηγορία των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Τα εξωπυραμидικά συμπτώματα είναι εκδηλώσεις που παρουσιάζονται από την καταστροφή της ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια. Αυτά τα συμπτώματα είναι επώδυνα και εμποδίζουν την λειτουργικότητα των ασθενών σε φυσιολογικό επίπεδο. Τα εξωπυραμидικά συμπτώματα λόγω της σοβαρότητας τους αποτελούν πρόκληση προς τους νοσηλευτές και γιατρούς στην αναγνώριση αλλά και σωστή αντιμετώπιση τους (Dayalu και Chou 2008). Ως τα πιο συνήθη στην κλινική πρακτική αναφέρονται η ακαθυσία και ο τρόμος. Υπάρχει όμως σωρεία παρενεργειών οι οποίες θα αναφερθούν στην συνέχεια της εργασίας.

2.3.2.2 Ακαθυσία

Η ακαθυσία είναι μια από τις συνηθισμένες παρενέργειες που συναντάται στην χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων, και αναφέρεται ως σύνδρομο το οποίο εκδηλώνεται από υποκειμενική δυσφορία μαζί με συμπτώματα υπερκινητικότητας (Oflazetal, 2004). Περιλαμβάνει συμπτώματα εσωτερικής ανησυχίας, ανεξέλεγκτη επιθυμία για κίνηση, καθώς επίσης και αντικειμενικά παρατηρήσιμα συμπτώματα, όπως μετακίνηση του βάρους από το ένα πόδι στο άλλο ή αδυναμία να καθίσει κάτω ή να μείνει ακίνητος (Καρανικόλα, 2009).

Είναι πολύ δυσάρεστο βίωμα για τον ασθενή λόγω της ψυχολογικής κούρασης που το συνοδεύει, και περιγράφεται από τον ασθενή ως «τα νεύρα μου χοροπηδούν» ή ακόμη πιο έντονα « αισθάνομαι να βγαίνω από το δέρμα μου» (Καρανικόλα, 2009). Συνήθως παρουσιάζεται μετά από την πάροδο της τρίτης εβδομάδας από την έναρξη της θεραπείας, είναι όμως ανατρέψιμη και ρυθμίζεται με την αναπροσαρμογή της δοσολογίας του φαρμάκου.

2.3.2.3 Τρόμος των άκρων ή Παρκινσονισμός

Χαρακτηρίζεται από ακαμψία , τρόμο ή τακτικές ρυθμικές ταλαντώσεις των άνω και κάτω άκρων. Παρατηρείται στο 15% των ασθενών και παρουσιάζεται συνήθως μετά από 5 – 90 μέρες από την έναρξη της θεραπείας με τα αντιψυχωσικά φάρμακα (Καρανικόλα, 2009).

2.3.2.4 Αντιχολινεργικές Δράσεις

Οι αντιχολινεργικές παρενέργειες είναι συχνότερες και είναι η αντίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος στο φάρμακο. Οι πιο κοινές είναι σιελόρροια, ξηροστομία, υπεριδρωσία/εφίδρωση, ναυτία – τάση για εμετό, διάρροια, δυσκοιλιότητα, πολουρία, πολυδιψία, και η ορθοστατική υπόταση (Μαδιανος, 2004).

Οι παρενέργειες παρουσιάζονται σχεδόν άμεσα μετά την λήψη της φάρμακων και η αντιμετώπιση τους είναι η μείωση της δοσολογίας του φαρμάκου.

2.3.2.5 Σεξουαλική δυσλειτουργία

Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθεί ως σύμπτωμα της κατάθλιψης αλλά και ως παρενέργεια των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ή και τα δύο. Αυτή η διαπίστωση στην θεραπεία της κατάθλιψης δημιουργεί διλήμματα που αφορούν την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και τα προβλήματα τα οποία προκύπτουν και επηρεάζουν την σεξουαλική υγεία. Το σεξ θεωρείται ότι είναι πηγή προσωπικής ευτυχίας αλλά και υγείας καθώς η πράξη αυξάνει την συναισθηματική δέσμευση μεταξύ των συντρόφων και κατ' επέκταση δημιουργεί συναισθηματική ασφάλεια. Αυτή διττή διαπίστωση από μόνη της δημιουργεί θέμα ανησυχίας στο κατά πόσο η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων τελικά βοηθά ή δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την καθημερινότητα των ασθενών, υπό την έννοια ότι εμποδίζει την δυνατότητα της ανάπτυξης οικειότητας και την έκφραση στοργής μεταξύ των συντρόφων (Read et al, 2014). Ο Knegtering et al (2003), εντόπισε ότι οι ασθενείς και κυρίως οι νέες γυναίκες συζητούν την σεξουαλική δυσλειτουργία πιο εύκολα από ότι οι άντρες. Αναφέρει επίσης ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στο νεαρό της ηλικίας και την ευαισθητοποίηση τους γύρω από το θέμα, σε αντίθεση οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες εστιάζουν τα προβλήματα στην διαδικασία γήρατος, στα χαρακτηριστικά της ασθένειας καθώς και στα στερεότυπα της κοινής γνώμης.

2.3.2.6 Αύξηση Βάρους

Η παχυσαρκία γενικά είναι ένα φαινόμενο το οποίο χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης λόγω των παθολογικών προβλημάτων υγείας που δημιουργούνται με την πάροδο του χρόνου. Η αύξηση βάρους στους ασθενείς που έχουν σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα είναι θέμα που απασχολεί τόσο τον ειδικό που χορηγεί την θεραπεία όσο και τον ασθενή που την δέχεται και είναι από τις πλέον συνηθισμένες παρενέργειες που συναντούμε στην θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα (Cascade et al, 2010).

Η αύξηση του βάρους σχετίζεται με την αυξημένη όρεξη ή πείνα που οφείλεται στην συγγένεια των υποδοχών της Ισταμίνης H1 καθώς ο τρόπος που δρα στον υποθάλαμο σταματά την αίσθηση του κορεσμού με αποτέλεσμα ο ασθενής να νιώθει ότι δεν χορταίνει, ακόμη και όταν έχει πάρει το γεύμα του κανονικά (Kim et al, 2007).

Σαν επακόλουθο της λήψης των αντιψυχωσικών φαρμάκων οι μεταβολικές αλλαγές που επισυμβαίνουν στον οργανισμό, δύναται να προκαλέσουν καρδιολογικές παθήσεις καθώς και διαβήτη τύπου 2 (Mc Epany, 2007). Οι Lizer et al (2011), υποστηρίζουν ότι άτυπα αντιψυχωσικά μπορούν να προκαλέσουν αύξηση του σωματικού βάρους. Συνεπώς χρειάζεται η διαχείριση της αύξησης βάρους ως πρόδρομο σύμπτωμα της παχυσαρκίας, η οποία συνδέεται με τον διαβήτη, με την αύξηση της πίεση του αίματος, καθώς και την υψηλή χοληστερόλη. Με αυτά τα δεδομένα η παρακολούθηση και από γενικό ιατρό ή παθολόγο είναι απαραίτητη.

Σε συνέδριο που αφορούσε την αφύπνιση των ψυχικά πασχόντων για την παχυσαρκία και τον διαβήτη το 2004 τονίστηκε η ανάγκη εισαγωγής της ψυχοεκπαίδευσης για τα φάρμακα, καθώς και μια πιο συστηματική παρακολούθηση των μεταβολικών αλλαγών στον οργανισμό. Στόχος είναι η έγκαιρη παραπομπή σε ειδικό όταν κρίνεται ότι υπάρχει ανάγκη σε επίπεδο πρόληψης (International Diabetes Federation, 2006).

Σε έκδοση οδηγίας από το Διεθνή Διαβητικό Οργανισμό (International Diabetes Federation, 2006) η διάγνωση για το μεταβολικό σύνδρομο περιλαμβάνει την μέτρηση της περιφέρειας της μέσης να είναι περισσότερο από 40 ίντσες για τους άντρες και 36 ίντσες για τις γυναίκες καθώς και δύο συνυπάρχουσες ασθένειες, όπως η αύξηση τριγλυκεριδίων, η αύξηση της χοληστερόλης, η αύξηση της πίεσης του αίματος καθώς και αυξημένα επίπεδα σακχάρου μετά από νηστεία.

Οι Cascade et al (2010), αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι η δυστυχία που νιώθουν οι ασθενείς από την πρόκληση βάρους χρειάζεται να διοχετευτεί στους ειδικούς ιατρούς για διαχείριση, με την ελπίδα ότι η αύξηση βάρους δεν θα θεωρείται πλέον ως παράγοντας μη συμμόρφωσης.

Οι McCann, Clark και Lu (2009), υποστηρίζουν ότι η αύξηση βάρους μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την συμμόρφωση και να διαστρεβλώσει την εικόνα του σώματος των ασθενών, με επιπτώσεις στην αυτοεικόνα την αυτοεκτίμηση καθώς και στη συναναστροφή με άλλο κόσμο. (βλέπε παράρτημα Β)

2.3.2.7 Ψυχικές Παρενέργειες

Το σώμα της γνώσης γύρω από την έρευνα των ψυχικών διαταραχών όλο και μεγαλώνει. Η ανάγκη για διερεύνηση των ψυχολογικών παρενεργειών είναι πολύ σημαντική για τους παρακάτω λόγους α) για την σταθεροποίηση της ψυχικής υγείας των πασχόντων, β) για την δέσμευση τους για θεραπεία και γ) για την συναίνεση προς την φαρμακευτική αγωγή.

Οι Chiang et al (2011), αναφέρουν ότι ασθενείς που βιώνουν ψυχικές παρενέργειες κινδυνεύουν να αναπτύξουν αρνητική στάση προς την λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Η παρουσία των παρενεργειών έχει δυσάρεστες επιπτώσεις οι οποίες οδηγούν σε συναισθηματική εξασθένιση και πολλές φορές σε απελπισία. Ταυτόχρονα επηρεάζουν το επίπεδο ποιότητας ζωής αφού παρουσιάζουν δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και περιορίζονται οι δράσεις για κοινωνικοποίηση. Επιπλέον επηρεάζεται η λειτουργικότητα τους με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στην ολοκλήρωση των καθηκόντων τους αν είναι εργαζόμενοι (Morrison et al 2000). Συνέπεια αυτών των άσχημων βιωμάτων είναι η διακοπή ή επιλεκτική χρήση των φαρμάκων στον βαθμό που κρίνουν οι ίδιοι ότι τους βοηθούν (Fleischhacker et al 2003).

Με την ανησυχία πλέον να είναι πραγματικότητα για την δυσφορία των ασθενών από την δράση των αντιψυχωσικών φαρμάκων, η ανάγκη για διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των ψυχικά ασθενών που να είναι βασισμένη σε έγκυρα τεκμηριωμένα δεδομένα θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Το 1983 δημιουργήθηκε το πρώτο από τα διάφορα εργαλεία μέτρησης το οποίο ικανοποιεί αρκετά τις ανάγκες του ερευνητικού επιστημονικού πεδίου. Οι Hogan et al (1983), παρουσίασαν το ερωτηματολόγιο DAI Drugs Attitude Inventory το οποίο συλλέγει πληροφορίες των ψυχικά ασθενών γύρω από την τις αντιλήψεις και τις στάσεις που τους δημιουργούνται κατά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι δηλώσεις που καλούνται να απαντήσουν οι ασθενείς αντανακλούν στο συναίσθημα και την στάση τους προς την νόσο και τα φάρμακα. Είναι καθαρά υποκειμενικό εργαλείο και αντιπροσωπεύει τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Είναι αυτοσυμπληρούμενο και η

χρήση του στο ερευνητικό πεδίο παρέχει την δυνατότητα να ποσοτικοποιηθούν τα δεδομένα. Έτσι παρέχεται μια γενική εικόνα όσον αφορά την συμμόρφωση των ασθενών προς την θεραπεία και την φαρμακευτική αγωγή.

Ο Nev Jones (2012), σε μια δημοσίευση του για τις ψυχολογικές παρενέργειες και πως αυτές επηρεάζουν την δέσμευση για θεραπεία, επισημαίνει ότι οι παρενέργειες είναι περισσότερο ατομική υπόθεση και δεν μπορεί γενικευτεί χωρίς την ανάλογη σοβαρότητα. Στην δημοσίευση του αναφέρει ότι οι ασθενείς συνήθως παραπονιούνται για τις ακόλουθες παρενέργειες, απάθεια, συναισθηματική αδιαφορία, πνευματική 'θολούρα' καθώς και αδυναμία συγκέντρωσης. Για τους ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας αυτές οι παρενέργειες είναι πολύ οικείες και συναντούνται στην καθημερινή πρακτική. Αυτή η ομάδα των παρενεργειών έχει βαπτιστεί ποικιλοτρόπως από τους κλινικούς και τους ερευνητές. Η πιο διαδεδομένη ονομασία είναι η «νευροληπτική δυσφορία» (Awad και Voruganti 2005). (βλέπε Παράρτημα Β)

2.4 Ο ρόλος της Οικογένειας

Η οικογένεια τις περισσότερες φορές έρχεται αντιμέτωπη με ένα τεράστιο βάρος που αναγκάζεται να διαχειρίζεται για πολλά χρόνια. Η αρχή της νόσου δεν είναι πάντα διακριτή, πολλές φορές η διαταραχή μπερδεύεται από το οικογενειακό περιβάλλον ως «ιδιοτροπία ή παραξενιά», και μόνο όταν αυτή η αλλόκοτη συμπεριφορά εμμένει η οικογένεια αρχίζει να το συζητά και να ψάχνει τρόπους για να βοηθήσει το μέλος της που αρρώστησε.

Η μη υποστηρικτική στάση της οικογένειας αναφέρεται ως παράγοντας μη συναίνεσης στην φαρμακευτική αγωγή και, σε συνέχεια αυτής της διαπίστωσης, έρευνα των Lucca et al (2015), επιβεβαιώνει ότι είναι ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και των επισκέψεων παρακολούθησης της πορείας της νόσου.

Η οικογένεια συνεπώς παίζει μεγάλο ρόλο στην συναίνεση των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή τους. Οι Hudson et al (2004), σε έρευνα τους αναφέρουν ότι όταν οι ασθενείς έχουν στήριξη και επίβλεψη από το οικογενειακό τους περιβάλλον ανταποκρίνονται καλά στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής τους.

Η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην όλη αντιμετώπιση του μέλους της που νοσεί. Οι ομάδες οικογενειακής εκπαίδευσης μαθαίνουν τα μέλη να αναγνωρίζουν τα σημάδια και τα συμπτώματα της νόσου καθώς και τις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων που πιθανόν να παρουσιάσουν

κατά την πορεία της ασθένειας καθώς και τα σημάδια που προμηνύουν την υποτροπή της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς (Καρανικόλα, 2009).

Δυστυχώς η χρησιμοποίηση της ψυχοεκπαίδευσης στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι περιορισμένη και δεν εστιάζεται στο πως η οικογένεια μπορεί να ενταχθεί και να βοηθήσει στο θεραπευτικό πλάνο (Marshall και Solomon 2000). Βιβλιογραφικά είναι τεκμηριωμένο και από άλλους ερευνητές ότι η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας μειώνει τις πιθανότητες υποτροπής καθώς και τις επανεισδοχές στα νοσοκομεία (Bustillo et al, 2001).

Τα συμπτώματα μετά από κάθε υποτροπή της νόσου χειροτερεύουν, έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος να κάνουν κακό στον εαυτό τους ή σε άλλους. Η οικογένεια σε τέτοιες περιπτώσεις νιώθει αβοήθητη και εκδηλώνει αρνητική στάση προς τον ασθενή αλλά και προς το σύστημα που ουσιαστικά δεν την προστατεύει επαρκώς (Rungtuangsiripan et al, 2011).

Σύμφωνα με τον Kohn (1977), η σημασία της κοινωνικό – οικονομικής θέσης ως παράγοντας που επηρεάζει την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Έγκειται στο ότι « Άτομα διαφορετικής κοινωνικό – οικονομικής τάξης ενημερούν ή υποφέρουν από διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αναπτύσσουν διαφορετικές αντιλήψεις για την κοινωνική πραγματικότητα, διαφορετικές προσδοκίες, ελπίδες, φόβους και επιθυμίες».

Συνεπώς το οικονομικό κομμάτι είναι στενά συνδεδεμένο με την θεραπευτική πορεία του ασθενή. Η οικογένεια με το όποιο εισόδημα της αναλαμβάνει την αγορά των κατάλληλων φαρμάκων. Συνήθως τα φάρμακα πρώτης γενεάς είναι πιο φτηνά και είναι συνδεδεμένα με την πιο χαμηλά εισοδηματική τάξη στην κάθε χώρα. Στην Ινδία τα φάρμακα πρώτης γενεάς είναι διαθέσιμα από τις κρατικές υπηρεσίες και είναι η πρώτη επιλογή χορήγησης από τους ιατρούς αφού το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι χαμηλής εισοδηματικής τάξης ή είναι άνεργο (Karthik et al 2014). Ενώ αντίθετα στις αναπτυγμένες χώρες υπάρχουν και τα δεύτερης γενεάς στις κρατικές υπηρεσίες.

2.5 Θεραπευτική Συμμαχία και Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας

Η θεραπευτική συμμαχία συνδέεται σημαντικά με την συναίνεση των ασθενών στη δημιουργία του θεραπευτικού πλάνου και κατ' επέκταση στην τήρηση λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.

Η συνεργατική σχέση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας στο κομμάτι της συναίνεσης όπως εντόπισαν οι Kikkert et al (2006), είναι συχνά υποτιμημένη. Η

έρευνα τους για τις απόψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στην συμμόρφωση της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς διαγνωσμένους με σχιζοφρένια εντόπισαν τέσσερις παράγοντες που την επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό.

2.5.1 Παράγοντες που σχετίζονται με την Θεραπευτική Συμπαχία

2.5.1.1 Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων:

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων κατά την έξαρση των συμπτωμάτων φαίνεται να μην διαδραματίζει παράγοντα συνέχισης της θεραπείας ακόμα και όταν η ανάρρωση επιτευχθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το ποσοστό διακοπής παραμένει αρκετά υψηλό και υπολογίζεται ότι πάνω από το 50% των ασθενών που πήραν θεραπεία δεν συμμορφώνεται στις συστάσεις των ειδικών (Lecrec et al, 2015).

2.5.1.2 Οι εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες:

Σχετίζονται άμεσα την εμπλοκή της οικογένειας και την ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου. Η οικογένεια αναφέρεται ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας αυξημένης συναίνεσης στα πρώτα δύο χρόνια της θεραπείας. Επιπλέον υπάρχουν επιβεβαιωμένα δεδομένα ότι η στήριξη και η ενεργή εμπλοκή της οικογένειας έχει θετική έκβαση στην δέσμευση για θεραπεία (Quach et al, 2009). Οι Lecrec et al, (2015), σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προσθέτουν ότι η έλλειψη των κοινωνικών δραστηριοτήτων και δεξιοτήτων συσχετίζεται με την μη συναίνεση αλλά και με την δέσμευση για θεραπεία.

2.5.1.3 Η έλλειψη εναισθησίας και η επίγνωση της ψυχικής κατά την έναρξη της αγωγής:

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε άγνοια στο τι τους συμβαίνει, είναι φοβισμένοι, συγχυσμένοι καθώς τα συμπτώματα της ψύχωσης είναι ενεργά συνήθως αρνούνται φαρμακευτική αγωγή. Οι Lambert et al (2010), επιβεβαιώνουν ότι αυτά τα κλινικά δεδομένα οδηγούν στην πλήρη άρνηση της θεραπείας από την αρχή. Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι ασθενείς με καλό επίπεδο επίγνωσης της κατάστασης τους αν παραπεμφθούν έγκαιρα για γνωστίο - συμπεριφορική θεραπεία (CBT) υπάρχει πιο καλή πρόγνωση στη δέσμευση για θεραπεία και στη συναίνεση τους προς την φαρμακευτική αγωγή.

2.5.1.4 Η στάση προς την φαρμακευτική αγωγή:

Οι Quach et al (2009), αναφέρουν ότι η αρνητική στάση προς την φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα μη συναίνεσης τα πρώτα δύο χρόνια από την εμφάνιση του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου στο φάσμα της σχιζοφρένειας και των συγγενών διαταραχών.

2.6 Στρατηγικές για την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας

Σύμφωνα με τους πιο πάνω παράγοντες η θεραπευτική συμμαχία αποκτά μείζον ρόλο στην διαχείριση τους, υπό την έννοια ότι ο επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος στο να δώσει πληροφόρηση και στήριξη στον ασθενή που υποφέρει. Η συνεργατική σχέση στην φάση της ανάρρωσης επικεντρωμένη στην πρακτική εφαρμογή των ανάλογων παρεμβάσεων αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο στην παροχή φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές αποτελούν βασικό κλειδί στην επιμόρφωση των ασθενών και των οικογενειών τους. Η εκπαίδευση στο πως τα φάρμακα μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής απομακρύνοντας τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου που βασανίζουν τους ασθενείς είναι πολύτιμη. Επιπλέον η εκπαίδευση στο τι να περιμένουν από την χρήση των φαρμάκων στο επίπεδο παρενεργειών, προετοιμάζει τους ασθενείς να αντέξουν ή να ζητήσουν αναπροσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής τους και να μην την διακόψουν πριν συμβουλευτούν τον ειδικό. Οι πιο πάνω ενέργειες ενισχύουν την πληροφορημένη συγκατάθεση λήψης απόφασης για την διαχείριση της ασθένειας τους. Οι Phillips και McCann (2007), αναφέρουν ότι η χορήγηση των φαρμάκων είναι μια σημαντική θεραπευτική διαδικασία κατά την οποία η θεραπευτική συμμαχία καθιερώνεται μέσα από την σχέση εμπιστοσύνης.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκε μια παρέμβαση η οποία έρχεται να ενισχύσει ακόμη περισσότερο την ωφελιμότητα της θεραπευτικής συμμαχίας και την σημαντικότητα της δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και θεραπευτή. Αυτή η παρέμβαση αναφέρεται ως γραπτή συγκατάθεση και την συναντούμε ως θεραπευτικό πλάνο ή θεραπευτικό συμβόλαιο το οποίο καταρτίζεται μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή σύμφωνα με της ανάγκες που προκύπτουν από μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ασθενή (Cleary et al 2012).

Αρκετοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας εκφράζουν φόβο και αμφιβολία στο να πάρουν αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή και εκτιμούν ιδιαίτερα τους λειτουργούς που αφιερώνουν χρόνο για τους στηρίζουν συναισθηματικά παράλληλα με την φροντίδα της φυσικής τους κατάστασης (Brad et al 2010).

Συνήθως αυτή η λεπτομερής ολιστική αξιολόγηση είναι καθήκον των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Οι στρατηγικές των νοσηλευτών για την αύξηση της δέσμευσης της συναίνεσης στην φαρμακευτική αγωγή των ψυχικά ασθενών αποτελούν ένα εξαιρετικά δύσκολο και περίπλοκο θέμα (Drori et al 2014).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει τα πιστεύω των νεοεισερχόμενων επαγγελματιών γύρω από την ωφελιμότητα των φαρμάκων, επιπροσθέτως αν τα πιστεύω και οι πεποιθήσεις γύρω από την φαρμακευτική αγωγή διαφέρουν από νοσηλευτή σε νοσηλευτή τότε αναδύονται συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών και τα μηνύματα που μεταφέρονται προκαλούν σύγχυση στους ασθενείς και κατ' επέκταση επηρεάζουν τον βαθμό συναίνεσης τους (Mardby et al 2009).

Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν είχαν εκπαιδευτεί επαρκώς στο να εφαρμόσουν τις ανάλογες στρατηγικές που θα ενίσχυαν τους ασθενείς να συμμορφώνονται στο θεραπευτικό σχήμα (Coombs et al 2003), αφού στην έρευνα τους ανάδειξαν ότι το 84% των νοσηλευτών δεν γνώριζαν πως να χειριστούν την μη συναίνεση. Οι Drori et al (2014), συσχέτισαν τα χρόνια υπηρεσίας στην γενική νοσηλευτική και τα χρόνια υπηρεσίας στην ψυχιατρική νοσηλευτική και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εμπειρία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή στρατηγικών αύξησης της συναίνεσης. Αυτή η διαπίστωση συμφωνεί με τον Coombsetal (2003) που το επισήμανε 11 χρόνια νωρίτερα από τους Drori et al (2014), ότι η εμπειρία παρά το επιστημονικό θεωρικό υπόβαθρο των μεγαλύτερων σε ηλικία νοσηλευτών είναι πολύ εποικοδομητική προς τους νεοεισερχόμενους.

Τέλος είναι σημαντικό να μεταφέρουμε μια δήλωση από ένα ανώτερο νοσηλευτή που αφορά την θεραπευτική συμμαχία και περιγράφει τα όσα πραγματεύτηκε αυτή η ενότητα «δεν υπάρχει αμφιβολία ότι υπάρχουν περίπλοκα θέματα διαχείρισης, αλλά αν εμπλέξεις τον ασθενή στην λήψη της απόφασης τότε το αποτέλεσμα θα είναι σαφώς καλύτερο» Οι νοσηλευτές καλούνται να δουλεύουν μέσα από τα προβλήματα που προκύπτουν μαζί με τον ασθενή. Σημασία έχει να κάτσεις μαζί τους να αφιερώσεις χρόνο και να ακούσεις τις δυσκολίες τους (Crouch, 2003).

Κεφάλαιο 3

Ο κύριος στόχος αυτής της μελέτης είναι η ταυτοποίηση των διαθέσιμων μέχρι σήμερα άρθρων που αφορούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την συναίνεση των ψυχικά ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή. Η διαδικασία της επιλογής ολοκληρώθηκε όπως περιγράφεται παρακάτω. Ακολούθησε η ανάλυση και συγγραφή των αποτελεσμάτων.

3.1 Μεθοδολογία

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την αναζήτηση επιστημονικών άρθρων από το 2009 μέχρι το 2016 στην αγγλική γλώσσα. Οι κύριες βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι: Pub Med, EBSCO, Cinahl Plus with Full Text, Medline Complete, Science Direct, Academic One File.

Η αρχική αναζήτηση έγινε με λέξεις κλειδιά: non adherence to medication and psychotic disorders. Η αναζήτηση συνεχίστηκε με τους πιο κάτω περιορισμούς που ήταν η πλήρης διαθεσιμότητα του κειμένου (Full Text) σε περιοδικά με σύστημα κριτών στην Αγγλική γλώσσα και με εστίαση στις πιο κάτω ορολογίες:

«Schizophrenia»

«Psychotic disorders»

«Mental disorders»

«Bipolar disorders»

«Medication adherence»

«Depression»

«Antipsychotic drugs health aspects»

«Schizophrenia – patient outcomes»

«Antipsychotic agents – complication and side effects»

Κατέληξε σε 474 άρθρα όπου και έγινε διαλογή με τα πιο κάτω κριτήρια.

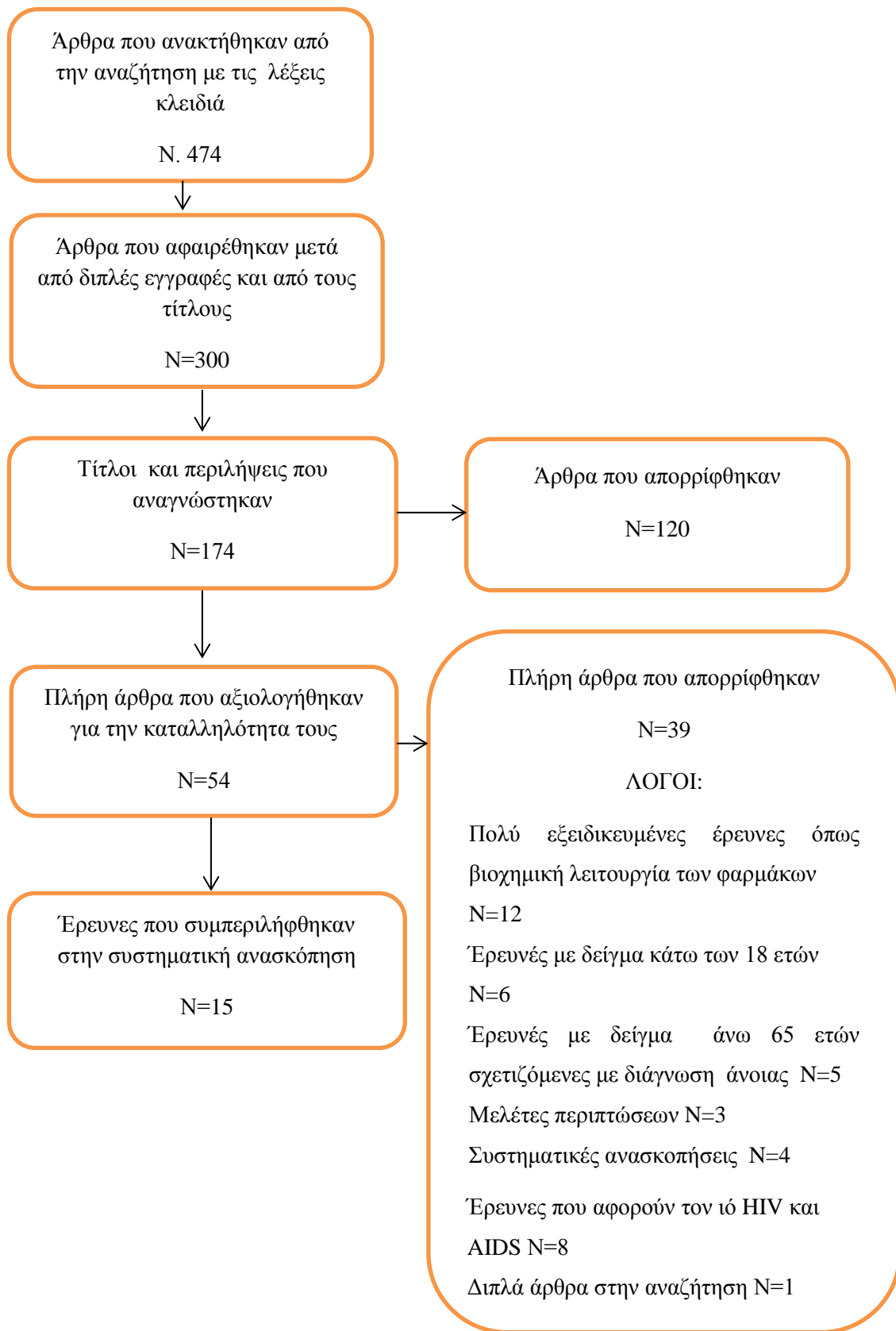
Κριτήρια επιλογής άρθρων

- Έρευνες που χρησιμοποίησαν εργαλεία για την συλλογή δεδομένων
- Έρευνες ποσοτικές και ποιοτικές
- Έρευνες οι οποίες είχαν τις λέξεις που ανταποκρίνονταν στην αναζήτηση του ερευνητικού ερωτήματος για τους παράγοντες όπως, θεραπευτική συμμαχία επαγγελματίες υγείας, φάρμακα, παρενέργειες φαρμάκων, στάσεις προς την νόσο και προς τα φάρμακα, συμμόρφωση και μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και οικογένεια.

Κριτήρια απόρριψης άρθρων

- Πολύ εξειδικευμένες έρευνες όπως βιοχημική λειτουργία των φαρμάκων και για τον τρόπο που δρα η κάθε ουσία στις συνάψεις των νευρώνων του εγκεφάλου.
- Έρευνές με δείγμα κάτω των 18 ετών
- Έρευνές με δείγμα άνω 65 ετών σχετιζόμενες με διάγνωση άνοιας
- Μελέτες περιπτώσεων
- Συστηματικές ανασκοπήσεις
- Διπλά άρθρα στην αναζήτηση
- Έρευνες που αφορούν τον ιό HIV και AIDS

ΔΕΝΔΡΟΓΡΑΜΜΑ



Μέσα από την διερεύνηση του ερωτήματος “Παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό συμμόρφωσης ενδεδειγμένης φαρμακευτικής αγωγής στην θεραπεία ατόμων με ψυχωσική διαταραχή”, αναδείχτηκε σημαντικός αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν τους ασθενείς με ψυχωσική διαταραχή στο να είναι συνεπείς στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής τους.

Από την μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας ο όρος συμμόρφωση δεν ανταποκρινόταν ξεκάθαρα στο ερευνητικό ερώτημα λόγω του ότι εννοιολογικά ορίζεται ως η υιοθέτηση ξεκάθαρων οδηγιών από τον γιατρό. Έτσι στην συγγραφή της διπλωματικής εργασίας χρησιμοποιείται ο όρος «συναίνεση» ο οποίος ανταποκρίνεται πιο ορθά στην σχέση ασθενή και ειδικού.

Συνολικά 474 άρθρα αναγνωρίστηκαν από την αναζήτηση. Μετά από διαλογή παρακρατήθηκαν 15, τα οποία αφορούσαν την συναίνεση, τις παρενέργειες, την θεραπευτική συμμαχία και την οικογένεια. Τα επτά άρθρα αφορούν την Σχιζοφρένια, τρία την Διπολική Διαταραχή, τρία την Κατάθλιψη, τις δύο Ψυχωσικές Διαταραχές, όρος που ουσιαστικά καλύπτει το φάσμα των πιο πάνω κατηγοριών και ένα άρθρο που περιλαμβάνει την Σχιζοφρένια και την Κατάθλιψη μαζί.

ΠΙΝΑΚΑΣ. 1. ΑΡΘΡΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Μελέτη	Χώρα	Είδος Παρέμβασης	Πληθυσμός Μελέτης ΑΡΙΘΜΟΣ(N) ΦΥΛΟ (Φ) ΗΛΙΚΙΑ (Η)	Χρονική Διάρκεια Έρευνας	Σκοπός	Αποτελέσματα
SM Razali, MZAAM Yusoff, (2014)	Μαλαισία	Κλινική Μελέτη	N :70 Φ: 40 Α / 30 Γ	N/A (Δεν αναφέρεται)	Ο βαθμός συναίνεσης σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς διαγνωσμένους με σχιζοφρένια	Η συναίνεση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών δεν παρουσίασε σημαντικά στατιστική διαφορά. Η συχνότητα των εισδοχών και της σοβαρότητας της νόσου σχετίζεται σημαντικά με την

						συναίνεση στη φαρμακευτική αγωγή
Marco DiBonaventur a et al, (2012)	ΗΠΑ	Κλινική Μελέτη	N: 876 Φ: 432 A / 444 Γ	2007-2008	Η συσχέτιση των παρενεργειών με την συναίνεση των ασθενών προς την φαρμακευτική αγωγή	Το 86.19% των ασθενών ανέφερε έστω και μια παρενέργεια των φαρμάκων, μόνο το 42.5% ανέφερε πλήρη συναίνεση
Karthik et al, (2014)	Ινδία	Κλινική Μελέτη	N: 120 ασθενείς με σχιζοφρέ νεια σύμφωνα με τον DSM-IV Φ: 85 A /25 Γ	N/A (Δεν αναφέρεται)	Συσχέτιση αντιψυχωσικών πρώτης γενεάς και δεύτερης γενεάς σε ασθενείς με σχιζοφρένεια	Τα αντιψυχωσικά πρώτης γενεάς φάρμακα είχαν εντονότερα εξωπυραμιδικά συμπτώματα . Επίσης οι ασθενείς που έλαβαν αντιψυχωσικά φάρμακα δεύτερης γενεάς είχαν πιο θετική στάση προς την λήψη φαρμακευτικής αγωγής
Eticha et al, (2015)	Αιθιοπία	Κλινική Μελέτη	N:393 Φ: 283 A / 110 Γ	N/A (Δεν αναφέρεται)	Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την συναίνεση προς φαρμακευτική αγωγή	Οι παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με την συναίνεση ήταν η θετική στάση προς την νόσο, οι λιγότερες παρενέργειες και η αναγνώριση της νόσου
Sapra et al, (2014)	Σικάγο	Κλινική Μελέτη	N: 49 Άνδρες	N/A (Δεν αναφέρεται)	Να εξετασθεί ένα δείγμα ασθενών διαγνωσμένους με σχιζοφρένεια που παρουσίασαν πρώτη φορά ψυχωσικό επεισόδιο και δείγμα χρόνιων ασθενών με πολλές υποτροπές και νοσηλείες	Οι ασθενείς που παρουσίασαν το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο είχαν πολύ καλύτερη συναίνεση σε σχέση με τους ασθενείς με πολλές υποτροπές και νοσηλείες. Επίσης παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό θεραπευτικής συμμαχίας
Cuevas, Penate και Sanz, (2013)	Τενερίφη	Κλινική Μελέτη	N: 145 Φ: 35 A / 110 Γ	2011-2012	Οι παράγοντες κινδύνου για την συναίνεση στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με διπολική διαταραχή	Η μη συναίνεση σχετίζεται με την σοβαρότητα της νόσου και καθώς με την παρουσία εντόνων παρενεργειών
Salomon και Hamilton, (2013)	Μελβούρνη	Ποιοτική Μελέτη	N: 98 Φ: 50 A / 46 Γ / 1 Τρανσέξο	2011 - 2012	Η διερεύνηση το πώς βιώνουν οι ασθενείς την διακοπή των αντιψυχωσικών	Οι συμμετέχοντες τόνισαν την σημαντικότητα της θεραπευτικής

			υαλ / 1 ακαθόρισ το φύλο		φαρμάκων	συμμαχίας κατά την διακοπή των αντιψυχωσικών φαρμάκων
Huicochea et al, (2014)	Μεξικό	Ποιοτική Μελέτη	N: 50 Φ: 31 Γ / 19 Α	N/A (Δεν αναφέρεται)	Η διερεύνηση της ψυχιατρικής φροντίδας/θεραπείας ανάμεσα σε ασθενείς διαγνωσμένους με διπολική διαταραχή	Οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή προκαλεί εθισμό και είναι ένας από τους λόγους της διακοπής και η προσδοκία της θεραπείας είναι η σταθεροποίηση του συναισθήματος. Οι ασθενείς υποστηρίζουν πως υπάρχουν και άλλες εναλλακτικές θεραπείες εκτός της φαρμακευτικής αγωγής
Chiang et al, (2011)	Σιγκαπούρη	Κλινική Συγχρονική Μελέτη – Μη Πειραματική	N:96 ενήλικες διαγνωσμ ένους με σχιζοφρέ νεια και άλλες συγγενείς διαταραχ ές	N/A (Δεν αναφέρεται)	Να διερευνήσει την επικράτηση και την σοβαρότητα των αντιψυχωσικών παρενεργειών σε άτομα με σχιζοφρένεια	Οι περισσότεροι συμμετέχοντες βίωσαν δυσφορία στην παρουσία εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων (69-8%) και διάφορες παρενέργειες (61-5%)
Kikuchi et al,(2010)	Τόκιο	Ποσοτική Μελέτη	N:1187 Φ: 500 Α / 687 Γ	7 – 11 του Φεβρουαρίου του 2008	Η διερεύνηση της συμπεριφοράς των ασθενών προς τις παρενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής	Οι αυτοαναφορές των ασθενών για τις παρενέργειες ήταν σημαντικά πιο ψηλές στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες
Balikci et al, (2014)	Τουρκία	Κλινική Μελέτη	N: 264 Φ: 130 Γ / 134 Α	N/A (Δεν αναφέρεται)	Η διερεύνηση των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούν μη συναίνεση στην αντικαταθλιπτική αγωγή	Εντόπισαν τρεις αντιχολινεργικές δράσεις που επηρέασαν τον βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών στην αντιψυχωσική αγωγή. Η ζαλάδα είχε το υψηλό ποσοστό με 4,9%, η ναυτία 3% και η δυσκοιλιότητα 1,1%.
McCann, Clark&Lu, (2009)	Μελβούρνη	Κλινική Μελέτη	N:81 Φ: 56 Α / 25 Γ	2004	Οι υποκειμενικές παρενέργειες των αντιψυχωσικών	Περίπου το ½ των συμμετεχόντων βίωσαν μια ή περισσότερες παρενέργειες. Οι πιο

						μεγάλοι σε ηλικία βίωσαν περισσότερες αντιχολινεργικές παρενέργειες. Επίσης παρουσιάζονται περισσότερες ορμονικές παρενέργειες
Read, Cartwright, Gibson, (2014)	Αγγλία	Κλινική Μελέτη	N: 1829	2013 – 2014	Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, βιώματα και πιστεύω των ασθενών	Οι πιο συχνές παρενέργειες που αναφέρθηκαν ήταν το συναισθηματικό μούδιασμα 60%, δεν ήταν ο εαυτός τους 52%, αδυναμία να νοιώσουν θετικά συναισθήματα 42%, αδιαφορία για τους άλλους 39% και αυτοκτονικότητα 39%
Morrison et al , (2015)	Αυστραλία	Ποιοτική Μελέτη	N: 10	N/A (Δεν αναφέρεται)	Η διερεύνηση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιψυχωσικών φαρμάκων	Οι πιο πολύ αναφερόμενες ψυχικές παρενέργειες ήταν η καταστολή, η εσωτερική ανησυχία, η ευερεθιστότητα και η δυσκολία στη συγκέντρωση
Chan et al, (2015)	Κίνα	Κλινική Μελέτη	N: 160	2010-2011	Η διερεύνηση του κινδύνου υποτροπής και ο ρόλος των φαρμάκων στις δυο ομάδες	Οι ασθενείς δεν υπολογίζουν την σοβαρότητα του κινδύνου υποτροπής και έχει ως επίπτωση τις υποτροπές

3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το εργαλείο MMAT επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, καθώς έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπει την αξιολόγηση και περιγραφή διαφορετικών ειδών πρωτογενούς έρευνας (Pluye, Robert et al, 2011). Αναλυτικότερα, διευκολύνει την αξιολόγηση μελετών που έχουν ακολουθήσει τη μεθοδολογία είτε ποιοτικής, είτε ποσοτικής έρευνας, είτε μικτής μεθόδου, η οποία συνδυάζει την ποιοτική και ποσοτική έρευνα (Pluye, Robert et al, 2011).

Σύμφωνα με το εργαλείο MMAT, οι 15 έρευνες χωρίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες (Pluye, Robert et al, 2011):

- Ποιοτική έρευνα (Qualitative)
- Ποσοτική τυχαιοποιημένη έρευνα (Quantitative Randomized controlled – trials)
- Ποσοτική μη τυχαιοποιημένη (Quantitative Non-Randomized)
- Ποσοτική περιγραφική (Quantitative descriptive)
- Μικτής μεθόδου (Mixed methods)

Ανάλογα με το είδος της μελέτης έγινε η κατανομή στην αντίστοιχη κατηγορία. Ακολούθως τα κριτήρια που αντιστοιχούσαν στην κάθε κατηγορία μπορούσαν να απαντηθούν με «Ναι», «Όχι» ή «Δεν μπορεί να απαντηθεί». Η βαθμολογία καλύπτει μέχρι το 100%, και το κάθε κριτήριο που απαντάται με «Ναι» αναλογεί το 25% της αξιολόγησης της ποιότητας. Η μελέτη μικτής μεθόδου διαφοροποιείται όσον αφορά τα κριτήρια τα οποία είναι 3, και η αναλογία στην βαθμολόγηση αντιστοιχεί στο 50%, εφόσον η μελέτη μικτής μεθόδου καλύπτει ένα μόνο κριτήριο, 75%, εφόσον η μελέτη μικτής μεθόδου καλύπτει 2 κριτήρια και 100%, εφόσον η μελέτη καλύπτει και τα τρία κριτήρια. Παράδειγμα το κριτήριο 1.1 μπορεί να καλύπτεται και στις 3 από τις 3 μελέτες που ακολουθούν ποιοτική έρευνα. Συνεπώς, το κριτήριο 1.1 καλύπτεται κατά 100%. (βλέπε παράρτημα Ε)

3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.3.1 Παράγοντες σχετιζόμενοι με Δημογραφικά στοιχεία - χαρακτηριστικά

3.3.1.1 Ηλικία:

Η ηλικία φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό παράγοντα στην συναίνεση της αγωγής. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων στις έρευνες κυμαίνονται από 18 μέχρι 65. Ανάμεσα στις 15 έρευνες που μελετήθηκαν ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 35 έτη.

Η σημαντικότητα της ηλικίας σύμφωνα με τους Sagra et al (2011), έχει σημασία συνήθως κατά την έναρξη της νόσου δηλαδή στο πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και στην πρώτη νοσηλεία και κατ' επέκταση στην θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης που δημιουργείται μεταξύ ασθενή και ειδικού.

Οι Di Bonaventura et al (2012), στα αποτελέσματα της έρευνας τους για την συσχέτιση των παρενεργειών με την συναίνεση των ασθενών προς την φαρμακευτική αγωγή, διαπίστωσαν ότι ασθενείς με τα πιο κάτω χαρακτηριστικά, νεαροί σε ηλικία, με ανώτερες σπουδές και την παρούσα χρονική περίοδο ήταν άνεργοι, σχετίζονταν με χαμηλές πιθανότητες συμμόρφωσης.

Οι Razali και Yusoff (2014), στην έρευνα ανάμεσα σε ασθενείς που δέχονταν εσωτερική νοσηλεία και σε εξωτερικούς ασθενείς διαγνωσμένους με σχιζοφρένεια όσον αφορά τον βαθμό συναίνεσης στην φαρμακευτική αγωγή δεν διαπίστωσαν σημαντική στατιστική διαφορά στον παράγοντα ηλικία. Επιπροσθέτως την ίδια διαπίστωση διατήρησαν και στους παρακάτω παράγοντες Φύλο, Φυλή - Κουλτούρα, Οικογενειακή Κατάσταση και Μορφωτικό επίπεδο. Στα ίδια αποτελέσματα κατάληξε και η έρευνα των Balıkcı et al (2014), που διερεύνησε καταθλιπτικούς ασθενείς.

Οι Karthik et al (2014), στην έρευνα τους ανάμεσα σε ασθενείς που ήταν σε αγωγή με πρώτης γενεάς νευροληπτικά σε σύγκριση με ασθενείς που ήταν σε αγωγή με δεύτερης γενεάς νευροληπτικά διαπίστωσαν ότι η πρώτη ομάδα ασθενών ηλικιακά ήταν πιο μεγάλοι από την δεύτερη ομάδα.

Οι Eticha et al (2015), στην έρευνα τους για την συναίνεση των ασθενών με σχιζοφρένεια στην Αιθιοπία έχουν διαπιστώσει ότι η ηλικιακή ομάδα 45-64 ετών παρουσίαζε σημαντικά πιο χαμηλή συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες της έρευνας.

3.3.1.2 Φύλο

Στην έρευνα των Sapra et al (2014), εξετάστηκε δείγμα ασθενών διαγνωσμένων με Σχιζοφρένια που παρουσίασε πρώτη φορά ψυχωσικό επεισόδιο και δείγμα χρόνιων ασθενών με πολλές υποτροπές και νοσηλείες. Στο δείγμα και των δύο ομάδων εντόπισαν ότι οι άντρες ήταν περισσότεροι με 73% και 68% αντίστοιχα. Οι Razali και Yusoff (2014), που εξέτασαν ομοίως ασθενείς με Σχιζοφρένια παρουσίασαν επίσης μεγαλύτερο δείγμα ασθενών σε άντρες με 57% αντιστοιχία στο σύνολο των συμμετεχόντων. Αυτό το εύρημα συνάδει και με το δείγμα του πληθυσμού της έρευνας των Eticha et al (2015), επίσης με διάγνωση Σχιζοφρένιας όπου οι άντρες ασθενείς ήταν περισσότεροι 72% σε αναλογία από τις γυναίκες που ήταν 28% .

Αντίθετα στην έρευνα των Cuevas, Penate και Sanz (2013), οι γυναίκες ήταν περισσότερες με 76%. Αυτή η παρατήρηση ισχύει και στην έρευνα των Huicochea et al (2014), όπου και εκεί οι γυναίκες ήταν περισσότερες με ποσοστό 31,62%. Άξιο αναφοράς είναι ότι αυτές οι δύο τελευταίες έρευνες εξετάζουν την διπολική διαταραχή ενώ οι προηγούμενες εξετάζουν την σχιζοφρένια.

3.3.1.3 Φυλή - Κουλτούρα

Οι Razali και Yusoff (2014), στην έρευνα τους που αφορούσε 70 συμμετέχοντες από την Μαλαισία εντόπισαν ότι υπάρχει ένα σεβαστός αριθμός ασθενών, που όταν επισκέπτεται τους παραδοσιακούς θεραπευτές Bomoh διακόπτει την φαρμακευτική αγωγή του.

Το στίγμα στις χώρες της Ασίας είναι τεράστιο και οι επιπτώσεις που έχουν οι ασθενείς από την ασθένεια τους είναι η απόρριψη από την οικογένεια, και οι δυσκολίες στο να βρουν εργασία. Αυτή η διαπίστωση ουσιαστικά αποτελεί εμπόδιο στην εφαρμογή της μοντέρνας ψυχιατρικής και κατ' επέκταση μειώνει την συναίνεση. Οι Huicochea et al (2014), στην ποιοτική έρευνα τους που ερεύνησαν 10 διπολικούς ασθενείς διαπίστωσαν ότι η φαρμακευτική αγωγή ήταν μια από τις διάφορες μορφές θεραπείας που διαλέγουν οι ασθενείς για επιτύχουν μια πιο υγιή και ισορροπημένη ζωή. Οι συμπληρωματικές μορφές θεραπείας που συναντήθηκαν στις συνεντεύξεις ήταν, η αυτό-φροντίδα, η φυσική άσκηση, η ομοιοπαθητική, η yoga, ο βελονισμός, τα διάφορα βότανα και άλλα. Από τους συμμετέχοντες μόνο το 10% δεν συνδύαζε άλλη μορφή θεραπείας εκτός των φαρμάκων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς διαλέγουν και υιοθετούν διαφορετικές μορφές θεραπείας ιατρικές ή μη στην προσπάθεια τους να

ανακουφίσουν τα δυσάρεστα συμπτώματα της νόσου και να μειώσουν το στίγμα όπως αναφέρεται και προηγουμένως.

Στην έρευνα των Salomon και Hamilton (2013), ανάμεσα σε δείγμα 98 ατόμων διαφάνηκε ότι το ένα τέταρτο του δείγματος έκφραζε δυσπιστία προς την χρήση φαρμάκων και προτιμούσαν να εφαρμόσουν εναλλακτικές θεραπείες, οι οποίες θα διαχειρίζονταν ολιστικά την νόσο και όχι μόνο βιολογικά. Μια γυναίκα νεαρής ηλικίας χαρακτηριστικά ανέφερε ότι «τα φάρμακα μου πήραν την ικανότητα μου να λειτουργήσω φυσιολογικά χωρίς όμως ουσιαστικά να βοηθήσουν τα συμπτώματα μου».

3.3.1.4 Οικογενειακή κατάσταση

Το ποσοστό των παντρεμένων ασθενών σύμφωνα με το σύνολο των υπό μελέτη ερευνών είναι χαμηλό. Οι Sapra et al (2011), διαπίστωσαν ότι το 93,8 % του δείγματος τους ήταν ελεύθεροι.

Οι Di Bonaventura et al (2012) στην έρευνα τους συμφωνούν με το εύρημα των Sapra et al (2011), με ποσοστό 75.9 %.

Επιπρόσθετα οι Eticha et al (2015), στην έρευνα τους διαπίστωσαν ότι 225 συμμετέχοντες από τους 393 ήταν ελεύθεροι ποσοστό που αντιστοιχεί στο 57,3% του δείγματος. Η συσχέτιση με την συναίνεση είναι ότι οι 172 από τους 225 έπαιρναν κανονικά την αγωγή τους με θετικό ποσοστό 76,4%.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι στις υποκατηγορίες μόνο η μεταβλητή των εν διαστάσει ζευγαριών παρουσίαζε αρνητικό βαθμό συμμόρφωσης χωρίς όμως σημαντική στατιστική διαφορά.

3.3.1.5 Μορφωτικό επίπεδο

Οι Sapra et al (2011), εντόπισαν ότι 75% στο δείγμα του πληθυσμού που εξέτασαν οι συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Οι Cuevas, Penate και Sanz (2014), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε εξωτερικούς ασθενείς διαγνωσμένους με κατάθλιψη στην Τενερίφη το 16,6% των συμμετεχόντων δεν είχαν καμία επίσημη εκπαίδευση καθώς μόλις το 51% ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το υπόλοιπο σύνολο 32,2% ολοκλήρωσε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Ανάμεσα στα ευρήματα τους οι Eticha et al (2015), διαπίστωσαν ότι στην ηλικιακή 45-64 ετών ομάδα οι αναλφάβητοι παρουσίαζαν χαμηλή συναίνεση με ποσοστό 67,9% στα 19 άτομα. Αξιόλογο αναφοράς είναι ότι οι ασθενείς 18-64 ετών με τριτοβάθμια

εκπαίδευση παρουσιάζουν επίσης υψηλό ποσοστό 78,1% μη συναίνεσης, δηλαδή από τους 192 συνολικά ασθενείς τριτοβάθμιας οι 150 δεν έπαιρναν την αγωγή τους όπως τους συστήθηκε από τους ειδικούς.

3.3.2 Παράγοντες σχετιζόμενοι με την φαρμακευτική αγωγή - Παρενέργειες των ψυχωσικών φαρμάκων:

3.3.2.1 Εξωπυραμιδικά :

Έρευνα που έγινε στην Σιγκαπούρη το 2011 από τους Chiang et al σε 96 ενήλικες διαγνωσμένους με σχιζοφρένια και άλλες συγγενείς διαταραχές αποκάλυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες βιώνουν δυσφορία στην παρουσία εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και ότι αυτό πιθανόν να συνδέεται με την υψηλή δόση των φαρμάκων αλλά και με την χρονική διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής.

Ο Τρόμος των άκρων ή παρκινσονισμός στην έρευνα των Karthik et al (2014), που έγινε στην Ινδία για τις στάσεις των ψυχιατρικά ασθενών προς τα αντιψυχωσικά φάρμακα πρώτης και δεύτερης γενεάς κατέληξε στο εύρημα, ότι τα φάρμακα πρώτης γενεάς έχουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα της δεύτερης γενεάς. Συγκεκριμένα τα φάρμακα πρώτης γενεάς ήταν υπεύθυνα για έντονα εξωπυραμιδικά συμπτώματα όπως τρόμο και ακαθυσία. Οι Cuevas, Penate και Sanz (2014), έχουν επίσης εντοπίσει τον τρόμο των ακρών στο 49,7% σε δείγμα 160 ασθενών με κατάθλιψη.

3.3.2.2 Αντιχολινεργικές Δράσεις:

Οι Kikuchi et al (2010), στην ερευνητική προσπάθεια τους για εντοπισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών που εμποδίζουν τους ασθενείς να συμμορφώνονται στην φαρμακοθεραπεία τους. Διεξήγαγαν έρευνα με ερωτηματολόγια μέσω διαδικτύου σε 1187 ενήλικες που λάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή τον τελευταίο χρόνο. Τα αποτελέσματα για τις αντιχολινεργικές ή αλλιώς αυτονομικές ανεπιθύμητες ενέργειες ανάδειξαν την ξηροστομία στο 52,7% και την δυσκοιλιότητα στο 39,8%.

Οι Di Bonaventura et al (2012), σε έρευνα που έγινε σε 876 διαγνωσμένους ασθενείς με σχιζοφρένια παρουσίασαν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ζαλάδα 17,8%, δυσκοιλιότητα 16,2%, και ναυτία με τάση εμετού 10,2%.

Οι Read et al (2014), σε έρευνα που συμμετείχαν 1829 ενήλικες αντίστοιχα κάτω από αντικαταθλιπτική αγωγή τα τελευταία πέντε χρόνια. Επιβεβαίωσαν τις πιο συχνές παρενέργειες που συναντούνται στην κλινική πρακτική καθημερινά, με την ξηροστομία

να εκδηλώνεται σε ποσοστό 57,6%, την ζαλάδα 45,2%, την ναυτία 39,4%, την διάρροια 20% .

Οι Cuevas et al (2014), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε 160 εξωτερικούς ασθενείς διαγνωσμένους με κατάθλιψη επίσης συμφωνούν ότι η πιο συχνή παρενέργεια είναι η ξηροστομία με 71% ακολουθεί η εφίδρωση με 47,6%, η δυσκοιλιότητα με 42,8% και η ναυτία με τάση για εμετό στο 22,2%.

3.3.2.3 Σεξουαλική δυσλειτουργία:

Οι McCann et al (2009), στην έρευνα τους για τις υποκειμενικές παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων ανάδειξαν ότι οι νεαρές γυναίκες μιλούν πιο εύκολα για την σεξουαλική δραστηριότητα της ζωής τους παρά οι μεγαλύτερες σε ηλικία. Επίσης ανέφεραν περισσότερες ορμονικές παρενέργειες που αφορούν προβλήματα με την έμμηνο ρύση, την χαμηλή σεξουαλική επιθυμία καθώς και την δυσκολία να φτάσουν σε οργασμό. Οι Chiang et al (2011), εντοπίζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης αρνητικής στάσης προς την φαρμακευτική αγωγή όταν οι ασθενείς βιώνουν ορμονικές παρενέργειες. Οι διαταραχές οφείλονται στην αύξηση της προλακτίνης η οποία μεγαλώνει τις πιθανότητες για ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες που παίρνουν αντιψυχωσική αγωγή.

Οι Kikuchi et al (2010), σε έρευνα που διεξήγαγαν μέσω διαδικτύου σε 1187 ενήλικες που ήταν σε αντικαταθλιπτική αγωγή τον τελευταίο χρόνο. Εντόπισαν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν ανάμεσα στις πέντε συνήθεις παρενέργειες με ποσοστό 37.1%. Σε συνέχεια της έρευνας των Kikuchi et al 2010 οι Read et al το 2014, κάλεσαν 1829 ενήλικες αντίστοιχα κάτω από αντικαταθλιπτική αγωγή τα τελευταία πέντε χρόνια, να συμπληρώσουν επίσης ερωτηματολόγιο μέσω του διαδικτύου για την εμπειρία και τα πιστεύω τους για την φαρμακοθεραπεία. Η σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν η πιο συχνή παρενέργεια που αναφέρθηκε με ποσοστό 62% .

Οι Cuevas et al (2014), αναφέρουν την σεξουαλική δυσλειτουργία 33,8% στους 160 συμμετέχοντες.

3.3.2.4 Αύξηση Βάρους:

Έρευνα των Balikci et al (2014), σε πληθυσμό 264 ατόμων που έπαιρναν αντικαταθλιπτική αγωγή αναφέρουν ως παρενέργεια την αύξηση βάρους με ποσοστό 7,5% . Γενικά η ομάδα των SSRIs (αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης), προκαλούν αύξηση βάρους πιο συχνά συγκρινόμενη με τα νέα άτυπα αντικαταθλιπτικά.

Οι Cuevas, Penate και Sanz (2014) στην έρευνα που διεξήγαγαν σε 160 ασθενείς με κατάθλιψη για τις επικρατέστερες παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Εντόπισαν την αύξηση βάρους ως την δεύτερη πιο συνηθισμένη παρενέργεια που συναντείται στην κλινική ψυχιατρική πρακτική με ποσοστό 56,6% στο σύνολο των όλων των συμμετεχόντων. Η έρευνα σχεδιάστηκε να διερευνήσει δύο ομάδες ασθενών αυτών που συναινούν και αυτών που δεν συναινούν, άξιο αναφοράς είναι ότι και οι δύο ομάδες σημειώνουν ποσοστά πάνω από το 50% στην αύξηση βάρους με την πρώτη ομάδα να βρίσκεται στο 53,8% και την δεύτερη στο 59,7%.

3.3.2.5 Ψυχικές Παρενέργειες:

Έρευνα από τους McCann (2009), που αφορούσε τις υποκειμενικές παρενέργειες των φαρμάκων σε 81 ασθενείς διαγνωσμένους με σχιζοφρένεια διαπιστώνει ότι περισσότερο από το 60% των συμμετεχόντων ανέφεραν αντιδράσεις στην ψυχική σφαίρα. Όπως δυσκολία στην συγκέντρωση, δυσκολία στο να θυμηθούν, συναισθηματική κόπωση, μεγάλη διάρκεια του ύπνου καθώς και εσωτερική ανησυχία. Σε έρευνα των Chiang et al (2011), σε 96 ασθενείς διαγνωσμένους με σχιζοφρένεια κατάληξαν ότι η πλειονότητα των ασθενών βιώνει έντονα ψυχικές παρενέργειες από την χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Συγκεκριμένα 80,2% στο σύνολο των ασθενών ανέφεραν ψυχικές παρενέργειες. Οι πιο συχνές ήταν συναισθηματική κόπωση 52,1%, δυσκολία στην συγκέντρωση 43,8%, δυσκολία στο να θυμηθούν 40,6%, δυσκολία στο να μείνουν ξύπνιοι κατά την διάρκεια της ημέρας 40,6% καθώς και ότι η διάρκεια του ύπνου ήταν μεγάλη 39,6%. Δεδομένων των πιο πάνω αποτελεσμάτων αυτή η έρευνα καταλήγει στο αποτέλεσμα ότι οι ψυχικές παρενέργειες θεωρούνται οι πιο σοβαρές από τις άλλες κατηγορίες.

Οι Read et al (2014), ερεύνησαν μεγάλο δείγμα ασθενών από την Νέα Ζηλανδία. Συγκεκριμένα 1829 άτομα συμμετείχαν σε διαδικτυακή έρευνα και απάντησαν σε ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε 47 ερωτήματα, τα οποία αφορούσαν την συλλογή δημογραφικών στοιχείων, πληροφορίες για την διαδικασία συνταγογράφησης, πληροφορίες για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, προσωπικές πεποιθήσεις γύρω από την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, την εμπειρία τους από την χορήγηση καθώς και το τι πιστεύουν ότι προκαλεί την κατάθλιψη. Οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν ούτως ώστε να δίνουν ποσοτικά δεδομένα, και ήταν ανοικτού και κλειστού τύπου. Οι πιο συχνές ψυχικές παρενέργειες ήταν το συναισθηματικό μούδιασμα με 60%, ότι ένιωθαν πως δεν ήταν ο εαυτός τους με 52%, επίσης εκδήλωναν αδυναμία να νιώσουν θετικά

συναίσθημα με 42%, και αδιαφορία για τους άλλους ανθρώπους με 39%, και τέλος η αυτοκτονικότητα επίσης με 39%.

Οι Karthik et al (2014), διερεύνησαν 120 ασθενείς με σχιζοφρένεια οι οποίοι έπαιρναν αντιψυχωσικά φάρμακα πρώτης γενεάς και αντιψυχωσικά φάρμακα δεύτερης γενεάς. Ο στόχος της έρευνας ήταν να εντοπίσει διαφορές μεταξύ των δύο κατηγοριών των φαρμάκων και κυρίως την στάση των ασθενών προς τα φάρμακα. Στην χορήγηση του ερωτηματολογίου DAI 10, και οι δύο ομάδες είχαν θετική στάση προς τα λήψη της αγωγής. Επιπροσθέτως και οι δύο ομάδες είχαν το πιο υψηλό σκορ στις ψυχικές παρενέργειες σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες παρενεργειών.

Οι Cuevas et al (2014), επίσης έχουν εντοπίσει έντονες ψυχικές παρενέργειες στην έρευνα τους σε 160 ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη. Οι κυριότερες είναι αϋπνία ή δυσκολία στο να κοιμηθούν με 57,2%, η υπνηλία με 45,5%, ο πονοκέφαλος με 51,5%, και ο αποπροσανατολισμός ή σύγχυση στο 33,1%.

Οι Morrison et al (2015), σε ποιοτική έρευνα που διεξήγαγαν σε 10 ασθενείς για την εμπειρία που είχαν ζώντας με τις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Κατάληξαν στο αποτέλεσμα ότι οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων εκφράζει αποδοχή στο να παίρνει φάρμακα και στις παρενέργειες. Ο κάθε συμμετέχοντας ανέφερε έξι με επτά παρενέργειες κατά μέσο όρο οι οποίες προκαλούσαν σαφής διασπαστική επίδραση στην λειτουργικότητα τους αφού χαρακτηριστικά περιγράφουν την αίσθηση της νάρκωσης/υπνηλίας που τους δημιουργούν ως όμοια με ζόμπι. Οι πιο πολύ αναφερόμενες ψυχικές παρενέργειες ήταν η καταστολή, η εσωτερική ανησυχία, ευερεθιστότητα και η δυσκολία στην συγκέντρωση.

3.3.3 Παράγοντες σχετιζόμενοι με την Νόσο και την μη Συναίνεση

3.3.3.1 Χρόνια ασθένειας, Υποτροπές και Σοβαρότητα της νόσου

Η σοβαρότητα της ασθένειας είναι παράγοντας που χρήζει αξιολόγησης από τους ειδικούς αφού κρίνεται σε μεγάλο βαθμό η συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή και η συνεργασία για το θεραπευτικό συνεχές. Η υποτροπή της ψυχικής κατάστασης των ασθενών είναι στενά συνυφασμένη με την χρονιότητα της νόσου και τις επανεισδοχές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι Razali και Yusoff (2014), στην έρευνα τους εντόπισαν ότι τα χρόνια ασθένειας σε σχέση με την συχνότητα των εισδοχών αντιστοιχούν στην σοβαρότητα της νόσου, αφού 5 ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν την νόσο 6-10 χρόνια είχαν στο σύνολο τους 17 εισδοχές, ποσοστό που αντιστοιχεί τουλάχιστον στις 3 εισδοχές για τον κάθε ένα.

3.3.3.2 Αντιλήψεις, αναγνώριση, αποδοχή και συμπεριφορά των ασθενών προς την νόσο

Μαθαίνοντας περισσότερα για τις αντιλήψεις των ασθενών μέσα από τα βιώματά τους, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση παρέμβασης και για ένα πιο αποτελεσματικό πλάνο θεραπείας. Η γνώση αυτή δύναται να προωθήσει την συναίνεση αλλά και την σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών.

Η έρευνα των Chiang et al (2011), που διεξήχθη στην Σιγκαπούρη με 96 συμμετέχοντες εξωτερικούς ασθενείς διαγνωσμένους με Σχιζοφρένια και συγγενείς διαταραχές εντόπισε αρνητική στάση προς την λήψη φαρμακευτικής αγωγής μετά από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου DAI- 10. Αυτή η αρνητική στάση εστιάζεται στις παρενέργειες των αντιψυχωσικών γενικά.

Οι Eticha et al (2015) εντόπισαν ότι οι ασθενείς που βιώνουν λιγότερα ανεπιθύμητα αποτελέσματα είναι πιο πιθανόν να συναινούν στην φαρμακευτική αγωγή του. Στην ίδια έρευνα τους επίσης διαπιστώνουν ότι η επίγνωση της νόσου, η δυνατότητα αναγνώρισης και προσδιορισμού των συμπτωμάτων, είναι παράγοντες που προάγουν την θετική στάση για συναίνεση προς την αγωγή.

Οι Huicochea et al (2014), στην ποιοτική έρευνα τους, όταν ζητούσαν τον λόγο που τους προκαλούσε δυσαρέσκεια η ασθένεια τους, οι πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε τις παρενέργειες των φαρμάκων. Οι παρενέργειες συνεπώς πιθανόν να επηρεάσουν την έκβαση της θεραπείας με επίπτωση στην μη συναίνεση της φαρμακευτικής αγωγής.

Οι Karthik et al (2014) στην έρευνα τους συμφωνούν ότι οι παρενέργειες είναι καθοριστικός παράγοντας ως προς την διαμόρφωση των στάσεων που είχαν οι ασθενείς για την λήψη της φαρμακοθεραπείας τους.

Η ποιοτική έρευνα των Huicochea et al (2014), χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης εντόπισαν παράγοντες που επηρεάζουν την συναίνεση θετικά. Αυτοί είναι ο φόβος του κινδύνου υποτροπής σε συνδυασμό με τον φόβο της χρονιότητας και της σοβαρότητας της νόσου. Αντίθετα ο φόβος εξάρτησης από τα αντιψυχωσικά φάρμακα παρουσιάζεται ως παράμετρος μη συναίνεσης. Στην ίδια έρευνα εντοπίστηκαν ακόμη τρεις παράμετροι που επηρεάζουν την στάση των ασθενών προς την φαρμακευτική αγωγή. Η αποδοχή της διάγνωσης και η αναγκαιότητα της λήψης φαρμάκων επηρεάζει θετικά και η αίσθηση απώλειας προσωπικού ελέγχου επηρεάζει αρνητικά την συναίνεση.

Εντούτοις τα αποτελέσματα επίγνωσης και αποδοχής είναι ενθαρρυντικά, λόγω του ότι από τους 50 συμμετέχοντες οι 49 δηλώνουν ότι αντιλαμβάνονται την νόσο ως πολύ σοβαρή.

Επιπροσθέτως 35 άτομα δήλωσαν ότι η κύρια προσδοκία τους είναι να επιτύχουν την σταθερότητα της καθημερινότητας τους και να καταφέρουν να έχουν μία «φυσιολογική ζωή».

Ως εκ τούτου οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών κατατάσσονται ανάμεσα στους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την συναίνεση θετικά ή αρνητικά.

Η δέσμευση στη θεραπεία και η συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή επηρεάζεται από το τι πιστεύουν οι ασθενείς για το φάρμακο, αν θα κάνει περισσότερη ζημία παρά όφελος. Αυτή η πεποίθηση δύναται να επηρεάσει την πρόγνωση της φαρμακευτικής παρέμβασης και αντανακλά άμεσα στην αποτυχία της θεραπείας ακόμα και αν οι ασθενείς γνωρίζουν ότι η αγωγή είναι απαραίτητη για την ασθένεια τους.

Η έρευνα των Cuevas et al (2014), από τα ευρήματα της, εκφράζει την ανησυχία ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων στην θεραπεία θεωρούνται ζημιογόνες προς τους ασθενείς και επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στην ίδια έρευνα όμως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι η σοβαρότητα της νόσου συνδέεται άμεσα, με την ένταση και την συχνότητα στην οποία συναντούνται οι παρενέργειες λόγω της δοσολογίας των φαρμάκων. Συνεπώς και σε αυτή την έρευνα οι παρενέργειες συνδέονται άμεσα με την με συναίνεση των ασθενών στο θεραπευτικό σχήμα.

Οι Karthik et al (2014), μετά από την χορήγηση του ερωτηματολογίου DAI – 10 έχουν επισημάνει το εξής, ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωσική αγωγή δεύτερης γενεάς, αναφέρουν ότι νιώθουν πιο φυσιολογικά. Οι σκέψεις τους είναι πιο καθαρές, λόγω του ότι τους βοηθούν να έχουν μια πιο «φυσιολογική ζωή» και το όφελος που έχουν υπερνικά τα αρνητικά. Ταυτόχρονα πιστεύουν ότι τα νέα αντιψυχωσικά τους προστατεύουν από το να αρρωστήσουν ξανά.

Ακόμη ένα εύρημα των πιο πάνω ερευνητών είναι ότι οι ασθενείς που λάμβαναν πρώτης γενεάς νευροληπτικά παρουσίαζαν πιο σοβαρά συμπτώματα της νόσου και κατ' επέκταση με πιο φτωχή αντίληψη της σοβαρότητας της νόσου, ενώ ταυτόχρονα οι παρενέργειες των φαρμάκων ήταν πιο σοβαρές σε σχέση με την δεύτερη ομάδα.

3.3.4 Παράγοντες Σχετιζόμενοι με το Περιβάλλον και την Μη Συναίνεση

3.3.4.1 Οικογένεια

Στην έρευνα τους οι Morrison et al (2014), αναφέρουν ότι η υποστήριξη της οικογένειας στην διαχείριση της αρρώστιας και της φαρμακευτικής αγωγής ήταν παράγοντας που βοηθούσε θετικά την συναίνεση. Στην ίδια έρευνα αναφέρθηκε και το αντίθετο ότι η οικογένεια μπορεί να αποτελεί και εμπόδιο.

Οι Chan et al (2015), σε έρευνα που διεξήγαγαν μεταξύ δύο ομάδων, ασθενών και των φροντιστών που αφορούσε την άμεση οικογένεια τους, για τον κίνδυνο υποτροπής και για τον ρόλο που έχει η φαρμακευτική αγωγή στη ζωή τους κατέληξαν στα πιο κάτω ευρήματα. Όσον αφορά τα αίτια για υποτροπή της ψυχικής τους κατάστασης η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγή από την οπτική των φροντιστών ήταν στο 51,3% και από την οπτική των ασθενών στο 38,8%. Φυσικά από όλες τις παραμέτρους που αξιολόγησε η έρευνα για την υποτροπή, το στρες ήταν ο πιο υψηλός παράγοντας και στις δύο ομάδες με 81,3% και 67,5% αντίστοιχα.

3.3.4.2 Κοινωνικές Δραστηριότητες

Οι Razali και Yusoff (2014), διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλει στην σε υψηλό βαθμό στην συναίνεση των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Οι Morrison et al (2014), διαπιστώνουν ότι η παρουσία των παρενεργειών αποτελεί εμπόδιο στις κοινωνικές δραστηριότητες. Οι ασθενείς τις εκλαμβάνουν ως παράγοντες περιορισμού και στιγματισμού, λόγω του ότι ο τρόμος και η ανησυχία ή ακόμα και η υπνηλία δεν είναι αποδεκτά από τον γενικό πληθυσμό. Οι Sapra et al (2014), στις μεταβλητές που διερεύνησαν διαπίστωσαν ότι το στίγμα, η αλλαγή της σωματικής εμφάνισης αλλά και οι δυσκολίες προς την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων επηρεάζουν το κομμάτι της κοινωνικοποίησης σε μεγάλο βαθμό.

3.3.4.3 Θεραπευτική Συμμαχία

Στην έρευνα των Sapra et al (2011), το 74% των συμμετεχόντων της ομάδας των ασθενών που βίωναν το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο η θεραπευτική συμμαχία θεωρούν ότι είναι το νούμερο ένα παράγοντας συναίνεσης στην φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα οι ασθενείς που θεωρούνται χρόνιοι πιο μεγάλοι σε ηλικία και είχαν αρκετές υποτροπές δεν υπολογίζουν την θεραπευτική σχέση ως πρώτο παράγοντα συναίνεσης, αλλά την πρόληψη υποτροπής και την διατήρηση σταθεροποίησης της ψυχικής τους κατάστασης με ποσοστό 62.5%. Οι Salomon και Hamilton (2013), εντόπισαν ότι η

θεραπευτική σχέση δημιουργείται από την πρώτη φορά που προσεγγίζει ο ασθενής το σύστημα. Η πρώτη εμπειρία είναι αυτή που δημιουργεί θετική ή αρνητική στάση προς τους επαγγελματίες υγείας και προς το σύστημα γενικότερα. Άσχημες εμπειρίες προδιαθέτουν αρνητικά τους ασθενείς στο να ζητήσουν βοήθεια για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και αρκετοί παίρνουν αποφάσεις χωρίς να συμβουλευτούν ή να πάρουν κλινική υποστήριξη. Αυτό εστιάζεται κυρίως στο συναίσθημα του ότι δεν θα εισακουστεί η θέση τους.

Μόνο το 14% των συμμετεχόντων περιγράφουν θετικά την σχέση τους με τον κλινικό θεραπευτή τους. Στο σύνολο όμως των συμμετεχόντων η πλειοψηφία δηλώνει απογοητευμένοι, με επίπτωση στην εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας που στόχο έχει την παρακολούθηση του ασθενή σε όλα τα στάδια της θεραπείας. Ακόμη μια παράμετρος που επηρεάζει την σχέση μεταξύ ασθενή και ειδικού είναι η μη επαρκής πληροφόρηση για το τι χρειάζεται να προσέχει και για το πως θα προσαρμόσει την φαρμακοθεραπεία στην καθημερινότητα τους χωρίς να τον εμποδίζει στην διεκπεραίωση των βασικών του αναγκών. Επιπρόσθετα η ανεπαρκής παροχή των πληροφοριών επηρεάζει αρνητικά την συναίνεση, ως αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι πολλοί από τους ασθενείς να θέλουν να διακόψουν την φαρμακευτική αγωγή, με αυτό το εύρημα συμφωνούν και οι Read et al (2014) όπου το 36% των συμμετεχόντων στην έρευνα τους αναφέρουν ότι δεν είχαν πληροφόρηση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τους ειδικούς. (βλέπε παραρτήματα Γ και Δ)

Κεφάλαιο 4

4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε επίπεδο επιστημονικής γνώσης για τα Ελληνικά και Κυπριακά δεδομένα είναι η πρώτη φορά που πραγματοποιείται έρευνα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την συναίνεση των ψυχικά πασχόντων προς την φαρμακευτική αγωγή.

Τα ευρήματα που ανακύπτουν από την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτουν αρκετούς παράγοντες που σχετίζονται ή προβλέπουν την μη συναίνεση των ψυχικά ασθενών. Αυτά τα ευρήματα έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη στρατηγικών και εφαρμογή προγραμμάτων που θα στοχεύουν στην βελτίωση της συναίνεσης των ασθενών στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και στην δέσμευση για θεραπεία.

Από την επιλογή των άρθρων που κρατήθηκαν, η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ασθενών όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, υπήρχαν έρευνες που αναδείκνυαν ότι η ηλικία επηρεάζει την συναίνεση αρνητικά. Σε σχέση με αυτό το εύρημα οι νεαροί ενήλικες που είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση και αναγνώριζαν την ασθένεια τους εξακολουθούν να παρουσιάζουν αρνητική στάση προς τα φάρμακα. Αυτή η διαπίστωση συμπίπτει και με το εύρημα τους Valenstein et al (2002), ότι οι νεαροί ασθενείς που εκδηλώνουν ψύχωση παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο μη συναίνεσης.

Η ηλικία των 45-65 παρουσιάζει δίπολα αποτελέσματα, κάποιες έρευνες αναδεικνύουν τον αρνητικό βαθμό συναίνεσης στην σοβαρότητα της νόσου αλλά και στην αρνητική στάση προς τα φάρμακα (Acosta et al 2012), και κάποιες άλλες εντοπίζουν θετικό βαθμό συναίνεσης που οφείλεται κυρίως στα βιώματα τους από την διάρκεια και την σοβαρότητα της νόσου (Lacro et al 2002). Επιπρόσθετοι αρνητικοί παράγοντες στην μέση ηλικιακή ομάδα είναι η συνύπαρξη παθολογικών ασθενειών οι οποίες περιπλέκουν περισσότερο το σχήμα και τον αριθμό των φαρμάκων που χρειάζεται να παίρνουν (Taj et al 2008).

Όσον αφορά το φύλο, από την υφιστάμενη συστηματική ανασκόπηση, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι άντρες νοσούν πιο συχνά με σχιζοφρένεια, ενώ αντίθετα οι γυναίκες νοσούν πιο συχνά με κατάθλιψη και διπολική διαταραχή. Αυτό το εύρημα υποστηρίζεται και από την διεθνή βιβλιογραφία διαχρονικά (Μαδιανός, 2004).

Η κουλτούρα φαίνεται να επηρεάζει την διαχείριση της νόσου. Μέσα από την μελέτη των ερευνών, προέκυψε ότι οι Ασιατικές χώρες, όπως η Κίνα και η Ινδία αλλά και οι χώρες της Λατινικής Αμερικής όπως το Μεξικό, παρουσιάζουν μια τάση αναζήτησης εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Αυτή η διαπίστωση φαίνεται να επηρεάζει την υιοθέτηση των φαρμάκων στην ζωή τους με αποτέλεσμα να επηρεάζει την συναίνεση αρνητικά, αφού πιστεύουν ότι η βιοχημική παρέμβαση στον οργανισμό τους με τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να τους προκαλέσει περισσότερο βλάβη παρά ωφέλεια. Οι ασθενείς επιλέγουν και ακολουθούν θεραπείες που θα τους βοηθήσουν να εξασθενήσουν τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου με την λιγότερη χρήση χημικής παρέμβασης στον οργανισμό (Huicochea και Vargas 2013).

Η οικογενειακή κατάσταση όσον αφορά την συναίνεση στη φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο υπό την έννοια ότι, οι ασθενείς που ζουν με την οικογένεια τους τείνουν να είναι πιο συνεπείς στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ο λόγος είναι ότι υπάρχει περισσότερος έλεγχος και συνήθως στήριξη μεταξύ των μελών. Οι ασθενείς πολλές φορές αντιλαμβάνονται ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι λιγότερο αναγκαία σε σχέση με τους συγγενείς τους, εύρημα το οποίο εντοπίστηκε και στην πιλοτική μελέτη των Brent et al (2011). Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι η οικογένεια ήταν πιο σωστά ενημερωμένη για την σημασία της θεραπείας σε σχέση με τους ασθενείς. Οι Chan et al (2015) επιβεβαιώνουν την διαφορά αντίληψης της σοβαρότητας της νόσου μεταξύ των δύο ομάδων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών.

Η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με την αρνητική συναίνεση βάση της βιβλιογραφίας συνδέεται περισσότερο με τον αναλφαβητισμό (Janssen et al, 2006). Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια τα αποτελέσματα ήταν για ακόμη μια φορά δίπολα υπό την έννοια ότι οι αναλφάβητοι ασθενείς παρουσιάζουν πιο συχνά το φαινόμενο της μη συναίνεσης. Στην παρούσα μελέτη οι έρευνες έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που συμμετείχε είχε ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση αλλά δεν συναινούσαν στην αγωγή τους. Άρα το μορφωτικό επίπεδο δεν καθορίζει ξεκάθαρα την μη συναίνεση.

Από τα πιο αξιοσημείωτα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι ο μεγάλος αριθμός παρενεργειών που παρουσιάζουν τα αντιψυχωσικά φάρμακα και το πως αυτές μπορεί να συνυπάρχουν σε ένα ασθενή την ίδια χρονική περίοδο. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν αντιψυχωσικά φάρμακα αναφέρουν διαφορετικούς συνδυασμούς παρενεργειών και αυτό κάνει ακόμα πιο δύσκολη την αξιολόγησή τους, σύμφωνα με

το Royal Australian New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the treatment of Schizophrenia Related disorders 2005, αυτό το φαινόμενο δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται γενικευμένα. Συνεπώς η αντιμετώπιση και η διαχείριση των όποιων παρενεργειών προκύψουν χρειάζονται εξατομίκευση. Ο ασθενής θα πρέπει να φροντίζεται σαν άτομο το οποίο αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα τα οποία για τον ίδιο είναι μοναδικά.

Οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή. Αναλύοντας την κάθε μια παρενέργεια ξεχωριστά και αλλά συνολικά, επιβεβαιώνεται στατιστικά ότι πέραν του 50% των ασθενών παρουσιάζουν προβλήματα στην συναίνεση της φαρμακευτικής αγωγής. Όσο πιο σοβαρή είναι η επιβάρυνση από τις παρενέργειες τόσο σοβαρά επηρεάζεται και η συναίνεση με αποτέλεσμα την επίμονη αρνητική στάση προς την φαρμακευτική αγωγή από τους ασθενείς (Kuroda et al 2008, Lambert et al 2004).

Κάποιες συγκεκριμένες παρενέργειες έχουν πιο μεγάλη επίπτωση στη μη συναίνεση των ασθενών, καθώς η συναισθηματική δυσφορία και η δυσαρέσκεια που δημιουργείται ενισχύει ακόμα πιο πολύ την μη συναίνεση. Αυτή η διαπίστωση υποστηρίζεται από τους Kane et al (2013), καθώς και από τους Velligan et al (2009). Συγκεκριμένα οι κατηγορίες των ψυχικών παρενεργειών και η αύξηση βάρους εντοπίστηκαν ότι σχετίζονται με την μη συναίνεση, το εύρημα αυτό υποστηρίζεται και από τους Svanum-Ascher et al (2006). Επιπρόσθετα οι εξωπυραμιδικές παρενέργειες σε συνδυασμό με την ευερεθιστότητα κατείχαν υψηλό ποσοστό αναφοράς και εμφάνισης στους ασθενείς που λάμβαναν και από τις δύο κατηγορίες αντιψυχωσικά παρόλο που τα δεύτερης γενεάς φάρμακα δεν αναφέρουν τόσο συχνά εξωπυραμιδικά συμπτώματα, φαίνεται να υπάρχει ισχυρή σύνδεση με την μη συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται και από τους Haro και Carulla (2006). Η σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν πιο συχνή ανάμεσα στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και κυρίως την κατάθλιψη (Poromaa et al 2000). Αυτή η επιπλοκή επαγόμενη από τα φάρμακα συνδέεται με την μη συναίνεση, αν και συναντάται συχνά στην κλινική πρακτική οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να το διερευνούν με τους ασθενείς τους κάτι το οποίο ακόμα και στην Αμερική δεν εφαρμόζεται συστηματικά στην καθημερινή πρακτική όπως αναφέρεται από τον Αμερικάνικο ιατρικό σύλλογο 2008.

Η έλλειψη της αντίληψης της ψυχικής κατάστασης των ασθενών είναι στενά συνυφασμένη με την μη συναίνεση αυτό υποστηρίζεται και στην έρευνα των Tsang et al (2009), όπου εντόπισε ότι η επίγνωση είναι ισχυρός προσδιοριστής της συναίνεσης. Ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή και ενεργώ ψυχοπαθολογία τείνουν να έχουν χαμηλή συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή και πολλές εισδοχές στις ψυχιατρικές μονάδες, οι San et al, (2013) έχουν εντοπίσει ότι ο αριθμός προηγούμενων εισδοχών σε συνάρτηση με πολύπλοκο φαρμακευτικό σχήμα σχετίζεται με την συχνότητα των υποτροπών της ψυχικής κατάστασης. Οι Draman et al, (2005) έχουν επίσης διαπιστώσει ότι ασθενείς με ιστορικό προηγούμενων εισδοχών αποτελούν παράγοντα κακής πρόγνωσης της ασθένειας με συνέπεια τις συχνές εισδοχές. Σε συνδυασμό με τις πιο πάνω διαπιστώσεις οι Offord et al, (2013) αναφέρουν ότι οι πολλαπλές εισδοχές που αφορούν την μη συναίνεση στην αρχική φάση διάγνωσης παραπέμπουν στην εγκατάσταση συμπεριφοράς μη συναίνεσης προοδευτικά στην παρουσία της νόσου.

Έχει αποδειχτεί ότι η οξεία φάση της νόσου που εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως, διωκτικό παραλήρημα, εχθρότητα, πομπώδη συμπεριφορά και σύγχυση σχετίζονται με άρνηση της θεραπείας και κατ' επέκταση με χαμηλή συναίνεση. Η έλλειψη κατανόησης της σημαντικότητας λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, στην πρόληψη υποτροπής σε συνδυασμό με την υποτίμηση του κινδύνου υποτροπής της ψυχικής κατάστασης φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την συναίνεση κατά την διάρκεια της ύφεσης των συμπτωμάτων της ψύχωσης (Chan et al, 2015).

Οι Roe et al (2004), πιστεύουν ότι η εκτίμηση της πιθανότητας για υποτροπή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ασθενή προς την πορεία της νόσου. Η έλλειψη της αντίληψης μπορεί να εκδηλώνεται συμπεριφοριστικά με πλήρη άρνηση της νόσου και πλήρη απόρριψη της διάγνωσης, με αποτέλεσμα την άρνηση θεραπείας που προοδευτικά θα εκδηλωθεί με χρόνιο πρόβλημα μη συναίνεσης και χειροτέρευση της ψυχικής υγείας (Birnbaum και Sharif 2008).

Η θεραπευτική συμμαχία μέσα από την μελέτη της βιβλιογραφίας κατατάσσεται μέσα στους σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την συναίνεση στη φαρμακευτική αγωγή. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά όταν ο ασθενής προσεγγίζει για πρώτη φορά τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η παροχή πληροφοριών και η συναισθηματική στήριξη για κατανόηση της νόσου είναι το πρώτο μέλημα του επαγγελματία υγείας, διαφορετικά η ευκαιρία για δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η θέση υποστηρίζεται και από τους Perkins et al (2006), όπου τονίζουν ότι η συναίνεση σχετίζεται με τι πιστεύουν οι ασθενείς γύρω από την φαρμακευτική αγωγή

την αναγνώριση του ασθενή ότι είναι άρρωστος καθώς και την θετική θεραπευτική συμμαχία που υπηρετεί τις δύο πιο πάνω παραμέτρους να ανταποκριθούν στο κλινικό περιβάλλον του νέου ασθενή. Μια από τις παραμέτρους της ιδανικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ των ειδικών και των ασθενών είναι η μείωση της βλάβης σε περιπτώσεις που οι ασθενείς θέλουν να δοκιμάσουν χωρίς φάρμακα. Με αυτή την επιλογή στη θεραπευτική διαδικασία ο ρόλος του ειδικού είναι να διατηρήσει τους διαύλους επικοινωνίας ανοικτούς παρέχοντας ακριβείς πληροφορίες για τις παρενέργειες από την συστηματική λήψη των φαρμάκων αλλά και για τους πιθανούς κινδύνους αν αποφασίσουν να διακόψουν (Morrison et al, 2012). Ακόμη μια θεραπευτική παρέμβαση είναι η αλλαγή φαρμάκου που είναι πιο ανεκτό στον ασθενή. Αφού στόχος είναι η ανακούφιση του ασθενή και η πρόληψη της ψυχικής του κατάστασης (Balıkcı et al, 2014).

Αυτή η ανασκόπηση έγινε όσο πιο συστηματικά το δυνατόν για αυτό το λόγο τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνευτούν και να γενικευθούν με επιφύλαξη.

4.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μη συναίνεση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο εκδηλώνεται διαχρονικά, με τις εξής ζημιολογικές συνέπειες: α) αποτυχία της θεραπείας, β) υποτροπή της ψυχικής κατάστασης, γ) αύξηση της θνησιμότητας, δ) εισδοχές στα ψυχιατρικά τμήματα και μακρόχρονη νοσηλεία με δυσμενείς επιπτώσεις σε όλο το σύστημα που συνδέεται με το μέλος που νοσεί και τέλος οι συνέπειες επιβαρύνουν το κόστους θεραπείας στα συστήματα υγείας.

Μέσα από την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την συναίνεση των ψυχικά ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή διαφάνηκε ότι οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι ξεκάθαρα ο πρώτος παράγοντας που εμποδίζει την συναίνεση σε μεγάλο βαθμό. Αφού επηρεάζει όλη την σωματική και την ψυχική κατάσταση του ατόμου.

Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η ίδια νόσος και η όλη ψυχοπαθολογία που την συνοδεύει, ακολουθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά με την μεταβλητή φύλο να σχετίζεται ξεκάθαρα με την κατηγορία της ψύχωσης, με την σχιζοφρένεια να εκδηλώνεται πιο συχνά στους άντρες και την κατάθλιψη με την διπολική διαταραχή πιο συχνά στις γυναίκες. Η ηλικία ως μεταβλητή συνδέεται με την έναρξη της νόσου, τα χρόνια ασθένειας καθώς και με την σοβαρότητα της νόσου τις υποτροπές και

τα υπολειμματικά συμπτώματα από την κάθε υποτροπή. Η ηλικία επίσης σχετίζεται με την ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ των ειδικών και του ασθενή, η πρώτη επαφή με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και το πώς ο ασθενής βιώνει αυτή την τραυματική εμπειρία. Επιπρόσθετα η φυλή - κουλτούρα, τα πιστεύω και οι αντιλήψεις γύρω από την νόσο επηρεάζουν την συναίνεση ξεκάθαρα.

Η οικογένεια σαφώς και επηρεάζει την συναίνεση αφού κατέχει σε μεγάλο βαθμό τον ρόλο του διαμεσολαβητή με τις ειδικότητες υγείας. Αναλαμβάνει επίσης κομμάτι της φροντίδας, και διατηρεί εν μέρει τον έλεγχο για την λήψη της αγωγής και γενικά όλου του θεραπευτικού συνεχές.

Η θεραπευτική συμμαχία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την πορεία της νόσου και την έκβαση της θεραπείας. Η εμπιστοσύνη και η παρακολούθηση της ψυχικής κατάστασης εξασφαλίζει την σταθερότητα και προλαμβάνει την υποτροπή.

Συνοψίζοντας οι παρενέργειες αποτελούν τον πιο ισχυρό παράγοντα στην διαμόρφωση αρνητικής στάσης και μη συναίνεσης προς την φαρμακευτική αγωγή μεταξύ των ψυχικά ασθενών και δεν πρέπει να υποτιμούνται από τους ειδικούς.

Τέλος μέσα από την μελέτη της βιβλιογραφίας διαφάνηκε ότι η συναίνεση αφορούσε δύο παραμέτρους, την συναίνεση στην φαρμακευτική αγωγή και την συναίνεση στην θεραπεία, ουσιαστικά είναι δύο παράγοντες που αξιολογούνται ξεχωριστά όμως λόγω του ότι είναι άμεσα συνδεδεμένοι και αλληλεπιδρούν ο ένας στον άλλο για τον σκοπό της μελέτης χρησιμοποιούνταν και οι δύο χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα.

4.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στην παρούσα μελέτη δεν διερευνήθηκε η διπλή διάγνωση που αφορά την χρήση ουσιών η οποία επηρεάζει την συναίνεση αρνητικά. Επίσης δεν διερευνήθηκε η συχνότητα της θνησιμότητας ως αποτέλεσμα μη συναίνεσης στην θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή καθώς και η σχέση της με τον αριθμό των αυτοκτονιών. Το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός χρήζουν περαιτέρω μελέτης ως παράγοντες που επηρεάζουν την συναίνεση στη θεραπεία αλλά και στην φαρμακευτική αγωγή.

Επίσης η μελέτη δεν εστιάστηκε στην οικονομική πτυχή που επιβαρύνει το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας, ακόμη η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, το οικονομικό και το γεωγραφικό κομμάτι δεν υπήρχε δυνατότητα να διερευνηθούν εις βάθος.

4.4 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Συμφώνα με την βιβλιογραφία οι στρατηγικές βελτίωσης της συναίνεσης, μπορεί να είναι πολύ απλές αλλά και πολύ περίπλοκες. Ο στόχος όμως σε όλες είναι κοινός, και είναι η διαφοροποίηση της στάσης των ασθενών προς τα φάρμακα.

Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με απλές παρεμβάσεις που θα επηρεάζουν την συμπεριφορά των ασθενών ανάλογα με τον λόγο που δεν συναινούν. Παράδειγμα ένας ασθενής ξεχνά την δόση του, ο στόχος είναι να βάλει στην ρουτίνα του το φάρμακο όπως ο ίδιος πιστεύει ότι δεν θα το ξεχνά όπως πχ. δίπλα από κλειδιά του σπιτιού αν είναι πρωί. Αν όμως ο λόγος που δεν συναινεί είναι γιατί νιώθει παράξενα και δυσκολεύεται να διεκπεραιώσει τις υποχρεώσεις του, χρειάζεται να σταθμιστούν τα οφέλη που έχει από την αγωγή και να δοκιμάσει διαφορετικές ώρες λήψης της δόσης του φαρμάκου που δεν θα τον δυσκολεύουν.

Η αλλαγή φαρμάκου θα ήταν μια καλή στρατηγική μείωσης των παρενεργειών και ανακούφισης του ασθενή, επιπλέον η οδός χορήγησης του φαρμάκου θα μπορούσε επίσης να βελτιώσει την συναίνεση ανάλογα των αναγκών του κάθε ασθενή.

Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια από τις καλές παρεμβάσεις σε πρακτικό επίπεδο αν σχεδιαστεί σωστά στο να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η ψυχιατρική ιατρική και νοσηλευτική χρειάζεται ακόμη πιο εξειδικευμένες γνώσεις και παρεμβάσεις σε επίπεδο διαχείρισης των ασθενών. Βιωματικά εργαστήρια με εκπαιδευτικό υλικό και σενάρια υπόδησης ρόλων, είναι πολύ βοηθητικά για τους επαγγελματίες υγείας.

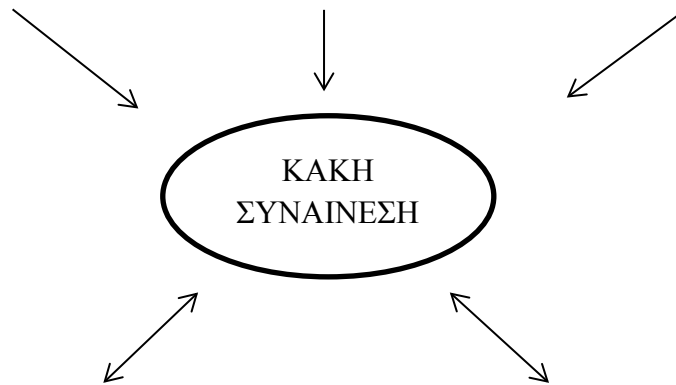
Επιπρόσθετα η εκπαίδευση των επαγγελματιών στην χορήγηση διαγνωστικών εργαλείων για εντοπισμό των παρενεργειών αλλά και των στάσεων των ασθενών θα ήταν ότι πιο πολύτιμο στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, σε πιο τεκμηριωμένες παρεμβάσεις βασιζόμενοι πάντα στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών.

Περαιτέρω μελέτες και έρευνες πιο εστιασμένες στους παράγοντες μη συναίνεσης θα προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες στην διαχείριση του φαινομένου αυτού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟ
<ul style="list-style-type: none"> • Αρνητικές στάσεις για τη θεραπεία • Απουσία υποστηρικτικού συστήματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραχή Προσωπικότητας 	<ul style="list-style-type: none"> • Κακή σχέση με τον ασθενή • Πολύωρη αναμονή • Έλλειψη χρόνου με τον άρρωστο



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΟ
<ul style="list-style-type: none"> • Πολυπλοκότητα στη δοσολογία • Ανεπιθύμητες ενέργειες • Καθυστέρηση θεραπευτικής δράσης • Μακρόχρονη αγωγή • Αρνητικές επιπτώσεις μετά την διακοπή της αγωγής 	<ul style="list-style-type: none"> • Παραληρητικές ιδέες • Κατάχρηση ουσιών • Αμφιθυμία • Γνωσιακά ελλείμματα • Χρόνια διαδρομή της αρρώστιας

ΠΗΓΗ: ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. (2004)

Παράρτημα Β. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ

Κατηγορία παρενεργειών	Σύμπτωμα
Ψυχικές	Καταθλιπτικό Συναίσθημα Ασθενικότητα / Αδυναμία Υπνηλία Δυσκολίες στην μνήμη Ένταση Αύξηση ονειρικής δραστηριότητας Συναισθηματική αδιαφορία Αύξηση ή μείωση διάρκειας του ύπνου
Νευρολογικές	Δυστονία / Δυσκαμψία Ακινήσια / Υποκινήσια Τρόμος Ακαθησία Επιληπτικές κρίσεις Παραισθήσεις
Αυτονομικές	Σιελόρροια, Ξηροστομία Ναυτία - Τάση για εμετό Διάρροια ή Δυσκοιλιότητα Πολυουρία / Πολυδιψία Ορθοστατική Υπόταση Εφίδρωση
Καρδιολογικές	Ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία, αρρυθμίες μυοκαρδιοπάθεια
Αιματολογικές	Ακοκκιοκυτταρεμία Λευκοπενία, Κοκκιοκυτταροπενία
Ηπατικές	Χολοστατικός ίκτερος
Οφθαλμολογικές	Μελάγχρωση αμφιβληστροειδούς (θειοριδαζίνη) Κοκκιώσεις: εναποθέσεις στο φακό (χλωροπρομαζίνη)
Άλλες	Καταστολή Εξάνθημα δερματικό - Κνίδωση Φωτοευαισθησία Σμηγματόρροια Αύξηση βάρους ή Απώλεια βάρους Μηνορραγία / Αμηνόρροια Γαλακτόρροια Γυναικομαστία Μείωση της σεξουαλικότητας Θάμβος όρασης Δυσκολία στύσης/ εκσπερμάτωσης Δυσκολίες οργασμού Πονοκέφαλος - Ημικρανία Ψυχική εξάρτηση - Σωματική εξάρτηση Υπερθερμία

ΠΗΓΗ: ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. (2004)

Παράρτημα Γ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΚΤΗΘΕΙΣΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Έρευνα	Παράγοντες που σχετίζονται με την φαρμακευτική αγωγή	Παράγοντες που σχετίζονται με την νόσο	Παράγοντες που σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά	Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον
Razali, και Yusoff, (2014)			✓	✓
DiBonaventura et al, (2012)	✓	✓	✓	
Karthik et al, (2014)			✓	
Eticha et al, (2015)		✓	✓	
Sapra et al, (2014)			✓	
Cuevas, Penate και Sanz, (2013)	✓	✓	✓	
Salomon και Hamilton, (2013)			✓	✓
Huicochea et al, (2014)		✓	✓	
Chiang et al, (2011)	✓	✓		
Kikuchi et al,(2010)	✓			
Balikci et al, (2014)	✓			
McCann, Clark και Lu, (2009)	✓			
Read, Cartwright, και Gibson, (2014)	✓			✓
Morrison et al , (2015)	✓			✓
Chan et al, (2015)				✓

Παράρτημα Δ: ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Έρευνα	Θετικός βαθμός συναίνεσης	Αρνητικός βαθμός συναίνεσης	Δεν ήταν ξεκάθαρος ο βαθμός συναίνεσης
SM Razali, MZAAM Yusoff, (2014)		✓	
DiBonaventura et al, (2012)		✓	
Karthik et al, (2014)	✓		
Eticha et al, (2015)		✓	
Sapra et al, (2014)	✓	✓	
Cuevas, Penate και Sanz, (2013)		✓	
Salomon και Hamilton, (2013)		✓	
Huicochea et al, (2014)		✓	
Chiang et al, (2011)		✓	
Kikuchi et al,(2010)			✓
Balikci et al, (2014)	✓		
McCann, Clark&Lu, (2009)			✓
Read, Cartwright, Gibson, (2014)		✓	
Morrison et al , (2015)		✓	
Chan et al, (2015)		✓	

Παράρτημα Ε

Πίνακες Αξιολόγησης της ποιότητας

QUALITATIVE REPORTS		
	Huicochea et al, (2014)	Morrison et al, (2015)
1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?	Yes	Yes
1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?	Yes	Yes
1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?	Yes	Yes
1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?	Yes	Yes
Συνολική Βαθμολογία	100%	100%

QUANTITATIVE NON – RANDOMIZED REPORTS				
	Sapra et al, (2014)	Chan et al, (2015)	SM Razali, & Yusoff, (2014)	Karthik et al, (2014)
3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimized selection bias?	Yes	Yes	Yes	Yes
3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?	Yes	Yes	Yes	Yes
3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?	Yes	Yes	Yes	Yes
3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?	Yes	Yes	Yes	Yes
Συνολική Βαθμολογία	100%	100%	100%	100%

QUANTITATIVE RANDOMIZED CONTROLLED								
	Read, Cartwright, Gibson, (2014)	Kikuchi et al, (2010)	Eticha et al, (2015)	Balikci et al, (2014)	Cuevas, Penate και Sanz, (2013)	Chiang et al, (2011)	McCann, Clark & Lu, (2009)	Marco DiBonaventura et al, (2012)
2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)?	Can't Tell	Yes	Yes	Can't Tell	Can't Tell	Can't Tell	Can't Tell	Can't Tell
2.3. Are there complete outcome data (80% or above)?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Συνολική Βαθμολογία	75%	100%	100%	75%	75%	75%	75%	75%

MIXED METHOD REPORTS

CRITERION	
	Salomon και Hamilton, (2013)
1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?	Yes
1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?	Yes
1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?	Yes
1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?	Yes
Συνολική Βαθμολογία	100%
3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimized selection bias?	Yes
3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?	Yes
3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?	Can't Tell
3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?	Yes
Συνολική Βαθμολογία	75%
5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?	Yes
5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results) relevant to address the research question (objective)?	Yes
5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results) in a triangulation design?	Yes
Συνολική Βαθμολογία	100%

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Acosta FJ, Hernandez JL, Pereira J, Herrera J, Rodriguez CJ (2012) Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatr* 2(5):74–82.

Adewuya AO, Ola BA, Mosaku SK, Fatoye FO et al Attitude towards antipsychotics among out patients with schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:207-11

Altamura AC, Sassella F, Santini A, Montresor C, Fumagalli S, Mundo E. Intramuscular preparations of antipsychotics: uses and relevance in clinical practice. *Drugs* 2003;63(5):493-512

American Medical Association Web Site (2010) Physician Characteristic and Distribution in the US, 2008 Edition <https://www.healthypeople.gov/2020/data-source/physician-characteristics-and-distribution-united-states>

Ascher- Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro JP, et.al: A prospective study of risk factors for non adherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006, **67**:1114-1123

Awad, A.G., & Voruganti, L.P. (2005). Neuroleptic dysphoria: Revisiting the concept 50 years later. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 111, 6-13

B. Jimmy, and J. Jose, “Patients medication adherence: measures in daily practice,” *Oman Medical Journal*, vol.26, no.3, pp. 155-159, 2011.

Balikci A., Uzun O., Erdem M., Doruk A., Cansever A., Ates M.A. Side effects that Cause Noncompliance to Antidepressant Medications in the Course of Outpatient Treatment. *Bulletin of clinical Psychopharmacology* 2014;24(1):69-75

Birnbaum M, Sharif Z (2008) Medication adherence in schizophrenia: patient perspectives and the clinical utility of paliperidone ER. *Patient Prefer Adherence* 2:233–240.

Brad F.H, Gary N. & Tracey P. (2010) The greater of two evils? How people with transformative psychotic experiences view psychotropic medications. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* **12**, 44-59

Bustillo, J., Laurello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of psychiatry*, 158(2), 163-17

Cascade, E., Kalali, AH., Mehra, S., Meyer, JM. Real-world Data on Atypical Atipsychotic Medication Side Effects. *Psychiatry (Edgemont)* 2010;7(7):9-12

Chan K.W.S., Wong M.H.M., Hui C.L.A., Lee E.H.M., et al (2015). Perceived risk of relapse and role of medication: comparison between patients with psychosis and their caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* Vol. 50:307-315

Chiang YL, Klainin-Yobas P, Ignasio J, Mui Lee Chng C. The impact of antipsychotic side effects on attitudes towards medication in people with schizophrenia and related disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, **20**, 2172-2182

Cleary A, Walsh F, Connolly H, Hays V, Macken E. Monitoring and documentation of side effects from depot antipsychotic medication: an interdisciplinary audit practice in regional mental health service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012, **19**, 395-401

Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(2):596-601

Coombs, T., Deane, F. P., Lambert, G. & Griffiths, R. (2003). What influences patient medication adherence? Mental health nurse perspectives and need for education and training. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 148-152

Crouch, D. (2003) Sharing medication agreements with patients, *Nursing Times* (99)38: 34-6

Cuevas C.D.L., Penate W., Sanz E.J., (2014) Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *Eur J Clin Pharmacol* 70:89-98

D. I. Velligan, M. Wang, P. Diamond et al., "Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications." *Psychiatric Services*, vol. 58, no.9, pp. 1187-1192, 2007.

Dayalu P, Chou KL. Antipsychotic – induced extrapyramidal symptoms and their management. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9(9): 1451-1462

DeHaan L, Linszen DH, Lenior ME, de Win ED, Gorsira R. Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication. *Schizophr Bull*. 2003;29:341-8

DiBonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2012,12:20

Draman S, Ismail S, Merchant M, Yusof H, Husin T, Singh SI. A study on risk factors of repeated admissions among patients with schizophrenia in Hospital Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. *Inter Med J* 2005;12:185-92.

Drori T, Guetta H, Natan MB, Polakevich Y. Effect of mental health nurses beliefs and knowledge of medication on their use of strategies to improve medication adherence. *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23, 374-380

E. Sabate , *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, World Health Organization, Geneva, Switzerland 2003

Emsley R, Oosthuizen P, Koen L, Niehaus DJ, Medori R, Rabinowitz J. Oral versus injectable antipsychotic treatment in early psychosis: post hoc comparison of two studies. *Clin Ther* 2008; 30(12):2378-2386

Enhancing prescription medicine adherence: a national action plan. National Council on Patient Information and Education, 2007

Eticha T., Teklu A., Ali D., Solomon G., et al (2015). Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Makelle, Northern Ethiopia. *PLOS ONE* \DOI:10.1371/Journal.pone.0120560

F.Hurley, J. Cramer, B Spilker, “Statistical approach to sub-group analyses: patients compliance data and clinical outcomes”, in *Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials*, pp243-250, Raven Press, 1991

Fleischhacker WW, Oehl MA & Hummer M (2003) Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *Journal of Clinical Psychiatry* **64**, 10-13

Haro JM, Salvador- Carulla L: The SOHO (Schizophrenia Out patient Health Outcome) study: implications for the treatment of schizophrenia. *CNS Drugs* 2006, **20**:293-301

Hogan, T.P., Awad, A.G., Eastwood, R., 1983 A self-report subscale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol. Med.* 13, 177-183

Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P, et al. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004;65:211 – 6

Huicochea Vargas I., Huicochea L., Berlanga C., and Fresan A. (2014). Taking or not taking medication: psychiatric treatment perceptions in patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Vol . 39, 673-679

International Diabetes Federation (2006) Available at: [http:// www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta def final.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf) (accessed 12 April 2010)

Janssen B, Gaebel W, Haerter M, Komaharadi F, Lindel B, Weinmann S (2006) Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology* 187:229–236.

Kane JM, Kishimoto T, Correll CU (2013) Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry* 12:216–226.

Keith, S. J., & Kane, J. M. (2003). Partial compliance consequences in schizophrenia: Our patients can do better. *Journal Clinical Psychiatry*, 64, 1308-1315

Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients, carers and professionals views. *Schizophr Bull.* 2006;32(4):786-794

Kikuchi, T., Uchida, H., Suzuki, T., Watanabe, K., Kashima, H. Patients attitudes toward side effects of antidepressants: an Internet survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2011) 261:103-109

Kim SF, Huang AS, Snowman AM, Teuscher C, Snyder SH. Antipsychotic drug induced weight gain mediated by histamine H1 receptor-linked activation of hypothalamic AMP- kinase. *Proceedings of national academy of sciences of the united states of America.* 2007;104(9):3456-3459

Knegtering H., van der Moolen A.E.G.M., Castelein S., Kluiters H. & van den Bosch R.J. (2003) What are the effects of antipsychotics on sexual dysfunctions and endocrine functioning? *Psychoneuroendocrinology* 28,109-123

Kyngas H , Duffy M.E., Kroll T Conceptual analysis of compliance. *J Clin Nurs* 2000;9(1):2-12

Lacro J, Dunn L, Dolder C, Leckband SG et al, Prevalence of and risk factors for medication non adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002, **63**:892-908

Lambert M, Conus P, Cotton S, Robinson J, McGorry PD, Schimmelmann BG. Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusal of antipsychotic treatment in first episode psychosis. *J. Clin Psychopharmacol.* 2010;30:565-72

Lambert M, Conus P, Eide P, Mass R et al. Impact present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry* 2004; 19:415-22

Leclerc E, Noto C, Bressan RA, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2015;37:168-176

Lieberman JA, Perkins D, Belger A, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis , pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry.* 2001;50(11):884-897

- Lizer MH, Parnapy Jawaid SA, Marsh W, Mogli L. The impact of a pharmacist assisted clinic upon medication adherence and quality of life in mental health patients. *Pharmacy Practice (internet)* 2011 Jul-Sep; 9(3):122-127
- Lucca JM, Ramesh M, Parthasarathi G, Ram D. Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: Across-sectional study. *Journal of Postgraduate Medicine.* 2015;61:251-6
- M. A. Rapoff, Adherence to Pediatric Medical Reimens, *Issues in Clinical Child Psychology*, Springer, New York, N.Y, USA, 2nd edition, 2010.
- Marinker M, Blenkinsopp A, Bond C, Britten N, et al. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London 1997.
- M. S. Karthik, Nisha Warikoo, Subho Chakrabarti, Sandeep Grover, Parmanand Kulhara. (2014). Attidutes Towards Antipsychotics Among Patients with Schizophrenia, on First –or Second Generation Medications. *Indian Journal of Psychological Medicine.* Vol 36 Issue 3
- M.D. Solomon and S.R. Majumdar, “Primary non-adherence of medications: lifting the veil on prescription-filling behaviors”, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, no. 4, pp. 280-281, 2010
- Mardby, A. C., Akerlind, I & Hedenrud, T. (2009). Different development of general beliefs about medicines during undergraduate studies in medicine and pharmacy. *Patient Education Counseling*, 75, 283-289
- Marshall, T.B., & Solomon, P. (2000) Releasing information to families of persons with severe mental illness: A survey of NAMI members. *Psychiatric Services*, 51(8):1006-1011
- McCann T.V., Clark E, & Lu S. 2009 Subjective side effects of antipsychotics and medication adherence in people with schizophrenia . *Journal of advanced Nursing* 65(3), 524-543
- McEnany G.P. (2007) Psychopharmacologic strategies and associated challenges in the long term treatment of schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 13(5), S6-S15
- Meyer JM. Understanding depot antipsychotics: an illustrated guide to kinetics. *CNS Spectr.* 2013;18 Suppl 1:58-67;quiz 68
- Morrison P, Gaskill D, Meehan T, Lunney P, Lawrence G & Collings P (2000) The use of the Liverpool University Neuroleptic Side-Effect Rating Scale (LUNSERS) in clinical practice. *Australia and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 9, 166-176

Morrison P., Meehan T., Stomski, N.J., (2015). Living with antipsychotic medication side effects: The experience of Australian mental health consumers. *International Journal of Mental health Nursing*, 24, 253-261

Morrison, A. P., Hutton, P., Shiers, D., & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: Nev Jones, MA. (2012) Antipsychotic Medications, Psychological Side Effects and Treatment Engagement. *Mental Health Nursing*, 33:492-493

Noto MN, de Souza Noto C, de Jesus DR, Zugman A, et al. Recognition of bipolar disorder type 1 before the first manic episode: challenges and developments. *Expert Rev Neurother*. 2013;13:795-806

Offord S, Lin J, Mirski D, Wong B. Impact of early nonadherence to oral antipsychotics on clinical and economic outcomes among patients with schizophrenia. *Adv Ther* 2013;30:286-97.

Oflaz, S., Hasan, B., Ertugal. C., Hulya. G., Sveta, B. (2014). Atypic Antipsychotics Induced Chronic Akathisia: A Case Report. *Journal of Mood Disorders*, Vol 4, No 4

Perkins DO, Johnson JL, Hamer RM, Zipursky RB, Keefe RS, Centorrino F, et al.; HGDH Research Group. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophr Res* 2006;83(1):53-63.

Phillips L. & McCann E. (2007) The subjective experience of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **14**, 578-586

Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Retrieved on 02/09/2016 from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>

Quach P Le, Mors O, Christensen TO, Krarup G, Jorgensen P, Bertelsen M, et al. Predictors of poor adherence to medication among patients with first episode schizophrenia-spectrum disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2009;3:66-74

Razali SM., Yusoff MZAM (2014). Medication in Schizophrenia: A comparison between Outpatients and Relapse Cases. *East Asian Arch Psychiatry* 24:68-74

Read J, Cartwright C, Gibson K. Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research* 216(2014) 67-73

Roe D, Chopra M, Wagner B, Katz G, Rudnick A (2004) The emerging self in conceptualizing and treating mental illness. *J Psychosoc Nurs* 42:32–40

Rungruangsiripan M, et al. Mediating role of Illness Representation Among Social Support, Therapeutic Alliance, Experience of Medication Side Effects and Medication Adherence in Persons With Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, Vol 25 No.4 (August), 2011: pp 269-283

S. A. Vik, C. J. Maxwell., D.B. Hogan, “Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors,” Annals of Pharmacotherapy, vol.38, no.2, pp.303-312, 2004

S.M. Lavsa, A. Holzworth, and N.T. Ansani, “Selection of a validated scale for measuring medication adherence,” Journal of the American Pharmacists Association, vol.51, no. 1, pp. 90-94, 2011

Sackett D.L, Haynes RB. Compliance with therapeutic regimens. Eds., The John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 1976

San L, Bernardo M, Gómez A, Peña M. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. Int J Psychiatry Clin Pract 2013;17:2-9.

Sapra M., Weiden P.J., Schooler N.R., McMillan S.S., et al (2014). Reasons for Adherence and Nonadherence: A Pilot Study Comparing First – and Multi-Episode Schizophrenia Patients. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses Winter 2014 199-206

Solomon C. και Hamilton B. (2013). “All roads lead to medication?” Qualitative Responses From an Australian First-Person Survey of Antipsychotic Discontinuation. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.36, No. 3, 160-165

T. L. Ingram. Compliance: a concept analysis. Nurs Forum. 2009;44(3):189-94

Taj F, Tanwir M, Aly Z, Khowajah AA, Tariq A, Syed FK, et al. (2008) Factors associated with Non-adherence among Psychiatric patients at a Tertiary Care Hospital, Karachi, Pakistan: a questionnaire based cross-sectional study. J Pak Med Assoc 58:432–436.

Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and sociodemographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. J Behav Ther Exper Psychiatry 2009;40:3-14.

Valenstein M, Copeland L, Blow F, McCarthy J, Zeber J, Gillon L, et al. (2002) Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. Med Care 40:630–639.

Velligan D, Weiden P, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry 70:1–46

Victoria Alikari, Sofia Zyga (2014). *Conceptual analysis of patient compliance in treatment*. Health Science Journal VOL 8, ISSUE 2

Voruganti LP, Baker LK, Awad AG. New generation antipsychotic drugs and compliance behavior. *Curr Opin Psychiatry* (2008) 21: 133-9

W.Y. Lam and P. Fresco, "Medication Adherence Measures: An Overview" *BioMed Research International*, vol. 2015, article ID 217047, 12 pages

World Health Organization. *The World Health Report 2003. Adherence to Long Therapies*

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ

Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Α., Παυλάτου Ε., Καλαντζή Αζίζι Α.(2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Α.Ε

Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α, Αθανασοπούλου - Βουδουρη Μ, (2010) *Νοσηλευτική της Οικογένειας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ

Καρανικόλα Μ., (2009) *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. ίων/Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε

Μαδιανός Μ., (2004) *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα