

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

**Η ποιότητα ζωής ασθενών με ψύχωση που παρακολουθούν
προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: η επίδραση του
τραύματος, του άγχους και της ψυχικής ανθεκτικότητας**

Ελένη Λιαμπέρη

A.M.: 20180969

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαρίνα Οικονόμου

Αθήνα

Ιανουάριος 2021

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Οικονόμου Μαρίνα (Επιβλέπουσα)

Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Τριανταφύλλου Ευγενία

Διδάκτωρ Κοινωνιολόγος, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ψάρρος Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κα Μαρίνα Οικονόμου, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική της καθοδήγηση, τις εποικοδομητικές της υποδείξεις και την πολύτιμη συμβολή της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην κα Ευγενία Τριανταφύλλου, Κλινική Κοινωνιολόγο Ψυχικής Υγείας, Διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για τον αρχικό ερευνητικό σχεδιασμό της μελέτης, τον καθορισμό των σχετικών ερωτηματολογίων, την μεθοδολογία, τις σχετικές υποδείξεις σχετικά με την συγγραφή, την συνεχή υποστήριξη και καθοδήγηση, την επιμονή της, την αδιάκοπη συμπαράσταση και το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε καθ' όλη την διάρκεια της διπλωματικής μου εργασίας και τα τελικά σχόλια.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Κωνσταντίνο Ψάρρο για την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, ως μέλος της τριμελούς επιτροπής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους συναδέλφους μου – ειδικούς ψυχικής υγείας για την συνεχή υποστήριξη και βοήθειά τους, καθ' όλη την διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, όπως επίσης και τα μέλη του Κέντρου Ημέρας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα και με αυτόν τον τρόπο βοήθησαν στην υλοποίησή της.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και το μεγαλύτερο «ευχαριστώ» στα αγαπημένα μου πρόσωπα, στην πατρική μου οικογένεια, στον σύζυγό μου και στις κόρες μου, για όλη την στήριξη, την υπομονή και την κατανόηση που επέδειξαν, καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου. Με την αποδοχή των επιλογών μου, την πολύτιμη συμβολή τους και την θετική τους σκέψη συνέβαλαν στην εκπλήρωση των στόχων μου.

Στην Βασιλική και στην Χρυσή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές, και ιδιαίτερα στο φάσμα της σχιζοφρένειας, εξαιτίας της αναπηρίας και ανικανότητας που οι διαταραχές επιφέρουν. Έχει βρεθεί ότι η σοβαρότητα της νόσου, η διάρκεια της νόσου, η μακροπρόθεση ενδονοσοκομειακή θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και η ελλιπής συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή συσχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια. Επομένως, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά θεωρείται πρωταρχικός στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Επιπλέον, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την συσχέτιση μεταξύ των αντιξοοτήτων κατά την παιδική ηλικία και της ψύχωσης, καθώς και τα αγχωτικά συμπτώματα συνοδεύονται πολύ συχνά στην ψύχωση. Παράλληλα, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών υποστηρίζει μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και την έκβαση της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένο εύρος μελετών διερεύνησης του τραύματος, του άγχους και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολουθούν πρόγραμμα τόσο διεθνώς όσο και στον ελληνικό πληθυσμό.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν διττός: 1) να διερευνήσει την ποιότητα ζωής και άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους των ατόμων με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε Κέντρο Ημέρας στην Ελλάδα, και 2) να μελετήσει την συσχέτιση και την επίδραση του τραύματος, του άγχους και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 38 ασθενείς με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε Κέντρο Ημέρας. Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – Σύντομη μορφή (WHOQOL-BREF), για την μέτρηση του παιδικού τραύματος το Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory – Self-Report – Short-Form), για την μέτρηση του άγχους το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg (State-Trait Anxiety Inventory), καθώς και για την μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας αντίστοιχα η Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα (Dispositional Resilience Scale – 15).

Αποτελέσματα: Σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, μόνο στην διάσταση των κοινωνικών σχέσεων εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής ($F=5,27$, $p=0,004$). Αναφορικά με τον πρώιμο τραύμα, διαπιστώθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενότητα «κοινωνικές σχέσεις» της ΠΖ και στην συναισθηματική κακοποίηση, $r(38)=-0,41$, και στο τραύμα, $r(38)=-0,34$, καθώς και μεταξύ της ενότητας «περιβάλλον» και του τραύματος, $r(38)=-0,36$. Πιο αναλυτικά, η συναισθηματική κακοποίηση και το τραύμα φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα των «κοινωνικών σχέσεων» και να εξηγούν το 64% της διακύμανσης της μεταβλητής ($R^2=0,64$). Όσον αφορά το άγχος, βρέθηκε ότι και όλες οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF συσχετίστηκαν αρνητικά με το καταστασιακό άγχος και το δομικό άγχος {Σφαιρική Ποιότητα Ζωής/Γενική κατάσταση της υγείας: $r(38)=-0,56$ και αντίστοιχα $r(38)=-0,70$, σωματική υγεία: $r(38)=-0,68$ και $r(38)=-0,68$, ψυχολογική υγεία: $r(38)=-0,74$ και $r(38)=-0,75$, κοινωνικές σχέσεις: $r(38)=-0,38$ και $r(38)=-0,50$, και περιβάλλον: $r(38)=-0,57$ και $r(38)=-0,49$ }. Ειδικότερα, το καταστασιακό άγχος φαίνεται να εξηγεί το 62% της διακύμανσης της «σωματικής υγείας» ($R^2=0,62$), καθώς και το 74% της «ψυχολογικής υγείας» των ασθενών με ψύχωση ($R^2=0,74$). Σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, η Σφαιρική Ποιότητα Ζωής/Γενική κατάσταση της υγείας συσχετίστηκε θετικά με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,50$, και με την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,37$, και ομοίως οι διαστάσεις της, η «σωματική υγεία» με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,54$, τον έλεγχο ζωής, $r(38)=0,35$, και την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,61$, η «ψυχολογική υγεία» με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,58$, τον έλεγχο ζωής, $r(38)=0,33$, και την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,59$, οι «κοινωνικές σχέσεις» με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,61$, τον έλεγχο ζωής, $r(38)=0,44$, και την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,65$, καθώς και το «περιβάλλον» με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,53$, και με την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,37$.

Συζήτηση: Η παρούσα έρευνα συνέβαλε σημαντικά στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενσωματώνοντας μεταβλητές όπως το πρώιμο τραύμα, το άγχος και την ψυχική ανθεκτικότητα.

Περιεχόμενα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ.....	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	9
2.1. Ιστορική αναδρομή του καθορισμού της έννοιας «ποιότητα ζωής».....	9
2.1.1. Η δεκαετία του 1970.....	10
2.1.2. Η δεκαετία του 1980.....	11
2.2. Ορισμοί και χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής	11
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	13
4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	14
4.1. Θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής για τις ψυχικές διαταραχές.....	14
4.2. Ποιότητα ζωής και συναισθηματικές διαταραχές	16
4.3. Ποιότητα ζωής και αγχώδεις και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές.....	17
4.4. Ποιότητα ζωής και μείζονες και ήπιες νευρογνωστικές διαταραχές	17
4.5. Ποιότητα ζωής και διαταραχή χρήσης αλκοόλ.....	18
5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΗ	19
5.1. Ποιότητα ζωής και πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	19
5.2. Ποιότητα ζωής και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	20
5.3. Ποιότητα ζωής και σχιζοφρένεια	20
5.3.1. Ερευνητικά ευρήματα για την ποιότητα ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια ...	22
5.3.2. Προγνωστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια	23
6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	24
7. ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ.....	26
7.1. Το ψυχικό τραύμα στην παιδική ηλικία και οι επιπτώσεις του.....	26
7.2. Η επίδραση του ψυχικού τραύματος στην ποιότητα ζωής ατόμων με ψύχωση	29
8. ΑΓΧΟΣ	31
8.1. Άγχος και ψυχικό τραύμα στην παιδική ηλικία	32
8.2. Η επίδραση του άγχους στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψύχωση.....	33
9. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	34
9.1. Η επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψύχωση.....	36

ΕΙΔΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ	37
1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
1.1. Ερευνητικές υποθέσεις.....	38
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	38
2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός	38
2.2. Δείγμα.....	38
2.3. Εργαλεία.....	38
2.3.1. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – Σύντομη μορφή (WHOQOL-BREF)	39
2.3.2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος (Early Trauma Inventory – Self-Report – Short-Form)	39
2.3.3. Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory)	40
2.3.4. Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα (Dispositional Resilience Scale – 15).....	41
2.4. Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης Ερωτηματολογίων και Κλιμάκων	41
2.5. Διαδικασία.....	42
2.6. Στατιστική ανάλυση	43
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	45
3.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	45
3.2. Έλεγχοι υποθέσεων δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής	48
3.3. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και τραύματος	51
3.4 Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και άγχους	51
3.5. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας	52
3.6. Προγνωστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής	56
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60
4.1. Συσχέτιση ποιότητας ζωής των ασθενών με ψύχωση με το παιδικό τραύμα ...	61
4.2. Συσχέτιση ποιότητας ζωής ασθενών με ψύχωση με το άγχος	62
4.3. Συσχέτιση ποιότητας ζωής ασθενών με ψύχωση με την ψυχική ανθεκτικότητα	63
4.4. Δυνατά σημεία και περιορισμοί παρούσας έρευνας	63
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εδώ και δεκαετίες, πολυάριθμες επιστημονικές εξελίξεις έχουν επιφέρει αξιολογή προόδο στην ποιότητα της σωματικής υγείας των ανθρώπων, όπως την βελτίωση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και σημείων σε ασθένειες. Με το πέρασ του χρόνου, οι σημαντικές ανακαλύψεις στην επιστήμη της ιατρικής έχουν σημειώσει δραστικές αλλαγές στην έκβαση και στην πρόγνωση σχεδόν όλων των κατηγοριών των ασθενειών. Πράγματι, ακόμα και σε ορισμένες νευροεκφυλιστικές νόσους, η ιατρική επιστήμη έχει πλέον τη δυνατότητα να παρέχει σημαντική ανακούφιση από τα συμπτώματα, κάτι το οποίο ήταν αδιανόητο μερικά χρόνια πριν. Ωστόσο, αυτές οι εξελίξεις παρουσίασαν εξίσου ατέλειες. Συχνά, στην προσπάθειά της να θέσει υπό έλεγχο την ασθένεια, η ιατρική επιστήμη φαίνεται ότι επικεντρωνόταν υπερβολικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων παραμελώντας κατά αυτό τον τρόπο τον ασθενή ως άτομο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η επιστήμη της ιατρικής είχε παρουσιάσει πρόοδο στην ποσότητα αλλά όχι απαραίτητα και στην ποιότητα της ζωής.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1. Ιστορική αναδρομή του καθορισμού της έννοιας «ποιότητα ζωής»

Η ποιότητα ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιότατους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Όπως αναφέρει η Τριανταφύλλου και συν. (2005), «ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.), ως ο μεγαλύτερος στοχαστής της αρχαιότητας, φιλόσοφος, θεμελιωτής πολλών επιστημών και δημιουργός της λογικής, με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την όριζε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε κατά εμφανή τρόπο ό,τι και ο όρος *ποιότητα ζωής*. Συγκεκριμένα, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» αναπτύσσει τη φιλοσοφική ανάλυση της λέξης ευδαιμονίας και την ορίζει ως «ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Με άλλα λόγια, στην έννοια αυτή παρατηρείται συγκερασμός στοιχείων της συναισθηματικής – ψυχικής κατάστασης του ατόμου και ενός είδους «λογικής ενέργειας» (Οικονόμου και συν., 2001). Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, λοιπόν, ευδαίμων είναι ο άνθρωπος που κατορθώνει με τη δραστηριότητά του το μεγαλύτερο βαθμό αποδοτικότητας, γεγονός που καθιστά εκδήλωση της λογικής του φύσης. Ως εκ τούτου, η ευδαιμονία θεωρείται ως το «τέλειο και αντάρκες αγαθό» και αποτελεί το επιστέγασμα των πράξεων του ανθρώπου με αποτέλεσμα να προσδιορίζεται με τον ίδιο τρόπο όπως το «ευ ζην» (ποιότητα ζωής)

και το «ευ πράττειν» (ευημερία)» (Τριανταφύλλου και συν, 2005· Οικονόμου και συν., 2001).

Σύμφωνα με την Τριανταφύλλου και συν. (2005), «η ευδαιμονία μεταφράστηκε από πολλούς με τη λέξη ευτυχία. Όμως, όπως διατύπωσε ο Άγγλος δραματικός συγγραφέας και κριτικός, George Bernard Shaw, η ευτυχία δεν είναι αντικειμενικός σκοπός της ζωής αλλά η ίδια η ζωή αποτελεί αυτοσκοπός και η γενναιότητα συνίσταται στη διάθεση που έχει κάποιος να θυσιάσει την ευτυχία για μια ουσιαστική ποιότητα ζωής (Fayers & Machin, 2000). Στη σύγχρονη λεκτική, θα μπορούσε την έννοια «ευ ζην», στην οποία είχε εντυφήσει ο Αριστοτέλης, να αποδώσει ο όρος «ποιότητα ζωής». Ωστόσο, ο όρος αυτός παρουσιάζει σύνθετο περιεχόμενο και δεν έχει καθοριστεί και οροθετηθεί με ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο, με συνέπεια να συναντώνται πολλές εννοιολογικές προσεγγίσεις».

Η πρώτη σημαντική και τεκμηριωμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής θεωρείται ότι έγινε από τον Elkinton (1966), ο οποίος τονίζει τρία στοιχεία που συνθέτουν την ψυχική υγεία: την ψυχική ευεξία, την ικανοποίηση (την αρμονία που βιώνει το άτομο), αλλά και τη σχέση που έχει το άτομο με το περιβάλλον του (αρμονία μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος).

2.1.1. Η δεκαετία του 1970

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1970, η έννοια της ποιότητας ζωής και η χρήση της αυξήθηκε σταδιακά. Είχε γίνει σαφές ότι η εκτίμηση μόνο των συμπτωμάτων και της μακροζωίας ήταν ανεπαρκής για τη συνολική αξιολόγηση ενός ατόμου, μιας ασθένειας ή ενός αποτελέσματος μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Η ποιότητα στην παροχή φροντίδας δεν θα μπορούσε να βελτιωθεί αν δεν επερχόταν αλλαγή και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Εκείνη την περίοδο, αυτή η μεταβλητή άρχισε να επιδέχεται ευρείας αναγνώρισης και να αποτελεί κάτι που είναι απαραίτητο να αξιολογείται. Ωστόσο, η αναγνώριση αυτή περιορίστηκε αρχικά μόνο σε χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος. Ήδη, υπήρχαν αναφορές από τους Bardelli & Saracci (Maguire & Selby, 1989), ότι μόνο το 5% των άρθρων εκείνης της περιόδου σε περιοδικά σχετικά με τον καρκίνο αξιολογούσαν κάποιον τομέα της ποιότητας ζωής. Μια πιθανή εξήγηση σε αυτό αποτελούσε αφενός η έλλειψη της ευρέως διαδεδομένης επίγνωσης αναφορικά με την ανάγκη για εκτίμηση της ποιότητας ζωής και αφετέρου η

ανεπάρκεια εργαλείων αξιολόγησής της και η αυξανόμενη δυσφορία από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

2.1.2. Η δεκαετία του 1980

Πολλοί ερευνητές αναδεικνύουν την δεκαετία του 1980 ως μια περίοδο μετάβασης (McEwen, 1988· Bergner, 1988). Όλο και περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής και μέχρι το τέλος της δεκαετίας αναπτύσσονται πολλά εργαλεία αξιολόγησής της. Παράλληλα, η έννοια της ποιότητας ζωής εκτιμάται για πρώτη φορά στις σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Με το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης (de-institutionalization), σύμφωνα με το οποίο πολλές ψυχιατρικές κλινικές ή άσυλα έκλεισαν στις δυτικές κοινωνίες και οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες άρχισαν να διαμένουν στην κοινότητα, η εκτίμηση των υποκειμενικών εμπειριών των ατόμων αυτών τέθηκε σε θεωρητική βάση με την ανάλυση και μελέτη του όρου ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ως δείκτης πρόληψης, και η αξιολόγηση κοινοτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών αποτέλεσαν αντικείμενο πολλών ερευνητικών μελετών, στις περισσότερες των οποίων διερευνάται και αναλύεται η συσχέτιση υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, το επίπεδο αυτονομίας, οι οικονομικοί πόροι και οι συνθήκες διαβίωσης που είναι στενά συνδεδεμένοι με την ψυχοπαθολογία (Bigelow et al., 1982). Οι πρώτες μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Lehman et al., 1982· Baker & Intagliata, 1982) και στην Σουηδία (Malm et al., 1981· Skantze et al., 1992).

2.2. Ορισμοί και χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής

Παρόλο που η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια εύκολα κατανοητή με έναν αφηρημένο τρόπο, παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες προκειμένου να οριστεί. Είναι μια από εκείνες τις λέξεις, όπως η ευτυχία, η αγάπη ή η ειρήνη, τις οποίες ο καθένας τις κατανοεί, αλλά προκύπτουν ζητήματα όταν πρόκειται να τις ορίσει επίσημα. Ωστόσο, πολυάριθμες προσπάθειες έχουν αποπειραθεί με αυτό το σκοπό. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση της Τριανταφύλλου και συν. (2005), κατά την δεκαετία του 1970, ορισμένοι ερευνητές στην Ευρώπη και κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), όπως οι Andrews & Withey (1976) και οι Campbell et al (1976) πραγματοποίησαν ερευνητικές μελέτες για τον καθορισμό κοινωνικών δεικτών ποιότητας ζωής, όπως οι εργασιακές συνθήκες, η οικογενειακή ζωή κ.ά. «Στο

πλαίσιο αυτό, ο όρος *ποιότητα ζωής* έχει ερμηνευτεί από ορισμένους συγγραφείς ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Στην κατηγορία αυτή ανήκει ο McCall (1975), ο οποίος υποστήριξε ότι η *ποιότητα ζωής* συνίσταται στην δυνατότητα εξασφάλισης των απαραίτητων εκείνων συνθηκών που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Στον ορισμό αυτό οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι αυτοί που καθορίζουν κυρίως την *ποιότητα ζωής*. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές εστιάζουν κυρίως σε υποκειμενικές παραμέτρους για την ερμηνεία του όρου και ορίζουν την *ποιότητα ζωής* ως την αντίληψη που έχει το άτομο για το ευ ζην, την ικανοποίηση ή τη δυσaréσκεια που αισθάνεται για τη ζωή, την ευτυχία του ή την δυστυχία (Baker & Intagliata, 1982). Όπως γίνεται φανερό, στους παραπάνω ορισμούς της *ποιότητας ζωής* εντοπίζεται ένας διαχωρισμός ανάμεσα σε υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους. Από την άλλη πλευρά όμως, όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου και συν. (2005), για τον πλήρη εννοιολογικό καθορισμό του όρου *ποιότητα ζωής* κρίθηκε αναγκαίος ο συγκερασμός υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων. Έτσι, σύμφωνα με τους Zautra & Goodhard (1979), η *ποιότητα ζωής* ανάγεται στο να είναι η ζωή καλή και να αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, τα οποία καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της *ποιότητας ζωής* είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η *ποιότητα* του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις. Αργότερα, και ο Lehman (1983), ο οποίος ασχολήθηκε με τον τομέα της ψυχικής υγείας για την αποσαφήνιση και τον προσδιορισμό της *ποιότητας ζωής*, ανέδειξε την ίδια αναγκαιότητα. Ο πιο ευρέως διαδεδομένος ορισμός της *ποιότητας ζωής*, ο οποίος δημιουργήθηκε με την εφαρμογή διαπολιτισμικών διαδικασιών και στο πλαίσιο της συνεργασίας με πολλές χώρες στον κόσμο, είναι από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHOQOL Group, 1995): «*Ποιότητα ζωής ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του*». Στον ορισμό αυτό τονίζεται η υποκειμενική αντίληψη αναφορικά με το ευ ζην και παράλληλα η αλληλεπίδρασή του με το κοινωνικό και πολιτιστικό του περιβάλλον (Τριανταφύλλου και συν., 2018).

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Στο πλαίσιο των κλινικών δοκιμών δεν εκδηλώνεται συνήθως ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής με την ευρεία έννοια του όρου, αλλά επικεντρώνεται κυρίως στην εκτίμηση εκείνων των πλευρών που επηρεάζονται από την ασθένεια ή την θεραπεία της. Ως εκ τούτου, η εκτίμηση αυτή μπορεί να διευρυνθεί και να αφορά τις παραμέτρους που θεωρούνται έμμεσα αποτελέσματα της επίδρασης της νόσου, όπως είναι η ανεργία ή η οικονομική επιβάρυνση. Για την διάκριση της ποιότητας ζωής με την ευρεία της έννοια από την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τις απαιτήσεις της Ιατρικής και των κλινικών δοκιμών χρησιμοποιείται ο όρος «ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία» (health-related quality of life, HRQL). Για τον όρο αυτό, επίσης, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός και οι τομείς που τον συνθέτουν διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη. Περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο θέματα όπως η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου.

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία αφορά τόσο τους ασθενείς όσο και τους υγιείς. Όσον αφορά τους ασθενείς, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αξιολογεί αφενός τις επιπτώσεις μιας νόσου και αφετέρου εκφράζει τον βαθμό κατά τον οποίο η συνήθης σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία επηρεάζεται από τη νόσο ή από την θεραπεία της. Αποτελεί την πιο συχνή χρησιμοποιούμενη μέθοδο υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας αντανακλώντας καθοριστικά την επιβάρυνση της υγείας σε περιπτώσεις όπως των χρόνιων παθήσεων ή της επίδρασης μιας νέας θεραπευτικής τεχνικής ή φαρμακευτικής αγωγής. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία διαμορφώνεται κυρίως από την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις για τη νόσο, τις συνήθειες υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών, το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, την οικονομική του κατάσταση, την ψυχική του ευεξία και το μορφωτικό του επίπεδο (Wu et al., 1997). Ωστόσο, αναφορικά με τους υγιείς, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στηρίζεται στην εκτίμηση που κάνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση της υγείας του συνυπολογίζοντας τις φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις της (Fayers & Sprangers, 2002).

Σύμφωνα με την Τριανταφύλλου και συν. (2005), οι κύριες μεθοδολογικές προσεγγίσεις εκτίμησης της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας συνοψίζονται ως ακολούθως:

A. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία γενικά (health-related quality of life framework). Αναφέρεται στις σημαντικές επιδράσεις που ασκούν η πρόληψη, η ίδια η νόσος και η θεραπεία της στη λειτουργική κατάσταση και την ψυχική ευεξία του ατόμου.

B. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με μια συγκεκριμένη ασθένεια (disease specific quality of life framework). Τονίζονται οι επιδράσεις μιας συγκεκριμένης νόσου και της θεραπείας της στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος.

Γ. Εκτίμηση ενός συγκεκριμένου τομέα της ποιότητας ζωής (domain-specific quality of life framework). Αξιολογούνται συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως η ψυχολογική κατάσταση, η σωματική λειτουργικότητα ή τα επίπεδα πόνου και κόπωσης.

4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001), ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο ανταποκρίνεται στις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα αναμενόμενα άγχη της ζωής, εργάζεται παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του. «Από τους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί για την ψυχική υγεία, αλλά και από αυτούς που έχουν αναπτυχθεί για την ποιότητα ζωής, φαίνεται πόσο αλληλένδετες είναι αυτές οι έννοιες και πόσο αναπόσπαστα εμπλέκονται στην κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών» (Τριανταφύλλου και συν., 2005).

4.1. Θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής για τις ψυχικές διαταραχές

Κατά την δεκαετία του 1980, κατά την οποία αναπτύχθηκε αυξημένη ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με την ποιότητα ασθενών με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, διερευνάται και αναλύεται η συσχέτιση υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, το επίπεδο αυτονομίας, οι οικονομικοί πόροι και οι συνθήκες διαβίωσης που είναι στενά συνδεδεμένοι με την ψυχοπαθολογία (Bigelowetal., 1982). Ο Lehman (1983), για την αποσαφήνιση και τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, ανέδειξε την ίδια αναγκαιότητα. Συγκεκριμένα, όπως συνοψίζει η

Τριανταφύλλου και συν. (2005), «ο Lehman (1983) υποστήριξε ότι ο όρος ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τρεις ουσιώδεις διαστάσεις: α) την λειτουργική κατάσταση του ατόμου, β) την πρόσβασή του σε πόρους και ευκαιρίες προκειμένου να μπορεί να τα αξιοποιήσει σύμφωνα με τα ενδιαφέροντά του και γ) το αίσθημα της ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο. Κατά συνέπεια, ορίζει την ποιότητα ζωής ως ένα υποκειμενικό θέμα, το οποίο αντανakλάται σε ένα αίσθημα συνολικής ψυχικής ευεξίας του ατόμου. Το αίσθημα αυτό καθορίζεται από τον συνδυασμό των εξής μεταβλητών: α) προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η φυλή, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, κ.ά., β) οι αντικειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής, οι οποίοι αποτυπώνουν τις πραγματικές εμπειρίες του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής του. Οι δείκτες αυτοί αφορούν σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, στη συχνότητα επαφής με την οικογένεια, στη συχνότητα άλλων κοινωνικών επαφών, στις συνολικές μηνιαίες αποδοχές, στην παρούσα εργασιακή κατάσταση και στη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου και γ) οι υποκειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής, οι οποίοι αφορούν με τα επίπεδα ικανοποίησης του ατόμου αναφορικά με τους παραπάνω τομείς». Συνεχίζοντας και εντοπίζοντας την διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι αντικειμενικές συνθήκες συσχετίζονται με τις υποκειμενικές αντιλήψεις, η Τριανταφύλλου και συν (2005) περιγράφει τα εξής θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής για τις ψυχικές διαταραχές: «α) Το μοντέλο της ικανοποίησης. Αναπτύχθηκε από τον Lehman (1982) και τους Baker & Intagliata (1982) και βασίστηκε στην υπόθεση ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που αισθάνεται το άτομο σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσής του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και επιθυμίες του. β) Το μοντέλο που είναι συνδυασμός σημαντικότητας και ικανοποίησης του ασθενούς για κάποιο συγκεκριμένο τομέα της ζωής του. γ) Το μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους. Αναπτύχθηκε από τους Bigelow et al. (1982), σύμφωνα με τον οποίον όσο καλύτερα το άτομο αντεπεξέρχεται στις απαιτήσεις των κοινωνικών ρόλων, τόσο επιτυγχάνεται η κοινωνική του προσαρμογή, ικανοποιούνται οι ανάγκες του και έτσι απολαμβάνει καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής. δ) Το δυναμικό-εξελικτικό μοντέλο των Angermeyer & Killian (1997), το οποίο αναπτύχθηκε στην προσπάθεια να διερευνήσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων. Το μοντέλο αυτό βασίστηκε στην υπόθεση ότι η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχούς διαδικασίας προσαρμογής, κατά την οποία το άτομο πρέπει συνεχώς να εναρμονίζει τις επιθυμίες και τους στόχους του, με τις

περιβαλλοντικές συνθήκες αλλά και με την ικανότητά του να αντεπεξέρχεται στις κοινωνικές απαιτήσεις, που συνδέονται με την επίτευξη αυτών των στόχων. ε) Επιπλέον, οι μελέτες των Arns & Linney (1993) και Barry & Crosby (1995) ανέδειξαν ότι είναι απαραίτητο να διερευνώνται και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες που επηρεάζουν την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής.» (Τριανταφύλλου και συν, 2005). Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε το διαμεσολαβητικό μοντέλο για την ποιότητα ζωής ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Zissi et al., 1998). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου, όπως το αίσθημα ελέγχου, η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποτελεσματικότητα, επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί στη διαδικασία της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής. Η διαδικασία αυτή επηρεάζεται εξίσου και από γνωστικούς μηχανισμούς, όπως τα επίπεδα προσδοκιών και επιδιώξεων, και τα πρότυπα κοινωνικής σύγκρισης.

4.2. Ποιότητα ζωής και συναισθηματικές διαταραχές

Αρκετές έρευνες έχουν διαπιστώσει μια κλινικά σημαντική μείωση στην ποιότητα ζωής και στην κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων με μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Hays et al., 1995). Σύμφωνα με τις μελέτες των Trompenaars et al. (2007) και των Berlim et al. (2008) κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσης μπόρεσαν να εξηγήσουν μόνο ένα μικρό ποσοστό στην ποιότητα της ζωής των ατόμων που αντιμετώπιζαν μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Ως εκ τούτου, έρευνες όπως αυτή των Kuehner & Bueger (2005) ανέδειξε θετική συσχέτιση της αυτοπεποίθησης και της κοινωνικής υποστήριξης με την ποιότητα ζωής των ατόμων με μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Αντίστοιχα, η μελέτη των Skevington & Wright (2001) διαπίστωσε ότι η φαρμακολογική θεραπεία συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, ενώ παρόμοια συσχέτιση παρουσίασε η μετανάλυση των Kolonos et al. (2016) μεταξύ των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, και της ποιότητας ζωής ατόμων με μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Από την άλλη πλευρά, η συννόηση με άλλες ψυχικές διαταραχές και η σοβαρότητα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής έχουν διαπιστωθεί ότι σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής (Mittal et al., 2006· Jung et al., 2012).

Όσον αφορά τους ασθενείς με διπολική διαταραχή, πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει να παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό ακόμα και σε φάσεις ανεβασμένης διάθεσης (Ishak et al., 2012· Pascual-Sanchez et al., 2019). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών και του αριθμού των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Goosens et al., 2008), της πρώιμης έναρξης της διαταραχής (Gutierrez-Rojas et al., 2008) και της συνύπαρξης με εθιστικές διαταραχές (Cardoso et al., 2008). Επιπλέον, ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσίασαν χαμηλό υποκειμενικό αίσθημα ποιότητας ζωής, κυρίως σε ζητήματα εκπαίδευσης, εργασιακής απόδοσης και λειτουργικότητας καθώς και στις κοινωνικές σχέσεις (Sierra, 2005). Ωστόσο, φαίνεται ότι οι φαρμακολογικές θεραπείες (Endicott et al., 2008) και η ψυχοεκπαίδευση (Michalak et al., 2005) βελτιώνουν την ποιότητα ζωής.

4.3. Ποιότητα ζωής και αγχώδεις και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές

Η επιδημιολογική μελέτη των Comer et al. (2011) έδειξε ότι άτομα με αγχώδη διαταραχή και κυρίως με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα είχε διαπιστώσει και η ανασκόπηση ερευνητικών μελετών των Mendlowicz & Stein (2000). Επιπλέον, η μελέτη των Cramer et al. (2005) δεν κατέδειξε καμία συσχέτιση ανάμεσα σε αντικειμενικούς δείκτες της ποιότητας των ατόμων με αγχώδη διαταραχή και σε κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ή στην σοβαρότητα της αγχώδους διαταραχής, ενώ οι Masellis et al. (2003) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνδέεται αρνητικά με την συννόσηση με μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συσχετίζεται επίσης με την χρονιότητα της νόσου και την σοβαρότητα της συμπτωματολογίας (Moritz et al., 2005). Επίσης, πολλές έρευνες συγκλίνουν ότι φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές (Davidson et al., 2005· Wilson et al., 2015).

4.4. Ποιότητα ζωής και μείζονες και ήπιες νευρογνωστικές διαταραχές

Η μελέτη των Scocco et al. (2006) διαπίστωσε ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με ήπια νευρογνωστική διαταραχή παρουσίασε τα ίδια επίπεδα με εκείνα των ατόμων τρίτης ηλικίας χωρίς ήπια νευρογνωστική διαταραχή. Αντίστοιχα, η ανασκόπηση των Banerjee et al. (2009) αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα

ζωής των ατόμων με ήπια νευρογνωστική διαταραχή δεν ανέδειξε καμία σύνδεση με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Ως εκ τούτου, έχει βρεθεί ότι η συννόσηση με άλλες ψυχικές διαταραχές (Cooper et al., 2009· Nelis et al., 2019), ο πόνος (Cipher et al., 2010), τα προβλήματα συμπεριφοράς (Cordner et al., 2010), η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Livingston et al., 2008), καθώς και η μακροπρόθεσμη ενδονοσοκομειακή φροντίδα (Hoe et al., 2007) συνδέονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με μείζων ή ήπια νευρογνωστική διαταραχή. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Martyr et al. (2018) σχετικά με τους παράγοντες που συνδέονται με την ποιότητα ζωής, την ψυχική ευεξία και την ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων με μείζονα ή ήπια νευρογνωστική διαταραχή διαπίστωσε επίσης ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα καθώς και η ελλιπής αυτοφροντίδα συνδέονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, ενώ οι κοινωνικές σχέσεις, η εμπλοκή σε κοινωνικές δραστηριότητες και η λειτουργικότητα στην καθημερινότητα παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με αυτήν. Τέλος, οι δύο συστηματικές ανασκοπήσεις των Cooper et al. (2012, 2012) τόσο για τις φαρμακολογικές όσο και για τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις δεν διαπίστωσαν καμία βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με μείζονα νευρογνωστική διαταραχή.

4.5. Ποιότητα ζωής και διαταραχή χρήσης αλκοόλ

Οι έρευνες των Morgan et al. (2004) και των Lahmek et al. (2009) έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η μεγαλύτερη ηλικία, το θηλυκό φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ο βαθμός της σοβαρότητας του εθισμού στο αλκοόλ και οι σωματικές ή ψυχιατρικές συννοσηρότητες έχουν αναγνωριστεί ως δυνητικοί παράγοντες που μειώνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ (Daepfen et al., 1998· Foster et al., 1999). Ως εκ τούτου, αρκετές μελέτες διαπιστώνουν ότι τόσο η νοσηλεία σε προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ όσο και η συμβουλευτική σε ζητήματα εξάρτησης από το αλκοόλ προς τους συγγενείς των ατόμων που παρακολουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης καθώς και η εξασφάλιση σταθερού οικογενειακού και υποστηρικτικού δικτύου, φαίνεται ότι συμβάλουν στην βελτίωση ποικίλων διαστάσεων της ποιότητας ζωής (Srivastava & Bhatia, 2013).

5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές, και ιδιαίτερα στο φάσμα της σχιζοφρένειας, εξαιτίας της αναπηρίας και ανικανότητας που οι διαταραχές επιφέρουν. Το ενδιαφέρον αυτό ευοδώθηκε και με τις αλλαγές στο σύστημα παροχής φροντίδας για τους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες, που ήταν απόρροια τόσο της ενσωμάτωσης και της ευρέως διαδεδομένης χρήσης νέων αντιψυχωσικών φαρμάκων όσο και της εφαρμογής ποικίλων άλλων παρεμβάσεων και προγραμμάτων στην κοινότητα, με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ψυχοπαθολογίας και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών και τον αποστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής (Οικονόμου και συν., 2001). Είναι γνωστό ότι η ψυχοπαθολογία επηρεάζει δραματικά σχεδόν όλες τις πλευρές της ποιότητας ζωής των ασθενών, όπως είναι η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις, η οικονομική αυτονομία, η επαγγελματική κατάσταση και η σχέση τους με το περιβάλλον (Τριανταφύλλου και συν., 2005).

5.1. Ποιότητα ζωής και πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο

Οι προσδοκίες ενός ατόμου που έχει για την ζωή του μπορεί να επιδράσει σε ένα σημαντικό βαθμό την σχέση ανάμεσα στις υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους της ποιότητας της ζωής του (Melle et al., 2005). Μια χρόνια σοβαρή ασθένεια μπορεί να τροποποιήσει εξίσου τις προσδοκίες των ασθενών χωρίς όμως απαραίτητα να διακινδυνεύει την εγκυρότητα αυτών που αναφέρουν (Franz et al., 2000). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην αρχή της πρώτης θεραπευτικής αντιμετώπισης κατέχει καθοριστική σημασία, διότι σε εκείνο το σημείο μπορεί ακόμα να διαφοροποιηθεί η επίδραση της προνοσηρής προσαρμογής και του στρες που προκύπτει από την διάρκεια της ψύχωσης χωρίς καμία θεραπευτική αντιμετώπιση από τα αποτελέσματα της θεραπείας και της χρονιότητας. Ερευνητικά δεδομένα από μελέτες σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο διαπιστώνουν ότι όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα κατά το οποίο δεν έχει αναγνωρισθεί και θεραπευθεί μια νόσος τόσο συνδέεται με μια πιο δυσμενή πρόγνωση (Crow et al., 1986· Loebel et al., 1992· Szymanski et al., 1995). Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη των Browne et al. (2000) διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και με διάρκεια μεγαλύτερη των δώδεκα μηνών χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση παρουσίασαν χαμηλότερα

επίπεδα στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν μικρότερη διάρκεια από τους δώδεκα μήνες.

5.2. Ποιότητα ζωής και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

Οι έρευνες που διερευνούν την ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι περιορισμένες. Η μελέτη των Saarni et al. (2010) έδειξε ότι οι ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με την έρευνα των Caron et al. (2005), δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι η σοβαρότητα των καταθλιπτικών και αρνητικών συμπτωμάτων καθώς και τα σωματικά προβλήματα συνδέονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, ενώ η κοινωνική υποστήριξη, η αυτοπεποίθηση και η αυτοαποτελεσματικότητα συνδέονται θετικά (Ritsnet & Gibel, 2007).

5.3. Ποιότητα ζωής και σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή χρόνια ψυχιατρική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο, έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα και γνωστικά ελλείμματα, με δια βίου επικράτηση στο 0,4% παγκοσμίως (Saha et al., 2005). Η σχιζοφρένεια συνδέεται συχνά με σημαντική έκπτωση στην λειτουργικότητα (Karagianis et al., 2009), η οποία επιβραδύνει την επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα ακόμα και αν παρουσιάζουν σταθερή κλινική εικόνα (Awad & Voruganti, 2012). Επιπλέον, το στίγμα και οι αρνητικές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, όπως είναι το μεταβολικό σύνδρομο, επιβαρύνουν εξίσου σημαντικά τη νόσο (De Hert et al., 2009).

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια, όπως αναφέρεται από την Οικονόμου και συν. (2001), οι Skantze et al. (1990) ανέπτυξαν ένα μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα ζωής προκύπτει ως μια δυναμική έννοια που επηρεάζεται από τη διαφορά ανάμεσα στις προσωπικές προσδοκίες και την πραγματικότητα, όπως την αντιλαμβάνονται τα ίδια τα άτομα, και χρειάζεται να διερευνηθεί μέσα στο φυσικό, κοινωνικό και πολιτισμικό της πλαίσιο, που υποδηλώνει στην προκειμένη περίπτωση το βιοτικό επίπεδο των ατόμων. Το μοντέλο αυτό

υποστήριξε ακόμα ότι οι τομείς που παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα ως μη ικανοποιητικοί στα άτομα αυτά αποτελούν η εργασία, η προσωπική ζωή, η ψυχική υγεία, οι κοινωνικές επαφές και η οικονομική κατάσταση. Αργότερα, οι Lehman et al. (1993) τόνισαν το ζήτημα της εγκυρότητας των εκτιμήσεων πάνω σε θέματα ποιότητας ζωής που αξιολογούνται από τους ίδιους τους πάσχοντες, ενώ οι Browne et al. (1996) διαπίστωσαν ότι η κλινική εκτίμηση των αναφορών των ψυχικά ασθενών θα ήταν σημαντική λόγω της επίδρασής τους από την ψυχωτική συμπτωματολογία τους και από τις ιδιοσυγκρασιακές απόψεις και αξίες τους.

Όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, σύμφωνα με την Τριανταφύλλου και συν. (2005), «οι Awad et al. (1997) πρότειναν ένα «συνθετικό μοντέλο ποιότητας ζωής για τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και υποβάλλονται σε θεραπεία με αντιψυχωσικά». Σε αυτό το μοντέλο, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς για τις συνέπειες που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση μεταξύ τριών κύριων παραμέτρων: α) τη σοβαρότητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων, β) τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων και γ) το επίπεδο της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας». Συνεχίζοντας στην ανασκόπηση των Τριανταφύλλου και συν. (2005), «αναφορικά με τους χώρους θεραπείας, από την πλειοψηφία μελετών είναι εμφανές ότι όσο λιγότερους περιορισμούς επιβάλλει ο χώρος, τόσο μεγαλύτερο είναι το αίσθημα της ικανοποίησης του ασθενούς (Sepherd et al., 1996). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη του προγράμματος TAPS στην Μεγάλη Βρετανία, σύμφωνα με την οποία παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής χρόνιων ασθενών όταν μεταφέρθηκαν από τα άσυλα που διέμεναν σε δομές στην κοινότητα». Επιπλέον, στην περίπτωση ασθενών που έχουν μετακινηθεί από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε κοινοτικές δομές ψυχοκοινωνικής περίθαλψης διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Leff, 1997), βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και της κοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς και περιορισμός της αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Anderson et al., 1993).

Τέλος, αξίζει να τονιστεί ότι είναι λίγες οι έρευνες που έχουν αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των συγγενών και των οικογενειών και γενικά όλων εκείνων που έχουν επωμιστεί τη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Στις μελέτες αυτές, φάνηκε ότι η συναισθηματική επιβάρυνση από τη νόσο και η επιβάρυνση από την συμβίωση με

τον ψυχικά ασθενή είναι εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και του συγγενή (Atkinson, 1998).

5.3.1. Ερευνητικά ευρήματα για την ποιότητα ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια

Μελέτες που διερευνούν την ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν αναγνωρίσει σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν, όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη (Ritsner, 2003), οι ανικανοποίητες ανάγκες (Becker et al., 2005) και οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής (Awad et al., 1997). Ειδικότερα, η μελέτη των Saarni et al. (2010) έδειξε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσίασαν αφενός χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής από τον γενικό πληθυσμό και αφετέρου υψηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής συγκριτικά με ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές. Πρόσφατη μετα-ανάλυση (Dong et al., 2019) τόνισε σημαντικές επιδράσεις κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η σοβαρότητα της νόσου (Karow et al., 2005), η διάρκεια της νόσου (Dong et al., 2019), η μακροπρόθεση ενδονοσοκομειακή θεραπευτική αντιμετώπιση (Huxley & Warner, 1992), καθώς και η ελλιπής συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή (Bebbington et al., 2009) συσχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια. Παρά τις διαφορές που διαπιστώνονται στην μεθοδολογία των ερευνών που έχει εφαρμοστεί και κατά επέκταση στην δυσκολία για σχετικές συγκρίσεις, οι περισσότερες μελέτες συγκλίνουν στα εξής συμπεράσματα: α) το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι εξαιρετικά χαμηλότερο από το επίπεδο ποιότητας ζωής υγιών ατόμων και ασθενών που πάσχουν από σωματικές νόσους, β) τα νεαρά άτομα, οι γυναίκες και οι έγγαμοι αναφέρουν καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής, γ) όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νόσου τόσο χειρότερο είναι το επίπεδο ποιότητας ζωής, δ) η ψυχοπαθολογία και ιδιαίτερα τα αρνητικά συμπτώματα συνδέονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, ε) όσο καλύτερα επιτυγχάνεται ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, το επίπεδο ποιότητας ζωής βελτιώνεται, και ζ) οι ασθενείς που παρακολουθούν κοινοτικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από εκείνους που διαβιούν σε ψυχιατρικά ιδρύματα (Lehman et al., 1982· Sullivan et al., 1991· Thornicroft et al., 1993· Bodes et al., 1996· Οικονόμου και συν., 2001· Τριανταφύλλου και συν., 2005).

5.3.2. Προγνωστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια

Πολλές μελέτες (Norman et al., 2000· Cohen & Talavera, 2000· Krasckow et al., 2001· Caron, 2005) επισημαίνουν κάποιους σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια, όπως είναι: α) τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, β) τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, γ) το άγχος, δ) η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης και φροντίδας, ε) οι αρνητικές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, ζ) οι οικογενειακές σχέσεις και η κοινωνική υποστήριξη, η) το μορφωτικό επίπεδο και η συνολική διάρκεια νοσηλείων και θ) οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Τριανταφύλλου και συν., 2018). Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη των Yanos et al. (2001) διαπίστωσε ότι οι αρνητικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και ο επακόλουθος στιγματισμός τους αποτελούν αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια. Αντίστοιχα, η διαχρονική μελέτη των Gorna et al. (2008) έδειξε ότι η αντιμετώπιση της νόσου, ο έλεγχος των πεποιθήσεων που σχετίζονται με την υγεία και η κοινωνική υποστήριξη καθιστούν θετικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων.

Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, όπως αναφέρεται από την Τριανταφύλλου και συν. (2018), έχει διαπιστωθεί ότι πέραν των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, σοβαρά γνωστικά ελλείμματα, εντοπίζονται κυρίως στην συγκέντρωση, την προσοχή και την μνήμη. Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι τα γνωστικά ελλείμματα αποτελούν εξίσου αρνητικό προγνωστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής, κυρίως στον κοινωνικό τομέα. Συγκεκριμένα, τα γνωστικά ελλείμματα της άμεσης μνήμης, της προσοχής και των εκτελεστικών λειτουργιών επιδρούν αρνητικά: α) στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, γ) στην ικανότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και στην αυτόνομη διαβίωση, δ) στην εργασιακή λειτουργικότητα, και ε) στην ανάπτυξη στρατηγικών επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων (Green et al., 2000· Shama et al., 2003· Alptekin et al., 2004). Συνεπώς, οι κοινωνικές σχέσεις είναι ο τομέας της ποιότητας ζωής που θίγεται κυρίως από την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με σχιζοφρένεια, κάτι που τους οδηγεί συχνά στην κοινωνική απομόνωση (Τριανταφύλλου και συν., 2018). Επιπλέον, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, χαμηλά επίπεδα στην ικανότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια για μεταγνωσιακή σκέψη, η οποία ορίζεται ως η ικανότητα των ανθρώπων να σκέφτονται τόσο για τις ίδιες τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους όσο

και για τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων (Lysaker et al., 2005), φαίνεται να συνδέεται με χαμηλά επίπεδα ποιότητα ζωής και κοινωνικής λειτουργικότητας σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Wells, 1997· Lysaker et al., 2010· Τριανταφύλλου και συν., 2018), καθώς και με τα αρνητικά συμπτώματα (Nicolò et al., 2012). Τέλος, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν επίσης εντοπιστεί σημαντικά ελλείμματα στην συναισθηματική νοημοσύνη (Edwards et al., 2002· Kohler & Martin, 2006), τα οποία συσχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής και την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών αυτών.

6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία που στοχεύει στην βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό και εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του. Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2005), οι βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν: α) η βελτίωση των ικανοτήτων του πάσχοντος ατόμου, β) η εξατομίκευση όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών, γ) η έμφαση στις δυνατότητές του και όχι στην ψυχοπαθολογία, δ) η εκλεκτικότητα της ψυχιατρικής αποκατάστασης αναφορικά με τις τεχνικές της, ε) η ελπίδα ως ουσιαστικό στοιχείο της διαδικασίας της, ζ) η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου και η βελτίωση της υποστήριξης από το περιβάλλον, η) η συνεργασία με την οικογένεια και θ) η έμφαση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Τριανταφύλλου και συν. (2005), «γίνεται σαφές ότι τα προγράμματα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επιδιώκουν την ενίσχυση των δεξιοτήτων των ψυχικά πασχόντων και την ανάπτυξη των πόρων που πρόκειται να υποστηρίξουν την επαγγελματική και κοινωνική τους επανένταξη. Επομένως, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά θεωρείται πρωταρχικός στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Baker & Intagliata, 1992). Η επιτυχία των προγραμμάτων αυτών συμπεραίνεται όταν και με την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη διακρίνεται η κινητοποίηση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή στην αποκαταστασιακή διαδικασία, με την απόκτηση κοινωνικών και εργασιακών ρόλων. Η δραστηριότητα αυτή θα συμβάλλει αφενός στην ενδυνάμωση του αισθήματος του αυτοελέγχου, της αυτοεκτίμησης, της αυτενέργειας και της αυτονομίας των ασθενών και αφετέρου στην διαμόρφωση μιας νέας ταυτότητάς του η οποία θα είναι αποδεκτή από τους ίδιους και από το περιβάλλον τους» (Τριανταφύλλου και συν., 2005).

Πολλές έρευνες συγκλίνουν στην θετική επίδραση των αποκαταστασιακών δομών ως προς την έκβαση της νόσου, η βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών (Brekke & Long, 2000· Reger et al., 2003). Η θετική έκβαση των υπηρεσιών ενός Κέντρου Ημέρας εξαρτάται από την ποικιλία και την διάρκεια των προγραμμάτων, την φιλοσοφία της θεραπείας, την μεθοδολογία επιλογής ασθενών, τα διαγνωστικά κριτήρια (Vidalis & Baker, 1986), τα χαρακτηριστικά στοιχεία των ασθενών (Piper et al., 1994), καθώς και τη μεθοδολογία μέτρησης της έκβασης (Goering et al., 1998). Σύμφωνα με την έρευνα των Howes et al. (1997), η παρακολούθηση του προγράμματος ενός Κέντρου Ημέρας μειώνει τον αριθμό των υποτροπών και των νοσηλειών, και πιο συγκεκριμένα όταν ο ασθενής παρακολουθεί το πρόγραμμα κοινοτικής θεραπείας. Αντίστοιχα, η ανασκόπηση του Barton (1999) ανέδειξε την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κοινοτικών δομών, ενώ άλλες μελέτες τόνισαν την επίδραση που έχουν στη γενική βελτίωση της κατάστασης και της ποιότητας ζωής των ασθενών (Potvin et al., 2000· Shern et al., 2000). Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει αποδειχθεί πως η εντατικότητα και η μακρόχρονη διάρκεια των προγραμμάτων συσχετίζεται θετικά με την βελτίωση της αυτοεκτίμησης των ασθενών (Dellario & Antony, 1981), όπως και η μακροπρόθεσμη αποκαταστασιακή αλλαγή με την βελτίωση των ασθενών σε συγκεκριμένους κλινικούς δείκτες (Karidi et al., 2003).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει επικρατήσει η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η οποία αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ολότητα και επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Στο πλαίσιο αυτό, όπως διατυπώνεται από την Τριανταφύλλου και συν. (2005), «η ποιότητα ζωής αναδεικνύεται ως βασικός θεραπευτικός στόχος και σημαντικός δείκτης αξιολόγησης του συνόλου των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων διότι αφενός αποδίδει την ολιστική προσέγγιση του πάσχοντος καλύπτοντας ποικίλες διαστάσεις, όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις, οι προσωπικές πεποιθήσεις και η σχέση του ατόμου με το περιβάλλον, και αφετέρου εξασφαλίζει την εκτίμηση των υποκειμενικών αντιλήψεων που έχει το άτομο για διάφορους τομείς της ζωής του, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του». Κατά συνέπεια, όλο και περισσότερες μελέτες καθιστούν αναγκαία την εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο αξιολόγησης κοινοτικά προσανατολισμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών (Sartorius, 1997). Συγκεκριμένα, «η ανακούφιση του πάσχοντος, η οποία

επιτυγχάνεται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αποτελεί καθοριστικό επίτευγμα και φαίνεται περισσότερο ρεαλιστικός στόχος στην περίπτωση χρόνιων ψυχικά ασθενών, για τους οποίους δεν είναι εφικτή η επίτευξη υψηλού επιπέδου κοινωνικής λειτουργικότητας και εργασιακής προσαρμογής. Επιπλέον, η ικανοποίηση του επωφελούμενου από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκτιμάται ως επίτευγμα και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του επιφέρει την ικανοποίηση αυτή. Η ποιότητα ζωής, ως πολυδιάστατη μεταβλητή, θεωρείται επίσης απαραίτητη για την αξιολόγηση του αποτελέσματος προγραμμάτων που παρέχουν σύνθετες παρεμβάσεις, ενώ συμβάλλει εξίσου στη διεύρυνση του ενδιαφέροντος στην ιατρική για την ολιστική προσέγγιση του πάσχοντος και όχι μόνο για την εξάλειψη της νόσου. Τέλος, το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής αποτελεί δείγμα άσκησης καλής πολιτικής» (Τριανταφύλλου και συν., 2005).

7. ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

Το ψυχικό τραύμα χαρακτηρίζεται από την επίπτωση που ένα τραυματικό συμβάν επιφέρει στην λειτουργικότητα και στον ψυχισμό ενός ατόμου που το βίωσε. Ως τραυματικό ορίζεται ένα συμβάν, το οποίο βιώνεται από το άτομο ως απειλητικό, συνοδεύεται από αισθήματα φόβου ή και τρόμου και απέναντι στο οποίο το άτομο αισθάνεται αβοήθητο (APA, 2000). Συνεπώς, αποτελεί μια ευρεία έννοια, η οποία μπορεί να εκδηλώνεται σε ποικίλες ανθρώπινες εμπειρίες, από τις συλλογικές και δημόσιες που κατέχουν σημαντικό εύρος επίδρασης, διότι επηρεάζουν την κοινωνική ομάδα, όπως στην περίπτωση μιας μαζικής καταστροφής, έως και ένα γεγονός το οποίο προκύπτει πίσω από κλειστές πόρτες, όπως η σεξουαλική κακοποίηση. Το ψυχικό τραύμα μπορεί να νοηθεί αφενός ως μια αφηρημένη ψυχική κατάσταση και αφετέρου ως ψυχομετρικά μετρήσιμη και προσδιορισμένη διαταραχή.

7.1. Το ψυχικό τραύμα στην παιδική ηλικία και οι επιπτώσεις του

Σύμφωνα με τους Bishop et al. (2014), παιδικό ή πρώιμο τραύμα ορίζεται το ψυχικό τραύμα που λαμβάνει χώρα κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου, από την βρεφική ηλικία έως την συμπλήρωση των 18 ετών. Κατά την περίοδο της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, οι νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες του ατόμου δεν έχουν πλήρως ολοκληρωθεί και συνεπώς ούτε και οι αμυντικοί μηχανισμοί που οι ενήλικες διαθέτουν για να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις. Επομένως, η ύπαρξη μεγάλων δυσκολιών και αντιξοοτήτων κατά τα πρώτα χρόνια της

ζωής επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού σε όλους τους τομείς της ζωής του (Bremne & Vermetten, 2001· Anda et al., 2006· Juruena, 2007· Mello et al., 2009· Guru et al., 2019). Επιπλέον, τα όρια του εαυτού και ο βαθμός στον οποίο έχει γίνει αντιληπτή η θέση του ατόμου στην κοινωνία, δεν είναι ακόμη σαφή, ενώ η αντίσταση απέναντι στην βία και οι δυνατότητες επιβίωσης είναι εξίσου περιορισμένες (Culbertson, 1995). Έτσι, το ψυχικό τραύμα που λαμβάνει χώρα κατά την ευρύτερη αναπτυξιακή περίοδο πριν την ενηλικίωση μπορεί να επιφέρει πιο δυσμενείς επιπτώσεις στην συνολική διαμόρφωση του ψυχισμού και στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου συγκριτικά με μια εμπειρία που επέρχεται μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Σύμφωνα με τον Aberbach (1989), η τραυματική εμπειρία κατά την παιδική ηλικία μπορεί να μην γίνει αντικείμενο επεξεργασίας και να βρει διέξοδο σε μετέπειτα στάδια της ζωής με συχνά απροσδόκητους τρόπους. Ομοίως, οι μελέτες των van der Kolk (2005) και Curtois (2004) έδειξαν ότι όταν το τραυματικό συμβάν έχει επαναληπτικό ή και σύνθετο χαρακτήρα, το παιδί είναι πιο πιθανό να υποστεί μακροπρόθεσμες συνέπειες λόγω του τραύματος.

Το παιδικό τραύμα μπορεί να προέλθει από ένα πλήθος τραυματικών εμπειριών που μπορεί να βιώσει ένα αναπτυσσόμενο άτομο. Πολλές μελέτες (Butchard, 2006· Martins et al., 2011) συγκλίνουν στις εξής τραυματικές εμπειρίες: α) η σωματική κακοποίηση που χαρακτηρίζεται από την εκ προθέσεως άσκηση σωματικής βίας στο παιδί, η οποία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, στην ανάπτυξη και στην αξιοπρέπειά του, β) η σεξουαλική κακοποίηση που ορίζεται ως η εμπλοκή του παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα, την οποία δεν κατανοεί πλήρως και με την οποία δεν είναι σε θέση να συγκατατεθεί, γ) η συναισθηματική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει απειλές, εκφοβισμό, μεροληπτική συμπεριφορά, απόρριψη, γελοιοποίηση και κακομεταχείριση, και δ) η παραμέληση του παιδιού στους τομείς της υγείας, της μόρφωσης, της διατροφής και της ασφαλούς διαβίωσης.

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες επισημαίνουν ότι οι τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είναι διεθνώς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την επιδημιολογική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Kessler et al., 2010), περίπου το ένα τρίτο των συμμετεχόντων τόσο σε χώρες υψηλού εισοδήματος όσο και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος ανέφερε πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Οι πιο συχνές αναφερόμενες τραυματικές εμπειρίες ήταν ο θάνατος γονέα, η βία στην οικογένεια και η ψυχική νόσος

γονέα, οι οποίες συνδέονταν με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης διαταραχών. Αντίστοιχα, η επιδημιολογική μελέτη των Felitti & Anda (2010) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διαπίστωσε μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία και εκδήλωση επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, ευαλωτότητας σε ασθένειες, αλκοολισμού, κατάχρησης ουσιών, κατάθλιψης, αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και πρόωρων θανάτων.

Το ψυχικό τραύμα στην παιδική ηλικία έχει συνδεθεί με σημαντικές αρνητικές συνέπειες σε άμεσο επίπεδο. Σε παιδιά και εφήβους, φαίνεται ότι αυξάνεται ο κίνδυνος να αναπτύσσονται προβλήματα στην συμπεριφορά τους, είτε εσωτερικευμένα, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, είτε εξωτερικευμένα, όπως είναι η επιθετικότητα (Abramovitch et al., 2008). Επίσης, η έκθεση στο τραύμα, κυρίως στην ενδοοικογενειακή βία, επηρεάζει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης του παιδιού στο περιβάλλον του και την επακόλουθη εξερευνητική συμπεριφορά του, παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη της αυτονομίας. Παιδιά που έχουν υποστεί τέτοιες εμπειρίες έχουν εκδηλώσει συμπτώματα τα οποία προσιδιάζουν σε αυτά της διαταραχής μετατραυματικού στρες, όπως η αποφυγή, η κατάσταση υπερδιέγερσης, η έλλειψη ανταποκρισιμότητας και οι μνήμες από το τραυματικό γεγονός που μπορεί να εμφανίζονται ανά τακτά διαστήματα με τη μορφή αιφνίδιων παρεμβολών αναμνήσεων. Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό μετατραυματικό σύμπτωμα που απαντάται σε όλες τις ηλικίες, αλλά, σύμφωνα με την Kaplan (2005), στο παιδικό τραύμα επιτείνεται από το γεγονός ότι το τραύμα όταν συνέβη ενδέχεται να μην είχε καταχωρηθεί γνωστικά.

Εξίσου σοβαρές είναι και οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του ψυχικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία. Ο van der Kolk (1987) υποστήριξε ότι ενδεχόμενη τραυματική εμπειρία στην παιδική ηλικία μπορεί να επιφέρει ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στην ενήλικη ζωή. Αντίστοιχα, πλήθος ερευνών στις τελευταίες δεκαετίες καταδεικνύουν την συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχολογική δυσλειτουργία κατά την ενήλικη ζωή και στην παιδική κακοποίηση ή παραμέληση (Mullen et al., 1996· Kessler et al., 1997· Afifi et al., 2006). Επίσης, ο αντίκτυπος διαφορετικών τύπων κακοποίησης μπορεί να προκαλέσει αλληλεπικαλυπτόμενα μοτίβα ανεπιθύμητων επιπτώσεων στην ενήλικη ζωή (Briere & Runtz, 1988· Moeller et al., 1993). Συγκεκριμένα, η μελέτη των Briere & Runtz (1990) διαπίστωσε ότι η σωματική κακοποίηση συνδέεται με την επιθετικότητα προς τους άλλους, η συναισθηματική κακοποίηση με την χαμηλή αυτοεκτίμηση και η σεξουαλική κακοποίηση με δυσλειτουργική σεξουαλική

συμπεριφορά. Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξε και η έρευνα των Mullen et al. (1996). Επίσης, οι Riecker & Carmen (1986) υποστήριξαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην αίσθηση του εαυτού με αποτέλεσμα το άτομο να είναι πιο πιθανό να εμπλέκεται σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές στην ενήλικη ζωή του. Επιπλέον, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, η σωματική κακοποίηση στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού μπορεί να προκαλέσει σοβαρό πλήγμα στην μετέπειτα λειτουργικότητά του όταν θα είναι ενήλικο άτομο. Η μελέτη των Bentall et al. (2012) έδειξε εξίσου ότι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία συσχετίστηκε με ψευδαισθήσεις και η ανατροφή σε ίδρυμα κατά την παιδική ηλικία με τον παρανοϊκό ιδεασμό, ενώ η σωματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία συσχετίστηκε τόσο με ψευδαισθήσεις όσο και με παρανοϊκό ιδεασμό στην ενήλικη ζωή. Ομοίως, η συστηματική ανασκόπηση των Martins et al. (2011) διαπίστωσε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ παιδικής κακοποίησης και ψυχιατρικών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή, όπως με αγχώδεις διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές και με σχιζοφρένεια. Μια άλλη συστηματική ανασκόπηση των Carr et al. (2013) διαπίστωσε εξίσου ότι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση σχετίζονται με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, ενώ η συναισθηματική κακοποίηση συνδέεται με διαταραχές προσωπικότητας και την σχιζοφρένεια, καθώς και η παιδική παραμέληση με διαταραχές προσωπικότητας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η συχνότητα, η έκθεση σε πολλαπλούς τύπους κακοποίησης, η διάρκεια, καθώς και η χρήση βίας στην παιδική ηλικία συνδέονται επίσης με μεγαλύτερες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή (Clemmons et al., 2007). Παιδιά που έχουν αποτελέσει μάρτυρες ενός τύπου κακοποίησης είναι πιο πιθανό να βιώσουν και άλλες μορφές κακοποίησης. Επομένως, η κακοποίηση δεν προκύπτει τυχαία μέσα στην κοινότητα αλλά είναι πιο πιθανό να εντοπιστεί μέσα σε δυσλειτουργικές οικογένειες και σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν οικονομικά και κοινωνικά μειονεκτήματα (Bagley & Ramsey, 1985· Finkelhor & Baron, 1986).

7.2. Η επίδραση του ψυχικού τραύματος στην ποιότητα ζωής ατόμων με ψύχωση

Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, διαμορφώνονται σημαντικές δομές στον εγκέφαλο. Η εμφάνιση τραυματικών γεγονότων σε αυτό το στάδιο της ανάπτυξης μπορεί να επιφέρει μακροχρόνιες και αρνητικές νευροβιολογικές

και νευροενδοκρινολογικές μεταβολές σε όλη την μετέπειτα ζωή των παιδιών που βίωσαν τραυματικά γεγονότα (Cardoso et al., 2006· Shonkoff et al., 2012). Επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι αντιξοότητες που βιώνονται κατά την παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (Green et al., 2010).

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την συσχέτιση μεταξύ των αντιξοοτήτων κατά την παιδική ηλικία και της ψύχωσης (Shevlin et al., 2007· Bebbington et al., 2011· Croft et al., 2019). Ομοίως, η μετα-ανάλυση των Varese et al. (2012) ανέδειξε ότι οι αντιξοότητες στην παιδική ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης με λόγο πιθανοτήτων της τάξεως του 2,8. Επίσης, η ανασκόπηση των Read et al. (2005) διαπίστωσε ότι υπάρχει μια ενδεχόμενη αιτιώδης σχέση μεταξύ της παιδικής κακοποίησης και της ανάπτυξης ψυχωτικής συμπτωματολογίας, και κυρίως των ψευδαισθήσεων. Σύμφωνα με την έρευνα των Ellason & Ross (1997), η ψυχωτική συμπτωματολογία μπορεί να αναδεικνύεται ως μια απόκριση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός. Αυτή η εξήγηση βασίζεται στο γεγονός ότι πολλές μελέτες παρουσιάζουν αφενός υψηλά ποσοστά παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και άλλων τύπων κακοποίησης σε πληθυσμούς με ψυχωτική συμπτωματολογία, και αφετέρου τονίζουν την επιτάχυνση και την επίδραση των αρνητικών γεγονότων ζωής ή και των δυσμενών περιβαλλοντικών συνθηκών στην ψυχωτική συμπτωματολογία (Rommer & Escher, 1989· Goff et al., 1991· Kingdon & Turkington, 1994· Masters, 1995· Mueser et al., 1998). Επιπλέον, οι Ross et al. (1994) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που ανέφεραν ότι έχουν υποστεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία είναι πιο πιθανό να αναφέρουν και θετικά ψυχωτικά συμπτώματα. Αντίστοιχα, η μελέτη των Read & Argyle (1999) έδειξε ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στο περιεχόμενο των τραυματικών εμπειριών και το περιεχόμενο συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και διαταραχή στην σκέψη). Συγκεκριμένα, κατέληξαν ότι η πλειονότητα των ασθενών με ιστορικό κακοποίησης παρουσίασαν παραπάνω από ένα από αυτά τα ψυχωτικά συμπτώματα καθώς και ότι το περιεχόμενο των μισών από αυτά συμπτωμάτων σχετίζονταν με την κακοποίηση.

Ενώ οι ασθενείς με ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ανταποκρίνονται συνήθως καλύτερα στα αρχικά στάδια της θεραπείας, η πορεία της ασθένειας τους παρουσιάζει ετερογένεια (Ruggeri et al., 2004), και σε αρκετές περιπτώσεις εξελίσσεται με πτωχά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Zipursky, 2014). Ένας παράγοντας, ο οποίος μπορεί

να συμβάλλει σε αυτό αποτελεί η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός κατά την παιδική ηλικία. Συγχρονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ένα ιστορικό τραυματικών γεγονότων είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν πιο σοβαρά θετικά συμπτώματα (Ramsay et al., 2011· Ajnakina et al., 2016). Αντίστοιχα, διαχρονικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης (Ajnakina et al., 2018), πιο αργή βελτίωση στην λειτουργικότητά τους (Pruessner et al., 2019), καθώς και μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα (Davidson et al., 2009). Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν διαπίστωσαν καμία σύνδεση ανάμεσα στην έκθεση σε τραυματικά γεγονότα και σε μεταβολές των κλινικών συμπτωμάτων σε βάθος χρόνου (Davidson et al., 2009· van Dam et al., 2015). Πέρα από την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, σύμφωνα με τους Kilian et al. (2020), παράγοντες όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η συμμόρφωση στην θεραπεία και η κατάχρηση ουσιών μπορεί να συμβάλλουν στα πτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Τα ερευνητικά δεδομένα για την σχέση του παιδικού τραύματος με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψύχωση τόσο διεθνώς όσο και στον ελληνικό πληθυσμό είναι ελλιπή. Η μελέτη των Lysaker & LaRocco (2009) έδειξε ότι οι τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία, καθώς και ότι διαφορετικοί τύποι κακοποίησης μπορούν συσσωρευτικά να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στην σχιζοφρένεια. Επιπλέον, οι Lev-Wiesel & Amir (2003) διαπίστωσαν, μεταξύ άλλων, ότι τα παιδιά που είχαν βιώσει το ολοκαύτωμα του Β' Παγκοσμίου πολέμου ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις σωματική, ψυχολογική υγεία και κοινωνικές σχέσεις συγκριτικά με άτομα που κατά τη διάρκεια των ετών 1940-45 ζούσαν σε μη εμπόλεμες χώρες.

8. ΑΓΧΟΣ

Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από συγκεκριμένες καταστάσεις. Οι διαβαθμίσεις του άγχους διακρίνονται από την απλή ανησυχία η οποία είναι φυσιολογική και απαραίτητη για την επιβίωση, μέχρι και παθολογικές καταστάσεις όπως είναι μια αγχώδης διαταραχή. Σύμφωνα με τον Spielberg (1972), το άγχος ορίζεται αδρά ως μια συναισθηματική κατάσταση η οποία περιλαμβάνει την εκτίμηση του ατόμου ότι αντιμετωπίζει μια αβέβαιη και ανεξέλεγκτη απειλή, σε συνδυασμό με ένα υποκειμενικό αίσθημα αγωνίας και φόβου για επικείμενο

κίνδυνο, και η οποία επιφέρει ιδιαίτερες εκδηλώσεις στο σώμα και στη συμπεριφορά. Το ίδιο συμβάν μπορεί να αναστατώσει ψυχικά ένα άτομο, ενώ ένα άλλο άτομο να το κινητοποιήσει. Οι Fleishman & Mercy (2007) υποστήριξαν ότι το «κατώφλι» του άγχους είναι το σημείο όπου η συσσωρευμένη δόση άγχους ξεπερνάει τα όρια προσαρμογής του ατόμου. Στην πραγματικότητα, το άγχος είναι αναγκαίο για την επιβίωση του ανθρώπου, καθώς το κινητοποιεί σε περίπτωση κινδύνου προκειμένου να λάβει δράση και να αλλάξει την απειλητική κατάσταση.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το άγχος συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα. Το άγχος αποτελεί ένα αντανakλαστικό προσαρμογής και επιβίωσης που κινητοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς και θέτει το άτομο μπροστά στην επιλογή της πάλης ή της φυγής (Fleishman & Mercy, 2007). Η υπερδιέγερση του νευρικού συστήματος που προκαλείται από το άγχος έχει συχνά απρόβλεπτα αποτελέσματα. Οι Kring et al. (2010) ισχυρίζονται ότι πρόκειται για μια κατάσταση που λαμβάνεται γενικά ως δυσάρεστη και που χαρακτηρίζεται από μια διάχυτη αίσθηση επικείμενου κινδύνου και φόβου. Επομένως, το άγχος καθιστά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός στρεσογόνου παράγοντα και της απόκρισης του ατόμου σε αυτό τον παράγοντα. Ως στρεσογόνο ορίζεται ένα συμβάν που διαταράζει την ομοιόσταση του οργανισμού και προκαλεί ανισορροπία. Για το λόγο αυτό, ένας άλλος ορισμός που έχει δοθεί για το άγχος είναι ότι αποτελεί μια όχι τόσο συγκεκριμένη απόκριση του σώματος σε οποιαδήποτε απαίτηση πάνω σε αυτό (Glassman & Hadad, 2009).

8.1. Άγχος και ψυχικό τραύμα στην παιδική ηλικία

Το άγχος συνδέεται στενά με το ψυχικό τραύμα κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με τους Heim & Nemeroff (1999), οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου έχουν ως αποτέλεσμα τη νευροβιολογική επιρρέπεια στο στρες και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αγχωδών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, έχει προταθεί ότι ιδιαίτερα η σωματική κακοποίηση και η συναισθηματική κακοποίηση έχουν ισχυρότερη συσχέτιση με αλλοιώσεις στην δομή εγκεφάλου συγκριτικά με άλλες τραυματικές εμπειρίες όπως το διαζύγιο των γονέων ή τον θάνατο ενός συγγενή (Gupta et al., 2017). Ομοίως, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι παιδικές δυσμενείς εμπειρίες συνδέονται με την ανάπτυξη αυξημένου αριθμού αγχωδών συμπτωμάτων καθώς και με αγχώδεις διαταραχές, όπως είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή κοινωνικού άγχους (Kuo et

al., 2011· Martins et al., 2011). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε και η πρόσφατη έρευνα των Lähdepuro et al. (2019). Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η σωματική κακοποίηση, η συναισθηματική κακοποίηση και το χαμηλό οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αγχωτικών συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή. Επίσης, η συγχρονική μελέτη των Kascakova et al. (2020) ανέδειξε ανάλογα ευρήματα, διαπιστώνοντας σύνδεση της σωματικής κακοποίησης, της συναισθηματικής κακοποίησης και της παραμέλησης με αυξημένο κίνδυνο αγχωτικών συμπτωμάτων και χρόνιου πόνου στην ενήλικη ζωή.

Άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως μείζων καταθλιπτική διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, ψύχωση, αυτοκτονικότητα καθώς και άλλα προβλήματα, όπως το σύνδρομο χρόνιου πόνου και νοσήματα της καρδιάς (Johnson et al., 1999· Personen et al., 2007· Heim, 2009· Norman et al., 2012· Varese et al., 2012).

8.2. Η επίδραση του άγχους στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψύχωση

Έρευνες καταδεικνύουν ότι τα αγχωτικά συμπτώματα συνοδεύονται πολύ συχνά στην ψύχωση (Boyd, 1986· Bland et al., 1987). Η έρευνα των Goodwin et al. (2002) διαπίστωσε υψηλά ποσοστά κρίσεων πανικού στη σχιζοφρένεια κατά 45%, ενώ τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής κυμαίνονταν από 10% έως 64%. Η μετα-ανάλυση των Achim et al. (2011) έδειξε ότι η αγχώδης συμπτωματολογία είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, καθώς μπορεί να φθάσει ακόμα και το 65%, και ο επιπολασμός των αγχωδών και συναφών διαταραχών στη σχιζοφρένεια είναι περίπου 38%. Αντίστοιχα, οι Temmingh & Stein (2015) κατέληξαν ότι οι πιο κοινές αγχώδεις και συναφείς διαταραχές στην σχιζοφρένεια αποτελούν κατά σειρά: η διαταραχή κοινωνικού άγχους, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η διαταραχή πανικού, η ειδική φοβία και η αγοραφοβία. Ένα άλλο συμπέρασμα στην έρευνά τους ήταν ότι τα αγχωτικά συμπτώματα μπορεί να συνδέονται με αυξημένα επίπεδα εναισθησίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, τα αγχωτικά συμπτώματα ενισχύουν εξίσου τον κίνδυνο ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυτοκτονικότητας στους ασθενείς αυτούς.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι το άγχος επιδρά αρνητικά στην πορεία και στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας (Frenton & McGlashan, 1986· Wigman et al., 2012· Braga et al., 2013). Η σοβαρότητα της κοινωνικής έκπτωσης ενός ατόμου με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να οφείλεται σε τουλάχιστον τέσσερις ξεχωριστούς παράγοντες: α) στην παρουσία της χρόνιας έκπτωσης (νευροψυχολογικά ελλείμματα), β) στην ενεργή ψυχωτική συμπτωματολογία, γ) στις δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες και δ) στην στάση που έχει το άτομο για τον εαυτό του και για την ανάρρωση (Wing, 1983). Τα συναισθηματικά συμπτώματα μπορεί να αποτελούν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του υποκειμενικού βιώματος ενός ατόμου με ψύχωση και κατά συνέπεια να επηρεάζουν την στάση του για το μέλλον. Επομένως, τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος και η κατάθλιψη, μπορεί να προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης που έχει το άτομο για την εμπειρία του με την ψύχωση (Siris, 1991). Επιπλέον, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα συναισθηματικά συμπτώματα στην ψύχωση μπορεί να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για υποτροπή (Johnson, 1988) και για αυτοκτονικότητα (Drake, 1986), ενώ υψηλότερα επίπεδα άγχους συνδέονται με πιο σοβαρές ψευδαισθήσεις, απόσυρση, κατάθλιψη, αβοηθητότητα και μειωμένη λειτουργικότητα (Lysaker, 2007). Η συγχρονική μελέτη των Freeman & Fowler (2009) διαπίστωσε ότι η σύνδεση του τραύματος και των παραληρητικών ιδεών μπορεί να εξηγηθεί διαμέσου του άγχους.

Το άγχος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά και την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψύχωση. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος συνδέεται με μειωμένα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής και με περιορισμούς στην λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια λόγω σωματικών προβλημάτων (Wetherell et al., 2003). Ομοίως, οι Huppert et al. (2001) διαπίστωσαν ότι υψηλότερα επίπεδα άγχους σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σχετίζονται με μειωμένη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής, τις καθημερινές δραστηριότητες, την οικογένεια, την υγεία και τις κοινωνικές τους σχέσεις.

9. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η λέξη ανθεκτικότητα έχει λατινικές ρίζες από τη λέξη *resilio* και ενέχει την έννοια της ελαστικότητας και της ανάκαμψης. Στην ψυχολογία εισήχθη για πρώτη φορά από τον Garmezy μετά από έρευνες σε παιδιά των οποίων οι γονείς έπασχαν από σχιζοφρένεια και κατά συνέπεια είχαν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχική διαταραχή. Η έρευνά του έδειξε ότι πολλά παιδιά δεν ανέπτυξαν ψυχοπαθολογία

παρόλο που μεγάλωσαν μαζί με τους γονείς τους, και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά αυτά ανέπτυξαν ένα είδος ανθεκτικότητας απέναντι στις στρεσογόνες συνθήκες του οικογενειακού περιβάλλοντος (Garmezy, 1973). Οι πρώτες προσπάθειες ερμηνείας των αποτελεσμάτων επικεντρώθηκαν αρχικά σε ατομικά χαρακτηριστικά των «ανθεκτικών παιδιών» όπως είναι η αυτονομία και η υψηλή αυτοεκτίμηση (Masten, 1990). Στη συνέχεια, οι ερευνητές αναγνώρισαν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να προέλθει και από εξωγενείς παράγοντες, με αποτέλεσμα να διακρίνουν τρεις κατηγορίες που την καθορίζουν: α) τα χαρακτηριστικά των ίδιων των παιδιών, β) τα χαρακτηριστικά των οικογενειών και γ) τα χαρακτηριστικά του ευρύτερου περιβάλλοντος (Luthar et al., 2000). Χαρακτηριστικά παραδείγματα δυσμενών συνθηκών που ενσωματώθηκαν στην μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας αποτέλεσαν η χρόνια σοβαρή νόσος (Kralik et al., 2006), οι καταστροφικές αρνητικές εμπειρίες ζωής (Masten & Obradovic, 2008), η φτώχεια (Anthony, 2008) και η βία στην κοινότητα (Copeland-Linder et al., 2010). Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στους μηχανισμούς των προστατευτικών παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε θετικό αποτέλεσμα (Luthar et al., 2000).

Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί ένα πολυδιάστατο χαρακτηριστικό το οποίο ποικίλει ανάλογα με το πλαίσιο, τον χρόνο, την ηλικία, το φύλο και την πολιτισμική καταγωγή. Στο ίδιο το άτομο μπορεί να παρατηρηθεί και ποικιλία ανθεκτικών εκδηλώσεων καθώς αυτό εκτίθεται σε διαφορετικές συνθήκες ζωής κάθε φορά (Connor & Davidson, 2003). Ο Rutter (1987) παρουσίασε την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια ικανότητα αντιμετώπισης των αλλαγών και ως ένα σύνολο δεξιοτήτων επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία επαφίονται από την πεποίθηση του ατόμου στην αυτοαποτελεσματικότητά του. Σύμφωνα με τους Herrman et al. (2011), η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στην θετική προσαρμογή ή στην ικανότητα διατήρησης ή ανάκτησης της ψυχικής υγείας παρά την βίωση δυσμενών συνθηκών. Επιπλέον, η Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία ορίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως τη διαδικασία ικανοποιητικής προσαρμογής σε αντίξοες συνθήκες, τραύμα, απειλές ή σημαντικές πηγές στρες (APA, 2014). Στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, συμπεριλαμβάνεται η ανάκαμψη του ατόμου από την αντίξοη συνθήκη (Southwick et al., 2014). Ομοίως, η Masten (2014) ορίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως την ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να προσαρμοστεί επιτυχώς στις διαταραχές που απειλούν την λειτουργία, τη βιωσιμότητα ή την ανάπτυξή του. Επομένως, για να υπάρξει η

έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, πρέπει αφενός να υπάρξει η έκθεση σε κάποια απειλή ή αντιξοότητα και αφετέρου η προσαρμογή του ατόμου να είναι ικανοποιητική ή ακόμα και εξαιρετική (Masten & Obradovic, 2008). Υπάρχει διάσταση απόψεων, αν η ανθεκτικότητα αφορά ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου ή αντίθετα μία δυναμική διαδικασία. Όταν ο όρος ανθεκτικότητα χρησιμοποιείται για να αναφερθεί στη διαδικασία, θεωρείται δεδομένη η ύπαρξη αντιξοότητας, κάτι που δεν κρίνεται απαραίτητο, όταν η ανθεκτικότητα αντιμετωπίζεται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τους Μποζίκας & Παρλαπάνη (2016), η ψυχική ανθεκτικότητα καθορίζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν με πολύπλοκο τρόπο. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ατόμου με ψυχική ανθεκτικότητα είναι οι κοινωνικές δεξιότητες, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η αυτονομία και η αίσθηση ότι το άτομο έχει έναν σκοπό στη ζωή του. Στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συνδέονται με την ψυχική ανθεκτικότητα περιλαμβάνονται επίσης η υψηλή αυτοεκτίμηση, η εξωστρέφεια και η αισιοδοξία (Bernard, 2004).

9.1. Η επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψύχωση

Η ψυχική ανθεκτικότητα εμπεριέχει την αξιολόγηση δύο σημαντικών διαστάσεων. Η πρώτη διάσταση αναφέρεται στο κατά πόσο ένα άτομο τα καταφέρνει καλά στην ζωή του κυρίως με ένα σύνολο αναμενόμενων συμπεριφορών και αναπτυξιακών επιτευγμάτων. Η δεύτερη διάσταση αφορά τον βαθμό της έκθεσης σε δύσκολες συνθήκες, οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ομαλή ανάπτυξη και εξέλιξη των ατόμων (Masten & Curtis, 2000). Επομένως, η ψυχική ανθεκτικότητα αντανακλά μια πολυεπίπεδη αλληλεπίδραση μεταξύ των προστατευτικών παραγόντων και παραγόντων επικινδυνότητας του ατόμου και του ευρύτερου περιβάλλοντός του (Olsson et al., 2003· Condly, 2006), και εκτείνεται πέραν της έννοιας ενός σταθερού ατομικού γνωρίσματος ή χαρακτηριστικού (Rutter, 2006).

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών υποστηρίζει μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και την έκβαση της σχιζοφρένειας (Μποζίκας & Παρλαπάνη, 2016). Η μελέτη του Torgalsboen (2012) διαπίστωσε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό δείκτης της

λειτουργικότητας σε μια υποομάδα ατόμων με σχιζοφρένεια που δεν λάμβαναν φαρμακοθεραπεία. Αντίστοιχα, η μελέτη των Palmer et al. (2014) έδειξε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας και αισιοδοξία είχαν υψηλότερο δείκτη ευτυχίας, ο οποίος συσχετίστηκε με χαμηλότερη αντίληψη άγχους και ισχυρότερη αίσθηση κυριαρχίας του εαυτού. Σύμφωνα με τους Camera et al. (2016), υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σχετίζονται με λιγότερο σοβαρά θετικά συμπτώματα, γενική ψυχοπαθολογία, κατάθλιψη και απελπισία σε άτομα με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, έρευνες καταδεικνύουν ότι υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε άτομα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψύχωσης συσχετίστηκαν με ηπιότερα αρνητικά, αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και με καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα (Kim et al., 2013· Marulanda & Addington, 2016). Τέλος, η μελέτη των McCarthy et al. (2017) διαπίστωσε ότι υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας συνδέονται με καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε άτομα με ψύχωση.

ΕΙΔΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Φαίνεται ότι υπάρχει περιορισμένο εύρος μελετών διερεύνησης της συσχέτισης ψυχοκοινωνικών παραμέτρων, όπως το τραύμα, το άγχος και η ψυχική ανθεκτικότητα στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολουθούν πρόγραμμα τόσο διεθνώς όσο και στον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, μία σειρά ερευνητικών μελετών σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων με Υπεύθυνη την κα Μ. Οικονόμου έχουν διενεργηθεί από την Τριανταφύλλου και συν. (2016, 2016, 2018, 2019, 2021), για την επίδραση ποικίλων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με την χορήγηση του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής – WHOQOL-BREF του ΠΟΥ (WHOQOL Group, 1998).

Η παρούσα έρευνα δεδομένης της περιορισμένης σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας, συνέβαλε σημαντικά στην διερεύνηση της συσχέτισης της ποιότητας ζωής με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ατόμων με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα. Επομένως, ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν διττός:

1. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και άλλων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων των ατόμων με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε Κέντρο Ημέρας στην Ελλάδα.
2. Η διερεύνηση της συσχέτισης και της επίδρασης του τραύματος, του άγχους και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

1.1. Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας ήταν:

1. Το τραύμα αναμένεται να συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
2. Το άγχος αναμένεται να συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
3. Η ποιότητα ζωής αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα ακολούθησε τον σχεδιασμό της συγχρονικής μελέτης.

2.2. Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας συμπεριέλαβε 38 άτομα τα οποία σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 έπασχαν από σχιζοφρένεια ή από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή καταθλιπτικού τύπου και παρακολούθησαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Κέντρου Ημέρας του Σωματείου «Ίκελος».

2.3. Εργαλεία

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία από το δελτίο δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, το

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – Σύντομη μορφή (WHOQOL-BREF) για την μέτρηση της ποιότητας ζωής, το Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory – Self-Report – Short-Form) για την μέτρηση του παιδικού τραύματος, το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory) για την μέτρηση του άγχους και η Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα (Dispositional Resilience Scale – 15) για την μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

2.3.1. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – Σύντομη μορφή (WHOQOL-BREF)

Το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και είναι η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 που αποτελείται από 26 ερωτήσεις και αφορά τη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής (ΠΖ) (WHOQOL Group, 1998). Οι ερωτήσεις συνθέτουν 4 θεματικές ενότητες: α) την σωματική υγεία, β) την ψυχολογική υγεία, γ) τις κοινωνικές σχέσεις και δ) το περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν μια γενική ενότητα: «Σφαιρική ΠΖ-γενική κατάσταση της υγείας». Η ελληνική εκδοχή (Ginieri-Coccossis, Triantafillou et al., 2012), αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και την στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: α) στη διατροφή, β) στην ικανοποίηση από την εργασία, γ) στην οικιακή ζωή και δ) στην κοινωνική ζωή. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής με εύρος βαθμολογίας 0-100.

2.3.2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος (Early Trauma Inventory – Self-Report – Short-Form)

Το Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος αναπτύχθηκε από τους Bremner et al. (2007) και αφορά την εκτίμηση του παιδικού τραύματος. Αποτελείται από 27 λήμματα, τα οποία σχετίζονται με τέσσερις διαφορετικούς τύπους τραυματικών εμπειριών: α) τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας ή γενικό τραύμα (11 λήμματα), β) τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας (5 λήμματα), γ) τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης (5 λήμματα) και δ) τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης (6

λήμματα). Οι επιλογές απάντησης είναι η κατάφαση και η άρνηση (ΝΑΙ και ΟΧΙ), καθώς και στην περίπτωση της κατάφασης ενσωματώνεται και η συχνότητα της τραυματικής εμπειρίας στην εξής κλίμακα: μία ή δύο φορές, μερικές φορές και συχνά. Υπολογίζεται δείκτης για κάθε τομέα, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τραυματικών συμβάντων, στα οποία το άτομο έχει απαντήσει ΝΑΙ, καθώς και ένας συνολικός δείκτης τραύματος, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων δεικτών. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη σοβαρότερου τραύματος τόσο σε κάθε τύπο τραυματικής εμπειρίας με αντίστοιχο εύρος βαθμολογίας (0-33, 0-15, 0-15, 0-18) όσο και στο συνολικό τραύμα με εύρος βαθμολογίας 0-71. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τις Antonopoulou et al. (2017).

2.3.3. Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory)

Το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger αναπτύχθηκε από τους Spielberger et al. (1970) και αφορά την μέτρηση του άγχους. Αποτελείται από 40 λήμματα, τα οποία αξιολογούν το άγχος σε δύο υποκλίμακες: α) το καταστασιακό άγχος το οποίο αναφέρεται στο άγχος που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση (state anxiety) και β) το δομικό άγχος, το οποίο αναφέρεται στο άγχος που αποτελεί μονιμότερο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Η κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 20 λήμματα. Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων, οι οποίες βαθμολογούνται από το 1 μέχρι και το 4 (με ακραίες επιδόσεις 20 και 80 βαθμούς). Η βαθμολογία 4 υποδηλώνει την παρουσία υψηλού επιπέδου άγχους για δέκα λήμματα του καταστασιακού άγχους και για έντεκα λήμματα του δομικού άγχους. Αντίστοιχα, για τα υπόλοιπα δέκα λήμματα του καταστασιακού άγχους και για τα υπόλοιπα εννέα λήμματα του δομικού άγχους η υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει την απουσία άγχους, και επομένως βαθμολογούνται αντίστροφα. Συγκεκριμένα, αναφορικά με το καταστασιακό άγχος, τα λήμματα είναι: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, ενώ για το δομικό άγχος, τα λήμματα είναι: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Λιάκος & Γιανίτση (1984).

2.3.4. Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα (Dispositional Resilience Scale – 15)

Η Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα αναπτύχθηκε από τον Bartone (2007) και αφορά την μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Αποτελείται από 15 λήμματα, τα οποία αξιολογούν τρεις παράγοντες: α) την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων (commitment), η οποία αναφέρεται στη δέσμευση που διαθέτουν τα άτομα στην προσπάθειά τους να ανταπεξέρχονται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής παρά τις αντιξοότητες, β) στον έλεγχο ζωής (control), ο οποίος αναφέρεται στην πεποίθηση των ατόμων ότι έχουν την ικανότητα να επιφέρουν οι ίδιοι σημαντικές και αξιόλογες αλλαγές στην ζωή τους και γ) τις προκλήσεις (challenge), οι οποίες αναφέρονται στην ικανότητα των ατόμων να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες ή τις ανατροπές που επέρχονται στην ζωή ως προκλήσεις που μπορεί να συμβάλλουν στην προσωπική τους ανάπτυξη και όχι ως στοιχεία αρνητικά. Επιπλέον, εξάγεται και μια συνολική βαθμολογία της ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι απαντήσεις στα λήμματα ακολουθούν μια τεταρτοβάθμια κλίμακα, με την τιμή «0» να υποδηλώνει ότι δεν αληθεύει για το άτομο και την τιμή «3» να υποδηλώνει ότι αληθεύει απόλυτα για το άτομο (εκτός από 6 λήμματα που ακολουθείται αντίστροφη βαθμολόγηση). Οι ακραίες επιδόσεις σε κάθε υποκλίμακα είναι 0 και 15 βαθμοί και στην συνολική βαθμολογία από 0 έως 45 βαθμοί. Η ερμηνεία της συνολικής βαθμολογίας της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι: 39+ (Πολύ υψηλή), 34-38 (Υψηλή), 28-33 (Μέτρια), 22-27 (Χαμηλή), από 22 και λιγότερο (Πολύ χαμηλή). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα από τις Αντωνοπούλου και συν. (Αντωνοπούλου και συν., χ. χ.).

2.4. Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης Ερωτηματολογίων και Κλιμάκων

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται όλοι οι δείκτες εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων των ασθενών. Στην πλειοψηφία τους, όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα, οι τιμές κρίνονται ικανοποιητικές (>0,70).

Πίνακας 1. Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης Ερωτηματολογίων & Κλιμάκων των ασθενών

Ερωτηματολόγια – Κλίμακες	Cronbach's alpha
1. Κλίμακα Ποιότητα ζωής	
Σωματική Υγεία	0,80
Ψυχολογική Υγεία	0,82
Κοινωνικές Σχέσεις	0,81
Περιβάλλον	0,73
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	0,76
2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος	
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	0,61
Σωματική κακοποίηση	0,81
Συναισθηματική κακοποίηση	0,90
Σεξουαλική κακοποίηση	0,92
Συνολικό τραύμα	0,92
3. Ερωτηματολόγιο Άγχους	
Καταστασιακό άγχος	0,95
Δομικό άγχος	0,94
4. Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα	
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	0,79
Έλεγχος ζωής	0,64
Προκλήσεις	0,67
Ψυχική ανθεκτικότητα	0,73

2.5. Διαδικασία

Η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων υλοποιήθηκε κατά την περίοδο Ιουνίου – Σεπτεμβρίου 2020. Τα άτομα με ψύχωση που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, το απόρρητο και την εθελοντική συμμετοχή τους. Έπειτα από την έγγραφη συγκατάθεσή τους, πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεντεύξεις έτσι ώστε να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια της έρευνας.

2.6. Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) έκδοση 25. Αναφορικά με την περιγραφική στατιστική, για τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες και για τις συνεχείς μεταβλητές οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις. Στη συνέχεια, ακολούθησε ο έλεγχος κανονικότητας της κατανομής, με απώτερο σκοπό τη λήψη απόφασης για την χρήση παραμετρικών ή μη παραμετρικών ελέγχων. Η λήψη απόφασης πραγματοποιήθηκε βάσει ελέγχου Shapiro-Wilk καθώς το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν μικρότερο από 50 συμμετέχοντες. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της κανονικότητας της κατανομής για όλες τις μεταβλητές των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν το πρόγραμμα στο Κέντρο Ημέρας. Όπως παρατηρείται και από τον σχετικό πίνακα, σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρχε παραβίαση της κανονικότητας (όταν $p < 0,05$), υπαγορεύοντας την χρήση μη παραμετρικών ελέγχων, ενώ σε άλλες όχι (όταν $p > 0,05$), οδηγώντας κατά αυτό τον τρόπο στην εφαρμογή παραμετρικών ελέγχων.

Όσον αφορά την επαγωγική στατιστική, η σχέση δίτιμων κατηγορικών μεταβλητών με ποσοτικές εξετάστηκε με τη χρήση ελέγχου ανεξάρτητων δειγμάτων t-test, όταν δεν παραβιάζονταν τα κριτήρια της κανονικότητας, και ελέγχου Mann-Whitney U, όταν παραβιάζονταν. Στην περίπτωση κατηγορικών μεταβλητών με περισσότερες από δύο τιμές, ο αντίστοιχος έλεγχος ήταν ο One-Way ANOVA, όταν η κανονικότητα δεν παραβιαζόταν, και Kruskal-Wallis, όταν υπήρχε παραβίαση της κανονικότητας. Αντίστοιχα, για τον έλεγχο της συσχέτισης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson (όταν τα κριτήρια της κανονικότητας δεν παραβιάζονταν) ή του Spearman (όταν η κανονικότητα παραβιαζόταν). Αξίζει να σημειωθεί ότι η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος από 0,5 (και ανάλογα με την ύπαρξη ή μη του προσήματος - εκτιμάται αρνητική ή θετική). Τέλος, το σύνολο των στατιστικών ελέγχων έγινε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 2. Η κανονικότητα της κατανομής των μεταβλητών των ασθενών με ψύχωση

Έλεγχος Shapiro-Wilk			
Μεταβλητές	Στατιστική	Βαθμοί ελευθερίας	p
Ηλικία	0,958	38	0,165
Ηλικία έναρξης νόσου	0,862	38	0,000
Αριθμός νοσηλειών	0,892	38	0,002
Αριθμός αποπειρών	0,446	38	0,000
Διάρκεια παραμονής στο Κέντρο Ημέρας σε μήνες	0,885	38	0,001
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής			
Σωματική υγεία	0,960	38	0,186
Ψυχολογική υγεία	0,938	38	0,036
Κοινωνικές σχέσεις	0,971	38	0,415
Περιβάλλον	0,957	38	0,147
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	0,931	38	0,022
Ερωτηματολόγιο Αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος			
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	0,891	38	0,001
Σωματική κακοποίηση	0,794	38	0,000
Συναισθηματική κακοποίηση	0,879	38	0,001
Σεξουαλική κακοποίηση	0,484	38	0,000
Συνολικό τραύμα	0,800	38	0,000
Ερωτηματολόγιο Άγχους			
Καταστασιακό άγχος	0,874	38	0,001
Δομικό άγχος	0,946	38	0,065
Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα			
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	0,878	38	0,001
Έλεγχος ζωής	0,891	38	0,001
Προκλήσεις	0,936	38	0,030
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	0,874	38	0,001

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στην παρούσα έρευνα, συμμετείχαν 38 ασθενείς με ψύχωση που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο Κέντρο Ημέρας του Σωματείου «Ίκελος». Στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, το 52,6% των ασθενών ήταν οι άνδρες και αντίστοιχα το 47,4% αποτέλεσαν οι γυναίκες. Η μέση ηλικία τους ήταν τα 46,82 ($\pm 9,92$) έτη. Ως προς την περιοχή κατοικίας τους, οι περισσότεροι διέμεναν στον Δήμο Αγίας Παρασκευής (26,3%), στον Δήμο Χαλανδρίου (18,4%) και στον Δήμο Παλλήνης (15,8%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ολοκλήρωσε το Λύκειο ή Εξατάξιο Γυμνάσιο (39,5%), ενώ δήλωσε ότι ήταν άγαμο (86,8%) αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση. Ομοίως, η πλειοψηφία των ασθενών (57,9%) ανέφερε ότι κατοικούσε μαζί με την γονεϊκή του οικογένεια. Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά, το 86,8% των ασθενών έπασχε από σχιζοφρένεια και το 13,2% αντίστοιχα είχε λάβει τη διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου ήταν τα 24,95 ($\pm 9,92$) έτη. Επιπλέον, ο μέσος αριθμός των νοσηλειών τους ήταν 2,58 ($\pm 2,39$), ενώ το συνολικό διάστημα νοσηλειών αποτέλεσε κατά μέσο όρο οι 7,42 ($\pm 14,14$) μήνες.

Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι παρακολουθούνται ψυχιατρικά από πρόγραμμα αποκατάστασης (39,5%) και από ιδιώτη ψυχίατρο (36,8%). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 73,7% των ασθενών δήλωσε ότι παρουσιάζει πολύ καλή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Εξίσου μεγάλο ήταν το ποσοστό των ασθενών που σημείωσαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει ουσίες κατά το παρελθόν (71,1%). Ο μέσος αριθμός αποπειρών ήταν 0,71 ($\pm 1,75$) και η διάρκεια παραμονής στο Κέντρο Ημέρας ήταν κατά μέσο όρο 49,66 ($\pm 42,94$) μήνες. Τέλος, τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηματολογίων και κλιμάκων των ασθενών επισημαίνονται στον Πίνακα 4. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η μέση τιμή της Σφαιρικής ΠΖ – γενικής κατάστασης της υγείας των ασθενών με ψύχωση είναι 60,53 ($\pm 22,23$) η οποία βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα. Σε ανάλογα επίπεδα ανέρχονται και οι μέσες τιμές των διαστάσεων της, σωματική υγεία: 57,46 ($\pm 16,63$), ψυχολογική υγεία: 59,54 ($\pm 17,57$), κοινωνικές σχέσεις: 57,24 ($\pm 21,08$) και περιβάλλον: 57,07 ($\pm 14,61$). Αντίστοιχα, η μέση τιμή του συνολικού τραύματος των ασθενών με ψύχωση είναι 14,18 ($\pm 12,36$), καθώς και στους

Πίνακας 3. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ψύχωση

Χαρακτηριστικό	Απόλυτη τιμή (ποσοστό)	Μέσος όρος (τυπική απόκλιση)
Φύλο		
Ανδρας	20 (52,6%)	
Γυναίκα	18 (47,4%)	
Ηλικία		46,82 (±9,92)
Περιοχή κατοικίας		
Δήμος Αγίας Παρασκευής	10 (26,3%)	
Δήμος Χαλανδρίου	7 (18,4%)	
Δήμος Χολαργού	3 (7,9%)	
Δήμος Αθηναίων	1 (2,6%)	
Δήμος Φιλοθέης – Ψυχικού	3 (7,9%)	
Δήμος Παλλήνης	6 (15,8%)	
Δήμος Παιανίας	3 (7,9%)	
Δήμος Ραφήνας – Πικερμίου	3 (7,9%)	
Δήμος Σπάτων – Αρτέμιδας	2 (5,3%)	
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	2 (5,3%)	
Γυμνάσιο	5 (13,2%)	
Λύκειο/ Εξατάξιο Γυμνάσιο	15 (39,5%)	
IEK - TEE	9 (23,7%)	
TEI/ATEI	2 (5,3%)	
AEI	5 (13,2%)	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	33 (86,8%)	
Έγγαμος/η	2 (5,3%)	
Διαζευγμένος/η	2 (5,3%)	
Χήρος/α	1 (2,6%)	
Συνθήκες διαμονής		
Μόνος/η	6 (15,8%)	
Γονεϊκή οικογένεια	22 (57,9%)	
Δική του/της οικογένεια	2 (5,3%)	
Στεγαστική δομή	8 (21,1%)	
Διάγνωση		
Σχιζοφρένεια	33 (86,8%)	
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	5 (13,2%)	
Ηλικία έναρξης νόσου		24,95 (±9,92)
Αριθμός νοσηλειών		2,58 (±2,39)
Συνολικό διάστημα νοσηλειών σε μήνες		7,42 (±14,14)
Ψυχιατρική παρακολούθηση από		
Πρόγραμμα αποκατάστασης	15 (39,5%)	
Ιδιώτης ψυχίατρος	14 (36,8%)	
ΠΦΥ	2 (5,3%)	
Δημόσιο νοσοκομείο	7 (18,4%)	
Συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή		
Πολύ καλή	28 (73,7%)	
Αρκετά καλή	5 (13,2%)	
Μέτρια	5 (13,2%)	
Χρήση ουσιών κατά το παρελθόν		
Ναι	11 (28,9%)	
Όχι	27 (71,1%)	
Αριθμός αποπειρών		0,71 (±1,75)
Διάρκεια παραμονής στο Κέντρο Ημέρας σε μήνες		49,66 (±42,94)

Πίνακας 4. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των Ερωτηματολογίων – Κλιμάκων των ασθενών με ψύχωση

Χαρακτηριστικό	Κατώτατη τιμή	Ανώτατη τιμή	Μέσος όρος (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (διατεταρτημοριακό διάστημα)
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής				
Σωματική υγεία	19,44	83,33	57,46 ($\pm 16,63$)	61,11 (70,14-46,53)
Ψυχολογική υγεία	4,17	87,5	59,54 ($\pm 17,57$)	58,33 (70,83-54,17)
Κοινωνικές σχέσεις	15	95	57,24 ($\pm 21,08$)	60 (71,25-40)
Περιβάλλον	25	81	57,07 ($\pm 14,61$)	56,25 (69,53-46,88)
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	0	100	60,53 ($\pm 22,23$)	62,5 (75-50)
Ερωτηματολόγιο Αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος				
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	1	16	4,95 ($\pm 3,63$)	4 (7-2)
Σωματική κακοποίηση	0	13	2,97 ($\pm 3,15$)	2 (4-1)
Συναισθηματική κακοποίηση	0	15	5 ($\pm 4,85$)	3,5 (9-0)
Σεξουαλική κακοποίηση	0	14	1,26 ($\pm 3,06$)	0 (1-0)
Συνολικό τραύμα	1	58	14,18 ($\pm 12,36$)	10 (17,25-5,75)
Ερωτηματολόγιο Άγχους				
Καταστασιακό άγχος	20	75	35,26 ($\pm 14,09$)	30 (41,25-23,75)
Δομικό άγχος	22	72	43,24 ($\pm 14,64$)	42 (55-29,5)
Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα				
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	0	14	9,58 ($\pm 3,04$)	10 (12-8)
Έλεγχος ζωής	2	15	9,92 ($\pm 2,54$)	10 (11-9)
Προκλήσεις	3	9	6,39 ($\pm 1,48$)	6 (8-5)
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	9	35	25,89 ($\pm 5,30$)	26 (29,25-24)

τύπους τραυματικών εμπειριών, τραύμα ποικίλης αιτιολογίας: 4,95 ($\pm 3,63$), σωματική κακοποίηση: 2,97 ($\pm 3,15$), συναισθηματική κακοποίηση: 5 ($\pm 4,85$) και σεξουαλική κακοποίηση: 1,26 ($\pm 3,06$). Ομοίως, οι μέσες τιμές στις δύο υποκλίμακες του άγχους κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα, στο καταστασιακό άγχος: 35,26 ($\pm 14,09$), και στο δομικό άγχος: 43,24 ($\pm 14,64$). Τέλος, η μέση τιμή της συνολικής ψυχικής ανθεκτικότητας των ασθενών με ψύχωση είναι 25,89 ($\pm 5,30$), τιμή που υποδηλώνει χαμηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας.

3.2. Έλεγχοι υποθέσεων δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής

Στον Πίνακα 5, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψύχωση ως προς το φύλο τους. Φαίνεται ότι σε όλες τις κατηγορίες της ποιότητας ζωής, όπως είναι η σωματική υγεία, η ψυχολογική υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον, καθώς και στην Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας, οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις γυναίκες. Ωστόσο, ο δείκτης στατιστικού ελέγχου με το παραμετρικό κριτήριο t-test κατέδειξε σε κάθε κατηγορία τη διαφορά αυτή μη στατιστικά σημαντική ($p=0.327, 0.369, 0.542, 0.280, 0.571$).

Πίνακας 5. Σύγκριση ανάμεσα στα Φύλα σχετικά με την ποιότητα ζωής και τις διαστάσεις της με το παραμετρικό κριτήριο t-test

Χαρακτηριστικά	Φύλο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t	p
Σωματική υγεία	Άνδρες	60	14,54	0,99	0,327
	Γυναίκες	54,63	18,69		
Ψυχολογική υγεία	Άνδρες	62,08	12,53	0,91	0,369
	Γυναίκες	56,71	21,92		
Κοινωνικές σχέσεις	Άνδρες	59,25	19	0,62	0,542
	Γυναίκες	55	23,51		
Περιβάλλον	Άνδρες	59,53	13,99	1,10	0,280
	Γυναίκες	54,34	15,2		
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	Άνδρες	62,5	18,14	0,57	0,571
	Γυναίκες	58,33	26,43		

Στον Πίνακα 6, παρουσιάζονται αποτελέσματα των συγκρίσεων ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής όσον αφορά την Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας και τις διαστάσεις της με τον παραμετρικό έλεγχο διακύμανσης one-way anova. Όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα, μόνο στην διάσταση των κοινωνικών σχέσεων εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής ($F=5,27, p=0,004$), με τους ασθενείς που ζούσαν μόνοι τους να έχουν μέση τιμή $44,17 \pm 2,54$, τους ασθενείς που διέμεναν μαζί με τους γονείς τους $52,5 \pm 16,86$, τους ασθενείς

που έμεναν με την δική τους οικογένεια $87,5 \pm 3,54$ καθώς και τους ασθενείς που ζούσαν σε κάποια στεγαστική δομή $72,5 \pm 8,45$.

Στη συνέχεια, διενεργήθηκε ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων στη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων με την μέθοδο Bonferroni, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 7. Αναλυτικότερα, όσοι από τους ασθενείς διέμεναν μαζί με την δική τους οικογένειά εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικών σχέσεων συγκριτικά με εκείνους που διέμεναν σε στεγαστική δομή, και πολύ υψηλότερα επίπεδα κοινωνικών σχέσεων από εκείνους που διέμεναν με τους γονείς τους και μόνοι τους.

Πίνακας 6. Σύγκριση ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής σχετικά με την ποιότητα ζωής και τις διαστάσεις της με τον παραμετρικό έλεγχο διακύμανσης one-way anova

Χαρακτηριστικά	Συνθήκες διαμονής	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	F	p
Σωματική υγεία	Μόνος/η	51,39	18,49	2,191	0,107
	Γονεϊκή οικογένεια	54,17	17,12		
	Δική του/της οικογένεια	70,83	1,96		
	Στεγαστική δομή	67,71	10,06		
Ψυχολογική υγεία	Μόνος/η	52,08	17,63	1,53	0,223
	Γονεϊκή οικογένεια	57,95	18,58		
	Δική του/της οικογένεια	79,17	5,89		
	Στεγαστική δομή	64,58	13,17		
Κοινωνικές σχέσεις	Μόνος/η	44,17	16,86	5,27	0,004
	Γονεϊκή οικογένεια	52,5	21,03		
	Δική του/της οικογένεια	87,5	3,54		
	Στεγαστική δομή	72,5	8,45		
Περιβάλλον	Μόνος/η	48,44	17,65	2,51	0,075
	Γονεϊκή οικογένεια	55,11	14,09		
	Δική του/της οικογένεια	67,19	15,47		
	Στεγαστική δομή	66,41	8,48		
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	Μόνος/η	58,33	21,89	1,57	0,214
	Γονεϊκή οικογένεια	62,5	53,03		
	Δική του/της οικογένεια	75	14,94		
	Στεγαστική δομή	60,52	22,23		

Έπειτα, ακολούθησε ο έλεγχος συγκρίσεων ανάμεσα στην ψυχιατρική παρακολούθηση και την Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας και τις διαστάσεις της με τον μη παραμετρικό έλεγχο διακύμανσης Kruskal-Wallis H. Διενεργήθηκε αυτός ο έλεγχος καθώς η κατανομή του δείγματος στις συγκεκριμένες μεταβλητές δεν είχε κανονικότητα με βάση του δείκτη Shapiro-Wilk. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (σωματική υγεία: $H=0,91$, $p>0,05$, ψυχολογική υγεία: $H=0,61$, $p>0,05$, κοινωνικές σχέσεις: $H=0,57$, $p>0,05$, περιβάλλον: $H=0,88$, $p>0,05$ και Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας: $H=1,16$, $p>0,05$).

Πίνακας 7. Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων της διάστασης των κοινωνικών σχέσεων και των συνθηκών διαμονής

Χαρακτηριστικά	Συνθήκες διαμονής	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μόνος/η	Γονεϊκή οικογένεια	Δική του/της οικογένεια	Στεγαστική δομή
Κοινωνικές σχέσεις	Μόνος/η	44,17	16,86			-84,89 έως -1,78	
	Γονεϊκή οικογένεια	52,5	21,03			-72,59 έως 2,59	
	Δική του/της οικογένεια	87,5	3,54				
	Στεγαστική δομή	72,5	8,45			-55,24 έως 25,24	

* $p<0,05$

Αντίστοιχα, ακολούθησαν έλεγχοι συγκρίσεων της ψυχιατρικής παρακολούθησης με τις υπόλοιπες κλίμακες, στις οποίες εξίσου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναφορικά με το τραύμα, εμφανίστηκαν τα εξής αποτελέσματα: τραύμα ποικίλης αιτιολογίας ($H=2,15$, $p>0,05$), σωματική κακοποίηση ($H=3,56$, $p>0,05$), συναισθηματική κακοποίηση ($H=2,40$, $p>0,05$), σεξουαλική κακοποίηση ($H=1,32$, $p>0,05$) και συνολικό τραύμα ($H=1,79$, $p>0,05$). Όσον αφορά το άγχος, τα αντίστοιχα αποτελέσματα ήταν: καταστασιακό άγχος ($H=0,15$, $p>0,05$) και δομικό άγχος ($H=0,22$, $p>0,05$). Τέλος, σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, αναδείχθηκαν τα εξής αποτελέσματα: δέσμευση υποχρεώσεων ($H=0,86$, $p>0,05$), έλεγχος ζωής ($H=1,83$, $p>0,05$) και προκλήσεις ($H=3,05$, $p>0,05$) και ψυχική ανθεκτικότητα ($H=0,97$, $p>0,05$).

3.3. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και τραύματος

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στην κλίμακα της Ποιότητας Ζωής και του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος, καθώς και των παραγόντων τους με τον δείκτη συσχέτισης Spearman. Πιο αναλυτικά, φαίνεται να υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και την συναισθηματική κακοποίηση $r(38) = -0,41$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$, και εξίσου μια μέτρια αρνητική συσχέτιση τόσο μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και του τραύματος $r(38) = -0,34$ όσο και μεταξύ του περιβάλλοντος και του τραύματος $r(38) = -0,36$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$. Δηλαδή, όσες λιγότερες κοινωνικές σχέσεις και λιγότερο κατάλληλο περιβάλλον έχει ο ασθενής με ψύχωση, τόσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες και συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να έχει υποστεί κατά την παιδική ηλικία. Στις υπόλοιπες υπό διερεύνηση μεταβλητές δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

3.4 Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και άγχους

Στον Πίνακα 9, εμφανίζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ της κλίμακας της Ποιότητας Ζωής και του ερωτηματολογίου Άγχους, μαζί με τους παράγοντές τους, με βάση τον δείκτη συσχέτισης Spearman. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η ψυχολογική υγεία παρουσιάζει ισχυρή στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση τόσο με το καταστασιακό άγχος, $r(38) = -0,74$, όσο και με το δομικό άγχος, $r(38) = -0,75$, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Παρόμοια συσχέτιση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ παρατηρείται και στην σωματική υγεία με το καταστασιακό άγχος, $r(38) = -0,68$ και με το δομικό άγχος, $r(38) = -0,68$, καθώς και στην Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας με το καταστασιακό άγχος, $r(38) = -0,56$, και με το δομικό άγχος, $r(38) = -0,70$. Αντίστοιχα, ισχυρή στατιστικά σημαντική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει και στο περιβάλλον με το δομικό άγχος $r(38) = -0,57$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$, ενώ εμφανίζει εξίσου μέτρια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το καταστασιακό άγχος, $r(38) = -0,49$, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$. Επίσης, οι κοινωνικές σχέσεις βρέθηκε να παρουσιάζουν μέτρια αρνητική στατιστική συσχέτιση τόσο με το καταστασιακό άγχος, $r(38) = -0,38$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$, όσο και με το δομικό άγχος, $r(38) = -0,50$, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Συμπερασματικά, όσο χαμηλότερα επίπεδα Σφαιρικής ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας (καθώς και σε

όλες τις διαστάσεις της) παρουσιάζει ο ασθενής με ψύχωση, τόσο υψηλότερα επίπεδα άγχους τείνει να εκδηλώνει.

3.5. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας

Ο Πίνακας 10 αναδεικνύει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ της κλίμακας της Ποιότητας Ζωής και της κλίμακας Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα, μαζί με τις παραμέτρους τους, τα οποία βασίζονται στον δείκτη συσχέτισης Spearman. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι σωματική υγεία είχε ισχυρή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,54$, και την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,61$, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,01$, καθώς και μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον έλεγχο ζωής, $r(38)=0,35$, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,05$. Παρόμοια αποτελέσματα εμφάνισαν τόσο η ψυχολογική υγεία όσο και οι κοινωνικές σχέσεις με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,58$ και $r(38)=0,61$, $p<0,01$, την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,59$ και $r(38)=0,65$, $p<0,01$, και τον έλεγχο ζωής, $r(38)=0,33$ και $r(38)=0,44$, $p<0,05$. Αντίστοιχα, το περιβάλλον παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,53$, αλλά μέτρια θετική συσχέτιση με την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,45$, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,01$. Επίσης, η Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας βρέθηκε να συσχετίζεται σε μέτριο βαθμό θετικά με την δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, $r(38)=0,50$, $p<0,01$, και με την ψυχική ανθεκτικότητα, $r(38)=0,37$, $p<0,05$. Επομένως, ισχύει ότι όσο καλύτερα επίπεδα Σφαιρικής ΠΖ – γενικής κατάστασης της υγείας (καθώς και σε όλες τις παραμέτρους της) επιτυγχάνει ένας ασθενής με ψύχωση, τόσο υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας τείνει να εμφανίζει.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και τραύματος

rho	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	Σωματική κακοποίηση	Συναισθηματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Τραύμα
Σωματική υγεία	-	0,70**	0,79**	0,84**	0,60**	-0,19	-0,17	-0,29	-0,20	-0,29
Ψυχολογική υγεία	0,70**	-	0,55**	0,54**	0,50**	-0,1	-0,06	-0,12	0,00	-0,17
Κοινωνικές σχέσεις	0,79**	0,55**	-	0,67**	0,42**	-0,16	-0,00	-0,41**	-0,02	-0,34*
Περιβάλλον	0,84**	0,54**	0,67**	-	0,58**	-0,24	-0,30	-0,26	-0,15	-0,36*
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	0,60**	0,50**	0,42**	0,58**	-	-0,26	-0,30	-0,24	-0,23	-0,30
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	-0,19	-0,1	-0,16	-0,24	-0,26	-	0,44**	0,36*	0,51**	0,72**
Σωματική κακοποίηση	-0,17	-0,06	-0,00	-0,30	-0,30	0,44**	-	0,56**	0,32	0,71**
Συναισθηματική κακοποίηση	-0,29	-0,12	-0,41**	-0,26	-0,24	0,36*	0,56**	-	0,28	0,86**
Σεξουαλική κακοποίηση	-0,20	0,00	-0,02	-0,15	-0,23	0,51**	0,32	0,28	-	0,48**
Τραύμα	-0,29	-0,17	-0,34*	-0,36*	-0,30	0,72**	0,71**	0,86**	0,48**	-

*p<0,05 **p<0,01, rho= r Spearman

Πίνακας 9. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και άγχους

rho	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	Καταστασιακό άγχος	Δομικό άγχος
Σωματική υγεία	-	0,70**	0,79**	0,84**	0,60**	-0,68**	-0,68**
Ψυχολογική υγεία	0,70**	-	0,55**	0,54**	0,50**	-0,74**	-0,75**
Κοινωνικές σχέσεις	0,79**	0,55**	-	0,67**	0,42**	-0,38*	-0,50**
Περιβάλλον	0,84**	0,54**	0,67**	-	0,58**	-0,49**	-0,57**
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	0,60**	0,50**	0,42**	0,58**	-	-0,56**	-0,70**
Καταστασιακό άγχος	-0,68**	-0,74**	-0,38*	-0,49**	-0,56**	-	0,73**
Δομικό άγχος	-0,68**	-0,75**	-0,50**	-0,57**	-0,70**	0,73**	-

*p<0,05 **p<0,01, rho= r Spearman

Πίνακας 10. Συσχετίσεις ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας

rho	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	Έλεγχος ζωής	Προκλήσεις	Ψυχική ανθεκτικότητα
Σωματική υγεία	-	0,70**	0,79**	0,84**	0,60**	0,54**	0,35*	0,16	0,61**
Ψυχολογική υγεία	0,70**	-	0,55**	0,54**	0,50**	0,58**	0,33*	0,60	0,59**
Κοινωνικές σχέσεις	0,79**	0,55**	-	0,67**	0,42**	0,61**	0,44*	0,11	0,65**
Περιβάλλον	0,84**	0,54**	0,67**	-	0,58**	0,53**	0,15	0,12	0,45**
Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας	0,60**	0,50**	0,42**	0,58**	-	0,50**	0,12	0,03	0,37*
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	0,54**	0,58**	0,61**	0,53**	0,50**	-	0,35*	-0,08	0,77**
Έλεγχος ζωής	0,35*	0,33*	0,44*	0,15	0,12	0,35*	-	0,13	0,67**
Προκλήσεις	0,16	0,06	0,11	0,12	0,03	-0,08	0,13	-	0,34*
Ψυχική ανθεκτικότητα	0,61**	0,59**	0,65**	0,45**	0,37*	0,77**	0,67**	0,34*	-

*p<0,05 **p<0,01, rho= r Spearman

3.6. Προγνωστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής

Όσες μεταβλητές βρέθηκαν να διατηρούν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και τις παραμέτρους της, εισήχθησαν ταυτόχρονα ως προγνωστικοί παράγοντες σε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Επομένως, οι μεταβλητές, οι οποίες περιλαμβάνονται σε κάθε μοντέλο, είναι αυτές που βρέθηκαν να συνδέονται στατιστικά σημαντικά με την αντίστοιχη εξαρτημένη μεταβλητή (Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας και κάθε διάστασή της ξεχωριστά) και έχουν επιλεγθεί με την μέθοδο enter.

Πίνακας 11. Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας

Μεταβλητή	Συντελεστής παλινδρόμησης B	Τυπικό σφάλμα	Συντελεστής β	p
Καταστασιακό άγχος	-0,49	0,28	-0,31	0,094
Δομικό άγχος	-0,60	0,30	-0,40	0,058
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	3,5	1,86	0,48	0,068
Ψυχική ανθεκτικότητα	-1,76	0,96	-0,42	0,076
F	11,75			
P	0,000			
R ²	0,59			

F= F τεστ, R²= συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού

Στον Πίνακα 11 αναφέρεται ο συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (R²=0,59), ο οποίος ορίζει το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής «Σφαιρική ΠΖ – γενική κατάσταση της υγείας», που εξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές: καταστασιακό άγχος, δομικό άγχος, δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων και ψυχική ανθεκτικότητα. Το ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγεί το μοντέλο είναι 59%. Ωστόσο, καμία μεταβλητή δεν βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Ποιότητα ζωής, κάτι το οποίο σημαίνει ότι η στατιστική σημαντικότητά τους μονοπαραγοντικά μπορεί να εξηγείται από άλλους παράγοντες.

Εν συνέχεια, ο Πίνακας 12 καταδεικνύει ότι στατιστικά σημαντικά μόνο το Καταστασιακό άγχος εξηγεί το 62% ($R^2=0,62$) της μεταβλητότητας της Σωματικής υγείας ($\beta=-0,45$, $p=0,018$). Επομένως, οι ασθενείς που σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα καταστασιακού άγχους αναμένεται να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής υγείας.

Πίνακας 12. Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ενότητα «σωματική υγεία»

Μεταβλητή	Συντελεστής παλινδρόμησης B	Τυπικό σφάλμα	Συντελεστής β	p
Καταστασιακό άγχος	-0,53	0,21	-0,45	0,018
Δομικό άγχος	-0,19	0,25	-0,17	0,448
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	0,34	1,43	0,06	0,815
Έλεγχος ζωής	-0,64	1,87	-0,09	0,736
Ψυχική ανθεκτικότητα	0,89	1,34	0,28	0,511
F	10,56			
P	0,000			
R²	0,62			

F= F τεστ, R^2 = συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού

Συνεχίζοντας τις αναλύσεις παλινδρόμησης για την ποιότητα ζωής, φαίνεται ότι το ποσοστό της μεταβλητότητας της Ψυχολογικής υγείας είναι 74% ($R^2=0,74$), όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 13. Παρόμοια με την Σωματική υγεία, το Καταστασιακό άγχος είναι η μόνη ανεξάρτητη μεταβλητή που βρέθηκε στατιστικά σημαντική, και κατά συνέπεια, με την αύξηση των επιπέδων του σε ασθενείς αναμένεται να προκαλείται μείωση των επιπέδων της ψυχολογικής υγείας τους ($\beta=-0,45$, $p=0,017$).

Πίνακας 13. Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ενότητα «ψυχολογική υγεία»

Μεταβλητή	Συντελεστής παλινδρόμησης B	Τυπικό σφάλμα	Συντελεστής β	p
Καταστασιακό άγχος	-0,47	0,19	-0,37	0,017
Δομικό άγχος	-0,35	0,22	-0,30	0,118
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	2,33	1,25	0,40	0,072
Έλεγχος ζωής	0,82	1,63	0,12	0,618
Ψυχική ανθεκτικότητα	-0,69	1,17	-0,21	0,559
F	18,35			
P	0,000			
R ²	0,74			

F= F τεστ, R²= συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού

Αντίστοιχα, ο Πίνακας 14 παρουσιάζει τις ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή Κοινωνικές σχέσεις. Η Συναισθηματική κακοποίηση και το Τραύμα φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα των Κοινωνικών σχέσεων και να εξηγούν το 64% της διακύμανσης της μεταβλητής ($R^2=0,64$). Συνεπώς, όσοι ασθενείς έχουν υποστεί υψηλά επίπεδα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύματος κατά την παιδική ηλικία αναμένεται να έχουν λιγότερες κοινωνικές σχέσεις ($\beta=-0,97$, $p=0,001$ και $\beta=-0,83$, $p=0,002$ αντίστοιχα).

Τέλος, σύμφωνα με τον Πίνακα 15, καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν μπορούν να εξηγήσουν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο το 62% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής Περιβάλλον ($R^2=0,62$).

Πίνακας 14. Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ενότητα «κοινωνικές σχέσεις»

Μεταβλητή	Συντελεστής παλινδρόμησης B	Τυπικό σφάλμα	Συντελεστής β	p
Συναισθηματική κακοποίηση	-4,22	1,14	-0,97	0,001
Τραύμα	-1,42	0,42	-0,83	0,002
Καταστασιακό άγχος	-0,59	0,30	-0,39	0,062
Δομικό άγχος	0,57	0,38	0,40	0,145
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	0,87	1,89	0,13	0,650
Έλεγχος ζωής	-4,53	2,69	-0,55	0,103
Ψυχική ανθεκτικότητα	3,74	1,87	0,94	0,054
F	7,69			
P	0,000			
R ²	0,64			

F= F τεστ, R²= συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού

Πίνακας 15. Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ενότητα «περιβάλλον»

Μεταβλητή	Συντελεστής παλινδρόμησης B	Τυπικό σφάλμα	Συντελεστής β	p
Τραύμα	-0,01	0,18	-0,01	0,941
Καταστασιακό άγχος	-0,36	0,24	-0,34	0,150
Δομικό άγχος	-0,14	0,29	-0,14	0,633
Δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων	1,04	1,69	0,22	0,543
Έλεγχος ζωής	-1,08	2,18	-0,19	0,623
Ψυχική ανθεκτικότητα	0,30	1,60	0,11	0,854
F	3,23			
P	0,014			
R ²	0,62			

F= F τεστ, R²= συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν αφενός να διερευνήσει την ποιότητα ζωής και άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους των ατόμων με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε Κέντρο Ημέρας στην Ελλάδα, και αφετέρου να αξιολογήσει την συσχέτιση και την επίδραση του τραύματος, του άγχους και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Για τον σκοπό αυτό εκτιμήθηκαν η «Σφαιρική ΠΖ-γενική κατάσταση της υγείας» και οι θεματικές ενότητες της: «σωματική υγεία», «ψυχολογική υγεία», «κοινωνικές σχέσεις» και «περιβάλλον», το συνολικό τραύμα και οι τύποι τραυματικών εμπειριών: τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση και σεξουαλική κακοποίηση, οι υποκλίμακες του άγχους: καταστασιακό άγχος και δομικό άγχος, καθώς και η συνολική ψυχική ανθεκτικότητα και οι παράγοντές της: δέσμευση – ανάληψη υποχρεώσεων, έλεγχος ζωής και προκλήσεις.

Τα κύρια ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Όσοι από τους ασθενείς με ψύχωση διέμεναν μαζί με την δική τους οικογένειά εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικών σχέσεων συγκριτικά με εκείνους που διέμεναν σε στεγαστική δομή, και πολύ υψηλότερα επίπεδα κοινωνικών σχέσεων από εκείνους που διέμεναν με τους γονείς τους και μόνοι τους,
2. Όσες λιγότερες κοινωνικές σχέσεις και λιγότερο κατάλληλο περιβάλλον έχουν οι ασθενείς με ψύχωση, τόσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες και συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να έχουν υποστεί κατά την παιδική ηλικία, και πιο συγκεκριμένα,
3. Όσοι ασθενείς έχουν υποστεί υψηλά επίπεδα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύματος κατά την παιδική ηλικία αναμένεται να έχουν λιγότερες κοινωνικές σχέσεις,
4. Όσο χαμηλότερα επίπεδα στην «Σφαιρική ΠΖ-γενική κατάσταση της υγείας» (καθώς και σε όλες τις διαστάσεις της) παρουσιάζουν οι ασθενείς με ψύχωση, τόσο υψηλότερα επίπεδα άγχους τείνουν να εκδηλώνουν, και ειδικότερα,
5. Οι ασθενείς που σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα καταστασιακού άγχους αναμένεται να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής υγείας και ψυχολογικής υγείας, και
6. Όσο καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής (καθώς και σε όλες τις παραμέτρους της) επιτυγχάνουν οι ασθενείς με ψύχωση, τόσο υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας τείνουν να εμφανίζουν.

Επομένως, όλες οι ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν για την παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκαν.

4.1. Συσχέτιση ποιότητας ζωής των ασθενών με ψύχωση με το παιδικό τραύμα

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση ήταν ότι το παιδικό τραύμα θα έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με ψύχωση που θα έχουν υψηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος θα παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και στην συναισθηματική κακοποίηση και στο τραύμα, καθώς και μεταξύ του περιβάλλοντος και του τραύματος. Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι το τραύμα, και ιδιαίτερα η συναισθηματική κακοποίηση, έχει μέτρια προς υψηλή συσχέτιση με την ποιότητα ζωής στην ψύχωση. Ωστόσο, οι ευρεθείσες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μπορούν να αποτελέσουν απλώς ενδείξεις και όχι αποδείξεις για πιθανές αιτιακές σχέσεις μεταξύ του παιδικού τραύματος και της ποιότητας ζωής κατά την ενήλικη ζωή. Επομένως, η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε ένα πολλαπλό παλινδρομικό μοντέλο για να προσεγγίσει περαιτέρω τις ενδεχόμενες σχέσεις μεταξύ των συγκεκριμένων μεταβλητών.

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης εντόπισε ότι η συναισθηματική κακοποίηση και το τραύμα φαίνεται να εξηγούν το 64% της διακύμανσης των κοινωνικών σχέσεων των ασθενών με ψύχωση. Η παιδική συναισθηματική κακοποίηση επιδρά αρνητικά στην ποιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων ενός ατόμου με ψύχωση κατά την ενήλικη ζωή. Παρόμοιο εύρημα διαπιστώθηκε και στην μελέτη των Lysaker & LaRocco (2009), στην οποία η συναισθηματική κακοποίηση πέραν των άλλων τραυματικών εμπειριών συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία στην σχιζοφρένεια. Επιπλέον, το εύρημα αυτό συμβαδίζει και με το αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, της μελέτης των Lev- Wiesel & Amir (2003) ότι τα παιδιά που είχαν βιώσει το ολοκαύτωμα του Β' Παγκοσμίου πολέμου ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις κοινωνικές σχέσεις συγκριτικά με άτομα που κατά τη διάρκεια των ετών 1940-45 ζούσαν σε μη εμπόλεμες χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα των Reyome (2010) διαπίστωσε ότι άτομα με ιστορικό συναισθηματικής κακοποίησης είναι πιθανό να παρουσιάσουν βίαιες συμπεριφορές στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις τους. Σε παρόμοιο αποτέλεσμα

κατέληξαν και οι Berzenski & Yates (2010), καθώς η συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αποτελεί ισχυρότατο προβλεπτικό παράγοντα για την μετέπειτα εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αντίστοιχα, η ανασκόπηση των Naughton et al. (2013) σημείωσε ότι η συναισθηματική κακοποίηση επιφέρει μία σειρά σοβαρών συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν τις σχέσεις εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι δυσκολίες αυτές, χωρίς την απαραίτητη παρέμβαση, είναι δυνατόν να γενικευθούν κατά την ανάπτυξη σε όλο το φάσμα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων του ατόμου.

4.2. Συσχέτιση ποιότητας ζωής ασθενών με ψύχωση με το άγχος

Η δεύτερη υπόθεση της παρούσας έρευνας ήταν ότι το άγχος θα συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς με ψύχωση που θα έχουν υψηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Άγχους θα παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαπίστωσαν σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής, και όλων των διαστάσεών της, και του άγχους. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι το άγχος ως προσωρινή αντίδραση απέναντι σε μια κατάσταση, από την οποία το άτομο θεωρεί ότι απειλείται (καταστασιακό άγχος), καθώς και το άγχος ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του (δομικό άγχος), έχουν μέτρια προς υψηλή συσχέτιση με την ποιότητα ζωής στην ψύχωση.

Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι το καταστασιακό άγχος φαίνεται να εξηγεί το 62% της διακύμανσης της σωματικής υγείας, καθώς και το 74% της ψυχολογικής υγείας των ασθενών με ψύχωση. Αυτό το εύρημα συμβαδίζει με ένα πλήθος προηγούμενων ερευνών που επισημαίνουν την αρνητική επίδραση του άγχους τόσο στην ψύχωση όσο και στην ποιότητα ζωής ασθενών με ψύχωση (Boyd, 1986· Bland et al., 1987· Lysaker, 2007· Achim et al., 2011). Επιπλέον, οι Huppert & Smith (2005) διαπίστωσαν ότι υψηλά επίπεδα αγχωτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σχετίστηκαν αρνητικά με την ποιότητα ζωής. Αντίστοιχα, η μελέτη των Lysaker & Salyers (2007) διαπίστωσε ότι υψηλά επίπεδα άγχους συνδέονται με πιο

σοβαρές ψευδαισθήσεις, μειωμένα επίπεδα αισιοδοξίας και μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής.

4.3. Συσχέτιση ποιότητας ζωής ασθενών με ψύχωση με την ψυχική ανθεκτικότητα

Η τρίτη υπόθεση της παρούσας έρευνας ήταν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα θα συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με ψύχωση που θα έχουν χαμηλότερες τιμές στην Κλίμακα Προδιάθεσης στην Ψυχική Ανθεκτικότητα θα εκδηλώνουν χαμηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διέκριναν σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής, καθώς και σε όλες τις διαστάσεις της, και στην ψυχική ανθεκτικότητα, καθώς και στους παράγοντές της εκτός από τις προκλήσεις. Επομένως, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα έχουν μέτρια προς υψηλή συσχέτιση με την ποιότητα ζωής στην ψύχωση. Ωστόσο, η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης διαπίστωσε ότι τόσο η ψυχική ανθεκτικότητα όσο και οι παράγοντες της δεν μπορούσαν να εξηγήσουν την διακύμανση της ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση. Κατά συνέπεια, το στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, το οποίο εμφανίστηκε μονοπαραγοντικά, πιθανώς να εξηγείται από άλλες μεταβλητές του μοντέλου. Προηγούμενες μελέτες κατέδειξαν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα συνδέεται θετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση (McCarthy et al., 2017· Zizolfi et al., 2019).

4.4. Δυνατά σημεία και περιορισμοί παρούσας έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε ένα από τα λιγοστά εγχειρήματα διερεύνησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψύχωση που παρακολούθησαν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενσωματώνοντας μεταβλητές όπως το πρώιμο τραύμα, το άγχος και η ψυχική ανθεκτικότητα. Ένα άλλο δυνατό σημείο της παρούσας έρευνας ήταν ότι σχεδόν όλες οι τιμές των δεικτών εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων των ειδικών ψυχικής υγείας κρίθηκαν ικανοποιητικές. Επιπλέον, η μέτρηση και η αξιολόγηση των μεταβλητών του τραύματος κρίνεται ένα εξαιρετικό δύσκολο έργο, καθώς η συγκέντρωση πληροφοριών για ιδιαίτερα λεπτά ζητήματα, όπως είναι η σεξουαλική κακοποίηση, ενέχει σε μεγάλο βαθμό τη συμμόρφωση προς το κοινωνικά επιθυμητό από την πλευρά του

συμμετέχοντος. Συνεπώς, η μέθοδος συλλογής δεδομένων υπό καθεστώς διασφαλισμένης ανωνυμίας αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας έρευνας.

Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι ιδιαίτερα σημαντικά λαμβάνοντας υπόψη και κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, ο μικρός αριθμός του δείγματος καθιστά δύσκολη την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση. Επιπλέον, το δείγμα δεν επιλέχθηκε μέσω τυχαίας δειγματοληψίας αλλά ήταν δείγμα ευκολίας, και επομένως δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η αντιπροσωπευτικότητά του που θα επέτρεπε ασφαλέστερη γενίκευση των συμπερασμάτων. Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά στην αναδρομική φύση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος καθώς κάποιοι από τους συμμετέχοντες μπορεί να είχαν δυσκολία να θυμηθούν κάποια συγκεκριμένα συμβάντα που πραγματοποιήθηκαν στην παιδική τους ηλικία ή να επέλεξαν συνειδητά να μην συμπεριλάβουν κάποιες τραυματικές εμπειρίες. Τέλος, ο ερευνητικός σχεδιασμός της συγχρονικής μελέτης δεν επιτρέπει να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπως θα μπορούσε να συμβεί σε σχεδιασμό διαχρονικής μελέτης.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aberbach, D. (1989). *Surviving Trauma: Loss, Literature and Psychoanalysis*. New Haven and London: Yale University Press.
- Abramovitch, R., Freedman, J. L., Thoden, K., & Nikolich, C. (2008). Children's capacity to consent to participation in psychological research: Empirical findings. *Child Development*, 62(5), 1100-1109.
- Achim, A. M, Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Merette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811–21.
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1093-1103.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2014). *The road to resilience*. Washington: DC.
- Anderson, R. T., Aaronson, N. K., & Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 2, 369 –395.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Angermeyer, M. C., & Kilian, R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 20-29). West Sussex England: John Wiley & Sons Ltd.
- Anthony, E. K. (2008). Cluster profiles of youths living in urban poverty: Factors affecting risk and resilience, *Social Work Research*, 32(1), 6-17.
- Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri-Coccosis, M., & Sinodinou, C. (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki*, 28(1).

- Arns, P. G., & Linney, J. A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation, 17*, 63-79.
- Atkinson, J. (1988). *Survey Report*. London: National Schizophrenia Society.
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research, 6*, 21-26.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update. *Pharmacoeconomics, 30*, 183–195.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning, 5*, 69-70.
- Banerjee, S., Samsi, K., Petrie, C. D., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E. M., et al. (2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(1), 15–24.
- Barry, M. M., & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders, *British Journal of Psychiatry, 168*, 210-216.
- Barton, W. E. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services, 50*, 525–534.
- Bartone, P. (2007). Test-retest reliability of the dispositional resilience scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports, 101*, 943-944.
- Bebbington, P. E., Angermeyer, M., Azorin, J. M., Marwaha, S., Marteau, F., & Toumi, M. (2009). Side-effects of antipsychotic medication and health-related quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, 438*, 22-28.
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., Meltzer, H., McManus, S., & Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *British Journal of Psychiatry, 199*, 29–37.

- Becker, T., Morven, L., Krumm, S., Ruggeri, M., Vázquez-Barquero, J. L., & EPSILON Study Group (2005). Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 628–634.
- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M. & Varese, F., (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 734–740.
- Bergner, M. (1988). Development, testing and use of the sickness impact profile. In S. R. Walker, & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of life: Assessment and application* (pp. 79-94). Lancaster: MTP Press.
- Berlim, M. T., McGirr, A., & Fleck, M. P. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Research*, 160(3), 364–371.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What We Have Learned*. San Francisco, CA: WestEd Regional Educational Laboratory.
- Berzenski, S. R. & Yates, T. M. (2010). A Developmental Process Analysis of the Contribution of Childhood Emotional Abuse to Relationship Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 180–203.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In G. J. Stahler & W. R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). New York: Academic Press Inc.
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. and Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13, 16.
- Bodes, J. Gonzalez, M. P., Wallace, D. H., Douson, M., & Saiz, P. A. (1996). Quality of life instruments in schizophrenia: a comparative study. *European Psychiatry*, 11(4), 228-232.
- Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013) Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(1), 1–7.

- Brekke, J. S., & Long, J. D. (2000). Community-Based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 667–680.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211- 218.
- Browne, S. Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., & Callaghan, E. O. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J. L., Larkin, C., & O’Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173–176.
- Butchard, A. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Word Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Camera, P., Molino, C., Girardi, L., Gattoni, E., Feggi, A., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2016). The role of resilience and coping strategies in different psychiatric diseases: a comparison among schizophrenic spectrum, depression and personality disorders. *Evidence-based Psychiatric Care*, 2, 123-126.
- Campbell, A., Converse, R., & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage.
- Cardoso, B. M., Kauer Sant’Anna, M., Dias, V. V., Andreazza, A. C., Cereser, K. M., & Kapczinski, F. (2008). The impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*, 42(6), 451–457.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Sociodemographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research*, 137(3), 203–213.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review

- According to Childhood Trauma Subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 1007- 1020.
- Cipher, D. J., & Clifford, P. A. (2004). Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: Toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 741–748.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., Lillo, D. D. and Messman – Moore T L. (2007). Unique and Combined contributions of multiple child abuse type and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child maltreatment* 2 (12), 172- 181.
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B., et al. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 43–50.
- Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban Education*, 41(3), 211-236.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.
- Cooper, C., Bebbington, P., Katona, C., & Livingston, G. (2009). Successful aging in health adversity: Results from the National Psychiatric Morbidity Survey. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 861–868.
- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C. G., Ames, D., Rabins, P., Engedal, K., de Mendonca Lima, C., Blazer, D., Teri, L., Brodaty, H., & Livingston, G. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 856–870.
- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C. G., Blazer, D., Ames, D., Rabins, P., Brodaty, H., de Mendonca Lima, C., & Livingston, G. (2012). Systematic review of the effectiveness of pharmacologic interventions to improve quality of life and well-being in people with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 173-183.

- Copeland-Linder, N., Lambert, S. F., & Lalongo, N. S. (2010): Community violence, protective factors, and adolescent mental health: A profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 176-186.
- Cordner, Z., Blass, D. M., Rabins, P. V., & Black, B. S. (2010). Quality of life in nursing home residents with advanced dementia. *Journal of American Geriatric Society*, 58(12), 2394–2400.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412–425.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: A population study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193(3), 196–202.
- Croft, J., Heron, J., Teufel, C., Cannon, M., Wolke, D., Thompson, A., Houtepen, L., & Zammit, S. (2019). Association of trauma type, age of exposure, and frequency in childhood and adolescence with psychotic experiences in early adulthood. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 79-86.
- Crow, T. J., MacMillan, J. F., Johnson, A. L., & Johnstone, E. C. (1986). A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *British Journal of Psychiatry*, 148, 120–127.
- Culbertson, R. (1995). Embodied memory, transcendence, and telling: recounting trauma, re-establishing the self. *New Literary History*, 26 (1), 169-195.
- Daeppen, J. B., Krieg, M. A., Burnand, B., & Yersin, B. (1998). MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 685–694.
- Davidson, J. R., Bose, A., & Wang, Q. (2005). Safety and efficacy of escitalopram in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1441–1446.
- De Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D., & van Winkel, R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8(1), 15-22.
- Dellario, D. J., & Antony, W. A. (1981). On the relative effectiveness of institutional and alternative placement for the psychiatrically disabled. *Journal of Social issues*, 37, 21–33.

- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y. S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., et al. (2019). Quality of life in schizophrenia: A meta-analysis of comparative studies. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519-532.
- Elkinton, J. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64, 711-714.
- Endicott, J., Paulsson, B., Gustafsson, U., Schioler, H., & Hassan, M. (2008). Quetiapine monotherapy in the treatment of depressive episodes of bipolar I and II disorder: Improvements in quality of life and quality of sleep. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 306-319.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of life – assessment, analysis and interpretation*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Fayers, P., & Sprangers, M. A. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359(9302), 187-188.
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). *The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and healthcare: Ianius/vermetten/pain*. Cambridge University Press.
- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1986). The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 143(4), 437-441.
- Fleiszman, N., & Mercy, M. (2007). *No stress: Αναπνεύστε βαθιά, διώξτε το άγχος!* Αθήνα: Κριτική.
- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects—A review. *Quality of Life Research*, 8(3), 255-261.
- Franz, V. H., Gegenfurtner, K. R., Bulthoff, H. H., & Fahle, M. (2000). Grasping visual illusions: No evidence for a dissociation between perception and action. *Psychological Science*, 11, 20-25.
- Garnezy, N. (1973). Competence and adaptation in adult schizophrenic patients and children at risk. In Dean, S. R. (Eds.), *Schizophrenia: The first ten Dean Award Lectures* (pp. 163-204). New York: MSS Information Corp.

- Ginieri-Coccossis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant item. *Psychiatriki*, 23, 130–142.
- Glassman, W. E., & Hadad, M. (2009). *Approaches to Psychology*. Berkshire: McGraw Hill.
- Goering, P. N., Farkas, M. D., Wasylenki, D. A., Lancee, W., & Ballantyne, R. (1988). Improved functioning for case management clients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 12, 3–17.
- Goodwin, R., Lyons, J. S., & McNally, R. J. (2002). Panic attacks in schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 58(2–3), 213–20.
- Goossens, P. J., Hartong, E. G., Knoppert-van der Klein, E. A., & van Achterberg, T. (2008). Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 275–284.
- Gorna, K., Jaracz, K., Rybakowski, F., & Rybakowski, J. (2008). Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: A longitudinal study. *Quality of Life Research*, 17(2), 237–247.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 113–123.
- Gutierrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Ariza, J. A., Ruiz-Veguilla, M., & Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: A comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders*, 10(5), 625–634.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11–19.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders *Biological Psychiatry*, 46 (11), 1509-1522.

- Heim, C., Newport, D. J., Wagner, D., Wilcox, M. M., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depression and anxiety*, 15(3), 117-125.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- Hoe, J., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2007). Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: The LASER-AD study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1031–1036.
- Howes, J. L., Haworth, H., Reynolds, P., & Kavanaugh, M. (1997). Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 502–508.
- Huppert, J. D., & Smith, T. E. (2005). Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectrums*, 10, 721–31.
- Huxley, P., & Warner, R. (1992). Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(8), 799–802.
- Ishak, W. W., Brown, K., Aye, S. S., Kahloon, M., Mobaraki, S., & Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14(1), 6–18.
- Jung, Y. E., Seo, H. J., Song, H. R., Woo, Y. S., Yim, H. W., Sung, H. M., et al. (2012). Factors associated with subjective quality of life in Korean patients with depressive disorders: The CRESCEND study. *Quality of Life Research*, 21(6), 967–974.
- Kaplan, A., E. (2005). *Trauma Culture: The politics of terror and loss in media and literature*. New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Karagianis, J., Novick, D., Pecenak, J., Haro, J. M., Dossenbach, M., Treuer, T., Montgomery, W., Walton, R., & Lowry, A. J. (2009) Worldwide-schizophrenia outpatient health outcomes (W-SOHO): baseline characteristics of pan-regional observational data from more than 17,000 patients. *International Journal of Clinical Practice*, 63(11), 1578–1588.

- Karidi, M. V., Papakonstantinou, K., Lebessi, A., Pouloudi, M., & Rabavilas A. (2003). The effects of a psychosocial rehabilitation program on the cognitive functioning of chronic schizophrenic patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 84.
- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schoder, S., & Krausz, M. (2005). PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology*, 38(6), 320–326.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101–1119.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., & Green, J. G. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 378–385.
- Kim, K. R., Song, Y. Y., Park, J. Y., Lee, E. H., Lee, M., Lee, S. Y., Kang, J. I., Lee, E., Yoo, S. W., An, S. K., & Kwon, J. S. (2013). The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 762–771.
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 460–468.
- Kring, A. M., Davison, G., Neale, J., & Johnson, S. (2010). *Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα : Gutenberg.
- Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2), 187-201.
- Kuehner, C., & Buerger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of selfesteem, response styles, and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86(2–3), 205–213.
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 467-473.
- Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, C., Meunier, N., & Aubin, H. J. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during

- an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 6(4), 160–167.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- Lehman, A. F., Postrado, L. T., & Rachuba, L. T. (1993). Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 327-333.
- Leff, J. (1997). Whose life is it anyway? Quality of life for long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.) *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 241-252). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2003). Time Does Not Heal All Wounds: Quality of Life and Psychological Distress of People Who Survived the Holocaust as Children 55 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 295–299.
- Λιάκος, Α., & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76
- Livingston, G., Cooper, C., Woods, J., Milne, A., & Katona, C. (2008). Successful ageing in adversity: The LASER-AD longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 79(6), 641–645.
- Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H., & Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1183–1188.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future research. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: Associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290–298.

- Lysaker, P. H., & LaRocco, V. A. (2009). Health-related quality of life and trauma history in adults with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous Mental Disease*, 197, 311-315.
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Maguire, P., & Selby, P. (1989). Assessing quality of life in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 60, 437-440.
- Malm, U., May, P. R., & Dencker, S. J. (1981). Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7(3), 477-487.
- Martins, C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4, (2), 219- 227.
- Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y. T., Lamont, R. A., Henderson, C., et al. (2018). Living well with dementia: A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130-2139.
- Marulanda, S. & Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 212-219.
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 72-77.
- Masten, A. S. & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology*, 12, 529-550.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13, 9.
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
- McCarthy, G., Liston, A., & Adamis, D. (2017). Psychological resilience and quality of life amongst people with psychotic illnesses. *European Psychiatry*, 41(1), 822.

- McEwen, J. (1988). The Nottingham Health Profile. In S. R. Walker, & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of life: Assessment and application* (pp. 95-101). Lancaster: MTP Press.
- Melle, I., Friis, S., Haahr, U., Johannesen, J. O., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Roessberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., (2005). Measuring quality of life in first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 20(7), 474–483.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669–682.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 95–100.
- Mittal, D., Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., & Wetherell, J. L. (2006). Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. *Psychiatric Services*, 57(12), 1731–1737.
- Morgan, M. Y., Landron, F., Lehert, P., & New European Alcoholism Treatment Study Group. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(1), 64–77.
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive–compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453–459
- Μποζίκας, Β. Π. & Παρλαπάνη (2016). Η ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς με ψύχωση. *Ψυχιατρική*, 27, 13-16.
- Mullen, P. E, Martin, J. L, Anderson, J. C, Romans, S. E, Herbison, G. P. (1996). The long- term impact of the psysical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S., & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features

- indicative of neglect or emotional abuse in preschool children a systematic review. *JAMA Pediatrics*, 167(8), 769-775.
- Nelis, S. M., Wu, Y. T., Matthews, F. E., Martyr, A., Quinn, C., Rippon, I., et al. (2019). The impact of co-morbidity on the quality of life of people with dementia: Findings from the IDEAL study. *Age and Ageing*, 48(3), 361–367.
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J., Buck, K. D., Pompili, E., Buccione, I., Lagrotteria, B., & Lysaker, P. H. (2012). Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(7), 644-647.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριαντάφυλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, 239-253.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001). *Ψυχική υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., & Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159, 151–156.
- Pascual-Sanchez, A., Jenaro, C., & Montes-Rodriguez, J. M. (2019). Quality of life in euthymic bipolar patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 105–115.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Azim, H. F. A., & Rosie, J. S. (1994). Patients characteristics and success in day treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 381–386.
- Potvin, K. M., Busby, K., Johnston, M., Wood, J., & Docherty, C. (2000). Predictors of outcome in a short-term psychiatric Day Hospital program. *General Hospital Psychiatry*, 22, 184–194.

- Reger, G., Wong-McDonald, A., & Liberman, R. P. (2003). Psychiatric rehabilitation in a community mental health center. *Psychiatric Services*, 54(11), 1457-1459.
- Reyome, N. D. (2010). Childhood emotional maltreatment and later intimate relationships: themes from the empirical literatures. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*, 19, 224- 242.
- Ritsner, M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(5), 287-294.
- Ritsner, M. S., & Gibel, A. (2007). Quality of life impairment syndrome in schizophrenia. In M. S. Ritsner & A. G. Awad (Eds.), *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders* (pp. 173–226). Heidelberg: Springer.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Science*, 1094, 1–12.
- Saarni, S. I., Viertio, S., Perala, J., Koskinen, S., Lonnqvist, J., & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 386–394.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J., (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2, 413–433.
- Sartorius, N. (1997). Quality of life and mental disorders: A global perspective. In H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 319-328). West Sussex England: John Wiley & Sons.
- Scocco, P., Fantoni, G., & Caon, F. (2006). Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: Comparing proxy and physician perspectives. *Age and Ageing*, 35(2), 166–171.
- Sepherd, G., Muizen, M., Dean, R., & Cooney, M. (1996). Residential care in hospital and in the community-quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 448-456.

- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W. A., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, V. J., Winarski, J., & Cohen, M. (2000). Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcome of psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health, 90*, 1873–1878.
- Shevlin, M., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2007). Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 166–169.
- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders, 7*(2), 159–165.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., & May, P. R. (1990). Quality of life in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry, 44*, 71-75.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R., & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living of schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry, 161*, 797-801.
- Skevington, S. M., & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: Validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry, 178*, 261–267.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 10.
- Spielberger CD (1972). *Anxiety. Current Trends in Theory and Research: vol 1*. New York, NY, Academic Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the state-trait anxiety self-evaluation questionnaire*. Pao Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Srivastava, S., & Bhatia, M. S. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal, 22*, 41-46.
- Sullivan, G. S., Wells, K. B., & Leake, B. (1991). Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hospital and Community Psychiatry, 4*, 752-755.

- Szymanski, S., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D., Loebel, A., Geisler, S., Chakos, M., Koreen, A., Jody, D., & Kane, J. M. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 152(5), 698–703.
- Temmingh, H., & Stein, D. J. (2015) Anxiety in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 29, 819–832.
- Thornicroft, G., Gooch, C. O' Driscoll, C. & Reda, S. (1993). The Taps Project: The reliability of the Patient Attitude Questionnaire. In J. Leff (Eds.) Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162(19), 25-29.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., van Heck, G. L., de Vries, J., & Hodiament, P. P. G. (2007). Relationships between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1), 36-47.
- Torgalsbøen, A. K. (2012). Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: does resilience matter? *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 5, 193–200.
- Τριανταφύλλου, Ε., Οικονόμου, Μ., & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία: Εννοιολογικές αναφορές και θεωρητικά μοντέλα. Στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη – Κονταξάκη, & Γ. Ν. Χριστοδούλου (Επιμ. εκδ.). *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τριανταφύλλου, Ε., Θελερίτης, Χ., Τσινιά, Ν., Χρηστίδου, Χ., Τσέλλος, Π., Ισαακίδου, Ν., Θεοχάρης, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2016, 14-17 Απριλίου). *Η συμβολή προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην ανάρρωση ασθενών που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές: Η βελτίωση της ψυχοπαθολογίας - της εργασιακής προσαρμογής - της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ποιότητας ζωής*. 24^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αλεξανδρούπολη.
- Τριανταφύλλου, Ε., Τσέλλος, Π., Θελερίτης, Χ., & Οικονόμου, Μ. (2016, 14-17 Απριλίου). *Συναισθηματική νοημοσύνη - ποιότητας ζωής (ΠΖ) και κοινωνική προσαρμογή ασθενών με ψύχωση στο πλαίσιο θεραπευτικής παρέμβασης αντιμετώπισης ελλειμμάτων ΠΖ στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Ο*

- διαμεσολαβητικός ρόλος χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. 24^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αλεξανδρούπολη.
- Τριανταφύλλου, Ε., Θελερίτης, Χ., Τσέλλος, Π., Τυπάλδου, Μ., Οικονόμου, Μ., & Παπαγεωργίου, Χ. Χ. (2018, 17-20 Μαΐου). *Η βελτίωση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) και της κοινωνικής προσαρμογής ασθενών με ψύχωση που παρακολουθούν ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση ελλειμμάτων σε διαφορετικούς τομείς της ΠΖ: Η επίδραση των μεταγνώσιών και της συναισθηματικής νοημοσύνης*. 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κως.
- Τριανταφύλλου, Ε., Τσέλλος, Π., Θελερίτης, Χ., Theodoropoulou, I. Μ., Οικονόμου, Μ., & Παπαγεωργίου, Χ. Χ. (2019, 18-21 Μαΐου). *Μεταγνώσεις - άγχος και ποιότητα ζωής (ΠΖ) ασθενών με σχιζοφρένεια: συσχετίσεις με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες*. 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ηράκλειο Κρήτης.
- Τριανταφύλλου, Ε., Τσέλλος, Π., Θελερίτης, Χ., Οικονόμου, Μ., Κόλλιας, Κ., ... & Παπαγεωργίου, Χ. Χ. (2021, υπό δημοσίευση). Τραύμα, άγχος & ποιότητα ζωής ασθενών με σχιζοφρένεια στο πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: η διαμεσολάβηση των μεταγνώσιών.
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 661-671.
- Vidalis, A. A., & Baker, G. H. B. (1986). Factors influencing effectiveness of day hospital treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 32, 1-6.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.

- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Wilson, H., Mannix, S., Oko-Osi, H., & Revicki, D. A. (2015). The impact of medication on health-related quality of life in patients with generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*, 29(1), 29–40.
- Wu, A.W., Hays, R. D., Kelly, S., Malitz, F. & Bozzette, S. A. (1997). Applications of the medical outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, 6, 531–554.
- Yanos, P. T., Rosenfield, S., & Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405–419.
- Zautra, A. & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review*, 4, 1-10.
- Zissi, A., Barry, M. M., & Cochrane, R. (1998). A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28, 1221-1229.
- Zizolfi, D., Poloni, N., Caselli, I., Ielmini, M., Lucca, G., Diurni, M., Cavallini, G., & Callegari, C. (2019). Resilience and recovery style: A retrospective study on associations among personal resources, symptoms, neurocognition, quality of life and psychosocial functioning in psychotic patients. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 385-395.

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Με το παρόν δηλώνω ότι δέχομαι να συμμετέχω σε ερευνητική μελέτη με στόχο την διερεύνηση της ποιότητας ζωής και άλλων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων των ατόμων που παρακολουθούν πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε Κέντρο Ημέρας. Το θέμα της συγκεκριμένης έρευνας αναφέρεται στην διερεύνηση της συσχέτισης και της επίδρασης του τραύματος, του άγχους και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και διεξάγεται, όπως έχω ενημερωθεί, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών (ΠΜΣ) «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η ως άνω μελέτη θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων – ερωτηματολογίων, τα οποία καλούμαι να συμπληρώσω. Η εξαγωγή των συμπερασμάτων δύναται να λειτουργήσει ενισχυτικά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και την θεραπεία ατόμων που ανήκουν στους ανωτέρω κλινικούς πληθυσμούς.

Για την συμμετοχή μου στην έρευνα έχω ενημερωθεί και διαβεβαιωθεί για τα κάτωθι :

1. Η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι προαιρετική και εμπιστευτική.
2. Σε όλα τα στάδια της έρευνας – αξιολόγησης θα τηρηθεί αυστηρά η ανωνυμία των προσωπικών δεδομένων, καθώς το ονοματεπώνυμό μου δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθεί με κανέναν τρόπο.
3. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που καλούμαι να συμπληρώσω, θα έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα και θα κοινοποιηθούν μόνον συνοπτικά αποτελέσματα, όπως αυτά θα προκύψουν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.
4. Εξασφαλίζεται το δικαίωμα της διακοπής της συμμετοχής μου στο εγχείρημα αυτό οποιαδήποτε στιγμή κριθεί αναγκαίο από την πλευρά μου.
5. Η παρούσα μελέτη είναι σύμφωνη με τις οδηγίες ηθικής και δεοντολογίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

.....
Ημερομηνία

.....
Ονοματεπώνυμο

.....
(Υπογραφή)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΚΩΔΙΚΟΣ :
2. ΦΥΛΟ :
2.1. ΑΝΔΡΑΣ 2.2. ΓΥΝΑΙΚΑ
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :
4. ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :
5. ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΑΦΗΣ :
6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ :
6.1. ΔΗΜΟΤΙΚΟ 6.2. ΓΥΜΝΑΣΙΟ 6.3. ΛΥΚΕΙΟ / ΕΞΑΤΑΞΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ
6.4. ΤΕΕ – ΙΕΚ 6.5. ΤΕΙ/ΑΤΕΙ 6.6. ΑΕΙ 6.7. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ
7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :
7.1. ΑΓΑΜΟΣ/Η 7.2. ΕΓΓΑΜΟΣ/Η 7.3. ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ 7.5. ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
7.6. ΧΗΡΟΣ/Α
8. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :
9. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :
10. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :
10.1. ΜΟΝΟΣ 10.2. ΓΟΝΕΪΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ 10.3. ΔΙΚΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
10.4. ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΔΟΜΗ 10.5. ΑΛΛΟ
11. ΔΙΑΓΝΩΣΗ :
12. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΝΟΣΟΥ :
13. ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ :
14. ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΣΕ ΜΗΝΕΣ :
15. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ :
15.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ 15.2. ΙΔΙΩΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ 15.3. ΠΦΥ
15.4. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 15.5. ΑΛΛΟ
16. ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :
17. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :
17.1. ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ 17.2. ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ 17.3. ΜΕΤΡΙΑ 17.4. ΚΑΚΗ
18. ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ :
18.1. ΝΑΙ 18.2. ΟΧΙ
19. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΟΠΕΙΡΩΝ :
19.1. ΝΑΙ 19.2. ΟΧΙ ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ :
20. ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ :
20.1. 0-6 ΜΗΝΕΣ 20.2. 6-12 ΜΗΝΕΣ 20.3. 12+ ΜΗΝΕΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

WHOQOL-BREF- ΣΥΝΤΟΜΗ ΜΟΡΦΗ

(Προσαρμογή στα ελληνικά: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση, Ε. Τριανταφύλλου, Β. Τομαράς,
Κ. Σολδάτος, Β. Μανρέας, Γ. Χριστοδούλου, 2012)

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας;

...../...../.....

Ημέρα/Μήνας/Έτος

Τι εκπαίδευση έχετε;

- | | |
|---|--|
| ☐ Τάξεις δημοτικού | ☐ ΤΕΕ ή ΙΕΚ |
| ☐ Δημοτικό | ☐ ΤΕΙ |
| ☐ Γυμνάσιο | ☐ ΑΕΙ |
| ☐ Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | ☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Άγαμος-η | ☐ Έγγαμος-η |
| ☐ Σε διάσταση | ☐ Διαζευγμένος-η |
| ☐ Χήρος-α | |

Έχετε παιδιά; ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, πόσα; ☐

Ζείτε: ☐ Μόνος ☐ Με άλλους

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Εργάζεστε:

- | | |
|--|---|
| ☐ Με πλήρη απασχόληση | ☐ Οικιακά |
| ☐ Με μερική απασχόληση | ☐ Συνταξιούχος |
| ☐ Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | ☐ Εκτός εργασίας |

Σε ποια περιοχή κατοικείτε;

.....

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Ούτε κακή, ούτε καλή ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.
(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- | | |
|--|---|
| ☐ Καρδιολογικά προβλήματα | ☐ Υπέρταση |
| ☐ Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί | ☐ Καρκίνος |
| ☐ Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα | ☐ Διαβήτης |
| ☐ Καταρράκτης | ☐ Εγκεφαλικό επεισόδιο |
| ☐ Κάταγμα ή ράγισμα οστού | ☐ Χρόνια ψυχικά προβλήματα |
| ☐ Προβλήματα στα κάτω άκρα | ☐ Αιμορραγία του ορθού εντέρου |
| ☐ Πάρκινσον | |
| ☐ Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) | |

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας;

.....
.....

(περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε αφού διαβάσετε τις δύο ακόλουθες ερωτήσεις, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για την υγεία και την ποιότητα της ζωής σας. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. σωματικούς πόνους). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
5	Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **σε ποιο βαθμό** έχετε την δυνατότητα ή και την ικανότητα να βιώνετε ορισμένες καταστάσεις που αφορούν σε ένα συγκεκριμένο τομέα της ζωής σας (π.χ. την δυνατότητα ή και ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.ά.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εξωτερική σας εμφάνιση;	1	2	3	4	5
12	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε πρόσβαση σε πληροφορίες που χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας (π.χ. διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.ά.) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις και τα προσόντα σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Κωδικός :

Ημερομηνία:

Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης :|.....|.....

Ημέρα Μήνας | Έτος

Οικογενειακή κατάσταση:

- ☐ Άγαμος-η ☐ Έγγαμος-η
☐ Σε διάσταση ☐ Διαζευγμένος-η

Έχετε παιδιά; ☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι, πόσα; ☐

Ζείτε: ☐ Μόνος/η ☐ Με τους γονείς ☐ Με τον/την σύντροφό σας

Εκπαίδευση: ☐ ΛΥΚΕΙΟ

☐ ΤΕΙ

☐ ΑΕΙ

☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές

Επάγγελμα:

Σχολή:

Τμήμα:

Έτος φοίτησης:

Μέσος όρος επίδοσης στις σπουδές:

(Κυκλώστε την επιλογή που ταιριάζει στην περίπτωση σας)

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
5-7	7,1-8,5	8,6-10

Εκπαίδευση πατέρα:

Επάγγελμα πατέρα:

Εκπαίδευση μητέρας:

Επάγγελμα μητέρας:

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (περίπου):

Μερικές φορές οι άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως στρεσογόνες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή σας ως ενήλικες τώρα. Παρακαλούμε να απαντήσετε, εάν είχατε ποτέ **πριν από την ηλικία των 18 ετών** μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται παρακάτω, βάζοντας για κάθε ερώτηση σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.

Στις περιπτώσεις που είχατε μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται στη συνέχεια, σας παρακαλούμε, εκτός από το ΝΑΙ, να σημειώνετε και πόσο συχνά είχατε την ή τις συγκεκριμένες εμπειρίες κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό σύμφωνα με την κλίμακα:

	②	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 1. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).

1. Έχετε ποτέ εκτεθεί σε μια φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας ενός γονέα ή του προσώπου που είχε τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Είχατε ποτέ την εμπειρία διαζυγίου ή χωρισμού των γονέων σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός αδελφού ή αδελφής;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

7. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός φίλου σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

8. Υπήρξατε ποτέ μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογενείας σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

9. Υπέφερε ποτέ κάποιο μέλος της οικογενείας σας από διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια ή είχε υποστεί νευρικό κλονισμό; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

10. Είχαν οι γονείς σας ή το άτομο που σας φρόντιζε όταν ήσαστε παιδί προβλήματα αλκοολισμού ή κατάχρησης ουσιών; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

11. Έχετε ποτέ δει κάποιον να δολοφονείται; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 2. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).

1. Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας έχουν ποτέ κάψει με καυτό νερό, με τσιγάρο ή με κάτι άλλο; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας έχουν ποτέ γρονθοκοπήσει ή κλωστήσει;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας έχουν ποτέ χτυπήσει εκσφεντονίζοντας κατά πάνω σας ένα αντικείμενο;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Σας έχουν ποτέ σπρώξει ή παραμερίσει επίτηδες ;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 3. Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση.
(Πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

1. Σας ταπείνωναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας αγνοούσαν συχνά ή σας έκαναν να αισθανθείτε ότι δεν
αξιζέτε;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας έλεγαν συχνά ότι δεν είσαυτε καλός|η σε κάτω;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας μεταχειρίζονταν συνήθως με ψυχρό και αδιάφορο τρόπο
ή σας έκαναν να αισθάνεστε ότι δεν σας αγαπούν;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Οι γονείς σας ή τα άτομα που είχαν τη φροντίδα σας όταν ήσαυτε
παιδί δεν κατάφερναν συχνά να σας καταλάβουν ή να αντιληφθούν
τις ανάγκες σας;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 4. Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση
(Πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

1. Σας έτυχε ποτέ να σας αγγίζουν σε ένα απόκρυφο μέρος του σώματός σας
(π.χ. στο στήθος, στους μηρούς, στα γεννητικά όργανα) με ένα τρόπο που
σας ξάφνιασε ή που σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας έτυχε ποτέ να «τρίψει» κάποιος τα γεννητικά του όργανα επάνω σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίζετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας έτυχε ποτέ να συνουσιαστείτε με κάποιον παρά τη θέλησή σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να κάνετε στοματικό σεξ σε κάποιον παρά τη θέλησή σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να φιλήσετε κάποιον με τρόπο περισσότερο σεξουαλικό παρά στοργικό;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Εάν έχετε απαντήσει **ΝΑΙ** σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμβάντα, παρακαλούμε να υπογραμμίσετε αυτό που θεωρείτε ότι είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή σας, και στη συνέχεια να απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση μόνο με το συγκεκριμένο συμβάν. Στην απάντησή σας προσπαθείστε να σκεφθείτε πώς αισθανθήκατε την ώρα του συγκεκριμένου συμβάντος.

1. Είχατε τότε βιώσει συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή είχατε αισθανθεί τελείως αβοήθητος/η; NAI OXI
2. Είχατε τότε αισθανθεί σαν να βρίσκεστε έξω από το σώμα σας ή σαν να ήσαστε σε όνειρο; NAI OXI

Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

Σας ευχαριστούμε

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:
Αντωνοπούλου Ζ¹, Κοκκώση Μ², Συνοδινού Κ¹, Τυπάλδου Μ². (2011)
¹ Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας
² Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY STAI

C.D. Spielberger

μετάφραση-στάθμιση ΚΝ Φουντουλάκης και συν Ann Gen Psychiatry, 2006;5:2

STAI- Ελληνική Έκδοση, μορφή Y-1

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ
1.	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4.	Αισθάνομαι σφιγμένος	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι φοβισμένος	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρική	1	2	3	4
13.	Τρέμω από νευρική	1	2	3	4
14.	Είμαι αναποφάσιστος	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ	1	2	3	4
18.	Είμαι μπερδεμένος	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι σταθερότητα	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Translation and validation performed by ΚΝ Fountoulakis et al in 2006. Translated and reproduced by special permission of the publisher MIND GARDEN Inc., Redwood City, CA 94061 www.mindgarden.com from State Trait Anxiety for Adults by Charles D. Spielberger. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY STAI

C.D. Spielberger

μετάφραση-στάθμιση ΚΝ Φουντουλάκης και συν Ann Gen Psychiatry, 2006;5:2

STAI- Ελληνική Έκδοση, μορφή Y-2

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλετε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε γενικά.

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ
21.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22.	Αισθάνομαι νευρικός και ανήσυχος	1	2	3	4
23.	Είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25.	Αισθάνομαι αποτυχημένος	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμος, ψύχραμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μη μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ υπερβολικά πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
30.	Είμαι χαρούμενος	1	2	3	4
31.	Κάνω δυσάρεστες σκέψεις	1	2	3	4
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34.	Παίρνω εύκολα αποφάσεις	1	2	3	4
35.	Αισθάνομαι ανεπαρκής	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Translation and validation performed by ΚΝ Fountoulakis et al in 2006. Translated and reproduced by special permission of the publisher MIND GARDEN Inc., Redwood City, CA 94061 www.mindgarden.com from State Trait Anxiety for Adults by Charles D. Spielberger. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent

Κλίμακα προδιάθεσης στην ψυχική ανθεκτικότητα (Dispositional Resilience Scale-DRS-15 Scale).

Παρακάτω υπάρχουν προτάσεις σχετικά με απόψεις για τη ζωή, για τις οποίες οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται διαφορετικά. Σας παρακαλώ να σημειώσετε με ένα Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι σε ποιο βαθμό κάθε μία αληθεύει για εσάς.

Δώστε με ειλικρίνεια τη γνώμη σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Οι επιλογές που έχετε είναι:

0. Δεν αληθεύει καθόλου 1. Αληθεύει λίγο 2. Αληθεύει αρκετά 3. Αληθεύει απόλυτα

		Δεν αληθεύει καθόλου	Αληθεύει λίγο	Αληθεύει αρκετά	Αληθεύει απόλυτα
1	Το μεγαλύτερο μέρος της ζωής μου περνάει κάνοντας σημαντικά πράγματα	0	1	2	3
2	Εάν κανείς δουλεύει σκληρά μπορεί να πετύχει σχεδόν πάντα όλους τους στόχους του	0	1	2	3
3	Δεν μου αρέσει να κάνω αλλαγές στις συνηθισμένες μου δραστηριότητες	0	1	2	3
4	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου είναι λιγάκι χωρίς νόημα	0	1	2	3
5	Αλλαγές στη ρουτίνα έχουν για μένα ενδιαφέρον	0	1	2	3
6	Το πώς πάνε τα πράγματα στη ζωή μου εξαρτάται από τις δικές μου πράξεις	0	1	2	3
7	Περιμένω πραγματικά με χαρά να ασχοληθώ με τις επαγγελματικές μου δραστηριότητες	0	1	2	3
8	Δεν νομίζω ότι μπορώ να κάνω πολλά για να επηρεάσω το μέλλον μου	0	1	2	3
9	Το απολαμβάνω και το θεωρώ πρόκληση όταν έχω να κάνω περισσότερα πράγματα την ίδια στιγμή	0	1	2	3

		Δεν αληθεύει καθόλου	Αληθεύει λίγο	Αληθεύει αρκετά	Αληθεύει απόλυτα
10	Τις περισσότερες ημέρες η ζωή είναι για μένα πραγματικά ενδιαφέρονσα και συναρπαστική	0	1	2	3
11	Με ενοχλεί όταν διακόπτεται η καθημερινή μου ρουτίνα	0	1	2	3
12	Από μένα εξαρτάται να αποφασίσω πώς θα είναι η υπόλοιπη ζωή μου	0	1	2	3
13	Η ζωή γενικά είναι για μένα βαρετή	0	1	2	3
14	Μου αρέσει να έχω ένα καθημερινό πρόγραμμα που δεν αλλάζει πολύ	0	1	2	3
15	Οι επιλογές μου επηρεάζουν αποφασιστικά το πώς θα εξελιχθούν τα πράγματα στο τέλος	0	1	2	3

Copyright © by Paul T. Bartone, 2009; all rights reserved

Μεταφρασμένο με άδεια

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Αντωνοπούλου Ζ., Κοκκώση Μ., Τυπάλδου Μ.

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ ,

Εργαστήριο Ψυχομετρίας