

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ανθεκτικότητα, αυτοεκτίμηση, αίσθημα μοναξιάς και
η σχέση τους με την ποιότητα ζωής ασθενών με
σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή**

Γεωργία Ιωάννου

A.M 20161151

Αθήνα, Ιούνιος 2019

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ανθεκτικότητα, αυτοεκτίμηση, αίσθημα μοναξιάς και
η σχέση τους με την ποιότητα ζωής ασθενών με
σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

**Μαρίνα Οικονόμου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική
Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (επιβλέπουσα)**

**Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Διευθυντής, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄
Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**

**Ηλίας Αγγελόπουλος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό
και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**

Αθήνα, Ιούνιος 2019

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	7
Κατάλογος πινάκων	8
Κατάλογος γραφημάτων	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	
1.1 Ορισμός - Εννοιολογικές προσεγγίσεις	10
1.2 Ψυχική ανθεκτικότητα στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	
2.1 Ορισμός - Εννοιολογικές προσεγγίσεις	16
2.2 Αυτοεκτίμηση στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ	
3.1 Ορισμός - Εννοιολογικές προσεγγίσεις	20
3.2 Αίσθημα μοναξιάς στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	
4.1 Ορισμός - Εννοιολογικές προσεγγίσεις	26
4.2 Ποιότητα ζωής στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
7.1 Συμμετέχοντες	36
7.2 Υλικό	36
7.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	37
7.3.1 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	37
7.3.2 Συγκατάθεση	38
7.3.3 Έγκριση	38
7.4 Στατιστική ανάλυση	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58

Περίληψη

Η ποιότητα ζωής έχει καθιερωθεί ως ένας από τους πλέον αξιόπιστους δείκτες αξιολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων και παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή αποτελούν νοσήματα με χρόνια πορεία, υψηλή πιθανότητα υποτροπών και εμφάνιση αρνητικών επιπτώσεων σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας. Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να διερευνήσει τη σχέση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο με παράγοντες όπως η ανθεκτικότητα, η αυτοεκτίμηση, το αίσθημα μοναξιάς, αλλά και με δημογραφικά και κλινικά στοιχεία. Το δείγμα αποτελείται από 86 ασθενείς, ηλικίας 25-64 ετών, που διαμένουν στην κοινότητα ή σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου ή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Δήμου Βύρωνα Καισαριανής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια αυτοσυμπληρούμενων ψυχομετρικών εργαλείων. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor Davidson (CD Risk Resilience Scale), η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg's Self Esteem Scale), η Κλίμακα Υποκειμενικού Αισθήματος Μοναξιάς του UCLA (UCLA Loneliness Scale), το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL Bref) κι ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής βασικών δημογραφικών και κλινικών πληροφοριών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι υψηλότερη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε σχέση αυτή των ατόμων με διπολική διαταραχή, ενώ οι κλίμακες της ανθεκτικότητας, της αυτοεκτίμησης και της μοναξιάς δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται θετικά με την αυτοεκτίμηση και την ανθεκτικότητα και αρνητικά με τη μοναξιά. Η ανθεκτικότητα και η αυτοεκτίμηση σχετίζονται θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με τη μοναξιά. Σε ότι αφορά στους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες φάνηκε ότι ο τύπος της ασθένειας και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ποιότητα ζωής. Παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι σε αντίθεση με τη μοναξιά, η ψυχική ανθεκτικότητα και η αυτοεκτίμηση συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχική διαταραχή. Προγράμματα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και της αυτοεκτίμησης και ελάττωσης της μοναξιάς αναμένεται να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής σε αυτούς τους πληθυσμούς.

Λέξεις κλειδιά: Ανθεκτικότητα, αυτοεκτίμηση, μοναξιά, ποιότητα ζωής σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή

Abstract

Quality of life has been established as one of the most important assessment indicators of health care interventions and health services. Schizophrenia and bipolar disorder have long courses, a high tendency to relapse and adverse impacts on multiple dimensions of functioning. The present study aimed: (i) to compare the level of quality of life (QOL) among subjects with schizophrenia and bipolar disorder and (ii) to examine the association of QOL with resilience, self-esteem, loneliness along with sociodemographic characteristics and clinical variables at the same subjects. The study sample included 86 patients attending the outpatient unit of Aiginiteion Hospital or the Byron Kessariani Mental Health Center. Patients were assessed with the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the UCLA Loneliness Scale (UCLA). To evaluate quality of life, all patients received the World Health Organisation (WHO) quality of life (QoL) instrument (WHOQOL-BREF). At the same time, sociodemographic and clinical data were obtained. The results demonstrated that patients with schizophrenia had statistically significantly higher scores on all the subscales of WHOQOL-BREF when compared with the bipolar ones. No statistically significant differences appeared when comparing the Resilience Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the UCLA Loneliness Scale between the two groups. Quality of life is positive related to resilience and self-esteem and negative to loneliness. Additionally, resilience and self-esteem are positive related to each other and negative to loneliness. In terms of demographic and clinical variables, type of illness and education are significantly correlated with quality of life. Despite its methodological limitations, the present study showed that unlike loneliness, resilience and self-esteem contribute to better quality of life of the mentally ill. Various strategies to reinforce resilience and self-esteem on one hand and debilitate loneliness on the other are needed to improve quality of life in this population.

Key words: Resilience, self-esteem, loneliness, quality of life, schizophrenia, bipolar disorder

Πίνακες

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στην έρευνα στο σύνολο του δείγματος και ανά τύπο ασθένειας.

Πίνακας 2: Κλινικές πληροφορίες για τους ασθενείς.

Πίνακας 3: Μέσες τιμές των κλιμάκων στο σύνολο των συμμετεχόντων και σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια.

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης των κλιμάκων στο σύνολο των συμμετεχόντων, στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια.

Πίνακας 5: Γραμμική παλινδρόμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς και των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής.

Γραφήματα

Γράφημα 1: Ποσοστά των ασθενών που έχουν παρακολουθήσει ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στο σύνολο και για κάθε τύπο ασθένειας.

Γράφημα 2: Ιστορικό νοσηλειών των ασθενών στο σύνολό τους και για κάθε τύπο ασθένειας.

Γράφημα 3: Ποσοστά ασθενών που έχουν νοσηλευτεί το τελευταίο έτος.

Γράφημα 4: 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τις κλίμακες ανθεκτικότητας, αυτοεκτίμησης και υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια.

Γράφημα 5: 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για την κλίμακα ποιότητας ζωής και τις υποκλίμακες της για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

1.1 Ορισμός – Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η λέξη ανθεκτικότητα προέρχεται από τη λατινική λέξη ‘resilio’ κι έχει την έννοια της ελαστικότητας, της αναπήδησης και της ανάκαμψης. Στην αγγλική γλώσσα το ρήμα ‘resile’ σημαίνει επανέρχομαι στην αρχική μου θέση. Ως όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον κλάδο της μηχανικής προκειμένου να δηλώσει την ιδιότητα ενός υλικού να ανακτήσει την αρχική του φόρμα, παρά την επίδραση εξωτερικών δυνάμεων που μπορούν να το λυγίσουν ή να το σπάσουν (Ponis & Koronis, 2012). Η χρήση του όμως επεκτάθηκε και σε άλλα επιστημονικά πεδία όπως οικολογία, κοινωνικές επιστήμες, επιστήμες υγείας (Angeler, Allen & Persson, 2018).

Στην ψυχολογία εισήχθη για πρώτη φορά από τον Garmezy μετά από έρευνες σε παιδιά των οποίων οι γονείς έπασχαν από ψυχικό νόσημα και συνεπώς είχαν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχική διαταραχή. Η έρευνά του έδειξε ότι πολλά παιδιά δεν ανέπτυξαν ψυχοπαθολογία, παρά το γεγονός ότι μεγάλωσαν μαζί με τους γονείς τους. Κατέληξε τότε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά αυτά ανέπτυξαν ένα είδος αντίστασης/ανθεκτικότητας απέναντι στις στρεσογόνες συνθήκες τους οικογενειακού περιβάλλοντος (Ponis & Koronis, 2012).

Ακολούθησαν οι Werner και Smith, 1982, οι οποίοι πραγματοποίησαν μια έρευνα ορόσημο για τη μελέτη της ανθεκτικότητας, παρακολουθώντας προοπτικά τις ζωές 505 ατόμων που γεννήθηκαν το 1955 στη νήσο Χαβάη, από βρέφη ως τη συμπλήρωση των 40 χρόνων. Τα αποτελέσματα ήταν επαναστατικά για την εποχή, καθώς ανέδειξαν τη διαφορετική εξέλιξη της ζωής ανθρώπων που μεγάλωσαν σε παρόμοια περιβάλλοντα. Μεταξύ των παιδιών που ανατράφηκαν σε συνθήκες φτώχειας και δυσκολιών όπως διαζύγιο γονιών, αλκοολισμός, ψυχικής νόσος γονέα, περίπου τα 2/3 ανέπτυξαν σοβαρά προβλήματα ως ενήλικες. Το υπόλοιπο 1/3 δεν είχε προβλήματα. Τα χαρακτηριστικά που είχαν τα «ανθεκτικά» άτομα ως παιδιά και ενήλικες αποτέλεσαν τους προστατευτικούς παράγοντες, όπου ορίζονται εκείνα τα χαρακτηριστικά ή οι καταστάσεις που είναι απαραίτητα για να αναπτυχθεί ανθεκτικότητα (Earvolino-Ramirez, 2007).

Οι προσπάθειες ερμηνείας των αποτελεσμάτων εστίασαν αρχικά σε ατομικά χαρακτηριστικά των «ανθεκτικών παιδιών» όπως η αυτονομία και η υψηλή αυτοεκτίμηση. Παρόλα αυτά οι επιστήμονες αναγνώρισαν γρήγορα ότι η ανθεκτικότητα μπορεί να προέλθει κι από παράγοντες εξωγενείς. Έτσι, μεταγενέστερες έρευνες οδήγησαν στον καθορισμό τριών κατηγοριών παραγόντων που καθορίζουν την ανθεκτικότητα: (1) χαρακτηριστικά των ίδιων των παιδιών, (2) χαρακτηριστικά των οικογενειών, (3) χαρακτηριστικά του ευρύτερου περιβάλλοντος.

Στη συνέχεια ακολούθησαν κι άλλες έρευνες που αφορούσαν αντίξοες συνθήκες όπως χρόνια νόσος, καταστροφές, φτώχεια, κοινωνική βία (Ponis & Koronis, 2012).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών το ενδιαφέρον για την αναγνώριση προστατευτικών παραγόντων προκειμένου να κατανοήσουμε υποκείμενους προστατευτικούς μηχανισμούς έχει μετατοπιστεί. Αντί να αναζητάμε το παιδί, την οικογένεια ή τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα, προσπαθούμε να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς, το πώς δηλαδή αυτοί οι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε θετικό αποτέλεσμα (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Η ανθεκτικότητα αναφέρεται ουσιαστικά στη θετική προσαρμογή ή στην ικανότητα διατήρησης ή ανάκτησης της ψυχικής υγείας παρά την βίωση αντίξοων συνθηκών (Herrman, Stewart, Diaz- Granados, Berger, Jackson & Yuen, 2011). Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί ανάλογα με το θεωρητικό πλαίσιο ή την ερευνητική μεθοδολογία (Tsigaropoulou, Douzenis, Tsitas, Ferentinos, Liappas & Michopoulos, 2018). Παρόλα, αυτά δε φαίνεται να υπάρχει συμφωνία σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Η βασική διαφορά έγκειται στη θεώρησή της ως ατομικό χαρακτηριστικό (*trait oriented perspective*) ή ως δυναμική διαδικασία (*process oriented perspective*) (Herrman et al., 2011). Στην πρώτη περίπτωση η ανθεκτικότητα θεωρείται έμφυτη ικανότητα ή προσόν, κάτι σαν «ψυχική ανοσία» , που βοηθά το άτομο να ξεπεράσει τη δυσκολία. Στη δεύτερη περίπτωση η ανθεκτικότητα ταυτίζεται με την έννοια της *αλλόστασης* δηλαδή της διαδικασίας αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος ώστε να επιτευχθεί ή να διατηρηθεί η ισορροπία στο πλαίσιο παρούσας ή επερχόμενης στρεσογόνου κατάστασης μέσω συμπεριφορικών και/ή σωματικών αλλαγών (Lutter, Schimmelmann & Schmidt, 2016).

Σύμφωνα με τον πιο κοινά αποδεκτό ορισμό (Fleming & Ledogar, 2008), η ανθεκτικότητα αποτελεί τη δυναμική διαδικασία ομαλής προσαρμογής στο πλαίσιο σημαντικής αντιξοότητας. Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει: (1) έκθεση σε σοβαρή απειλή ή αντιξοότητα και (2) ομαλή προσαρμογή, παρά τις δυσμενείς συνθήκες (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας βλέπει την ανθεκτικότητα σαν κάτι που εμπεριέχει τη θετική προσαρμογή, με τους προστατευτικούς παράγοντες να διαμεσολαβούν των παραγόντων κινδύνου και κατ' αυτόν τον τρόπο να αποτρέπουν τις αρνητικές επιπτώσεις των δευτέρων (Windle, 2011). Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι στρεσογόνα γεγονότα ζωής (δηλ. προβλήματα υγείας, οικονομικές δυσκολίες, επαγγελματικά ή οικογενειακά προβλήματα) και αυξημένη πιθανότητα ένα άτομο να αναπτύξει ψυχική διαταραχή (δηλ. κληρονομούμενη ευαλωτότητα) (Angeler, Allen & Persson, 2018).

Τρία κύρια μοντέλα έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να εξηγήσουν τον τρόπο που η ανθεκτικότητα παρεμβαίνει και τροποποιεί την αρνητική έκβαση από την επίδραση παραγόντων κινδύνου, το αντισταθμιστικό, το προστατευτικό και το ανταγωνιστικό.

Το αντισταθμιστικό μοντέλο (*compensatory model*) εξηγεί καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο η ανθεκτικότητα εξουδετερώνει ή κατευθύνει προς την αντίθετη κατεύθυνση έναν παράγοντα κινδύνου. Συνεπώς, στο αντισταθμιστικό μοντέλο ο προστατευτικός παράγοντας έχει απευθείας δράση σε μια έκβαση. Η δράση αυτή είναι ανεξάρτητη από αυτή του παράγοντα κινδύνου. Για παράδειγμα τα άτομα νεαρής ηλικίας που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν βίαιη συμπεριφορά, αλλά η επίβλεψη ενήλικα βοηθά στην αντιστάθμιση των αρνητικών επιπτώσεων της φτώχειας

Στο προστατευτικό μοντέλο (*protective model*) χαρακτηριστικά ή ικανότητες μετριάζουν τις επιπτώσεις της έκβασης ενός παράγοντα κινδύνου. Οι προστατευτικοί παράγοντες μπορούν με διάφορους τρόπους να επηρεάσουν τις εκβάσεις. Μπορούν να εξουδετερώσουν τις συνέπειες των παραγόντων κινδύνου, μπορούν να τις αποδυναμώσουν αλλά όχι να τις εξαλείψουν ή μπορούν να ενδυναμώσουν την επίδραση ενός άλλου προστατευτικού παράγοντα. Ένα τέτοιο μοντέλο υφίσταται όταν για παράδειγμα η σχέση μεταξύ φτώχειας και βίαιης συμπεριφοράς αποδυναμώνει στα νέα άτομα όταν υπάρχει γονεϊκή υποστήριξη. Σε

αυτή την περίπτωση η γονεϊκή υποστήριξη δρα ως προστατευτικός παράγοντας μετριάζοντας την επίδραση της φτώχειας στη βία συμπεριφορά.

Το τρίτο μοντέλο ανθεκτικότητας είναι το ανταγωνιστικό (*challenge model*). Στο μοντέλο αυτό η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα κινδύνου και της έκβασης είναι κωδωνοειδής: η έκθεση σε χαμηλά ή υψηλά επίπεδα παράγοντα κινδύνου μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα, αλλά η έκθεση σε μέτρια επίπεδα μπορεί να έχει λιγότερο αρνητικές ή και θετικές συνέπειες. Έφηβοι που εκτίθενται σε μέτρια επίπεδα ρίσκου μαθαίνουν πώς να διαχειρίζονται αντίξοες συνθήκες, ενώ αν εκτεθούν υπερβολικά κάτι τέτοιο είναι αδύνατο. Για παράδειγμα, ελάχιστες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις δεν επιτρέπουν στο νέο να μάθει να διαχειρίζεται ή να επιλύει διαπροσωπικές συγκρούσεις εκτός του σπιτιού. Από την άλλη πλευρά έντονες συγκρούσεις μπορεί να τον αποδυναμώσουν και να τον κάνουν να αισθάνεται απελπισία και άγχος. Μέτριες εντάσεις θα βοηθήσουν το νέο να μάθει από την εξέλιξη και επίλυση της διαφωνίας (Fergus & Zimmerman, 2005; Windle, 2017).

Οι Cicchetti & Garmezy (1993) τόνισαν ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι στατική, αλλά δύναται να αλλάζει με τον χρόνο. Οι παράγοντες κινδύνου ή στρεσογόνοι παράγοντες είναι διαφορετικοί στην παιδική ηλικία απ' ότι στην ενήλικη ζωή. Διαφορετικός όμως είναι και ο τρόπος που κάποιος διαχειρίζεται και προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες, καθώς με το πέρασμα του χρόνου συσσωρεύει εμπειρία και γνώση για τον κόσμο.

Ένα άλλο δυναμικό χαρακτηριστικό της ανθεκτικότητας είναι η ποικιλία των συνθηκών ή στρεσογόνων παραγόντων. Κάποιος μπορεί να θεωρηθεί ανθεκτικός όταν καλείται να αντιμετωπίσει υπερβολικό φόρτο εργασίας, αλλά ευάλωτος και αδύναμος να διαχειριστεί οικογενειακά προβλήματα. Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν και αλλάζουν, αλλάζουν επίσης οι συνθήκες και οι προκλήσεις. Επίσης είναι δυνατόν να αλλάζουν ακόμα και οι προστατευτικοί παράγοντες που εξαρτώνται από τις συνθήκες και τον χρόνο (Mc Cubbin, 2001). Για παράδειγμα, υψηλός βαθμός μητρικής φροντίδας και προστασίας θεωρείται ότι ενισχύει την ανθεκτικότητα στη βρεφική ηλικία, αλλά μπορεί να παρεμποδίσει τη διαδικασία εξατομίκευσης του εφήβου ή νεαρού ενήλικα (Southwick, Bonnano, Masten, Panter-Brick & Yehuda, 2014).

Τέλος, δε θα πρέπει να ξεχνάμε και την επίδραση που ασκούν οι πολιτισμικοί παράγοντες στη διαμόρφωση της ανθεκτικότητας. Κάτι που θεωρείται επιτυχία για

έναν πολιτισμό όπως η ανεξαρτησία, το να μείνει κανείς μακριά από την πατρική του οικογένεια και να αποκτήσει τη δική του αίσθηση αυτονομίας, μπορεί να θεωρηθεί αποτυχία για έναν άλλο. Η ανεξαρτησία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να ταυτιστεί με την εγκατάλειψη πολιτισμικών αξιών, όπως η αφοσίωση στην οικογένεια και στις υποχρεώσεις, ακόμα κι αν αυτές αντιβαίνουν στις ατομικές ανάγκες (Mc Cubbin, 2001).

1.2 Ψυχική ανθεκτικότητα στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο

Η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της προσαρμογής και εξέλιξης του ατόμου. Το επικρατούν μοντέλο προσδίδει στην ψυχική υγεία μια ευρύτερη διάσταση από την απουσία νόσου και μια ισχυρή αίσθηση υποκειμενικής ευεξίας. Επιπλέον, περιλαμβάνει την απουσία αρνητικών ενδείξεων (δηλ. κατάθλιψη, άγχος, αρνητικό συναίσθημα) και την παρουσία θετικών (δηλ. ικανοποίηση από τη ζωή, θετικό συναίσθημα) (Hu et al, 2015). Το ενδιαφέρον για την ανθεκτικότητα προέκυψε, καθώς απομακρυνόμαστε πια από τα «ελλειμματικά» μοντέλα ασθένειας και ψυχοπαθολογίας. Το θεωρητικό μοντέλο της ανθεκτικότητας εστιάζει στην κατανόηση της υγιούς ανάπτυξης, παρά το ρίσκο και στις δυνατότητες, παρά τις αδυναμίες (Windle, 2017).

Σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας σχετίζονται με λιγότερο σοβαρά θετικά συμπτώματα, γενική ψυχοπαθολογία, κατάθλιψη και απελπισία (Camera, Molino, Girardi, Gattoni, Fegg, Gramaglia and Zeppegno, 2016). Υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας ανευρίσκονται σε άτομα με ψύχωση που βρίσκονται σε ύφεση (Marulanda & Addington, 2016). Επίσης, χαμηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας διαπιστώθηκαν σε άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ψύχωσης. Μάλιστα, τα άτομα υψηλού κινδύνου για ψύχωση που τελικά εκδήλωσαν τη νόσο είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας από τα άτομα που δεν νόσησαν. Επιπροσθέτως, υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε άτομα υψηλού κινδύνου για ψύχωση συσχετίστηκαν με ηπιότερα αρνητικά, αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. 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. Τέλος, η ψυχική ανθεκτικότητα φάνηκε να αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό δείκτη της λειτουργικότητας σε μία υποομάδα σχιζοφρενών που δεν λάμβαναν φαρμακοθεραπεία (Bozikas & Parlapani, 2016).

Πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει που να διερευνούν την ανθεκτικότητα στη διπολική διαταραχή. Σε μια μικρή ποιοτική έρευνα των Edward, Welch, and Chater, 2009 με συμμετέχοντες που βρίσκονταν σε ύφεση από έξι διαφορετικές ψυχικές διαταραχές μεταξύ των οποίων και η διπολική, φάνηκε ότι η ανθεκτικότητα μπορεί να επιταχύνει την ανάρρωση. Οι Choi et al, 2015 συμπεριέλαβαν στην έρευνά τους 62 νορμοθυμικούς ασθενείς και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είχαν χαμηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας από υγιείς μάρτυρες και πως χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας συσχετίστηκαν με υψηλά επίπεδα παρορμητικότητας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τέλος, οι Mizuno et al, 2016 βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ ανθεκτικότητας και ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας σε ασθενείς με διπολική διαταραχή κλινικά σταθεροποιημένους. Παρόλα αυτά, όλες οι παραπάνω έρευνες έχουν κάποιους περιορισμούς.

Τα αποτελέσματα πρόσφατων ποιοτικών ερευνών των Echezarraga et al 2016; Echezarraga et al., 2014, δείχνουν ότι κάποιοι παράγοντες ανθεκτικότητας οδηγούν στη δημιουργία άλλων που σε συμφωνία με το μοντέλο του καταρράχτη οδηγούν στην ανάρρωση. Συγκεκριμένα, η διαπροσωπική στήριξη και η αυτοφροντίδα προβλέπουν εμπιστοσύνη στον εαυτό που προβλέπει αυξημένη πιθανότητα ανάρρωσης. Ασθενείς με διπολική διαταραχή που αισθάνονται ότι υπάρχουν δίπλα τους άνθρωποι που τους προσφέρουν συναισθηματική και πρακτική βοήθεια, αποκτούν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Ομοίως, όταν φροντίζουν τον εαυτό τους υιοθετώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής και συνήθειες (π.χ σωστή διατροφή, σταθερότητα στον ύπνο, σωματική άσκηση), ενισχύουν την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό. Συνεπώς, αυτό που αποδεικνύεται είναι ότι η ανθεκτικότητα είναι μια πολύπλοκη διαδικασία γιατί αρκετοί παράγοντες που την καθορίζουν αλληλοδιαπλέκονται με τρόπο που ο ένας να επηρεάζει τον άλλο αυτόματα (Echezarraaga, Calvete, Gonzalvez, Pinto & Hayas 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

2.1 Ορισμός- Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Οι απόψεις και οι αξίες που οι άνθρωποι έχουν για τον εαυτό τους καθορίζουν το ποιοι είναι, τι ικανότητες έχουν και πώς μπορούν να εξελιχθούν. Αυτές οι τόσο ισχυρές επιρροές, παρέχουν έναν εσωτερικό μηχανισμό «πλοήγησης» που προσανατολίζει και ενισχύει τα άτομα στη διάρκεια της ζωής τους και καθορίζει τη συμπεριφορά τους. Οι αντιλήψεις και τα συναισθήματα των ατόμων για τον εαυτό τους γενικά περιγράφονται με τους όρους αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Η αυτοαντίληψη ορίζεται ως το σύνολο των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων του ατόμου, σχετικά με τα ατομικά του χαρακτηριστικά και προσόντα. Θεωρείται ένα γνωσιακό σχήμα, το οποίο οργανώνει, συνοψίζει και δομεί πλευρές του εαυτού και ελέγχει πληροφορίες σχετικές με αυτόν.

Η αυτοεκτίμηση αποτελεί την συναισθηματική διάσταση της αυτοαντίληψης και θεωρείται συνώνυμη με την αυτοαναφορά, την αυτοαξιολόγηση και την αυτοαξία. Αναφέρεται στη σφαιρική εκτίμηση του ατόμου, θετική ή αρνητική, για τον εαυτό του, όπως αυτή προκύπτει από την αξιολόγηση της επάρκειάς του σε διάφορους ρόλους και τομείς της ζωής.

Η διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης στη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας εξαρτάται από παράγοντες ατομικούς και κοινωνικούς. Η αποδοχή και η υποστήριξη, κυρίως από γονείς και συνομήλικους, και η αντιλαμβανόμενη επάρκεια σε σημαντικούς τομείς αποτελούν τους κύριους καθοριστές της αυτοεκτίμησης. Για παράδειγμα, σε μια προοπτική μελέτη σε εφήβους φάνηκε ότι η αρνητική αυτοεκτίμηση προκύπτει ως συνέπεια χαμηλής αποδοχής από τη μητέρα, ιστορικού κατάθλιψης της μητέρας, έκθεσης σε αρνητικές διαπροσωπικές εμπειρίες, όπως αρνητικές γονεϊκές πρακτικές, πρόσφατο ιστορικό παιδικής παραμέλησης, επικριτικά σχόλια από σημαντικούς άλλους, οικογενειακές διαμάχες.

Άλλες πηγές αρνητικής αυτοεκτίμησης είναι τυχόν αποκλίσεις μεταξύ ιδεατού και πραγματικού εαυτού, κυρίως σε τομείς ενδιαφέροντος. Όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση μεταξύ της αξίας που δίνει ένα παιδί σε ένα πεδίο ενδιαφέροντος και της θεωρούμενης ικανότητάς του σε αυτό, τόσο χαμηλότερη η αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, αποκλίσεις είναι δυνατό να υφίστανται όχι μόνο στον τρόπο που

κάποιος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, αλλά και στην εικόνα που σημαντικοί άλλοι έχουν διαμορφώσει γι' αυτόν. Όπως υπονοείται από τον Harter αυτό αναφέρεται στη διάσταση μεταξύ αντιλαμβανόμενης εικόνας εαυτού και έλλειψης αποδοχής ή υποστήριξης από γονείς ή συνομήλικους.

Τέλος, τα θετικά ή αρνητικά αισθήματα για τον εαυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας γνωσιακής διεργασίας, όπου τα παιδιά παρατηρούν και αξιολογούν τη δική τους συμπεριφορά και ικανότητα σε συγκεκριμένους τομείς. Όσο χειρότερα αξιολογούν τις ικανότητές τους, ιδίως σε σύγκριση με συνομήλικους ή με βάση τα πρότυπα των σημαντικών άλλων, τόσο πιο χαμηλή η αυτοεκτίμηση. Αυτή η διαδικασία αυτοπαρατήρησης μπορεί να είναι θετικά ή αρνητικά εσφαλμένη από μια μαθημένη τάση θετικής ή αρνητικής επεξεργασίας της σκέψης (Mann, Hosman, Schaalm & de Vries, 2004).

Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση αξιολογούν θετικά τον εαυτό τους και είναι ευχαριστημένοι με αυτό που είναι. Τείνουν να έχουν θετικά, σταθερά και ασφαλή συναισθήματα της αυτοαξίας τους και είναι ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους. Είναι ικανοί να κάνουν νέους φίλους, να επικοινωνούν τις ανάγκες τους, να παρέχουν συναισθηματική στήριξη σε άλλους, να επιλύουν διαπροσωπικές διαμάχες. Αντίθετα, συναισθήματα αποτυχίας, ανικανότητας και αναξιότητας είναι κοινά χαρακτηριστικά σε ανθρώπους με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτοί οι άνθρωποι αξιολογούν αρνητικά τον εαυτό τους, γεγονός που αυξάνει την τάση τους να βιώνουν συναισθήματα αδυναμίας, αβοηθητότητας, απελπισίας, φόβου, ευαλωτότητας, ευθραυστότητας, ανικανότητας, αναξιότητας και ανεπάρκειας (Rizwan & Ahmad, 2015).

2.2 Αυτοεκτίμηση σε άτομα με χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο

Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε αυξανόμενο ενδιαφέρον σε ότι αφορά στην έρευνα για τα ελλείμματα στην αυτοεκτίμηση και στον αρνητικό αντίκτυπο που έχουν στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Σύμφωνα με τους O'Brien, Bartoletti και Leitzel, 2006 μεταξύ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή ψυχικά νοσήματα η χαμηλή αυτοεκτίμηση απαντάται είτε ως διαγνωστικό κριτήριο, είτε ως σχετιζόμενο χαρακτηριστικό για μια πλειάδα διαταραχών στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής

Εταιρείας (DSM). Χαμηλή αυτοεκτίμηση απαντάται κυρίως στη μείζονα κατάθλιψη, τη δυσθυμία, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, τις σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας, τη σχιζοφρένεια, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την εξάρτηση από οπιοειδή σε νέους ενήλικες.

Μεταξύ των ερευνητών έχει αναπτυχθεί μια διαμάχη που αφορά στον τρόπο αλληλεπίδρασης της αυτοεκτίμησης με τις ψυχικές διαταραχές. Κάποιοι από αυτούς θεωρούν, ότι ελλείμματα στην αυτοεκτίμηση εμφανίζουν τα άτομα που είναι ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές, άλλοι προτείνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι αυτές που μειώνουν τα επίπεδα αυτοεκτίμησης, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι υφίσταται ένας φαύλος κύκλος μεταξύ χαμηλής αυτοεκτίμησης και ψυχικών ασθενειών (Rizwan & Ahmad, 2015).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση θεωρείται βασικό χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών συνδρόμων (Serretti, Olgiati, Colombo, 2005). Συσχετίστηκε νωρίς με την κατάθλιψη και φάνηκε να υπάρχει τόσο πριν την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου όσο και μετά την αποδρομή του. Επιπλέον, διατυπώθηκε η υπόθεση ότι η παρουσία της μπορεί να προβλέψει ή να συνεισφέρει στη δημιουργία της κατάθλιψης, αλλά και να επηρεάσει την πορεία της (Daskalopoulou, Dikeos, Papadimitriou... & Stefanis, 2002).

Ωστόσο, η ύπαρξη χαμηλής αυτοεκτίμησης σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή δεν είναι τόσο ξεκάθαρη. Οι Pardoen et al δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα αυτοεκτίμησης ασθενών με διπολική διαταραχή σε ύφεση σε σχέση με υγιείς μάρτυρες (Blairy, Linotte, Sovery, Papadimitriou... & Mendlewize, 2004). Όμως, η πρόσφατη βιβλιογραφία δείχνει ότι χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης δεν είναι σπάνια στη διπολική διαταραχή στη διάρκεια των υπομανιακών επεισοδίων, ενώ είναι πολύ συχνά σε όλες τις συναισθηματικές διαταραχές στο διάστημα μεταξύ των επεισοδίων. Τέτοια ευρήματα φανερώνουν ότι ελλείμματα στην αυτοεκτίμηση είναι σταθερό χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών και επηρεάζουν την πορεία και την έκβαση της νόσου (Serretti, Olgiati, Colombo, 2005).

Η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ψύχωσης έχει διερευνηθεί διεξοδικά. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί κοινό πρόβλημα στην ψύχωση και σχετίζεται και με φτωχότερη έκβαση. Αρνητική αξιολόγηση του εαυτού σχετίζεται με τα θετικά συμπτώματα και συγκεκριμένα τόσο με τη δημιουργία διωκτικού παραληρήματος,

όσο και με τη διατήρηση παραληρημάτων και ψευδαισθήσεων στα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια (Thewissen, Bental, Lecomte ... & Myin-Germeys, 2008). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται επίσης να σχετίζεται με καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με ψύχωση πρόσφατης έναρξης, όπου θα μπορούσε να θεωρηθεί τόσο ως αιτία όσο και ως συνέπεια των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η ψύχωση μπορεί να εκληφθεί ως ένα γεγονός ζωής που πυροδοτεί κατάθλιψη μέσω της επίγνωσης των κοινωνικών, διαπροσωπικών και προσωπικών επιπτώσεων (Hang, Qie, Andreassen...& Melle, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ

3.1 Ορισμός- Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η δημιουργία κοινωνικών δεσμών είναι εγγενές χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης (Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo, 2011). Ως κοινωνικά όντα βασιζόμαστε σε ένα ασφαλές και σταθερό κοινωνικό περιβάλλον προκειμένου να επιβιώσουμε και να αναπτυχθούμε (Hawkley & Cacioppo, 2010). Έρευνες έχουν δείξει, ότι ο άνθρωπος όταν είναι σε εγρήγορση, ξοδεύει το 80% του χρόνου του συναναστρεφόμενος άλλους ανθρώπους και αυτό φαίνεται να το προτιμάει από το να μένει μόνος (Cacioppo, Fowler & Christakis, 2009). Ωστόσο, κάποια άτομα δυσκολεύονται να συνάψουν κοινωνικές σχέσεις, ενώ κάποια άλλα δημιουργούν σημαντικούς δεσμούς αλλά τους χάνουν στην πορεία της ζωής εξαιτίας αποχωρισμού, θανάτου ή άλλων γεγονότων. Αυτά τα άτομα καθίστανται περισσότερο ευάλωτα να βιώσουν το αίσθημα της μοναξιάς, μια εμπειρία την οποία όλοι μας έχουμε βιώσει κάποια χρονική στιγμή (Masi et al., 2011).

Φαίνεται ότι στις σύγχρονες κοινωνίες, ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων έρχεται αντιμέτωπος με το αίσθημα της μοναξιάς, εξαιτίας κοινωνικών και δημογραφικών αλλαγών. Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί και ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών έχει τριπλασιαστεί από το 1950. Η τρίτη ηλικία σχετίζεται με περιορισμένες κοινωνικές επαφές, μακρύτερες περιόδους που το άτομο μένει μόνο του και υψηλή επικράτηση της μοναξιάς. Παρόλα αυτά θα ήταν απλούστευση αν θεωρούσαμε τη μοναξιά συνέπεια των απωλειών που σχετίζονται με την ηλικία, καθώς δύναται να βιωθεί σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής. Επιπρόσθετα, το διαδίκτυο έχει αλλάξει δραματικά τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ζουν και σχετίζονται. Παρά την αυξημένη ψηφιακή διασύνδεση, όλο και περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν την κοινωνική απομόνωση. (Xia & Li, 2018). Μοναξιά ορίζεται η απόκλιση μεταξύ των επιθυμητών και των πραγματικών σχέσεων ενός ατόμου. Αν και κάποιες φορές θεωρείται συνώνυμο της κοινωνικής απομόνωσης, οι δυο όροι παρά το γεγονός ότι σχετίζονται μεταξύ τους δεν είναι ταυτόσημοι. Η κοινωνική απομόνωση αντανάκλα το αντικειμενικό μέγεθος των κοινωνικών επαφών και σχέσεων, ενώ η μοναξιά αντικατοπτρίζει την αντιλαμβανόμενη κοινωνική απομόνωση ή περιθωριοποίηση. Συνεπώς, η μοναξιά

σχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα παρά με τον αριθμό των κοινωνικών σχέσεων (Masi et al., 2011).

Ο ορισμός της μοναξιάς αναδεικνύει το γεγονός ότι τα κοινωνικά όντα έχουν ανάγκη όχι απλώς την παρουσία άλλων, αλλά κυρίως την παρουσία σημαντικών άλλων, τους οποίους μπορούν να εμπιστευτούν, δίνουν νόημα στη ζωή τους και με τους οποίους μπορούν να θέσουν στόχους, να αλληλεπιδράσουν και να συνεργαστούν προκειμένου να επιβιώσουν και να ευημερήσουν. Παρόλα αυτά η φυσική παρουσία σημαντικών άλλων δεν είναι από μόνος του ικανός παράγοντας. Χρειάζεται κάποιος να αισθάνεται συναισθηματικά δεμένος με τους σημαντικούς άλλους, ώστε να μην νιώθει μόνος. Αντίστοιχα κάποιος μπορεί προσωρινά να είναι μόνος αλλά να μην αισθάνεται μοναξιά, καθώς βιώνει στενό συναισθηματικό δεσμό με τον σύζυγο, την οικογένεια και/ή τους φίλους ακόμα κι από απόσταση (S.Cacioppo, Grippo, London, Goossens & J.T Cacioppo, 2015).

Η μοναξιά αποτελεί μια κοινή ανθρώπινη εμπειρία (Hawkley & Cacioppo, 2010). Έρευνες δείχνουν σημαντική επικράτηση τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Συγκεκριμένα, σε μια έρευνα που έγινε σε παιδιά του νηπιαγωγείου και των πρώτων τάξεων του δημοτικού, το 12% ανέφερε ότι αισθάνεται μοναξιά στο σχολείο (Masi et al., 2011). Το 80% των ατόμων ηλικίας μικρότερης των 18 ετών και το 40% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών ανέφερε ότι αισθάνεται μοναξιά τουλάχιστον μερικές φορές με τα επίπεδα μοναξιάς να μειώνονται στη μέση και να αυξάνονται στην τρίτη ηλικία(δηλ.>70 ετών) (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Διάφοροι παράγοντες δείχνουν ότι τα ποσοστά θα συνεχίσουν να αυξάνονται τις επόμενες δεκαετίες. Ο πρώτος είναι η γήρανση του πληθυσμού. Στην Αμερική για παράδειγμα το 1900 μόλις το 4,1% του πληθυσμού ήταν άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Το 2006, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 12,4% , αντιπροσωπεύοντας 37,3 εκατομμύρια Αμερικανούς. Η τρίτη ηλικία σχετίζεται με ανικανότητα που δημιουργεί εμπόδια στις κοινωνικές επαφές, αλλά και μακρύτερες περιόδους που το άτομο μένει μόνο του εξαιτίας χηρείας. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι άνθρωποι παντρεύονται σε μεγαλύτερη ηλικία, η αύξηση των διαζυγίων και η δημιουργία νέων οικογενειών από τα ίδια πρόσωπα, η αύξηση των νοικοκυριών που αποτελούνται από ένα άτομο και η υπογεννητικότητα είναι πιθανό να συνεισφέρουν στην αύξηση της επικράτησης της μοναξιάς και των συνεπειών της (Masi et al., 2011).

Η μοναξιά μπορεί να συμβάλλει σε μια πληθώρα σωματικών και ψυχικών δυσλειτουργιών και/ή ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία, αλκοολισμό, αυτοκτονικές σκέψεις, επιθετική συμπεριφορά, κοινωνικό άγχος και παρορμητικότητα. Επιπλέον, η μοναξιά αποτελεί παράγοντα κινδύνου για γνωσιακή έκπτωση και επιδείνωση νόσου Alzheimer, επαναλαμβανόμενα ΑΕΕ, παχυσαρκία, αυξημένη αντίσταση των αγγείων, αρτηριακή υπέρταση, αυξημένη δραστηριότητα του άξονα ΥΥΕ, κακή υγιεινή του ύπνου, μειωμένη ανοσία, προβληματική έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με την παραγωγή αντιφλεγμονωδών συστατικών αλλά και κυκλοφορία προφλεγμονωδών αντιγραφένων γονιδίων, μη φυσιολογικά ποσοστά κυκλοφορούντων λευκών αιμοσφαιρίων και πρόωμη θνητότητα (Cacioppo et al., 2015). Επιπλέον, σε διαχρονικές μελέτες έχει φανεί ότι ενήλικες που ζούσαν κοινωνικά απομονωμένοι ως παιδιά είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν παράγοντες κινδύνου για καρδιολογικά νοσήματα, όπως αυξημένο σωματικό βάρος, υπέρταση, αυξημένη ολική χοληστερόλη, μειωμένη HDL, αυξημένη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, μειωμένη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου και αυξημένη CRP (Masi et al., 2011).

Η μοναξιά δεν κάνει διακρίσεις. Αν και είναι πιθανότερο να την βιώσουν άτομα κοινωνικά απομονωμένα και περιθωριοποιημένα όπως μεγαλύτερης ηλικίας άτομα που μένουν μόνα μακριά από φίλους και συγγενείς, ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, ασθενείς με χρόνια νοσήματα που έχουν απωλέσει την ικανότητα επικοινωνίας ή την κινητικότητά τους και/ή ομάδες ατόμων που έχουν στιγματιστεί, οποιοσδήποτε μπορεί να νιώσει μόνος οποιαδήποτε στιγμή. Για παράδειγμα, η ίδια κοινωνική σχέση μπορεί να εκληφθεί ως στοργική και προστατευτική ή εκμεταλλευτική και απομονωτική, ανάλογα με τις προηγούμενες εμπειρίες του υποκειμένου, την σημερινή κατάσταση και τη γενική προτίμηση για κοινωνικές επαφές. Συνεπώς, η μοναξιά δεν αφορά τους ηλικιωμένους που είναι εξασθενημένοι και ζουν μόνοι, αλλά είναι παρούσα όλη τη διάρκεια της ζωής ακόμα και σε ανθρώπους που περιτριγυρίζονται από μεγάλο αριθμό νέων ή έχουν πληθώρα επαφών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Cacioppo et al., 2015).

Η μοναξιά είναι μια πολύπλοκη έννοια που περιλαμβάνει τρεις πλευρές ή διαστάσεις: Την προσωπική μοναξιά, τη κοινωνική μοναξιά και τη καθολική μοναξιά. Αυτές οι τρεις διαστάσεις ταιριάζουν με τις τρεις διαστάσεις του

κοινωνικού χώρου ενός ατόμου, δηλαδή του προσωπικού χώρου (του πιο οικείου χώρου ενός ατόμου), του κοινωνικού (του χώρου που αλληλεπιδρά με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους) και του δημόσιου χώρου (ενός πιο ανώνυμου χώρου). Επίσης, φαίνεται να εμφανίζουν κάποια αντιστοιχία και με τη δομή των κοινωνικών δικτύων που αναπτύσσει ένας άνθρωπος. Οι παραπάνω διαστάσεις αναγνωρίστηκαν σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορους πληθυσμούς, όπως σε φοιτητές αλλά και ηλικιωμένους στη Αμερική, σε νέους και μεγαλύτερους ενήλικες στην Κίνα. Έτσι διακρίνουμε και τους αντίστοιχους τύπους μοναξιάς.

Προσωπική ή αλλιώς συναισθηματική μοναξιά (*intimate loneliness*) αναφέρεται στην αντιλαμβανόμενη απουσία ενός σημαντικού προσώπου (π.χ συντρόφου), δηλαδή του προσώπου στο οποίο βασίζεται σε περίοδο κρίσης, με το οποίο αισθάνεται αμοιβαία ασφάλεια και του επιβεβαιώνει την αξία του ως άτομο. Αυτή η μορφή δεσμού συχνά παρουσιάζει αξιοσημείωτου βαθμού αλληλοεπικάλυψη όπως συμβαίνει μεταξύ συζύγων ή στενών φίλων. Αντιστοιχεί σε αυτό που ο Dunbar ονομάζει «εσώτατο πυρήνα», ο οποίος μπορεί να συμπεριλάβει έως πέντε άτομα που είναι αυτά στα οποία βασίζομαστε για συναισθηματική υποστήριξη σε περιόδους κρίσης.

Σε μία έρευνα πληθυσμού με άτομα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας έδειξε ότι ο καλύτερος αρνητικός προγνωστικός παράγοντας συναισθηματικής μοναξιάς είναι η οικογενειακή κατάσταση, υποδηλώνοντας ότι οι συναισθηματικοί σύντροφοι αποτελούν βασικές πηγές δεσμού, επικοινωνίας και υποστήριξης για τους ενήλικες. Τα ευρήματα αυτά παραμένουν σταθερά σε διάφορες έρευνες, φανερώνοντας ότι το να έχει κανείς μια σημαντική συντροφική/συζυγική σχέση σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και αντίστοιχα η απώλειά της εξαιτίας χωρισμού ή χηρείας είναι πιθανό να οδηγήσει σε μοναξιά.

Η σχεσιακή ή αλλιώς κοινωνική μοναξιά (*relational loneliness*) αναφέρεται στην αντιλαμβανόμενη παρουσία/απουσία ποιοτικών φιλικών ή οικογενειακών δεσμών από την «ομάδα συμπάθειας» ενός ατόμου. Αυτή η ομάδα σύμφωνα με τον Dunbar μπορεί να περιλαμβάνει 15 ως 50 άτομα με τα οποία διατηρούμε τακτική επικοινωνία και από τα οποία μπορούμε να λάβουμε ουσιαστική υποστήριξη (π.χ οικονομική ενίσχυση, πρακτική βοήθεια, φροντίδα των παιδιών).

Η κοινωνική μοναξιά όπως και η συναισθηματική απαντάται και στα δυο φύλα, αν και φαίνεται ότι είναι περισσότερο επιρρεπείς οι γυναίκες στη βίωσή της. Ο σπουδαιότερος αρνητικός προγνωστικός παράγοντας αυτού του τύπου μοναξιάς

για τα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας άτομα είναι η συχνότητα των επαφών με σημαντικούς φίλους και μέλη της οικογένειας. Όπως προαναφέρθηκε δεν είναι η ποσότητα, αλλά η ποιότητα των σχέσεων που μετράει.

Η καθολική μοναξιά (*collective loneliness*) συνδέεται με την κοινωνική ταυτότητα του κάθε ατόμου ή διαφορετικά το «ενεργό κοινωνικό δίκτυο» μέσα στο οποίο μπορεί να συνδέεται με άλλους όμοιους του (π.χ ομάδα, σχολείο, εθνική ταυτότητα). Αναφερόμαστε σε αυτό που ο Dunbar περιγράφει ως εξωτερικό κοινωνικό στρώμα, το οποίο μπορεί να περιλάβει 150 ως 1500 άτομα με τα οποία συνδέεται με χαλαρούς δεσμούς. Ο καλύτερος αρνητικός προγνωστικός παράγοντας της καθολικής μοναξιάς για τα άτομα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας είναι το πλήθος των ομάδων στις οποίες εθελοντικά συμμετέχει το άτομο· όσες περισσότερες ομάδες, τόσο μικρότερη η πιθανότητα να αισθανθούν μοναξιά. Αυτή η διάσταση της μοναξιάς απαντάται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αλλά φαίνεται να αποκτά μεγαλύτερη σημασία για το άρρεν φύλο (Cacioppo et al., 2015).

3.2 Αίσθημα μοναξιάς στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο

Το αίσθημα της μοναξιάς φαίνεται να κυριαρχεί περισσότερο στα άτομα με ψυχικά νοσήματα απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Πάνω από τους μισούς ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή ζουν απομονωμένοι, χωρίς να διατηρούν κοινωνικές επαφές. Η μοναξιά που βιώνουν μπορεί να θεωρηθεί απότοκο της νόσου (π.χ σχιζοφρένεια, κατάθλιψη), της δυσκολίας να δημιουργήσουν και /ή διατηρήσουν σχέσεις, της έλλειψης κοινωνικών ευκαιριών, καθώς και του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική νόσο και το οποίο δημιουργεί φραγμούς στην κοινωνική τους αποδοχή (Παρασχάκης, 2010).

Άνθρωποι με ψυχωτικού τύπου διαταραχές συχνά αισθάνονται μόνοι και αρκετοί περιμένουν να είναι μόνοι. Συνήθως, δυσκολεύονται να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις, έχουν λιγοστά κοινωνικά δίκτυα και περιορισμένη πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη πέρα από αυτή που παρέχεται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρόλο που η μοναξιά και κοινωνική απομόνωση θεωρούνται ότι αντανakλούν τον αρνητικό αντίκτυπο των ψυχωτικών εμπειριών, πρόσφατα αναφέρθηκε ότι η μοναξιά μπορεί επίσης να σχετίζεται αιτιολογικά με τη δημιουργία ψυχωτικών συμπτωμάτων. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος

όπου η διαταραχή περιορίζει τις κοινωνικές επαφές και την υποστήριξη, αυτό οδηγεί σε αυξημένη πιθανότητα υποτροπής και εμφάνισης νέων επεισοδίων που με τη σειρά του οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση κ.ο.κ. Υπάρχουν διάφοροι πιθανοί μηχανισμοί που συσχετίζουν τη μοναξιά με τη δημιουργία ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως ψευδαισθήσεων. Η μοναξιά για παράδειγμα μπορεί να αυξήσει το άγχος και την κατάθλιψη που με τη σειρά τους επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ψύχωσης. Επίσης μπορεί να επιδεινώσει αρνητικές πεποιθήσεις που αφορούν τον εαυτό και τους άλλους, το οποίο με τη σειρά του αυξάνει τη συχνότητα παρανοϊκών σκέψεων (Rhodes, Vasilopoulou & Hutton, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

4.1: Ορισμός- Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η ποιότητα ζωής είναι μια σύνθετη έννοια με την οποία αποδίδεται η ικανοποίηση του ατόμου από τους διάφορους τομείς της ζωής του. Περικλείει τις παραμέτρους της σωματικής, κοινωνικής, περιβαλλοντικής και ψυχολογικής ευεξίας (Amini & Sharifi, 2012) κι έχει επικρατήσει στις μέρες μας ως επιστημονικός όρος σε διάφορους τομείς κοινωνικού κυρίως προσανατολισμού, με εξειδικευμένο και διαφορετικού εύρους κατά τομέα περιεχόμενο (Κονταξάκης,2005).

Η ποιότητα ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης , ο μεγαλύτερος στοχαστής της αρχαιότητας, φιλόσοφος, θεμελιωτής πολλών επιστημών και δημιουργός της Λογικής με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε προφανώς ό,τι και ο όρος ποιότητα ζωής. Στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» αναπτύσσεται από τον Αριστοτέλη η φιλοσοφική ανάλυση της λέξης ευδαιμονία και ορίζεται ως «ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Δηλαδή στην έννοια αυτή υπάρχει συγκερασμός της συναισθηματικής ψυχικής κατάστασης του ατόμου κι ενός είδους «λογικής ενέργειας». Θεωρείται λοιπόν από τον φιλόσοφο η ευδαιμονία ως το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό» που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ατόμου.

Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, κοινωνικοί επιστήμονες, φιλόσοφοι και πολιτικοί άρχισαν να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό εκδηλώθηκε στην προσπάθεια των ειδικών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκαλούνται από τις ανισότητες κατανομής των πόρων και αφορούν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας σε συσχετισμό και με τις ανησυχίες που γεννά η προοδευτική αύξηση του πληθυσμού συγκρινόμενη με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών. Επίσης, η προώθηση και προαγωγή του κράτους πρόνοιας έχει υποκινήσει έρευνες σχετικές με τη διαμόρφωση και χρήση κοινωνικών δεικτών που επιχειρούν να αποτυπώσουν την ποιότητα των εργασιακών συνθηκών, την οικογενειακή ζωή, την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και γενικότερα το κοινωνικό ευ ζην.

Την ίδια περίοδο, στην Κλινική Ιατρική, ο λόγος που προκάλεσε το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής ήταν η αυξανόμενη δυσφορία από την πλευρά των χρηστών υπηρεσιών υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μια συγκεκριμένη πλευρά της δυσφορίας αυτής αφορούσε ότι στις προσπάθειες παράτασης του χρόνου επιβίωσης επίκεντρο αποτέλεσαν αποκλειστικά οι θεραπευτικές ανάγκες, χωρίς η Ιατρική να λαμβάνει υπόψη τις άλλες βασικές ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς, όπως η ψυχική του ευεξία, η αυτονομία, η αίσθηση ότι ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα ή σε ένα κοινωνικό σύνολο (Οικονόμου, Κοκκώση, Τριανταφύλλου & Χριστοδούλου, 2001). Ήδη από τη δεκαετία του 1940 ο ΠΟΥ διακήρυττε ότι η υγεία δε θα πρέπει να αποτιμάται μόνο από την απουσία νόσου, αλλά και από τη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1995), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως, «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του» (Θεοφίλου, 2010).

Η σύγχρονη ιατρική κοινότητα επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή του αρρώστου. Ο συνδυασμός αυτών των δύο προοπτικών, διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται η μελέτη για την ποιότητα ζωής: αφενός η προσωπική, υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του αυτή καθαυτή (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του (αντικειμενική διάσταση) (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001)

Η θεώρηση λοιπόν της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπως αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενική, όπως καθορίζεται από την εκτίμηση εξωτερικών συνθηκών. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό ανάμεσά τους. Θεωρείται όμως, ότι πρέπει να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου που επενεργούν ως μεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Οικονόμου και συν., 2001).

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, η έννοια ποιότητα ζωής έχει γίνει δημοφιλής στο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα, και η

αξιολόγηση της αποτελεί βασικό κριτήριο των θεραπευτικών παρεμβάσεων, εστιάζοντας στους τομείς της ποιότητας ζωής που είναι σημαντικοί για τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ευαγγέλου, 2014).

Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικό νόσημα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Πρώτα απ' όλα επηρεάζεται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπως φάνηκε από έρευνα των Alonazi και Thomas, 2014. Άλλος παράγοντας είναι το εισόδημα, το οποίο φαίνεται να βελτιώνει τους αντικειμενικούς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, οι Hsiao et al, 2012 διαπίστωσαν ότι η ηλικία έναρξης της διαταραχής και το εργασιακό καθεστώς επηρεάζουν, αλλά όχι η διάρκεια της νόσου. Οι Barnes et al, 2012 βρήκαν ότι κάποιες διαταραχές όπως η κατάθλιψη, αλλά και η πληθώρα των συμπτωμάτων επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται θετικά από την κοινωνική υποστήριξη σύμφωνα με τον Helgeson, 2003, ενώ ο Hansson, 2006 κατέληξε ότι στη σοβαρή ψυχική νόσο οι υποκειμενικοί παράγοντες που καθορίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ποιότητα ζωής είναι η ίδια η ασθένεια, η αυτοεκτίμηση και η κοινωνική υποστήριξη παρά εξωτερικές συνθήκες. Επίσης, άνθρωποι με σοβαρή ψυχική νόσο δηλώνουν περισσότερο ευχαριστημένοι με τη ζωή τους, όταν διαβιούν στην κοινότητα.

Μια ακόμα διάσταση που επιδρά στη ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο είναι το στίγμα. Το στίγμα όχι μόνο καθυστερεί την αναζήτηση βοήθειας, αλλά γίνεται και εμπόδιο στη ανάρρωσή τους. Υπολογίζεται ότι το 47% των ανθρώπων ταλαιπωρούνται εξαιτίας του. Το στίγμα φαίνεται να χειροτερεύει την πορεία των ψυχικών διαταραχών και κάνει λιγότερο πιθανή την ανάρρωση και την ομαλή διαβίωση. Τέλος, άλλοι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής είναι η ασφάλεια και πολιτική σταθερότητα, αλλά και η κοινωνική και οικογενειακή ζωή (Twahira Salim, 2017).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα περισσότερα όργανα εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής, όπως το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες για απασχόληση, ψυχαγωγία και εκπαίδευση (Οικονόμου και συν 2001).

4.2 Ποιότητα ζωής στη χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο

Το κύριο ενδιαφέρον για τα θέματα ποιότητας ζωής στη Κλινική Ψυχιατρική σηματοδοτήθηκε με τις αλλαγές στο σύστημα παροχής φροντίδας για τους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες, που ήταν αποτέλεσμα αφενός της εισαγωγής και της ευρέως διαδεδομένης χρήσης νέων αντιψυχωσικών φαρμάκων και αφετέρου ποικίλων άλλων παρεμβάσεων και προγραμμάτων στην κοινότητα, με στόχο τόσο τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, όσο και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών και τον αποστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής.

Η έρευνα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών επικεντρώθηκε κυρίως στα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές και ειδικά από σχιζοφρένεια (Οικονόμου και συν., 2001). Βασικός στόχος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ύφεση των συμπτωμάτων θεωρείται ότι παίζει κάποιο ρόλο, αλλά η ακριβής σχέση είναι εν πολλοίς άγνωστη. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει τη διερεύνηση με τρόπο υποκειμενικό και αντικειμενικό διάφορους τομείς της ζωής, όπως συνθήκες διαβίωσης, οικονομικά, εργασία και εκπαίδευση, καθημερινές δραστηριότητες και λειτουργικότητα, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, νομικά θέματα, υπηρεσίες υγείας. Τα συμπτώματα της νόσου επηρεάζουν σημαντικά όλους αυτούς τους τομείς, αλλά δεν είναι απόλυτα σαφές αν τα υποκειμενικά αισθήματα ικανοποίησης επηρεάζονται εξίσου (Packer, Husted, Cohen & Tomlinson, 1996).

Η μελέτη της βιβλιογραφίας που αφορά στην έρευνα για την ποιότητα ζωής στη σχιζοφρένεια αποκαλύπτει ότι υπάρχουν διαφορές στα πλαίσια που οι ερευνητές θέτουν προκειμένου να την ορίσουν. Άλλοι την αντιλαμβάνονται ως υποκειμενικό θέμα που μόνο ο ασθενής μπορεί να περιγράψει, ενώ άλλοι τονίζουν την αναγκαιότητα να συμπεριληφθούν και αντικειμενικοί δείκτες όπως συνθήκες διαβίωσης και κατάσταση υγείας, ή συχνότητα κοινωνικών επαφών. Οι υποστηρικτές της πρώτης άποψης υποδεικνύουν τη σημασία της αναγνώρισης και κατανόησης της οπτικής, βάση της οποίας τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται τη ζωή τους, ενώ οι υποστηρικτές της δεύτερης άποψης δίνουν έμφαση στην ανάγκη χρήσης αντικειμενικών δεικτών, ανεξάρτητων από τη συναισθηματική κατάσταση ή τα γνωσιακά ελλείμματα των ασθενών (Eack & Newhill, 2007).

Στο σημείο αυτό τίθεται ένα μείζον ζήτημα που αφορά στο κατά πόσον οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, εξαιτίας της έλλειψης εναισθησίας και των διαταραχών στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες είναι ικανοί να εκτιμήσουν την ψυχική τους ευεξία και να κάνουν αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους. Σε αυτό το πνεύμα οι Lehman et al, 1993 επισημαίνουν το ζήτημα της εγκυρότητας των μετρήσεων πάνω σε θέματα ποιότητας ζωής που γίνονται από τους ίδιους τους ασθενείς που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή. Οι Browne et al, 1996 θεωρούν ότι η κλινική αξιολόγηση των αναφορών των ίδιων των ψυχικά ασθενών πάνω σε θέματα ποιότητας ζωής είναι εφικτή, παρά το ότι οι απαιτήσεις τους επηρεάζονται κυρίως από την ψυχωσική συμπτωματολογία τους, αλλά και από τις ιδιοσυγκρασιακές τους απόψεις και αξίες (Οικονόμου και συν., 2001).

Παρά τους περιορισμούς σε ό,τι αφορά στη μέθοδο εκτίμησης της ποιότητας ζωής στη σχιζοφρένεια, φαίνεται ότι αυτή υπολείπεται σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και μάλιστα είναι χειρότερη σε σχέση με αρκετούς ασθενείς με σωματική νόσο ή και άλλες ψυχικές διαταραχές (Millier, Schmidt, Angermeyer... & Toumi, 2014).

Σε μια μετανάλυση των Eak et al (2007) φάνηκε ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η ικανοποίηση βασικών αναγκών και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Σε ό,τι αφορά στους δυο πρώτους παράγοντες φαίνεται ότι έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών που ζουν στην κοινότητα όσο και αυτών που νοσηλεύονται. Αναφορικά εξάλλου με τη σχέση ανάμεσα στις ανεπιθύμητες ενέργειες και την ποιότητα ζωής οι Sullivan et al, 1992 βρήκαν μια σημαντικά αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο ποιότητας ζωής και στον αριθμό των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα φάρμακα. Ομοίως, οι Browne et al, 1996 βρήκαν ότι οι ασθενείς με όψιμη δυσκινησία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκρινόμενοι με τους ασθενείς χωρίς όψιμη δυσκινησία.

Ωστόσο, οι έρευνες επικεντρώθηκαν αρχικά στο ρόλο των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματά τους υποδείκνυαν σταθερά αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων και της γενικής ψυχοπαθολογίας (δηλ. άγχος, κατάθλιψη) με την ποιότητα ζωής. Τα ευρήματα που αφορούν στα θετικά συμπτώματα ήταν μεικτά, ενώ και ο βαθμός διακύμανσης μεταξύ αρνητικών συμπτωμάτων, γενικής ψυχοπαθολογίας και ποιότητας ζωής είναι μεταβλητός με άλλες έρευνες να βρίσκουν υψηλή συσχέτιση και άλλες μέτρια ως ισχυρή.

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δείχνουν ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα έχουν σημαντική, αλλά μικρή αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής στη σχιζοφρένεια, με την γενική ψυχοπαθολογία να αναδεικνύεται στον ισχυρότερο καθοριστικό παράγοντα. Επιπλέον, φαίνεται ότι τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα δε συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής στον ίδιο βαθμό σε όλες τις ομάδες ασθενών, αλλά φαίνεται να ασκούν ισχυρή επίδραση στους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία στην κοινότητα καθώς και σε νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά. Για παράδειγμα ένας αριθμός μελετών δείχνει υψηλή συσχέτιση μεταξύ αρνητικών συμπτωμάτων, γενικής ψυχοπαθολογίας και ποιότητας ζωής σε άτομα που πρόσφατα είχαν διαγνωστεί με ψύχωση. Τα θετικά συμπτώματα αντίθετα έχουν μικρή μόνο επίδραση στην ποιότητα ζωής για την ίδια ομάδα ασθενών (Eack & Newhill, 2007).

Τα τελευταία χρόνια, η φαρμακευτική διαχείριση της διπολικής διαταραχής έχει σημειώσει αξιοσημείωτη πρόοδο. Οι ασθενείς βιώνουν πια λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και σωματικά συμπτώματα. Ως συνέπεια των παραπάνω, η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε άλλα πεδία όπως η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Παραδοσιακά, ως δείκτες κλινικής έκβασης για την διπολική διαταραχή είχαν καθιερωθεί αντικειμενικές κλινικές πληροφορίες όπως αριθμός υποτροπών, νοσηλείες, βαθμός ύφεσης των συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά, ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός μελετών άρχισε να εξετάζει την πορεία της ασθένειας εστιάζοντας σε διάφορους τομείς λειτουργικότητας του ασθενή. Υπό αυτό το πρίσμα αυτό, η ποιότητα ζωής αναδείχθηκε σε νέο πεδίο έρευνας (Michalak, Yatham, Kolesar & Lam 2005).

Η ποιότητα ζωής, ένα μέγεθος που αντανακλά το υποκειμενικό αίσθημα ευεξίας σε διάφορους τομείς της ζωής, έχει βρεθεί σταθερά χαμηλότερο για τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αλλά ακόμα και μεταξύ αυτών με μονοπολική διαταραχή. Χαρακτηριστικά μεταξύ 920 ασθενών με διπολική κατάθλιψη, μεγαλύτερος βαθμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων συσχετίστηκε με ελαττωμένη ποιότητα ζωής σε πολλούς τομείς. Παρομοίως, μεταξύ των 2000 συμμετεχόντων σε μεγάλη έρευνα που αφορούσε στη διπολική διαταραχή (STEP-BD), αυτοί που εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνιζαν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκρινόμενοι όχι μόνο με όσους ήταν σε μανιακή/υπομανιακή φάση, αλλά και με αυτούς που ήταν σε

νορμοθυμία. Στη συνέχεια κι άλλες έρευνες επιβεβαίωσαν τη αρνητική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ποιότητας ζωής στη διπολική διαταραχή, ενώ η αντίστοιχη συσχέτιση μανίας/υπομανίας δεν είναι τόσο ισχυρή (Miller, Dell' Osso & Ketter, 2014).

Αξιόλογος αριθμός μελετών έχει επικεντρωθεί στη σημασία των συμπτωμάτων και της θεραπείας ως προβλεπτικών παραγόντων για την ποιότητα ζωής. Παρόλο που τα συμπτώματα, και κυρίως τα καταθλιπτικά συσχετίζονται ξεκάθαρα με την ποιότητα ζωής εξηγούν ένα μικρό ποσοστό της διακύμανσης αυτού του παράγοντα (Victor, Johnson & Gotlib, 2011). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των ασθενών με διπολική διαταραχή αναφέρουν φτώχη ή πολύ φτώχη ικανοποίηση από τη ζωή τους ακόμα και μετά από πλήρη ανάρρωση (Sierra, Livianos and Rojo, 2005).

Ακόμα και ασυμπτωματικοί, οι ασθενείς με διπολική αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής (Victor et al, 2011). Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό τα άτομα με διπολική και σχιζοφρένεια έχουν πρόσθετες ανάγκες, λιγότερα προσωπικά και περιβαλλοντικά ερείσματα, αλλά και διλήμματα που προκύπτουν από το στίγμα που τους κάνουν να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους (C.H Yen, Cheng, Huang, J.Y Yen, Ko & Chn, 2008). Πράγματι, η υποκειμενική ποιότητα ζωής στα άτομα με διπολική διαταραχή είναι χαμηλότερη απ' ό τι στα άτομα με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια και διαταραχή χρήσης ουσιών.

Αν και τα στοιχεία δεν είναι ξεκάθαρα, ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής συσχετίζεται με συννοσηρότητα στον Άξονα I. Συγκεκριμένα, η συννόσηση διπολικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών ή αλκοόλ, σχετίζεται με αναφορές χειρότερης ποιότητας ζωής σε όλους τους τομείς και συνολικά. Η συννόσηση με αγχώδεις διαταραχές επίσης συσχετίζεται με ελαττωμένη ποιότητα ζωής, ακόμα και μετά τον έλεγχο πιθανών συγχυτικών παραγόντων όπως δημογραφικά στοιχεία και καταθλιπτικά συμπτώματα, ηλικία και πρόσφατη χρήση ουσιών. Τα ποσοστά συννόσησης διπολικής διαταραχής με διαταραχή χρήσης ουσιών ή αλκοόλ και αγχωδών διαταραχών είναι υψηλή, φτάνοντας το 61% αυτών να πληρούν τα κριτήρια και για διαταραχή χρήσης και το 93% να πληρούν κριτήρια για μια τουλάχιστον αγχώδη διαταραχή (Victor et al, 2011).

Καταλήγοντας να αναφέρουμε ότι ασθενείς και ερευνητές συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής θα πρέπει να αποτελεί θεραπευτικό στόχο για τη διπολική

διαταραχή. Κι αυτό γιατί παρά τα σημαντικά ελλείμματα που παρατηρούνται στην ποιότητα ζωής των ατόμων με διπολική, περίπου το ένα τέταρτο αυτών πετυχαίνει καλή λειτουργικότητα και πάνω από το 15% εξαιρετική. Πράγματι, έχει προταθεί ότι κάποια χαρακτηριστικά της νόσου προσφέρουν ικανοποιητικούς μηχανισμούς προσαρμογής (Fulford, Peckham, K. Johnson & S. I. Johnson, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή με την ανθεκτικότητα, την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μοναξιάς τους. Θα διερευνηθεί επίσης, η πιθανή συσχέτιση και ο ρόλος κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στις υπό μελέτη μεταβλητές.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί πρωτότυπη μελέτη, καθώς τα δεδομένα της βιβλιογραφίας παρέχουν μικρό αριθμό ή και καθόλου αποτελέσματα για κάποιες από τις υπό εξέταση μεταβλητές, καθώς και για τις μεταξύ τους σχέσεις, ειδικά στον πληθυσμό των ασθενών που πάσχει από χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή. Επιπλέον, τα ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα σχετικά με το θέμα της παρούσας μελέτης είναι φτωχά.

Απώτερος στόχος είναι η καταγραφή των αναγκών και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή και η διαμόρφωση προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης ψυχικών διαταραχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

- (H₁): Ασθενείς με διπολική διαταραχή θα έχουν στατιστικά υψηλότερο επίπεδο ανθεκτικότητας σε σχέση με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.
- (H₂): Ασθενείς με σχιζοφρένεια θα έχουν στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης σε σχέση με τους ασθενείς με διπολική διαταραχή.
- (H₃): Ασθενείς με διπολική διαταραχή θα έχουν στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο μοναξιάς σε σχέση με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.
- (H₄): Ασθενείς με σχιζοφρένεια θα έχουν στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με διπολική διαταραχή.
- (H₅): Υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής.
- (H₆): Υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την ποιότητα ζωής.
- (H₇): Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση της μοναξιάς με την ποιότητα ζωής.
- (H₈): Υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με την αυτοεκτίμηση.
- (H₉): Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με τη μοναξιά.
- (H₁₀): Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με τη μοναξιά.
- (H₁₁): Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και κλινικές πληροφορίες συσχετίζονται με την ανθεκτικότητα, την αυτοεκτίμηση, το αίσθημα μοναξιάς και την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

7.1 Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 86 ασθενείς (N=86), άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 25- 64 ετών, που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή και διαμένουν στην κοινότητα ή σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες). Οι ασθενείς αυτοί παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου ή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Δήμου Βύρωνα- Καισαριανής.

7.2 Υλικό

Κριτήρια ένταξης των ασθενών

- Διάγνωση Διπολικής Διαταραχής (τύπου I ή II) ή Σχιζοφρένειας (DSM- 5, ICD-10)
- Ηλικία ≥ 25 ετών
- Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας
- Μορφωτικό επίπεδο τέτοιο, που να τους επιτρέπει να αντιληφθούν και να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων
- Ικανοποιητικού βαθμού εναισθησία

Κριτήρια αποκλεισμού των ασθενών

- Άλλη διάγνωση (DSM-5, ICD-10)
- Ηλικία < 25 ετών ή > 64 ετών
- Οξεία φάση ή υποτροπή της νόσου
- Ενεργός αυτοκτονικός ιδεασμός
- Νοητική αδυναμία ($IQ \leq 70$)
- Οργανική εγκεφαλική βλάβη ή σοβαρού βαθμού γνωστικά ελλείμματα
- Συννόηση με σοβαρού βαθμού διαταραχής προσωπικότητας (SCID-5-PD)
- Διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή/και ψυχοδραστικών ουσιών

7.3 Διαδικασία

7.3.1 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

- Ερωτηματολόγιο καταγραφής βασικών δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών, το οποίο σχεδιάστηκε προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για το σκοπό της παρούσας μελέτης.
- Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSES) Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις, διατυπωμένες είτε θετικά «Νιώθω ότι είμαι ένα άτομο που αξίζει, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους», είτε αρνητικά «Συνολικά, τείνω να αισθάνονται ότι είμαι μια αποτυχία» και οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα Likert. Υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, βαθμολογία μεταξύ 15–25 υποδηλώνει ότι το υποκείμενο έχει φυσιολογική αυτοεκτίμηση, ενώ βαθμολογία >15 υποδηλώνει χαμηλή αυτοεκτίμηση (Galanou, Galanakis, Alexopoulos, & Darviri, 2014).
- Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC). Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτοαναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0=Καθόλου αληθές, 1=Σπάνια αληθές, 2=Κάποιες φορές αληθές, 3=Συχνά αληθές, 4=Σχεδόν πάντα αληθές) οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια, και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση, και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – και (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα (Tsigaropoulou, Douzenis, Tsitas, Ferentinos, Liappas & Michopoulos, 2018).
- Κλίμακα Υποκειμενικού Αισθήματος Μοναξιάς του UCLA (UCLA Loneliness scale). Η συγκεκριμένη κλίμακα δημιουργήθηκε από τον Russell, (1996) για τη μέτρηση συναισθημάτων μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης και αποτελείται

από 20 ερωτήσεις – προτάσεις εκ των οποίων οι 10 είναι εκφρασμένες θετικά και οι 10 αρνητικά. Τα ερωτήματα βασίζονται στη μελέτη του τρόπου με τον οποίο τα μοναχικά άτομα περιέγραφαν τα συναισθήματα τους, από παλαιότερη έρευνα. Οι προτάσεις, βαθμολογούνται από 1= ποτέ έως 4=συχνά και το συνολικό σκορ προκύπτει από την άθροιση των βαθμών μετά από αντιστροφή των αρνητικά διατυπωμένων προτάσεων (Russell, D. W., 1996; Klefтарas, G., & Vasilou, E., 2016).

- Κλίμακα Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF). Η κλίμακα δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, αφορά στη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής και αποτελείται από 26 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε 4 διαστάσεις: α) Σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) κοινωνικές σχέσεις δ) περιβάλλον και ακόμα δύο ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: 1) Στη διατροφή, 2) στην ικανοποίηση από την εργασία, 3) στην οικιακή ζωή και 4) στην κοινωνική ζωή (49). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής με εύρος βαθμολογίας 0-100 (Ginieri-Coccosis, Triantafillou, Tomaras...& Christodoulou, 2012).

7.3.2 Συγκατάθεση

Όλοι οι συμμετέχοντες, αφού ενημερώθηκαν σχετικά με τη φύση και το σκοπό της έρευνας, κλήθηκαν να δώσουν την έγγραφη συγκατάθεσή τους.

7.3.3 Έγκριση

Για την πραγματοποίηση της έρευνας ζητήσαμε και λάβαμε την έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

7.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, έγινε με χρήση του Στατιστικού Πακέτου για Κοινωνικές Στατιστικές (SPSS, Statistical Package for Social Sciences software, version 21.0). Στους ακόλουθους πίνακες οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται με συχνότητες και ποσοστά και οι συνεχείς μεταβλητές με μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις.

Σύγκριση μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών και του τύπου ασθένειας έγινε με χρήση του χ^2 -test. Kolmogorov-Smirnov test χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν οι συνεχείς μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σύγκριση μεταξύ των συνεχών μεταβλητών ως προς τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή έγινε με t-test ανεξάρτητων δειγμάτων όταν ικανοποιούνταν η προϋπόθεση για κανονική κατανομή και όταν δεν ικανοποιούνταν με το μη-παραμετρικό Mann-Whitney test. Ο Spearman συντελεστής συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ των συνεχών μεταβλητών.

Τέλος, οι μεταβλητές που περιλαμβάνονται στα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης είναι αυτές που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή και έχουν επιλεγεί με την μέθοδο της προοδευτικής προσθήκης μεταβλητών (forward procedure). Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, οι ανεξάρτητες μεταβλητές προστίθενται στο μοντέλο σταδιακά, επιλέγοντας αυτή που έχει μεγαλύτερο συντελεστή συσχέτισης με την εξαρτημένη μεταβλητή κάθε φορά, μέχρι να μην υπάρχουν άλλες μεταβλητές στατιστικά σημαντικές να εισαχθούν στο μοντέλο.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας βασίζονται σε δείγμα 86 ασθενών, εκ των οποίων οι 45 (52.3%) έχουν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή και οι υπόλοιποι 41 (47.4%) με σχιζοφρένεια. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 46.8 έτη (± 9.8) και το ποσοστό των γυναικών στο δείγμα ήταν 51.2%.

Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών για το σύνολο του δείγματος, καθώς και για την κάθε ασθένεια χωριστά. Επίσης, παρουσιάζονται τα p-values από τα αντίστοιχα στατιστικά τεστ που συγκρίνουν τα

δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά τύπο ασθένειας. Από τους ασθενείς που συμμετέχουν στην έρευνα και έχουν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (68.9%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για του ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ήταν 31.7%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει ολοκληρώσει κάποια βαθμίδα της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό, Γυμνάσιο ή Λύκειο 70.9% έναντι 29.1% που έχουν σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση). Η κατανομή ως προς την εκπαίδευση είναι αντίστοιχη στις δυο ομάδες ασθενών (το 64.4% των ασθενών με διπολική διαταραχή και το 78.0% των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν ολοκληρώσει κάποια βαθμίδα της Α/βάθμιας ή Β/βάθμιας εκπαίδευσης).

Η απασχόληση φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ασθένεια των συμμετεχόντων στην έρευνα ($p < 0.001$), συγκεκριμένα, το 46.7% των ασθενών με διπολική διαταραχή δήλωσαν ότι δεν είχαν κάποια απασχόληση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια ήταν 87.8%.

Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών διαφοροποιείται ανάλογα με την διάγνωσή τους, αφού το 44.4% των ασθενών με διπολική διαταραχή ήταν άγαμοι, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν 85.4% ($p < 0.001$).

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση τους ήταν μέση (52.3%) ή κατώτερη (47.7%). Το 62.2% των ασθενών με διπολική διαταραχή δήλωσαν ότι η κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση ήταν μέση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν 41.5%. Η σχέση μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και της διάγνωσης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 5% ($p = 0.054$).

Η ηλικία δεν διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς τον τύπο της ασθένειας (ασθενείς με διπολική διαταραχή: 46.6 ± 10.1 , ασθενείς με σχιζοφρένεια: 47.1 ± 9.6 , $p = 0.825$).

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα στο σύνολο του δείγματος και ανά τύπο ασθένειας

		Σύνολο (n=86)		Διπολική Διαταραχή (n=45)		Σχιζοφρένεια (n=41)		p
		n	%	n	%	n	%	
Φύλο	Άντρας	42	48.8	14	31.1	28	68.3	0.001*
	Γυναίκα	44	51.2	31	68.9	13	31.7	
Εκπαίδευση	Δημοτικό- Γυμνάσιο- Λύκειο	61	70.9	29	64.4	32	78.0	0.165*
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	25	29.1	16	35.6	9	22.0	
Απασχόληση	Πλήρης	15	17.4	15	33.3	0		<0.001*
	Μερική	14	16.3	9	20	5	12.2	
	Καμία	57	66.3	21	46.7	36	87.8	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	21	24.4	18	40	3	7.3	<0.001*
	Άγαμος/η	55	64.0	20	44.4	35	85.4	
	Χήρος/α - Διαζευγμένος/η	10	11.6	7	15.6	3	7.3	
Κοινωνικο- οικονομική κατάσταση	Μέση	45	52.3	28	62.2	17	41.5	0.054*
	Κατώτερη	41	47.7	17	37.8	24	58.5	
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	p
Ηλικία		46.8	9.8	46.6	10.1	47.1	9.6	0.825**

* χ^2 test, ** independent samples t-test

Κλινικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 2, καθώς και στα Γραφήματα 1, 2 και 3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τις κλινικές πληροφορίες των ασθενών. Κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στην έρευνα νοσούν για 17.9 έτη (± 10.7). Η χρονιότητα των ασθενών με διπολική διαταραχή είναι κατά μέσο όρο 16.3 έτη (± 10.5), ενώ των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι 19.8 έτη (± 10.8). Η διαφορά στην χρονιότητα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική ανάμεσα στις δύο ασθένειες ($p=0.134$). Το 44.4% των ασθενών με διπολική διαταραχή είχε ιστορικό απόπειρας αυτοκαταστροφής,

ενώ, το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν 31.7%. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο της ασθένειας και το ιστορικό απόπειρας αυτοκαταστροφής ($p=0.225$).

Πίνακας 2: Κλινικές πληροφορίες για τους ασθενείς

		Σύνολο (n=86)		Διπολική Διαταραχή (n=45)		Σχιζοφρένεια (n=41)		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	p
Χρονιότητα		17.9	10.7	16.3	10.5	19.8	10.8	0.134**
		n	%	N	%	n	%	p
Ιστορικό απόπειρας αυτοκαταστρ οφής	Όχι	53	61.6	25	55.6	28	68.3	0.225*
	Ναι	33	38.4	20	44.4	13	31.7	

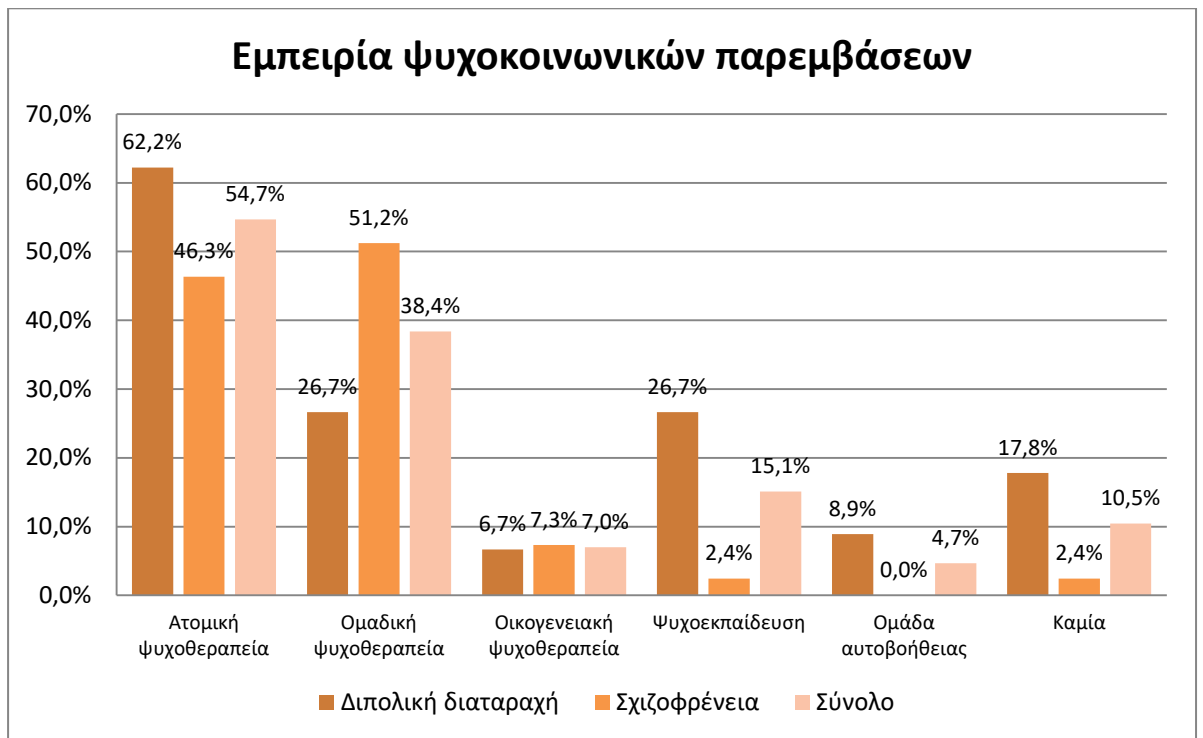
* χ^2 test, ** independent samples t-test

Το 62.2% των ασθενών με διπολική διαταραχή έχουν παρακολουθήσει ατομική ψυχοθεραπεία, το 26.7% ομαδική ψυχοθεραπεία, το 26.7% ψυχοεκπαίδευση και το 17.8% δεν έχουν παρακολουθήσει καμία ψυχοκοινωνική παρέμβαση. Το 46.3% των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν παρακολουθήσει ατομική ψυχοθεραπεία, το 51.2% ομαδική ψυχοθεραπεία και μόνο το 2.4% δεν έχει παρακολουθήσει καμία ψυχοκοινωνική παρέμβαση (Γράφημα 1).

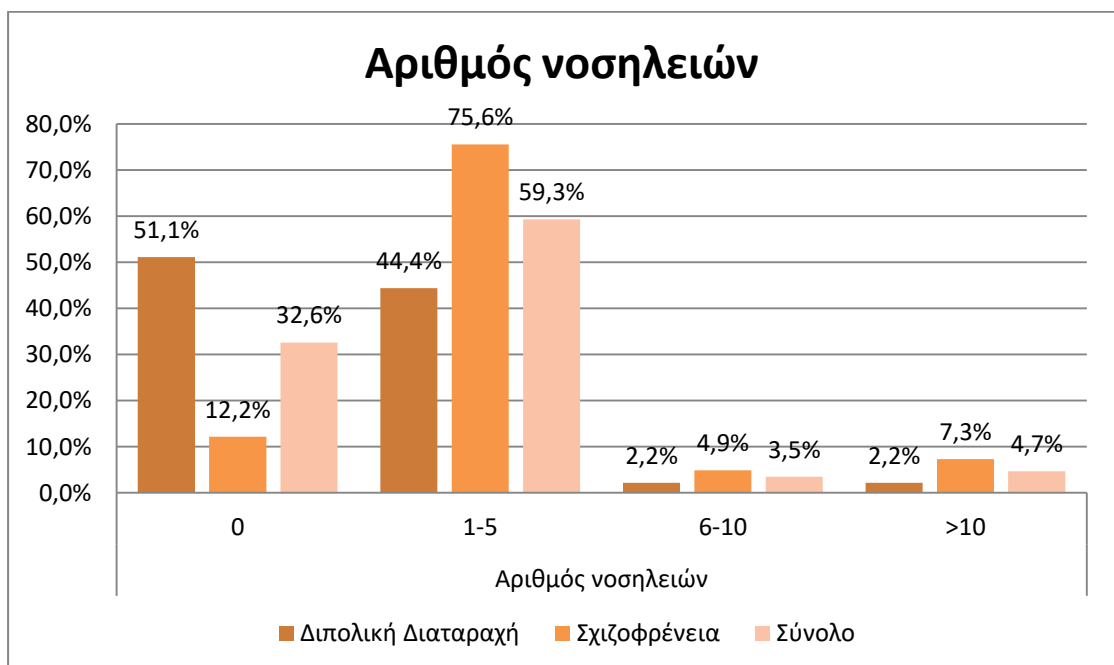
Περίπου μισοί από τους ασθενείς με διπολική διαταραχή (51.1%) δεν έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν, ενώ το 44.4% έχει νοσηλευτεί 1 έως 5 φορές. Το ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια που δεν έχουν νοσηλευτεί είναι 12.2%, το ποσοστό των σχιζοφρενών που έχουν νοσηλευτεί 1-5 φορές είναι 75.6%, ενώ το 7.3% απάντησε ότι έχει νοσηλευτεί περισσότερες από 10 φορές (Γράφημα 2).

Σύμφωνα με το Γράφημα 3, το ποσοστό των ασθενών με διπολική διαταραχή που έχει νοσηλευτεί το τελευταίο έτος είναι 2.2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι 14.6%.

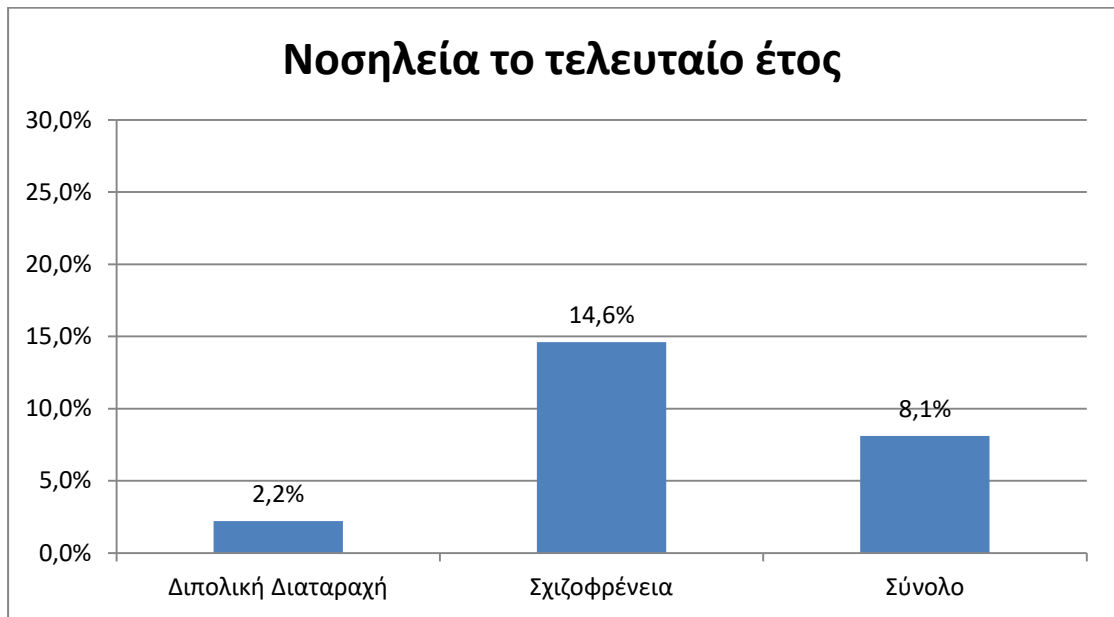
Γράφημα 1: Ποσοστά των ασθενών που έχουν παρακολουθήσει ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στο σύνολο και για κάθε τύπο ασθένειας



Γράφημα 2: Ιστορικό νοσηλειών των ασθενών στο σύνολο τους και για κάθε τύπο ασθένειας



Γράφημα 3: Ποσοστά ασθενών που έχουν νοσηλευτεί το τελευταίο έτος



Σύγκριση των κλιμάκων αυτοεκτίμησης, ανθεκτικότητας, αισθήματος μοναξιάς και ποιότητας ζωής ως προς τις ασθένειες

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι κλίμακες (μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις) για όλο το δείγμα καθώς και για την κάθε ομάδα ασθενών. Έχει ελεγχθεί αν οι κλίμακες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις δυο ομάδες ασθενών όπου το αντίστοιχο p-value φαίνεται στην τελευταία στήλη. Όπως προκύπτει οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερο σκορ στην γενική κλίμακα της ποιότητας ζωής (70.1 ± 22.5) από τους ασθενείς με διπολική διαταραχή (57.5 ± 23.6) και η διαφορά αυτή βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.010$).

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg (17.9 ± 6.1 έναντι 18.0 ± 4.7), η κλίμακα ανθεκτικότητας Connor Davidson (56.7 ± 18.5 έναντι 57.6 ± 17.2) καθώς και η κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς UCLA (43.8 ± 13.2 έναντι 40.8 ± 9.9) δεν βρέθηκαν να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και με σχιζοφρένεια ($p=0.943$, 0.817 και 0.237 , αντίστοιχα).

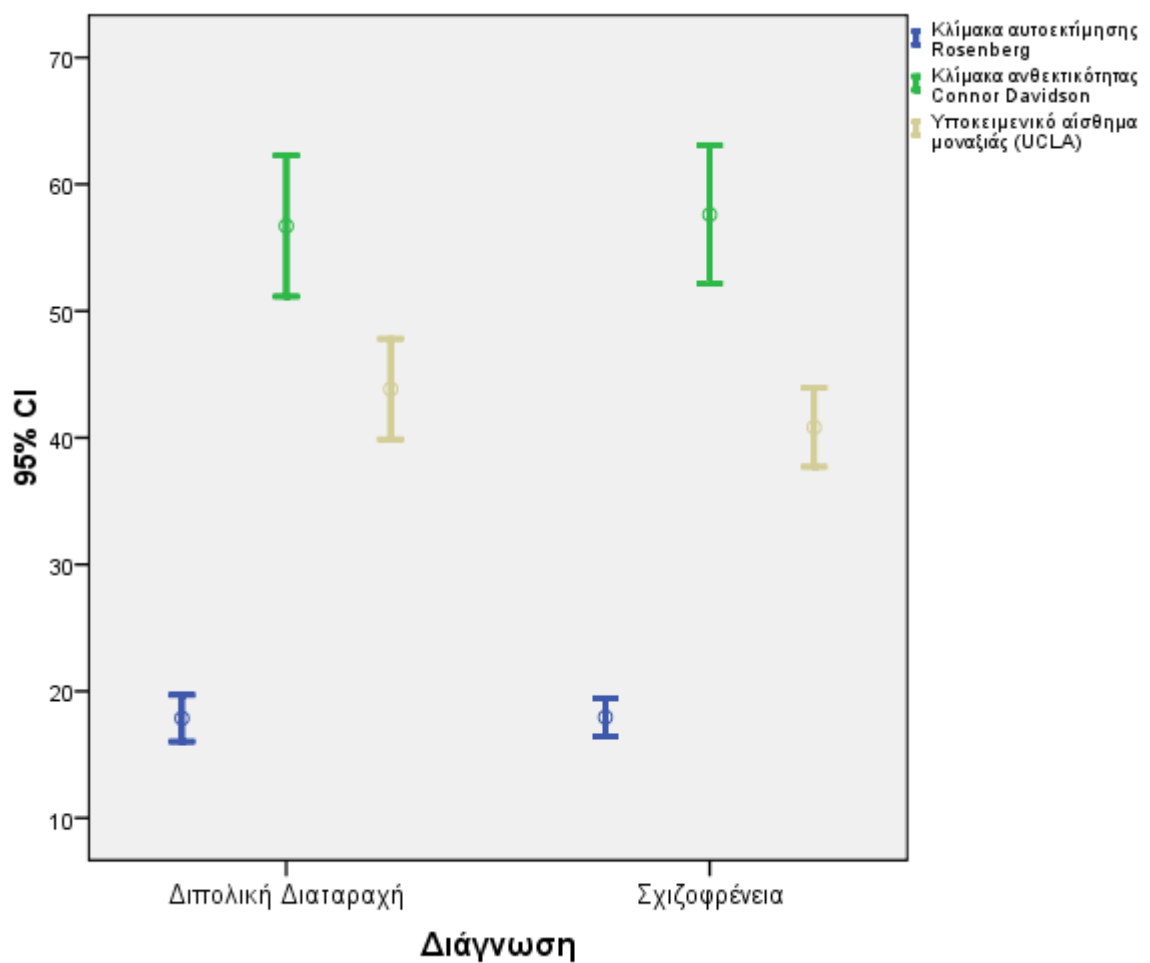
Οι υποκλίμακες της ποιότητας της ζωής (φυσικής υγείας, ψυχολογικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων και περιβάλλοντος) δεν βρέθηκαν να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς τον τύπο της διάγνωσης των ασθενών ($p=0.123$, 0.162 , 0.924 και 0.159 , αντίστοιχα).

Πίνακας 3: Μέσες τιμές των κλιμάκων στον σύνολο των συμμετεχόντων και σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια.

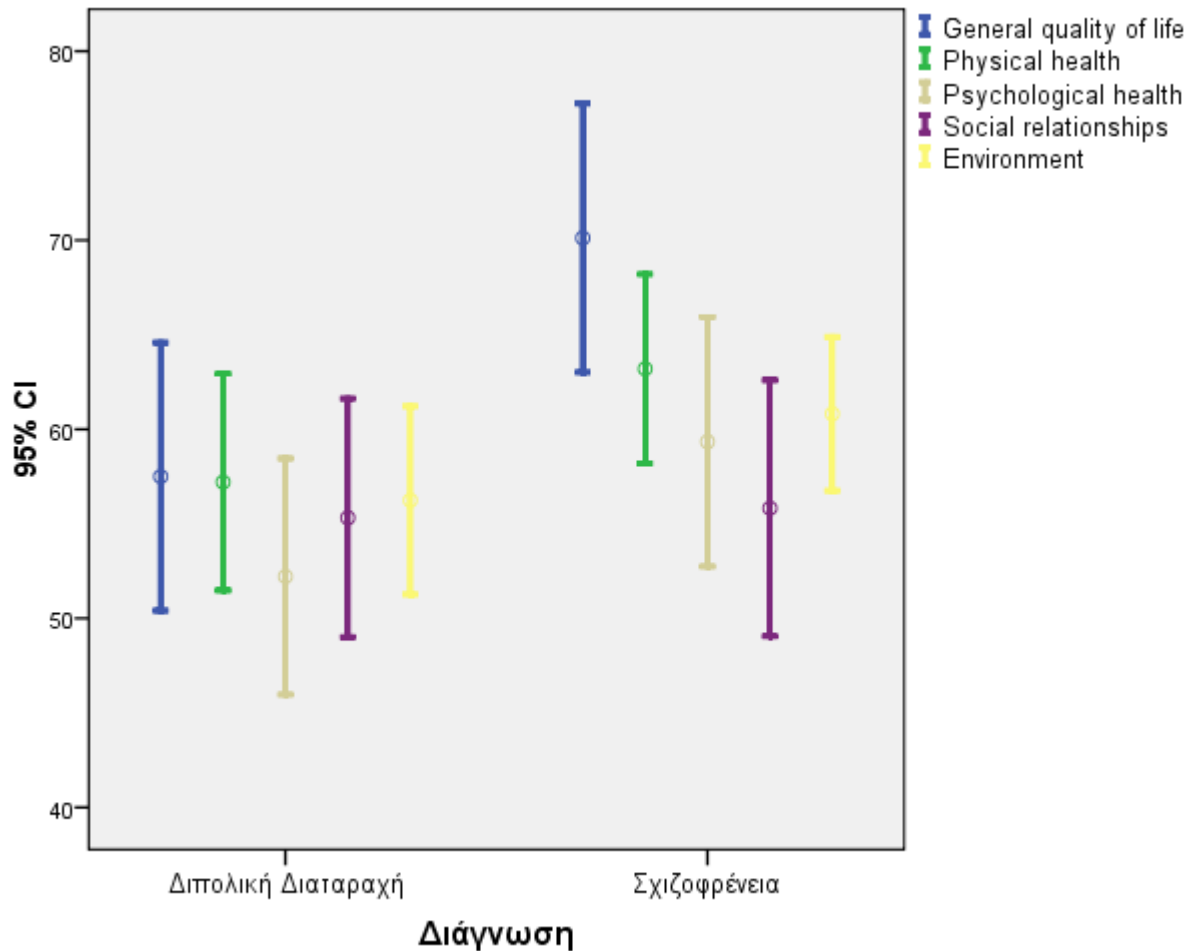
	Σύνολο (n=86)		Διπολική Διαταραχή (n=45)		Σχιζοφρένεια (n=41)		p
	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	
Κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg	17.9	5.5	17.9	6.1	18.0	4.7	0.943**
Κλίμακα ανθεκτικότητας Connor Davidson	57.1	17.8	56.7	18.5	57.6	17.2	0.817**
Ερωτηματολόγιο υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς (UCLA)	42.4	11.8	43.8	13.2	40.8	9.9	0.237**

General quality of life	63.5	23.8	57.5	23.6	70.1	22.5	0.010*
Physical health	60.1	17.8	57.2	19.1	63.2	15.9	0.123*
Psychological health	55.6	21.0	52.2	20.8	59.3	20.9	0.162*
Social relationships	55.6	21.1	55.3	21.0	55.8	21.5	0.924*
Environment	58.4	15.0	56.2	16.6	60.8	12.9	0.159**

*Mann-Whitney test ** Independent samples t-test



Γράφημα 4: 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τις κλίμακες αυτοεκτίμησης, ανθεκτικότητας και υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια



Γράφημα 5: 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για την κλίμακα της ποιότητας ζωής και τις υποκλίμακες αυτής για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή

Συντελεστές συσχέτισης των κλιμάκων στο σύνολο του δείγματος και σε κάθε ασθένεια χωριστά

Στον Πίνακα 4, παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των κλιμάκων για το σύνολο των συμμετεχόντων αλλά και ξεχωριστά για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια. Οι κλίμακες φαίνονται να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά, ενώ δεν παρατηρούνται διαφορές στην κατεύθυνση του συντελεστή συσχέτισης ούτε στην σημαντικότητά του ανάμεσα στους ασθενείς των δύο ασθενειών.

Συγκεκριμένα, η κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με θετικό συντελεστή συσχέτισης με την κλίμακα ανθεκτικότητας Connor Davidson ($r=0.644$ στο σύνολο, $r=0.712$ στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και $r=0.529$ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια) και με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης με το υποκειμενικό

αίσθημα μοναξιάς ($r=-0.605$ στο σύνολο, $r=-0.543$ στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και $r=-0.692$ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια). Επίσης η κλίμακα της αυτοεκτίμησης σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με θετικό συντελεστή συσχέτισης με την κλίμακα της ποιότητας ζωής ($r=0.532$ στο σύνολο, $r=0.582$ στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και $r=0.501$ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια), καθώς και με όλες τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής.

Η κλίμακα ανθεκτικότητας Connor Davidson σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης με το υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς ($r=-0.410$ στο σύνολο, $r=-0.386$ στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και $r=-0.433$ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια) και με θετικό συντελεστή συσχέτισης με την κλίμακα της ποιότητας ζωής ($r=0.505$ στο σύνολο, $r=0.548$ στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και $r=0.452$ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια). Επίσης, η κλίμακα της ανθεκτικότητας σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με όλες τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής.

Η κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης με την κλίμακα της ποιότητας ζωής ($r=-0.536$ στο σύνολο, $r=-0.578$ στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και $r=-0.456$ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια), καθώς και όλες τις υποκλίμακές της.

Πίνακας 4: Spearman συντελεστές συσχέτισης των κλιμάκων στον σύνολο των συμμετεχόντων, στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και με σχιζοφρένεια.

		Κλίμακα ανθεκτικό τητας Connor Davidson	Υποκειμε νικό αίσθημα μοναξιάς (UCLA)	General quality of life	Physical health	Psycholog ical health	Social relationshi ps	Environm ent
Κλίμακα αυτοεκτίμησ ης Rosenberg	Σύνολο	0.644**	-0.605**	0.532**	0.582**	0.726**	0.518**	0.449**
	Διπολική Διαταραχή	0.712**	-0.543**	0.582**	0.607**	0.717**	0.511**	0.371*
	Σχιζοφρένεια	0.529**	-0.692**	0.501**	0.574**	0.765**	0.547**	0.580**
Κλίμακα ανθεκτικότη τας Connor Davidson	Σύνολο		-0.410**	0.505**	0.606**	0.609**	0.460**	0.366**
	Διπολική Διαταραχή		-0.386**	0.548**	0.615**	0.635**	0.390**	0.357*
	Σχιζοφρένεια		-0.433**	0.452**	0.565**	0.570**	0.523**	0.372*
Υποκειμενικ ό αίσθημα μοναξιάς UCLA	Σύνολο			-0.536**	-0.480**	-0.646**	-0.689**	-0.591**
	Διπολική Διαταραχή			-0.578**	-0.458**	-0.657**	-0.677**	-0.653**
	Σχιζοφρένεια			-0.456**	-0.502**	-0.623**	-0.729**	-0.523**
	Σύνολο				0.673**	0.729**	0.514**	0.507**

General quality of life	Διπολική Διαταραχή	0.717**	0.794**	0.586**	0.456**
	Σχιζοφρένεια	0.626**	0.666**	0.455**	0.569**
Σύνολο			0.708**	0.582**	0.532**
Physical health	Διπολική Διαταραχή		0.760**	0.442**	0.470**
	Σχιζοφρένεια		0.653**	0.729**	0.617**
Σύνολο				0.622**	0.560**
Psychological health	Διπολική Διαταραχή			0.646**	0.464**
	Σχιζοφρένεια			0.599**	0.694**
Σύνολο					0.532**
Social relationships	Διπολική Διαταραχή				0.521**
	Σχιζοφρένεια				0.548**

* Συντελεστής συσχέτισης σημαντικός στο επίπεδο σημαντικότητας 5%.

** Συντελεστής συσχέτισης σημαντικός στο επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Κοινωνικά και δημογραφικά καθώς και κλινικές πληροφορίες που σχετίζονται με την κλίμακα της ποιότητας ζωής και τις υποκλίμακες της

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση εφαρμόστηκε για να διερευνηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι κλινικές πληροφορίες των ασθενών που επηρεάζουν τα επίπεδα της κλίμακας της ποιότητας ζωής, καθώς και τις υποκλίμακες αυτής (Πίνακας 5). Οι μεταβλητές που περιλαμβάνονται στα μοντέλα του Πίνακα 5, είναι οι μεταβλητές που βρέθηκαν να συνδέονται στατιστικά σημαντικά με την αντίστοιχη εξαρτημένη μεταβλητή και έχουν επιλεγεί με την μέθοδο της προοδευτικής προσθήκης μεταβλητών.

Ποιότητα Ζωής: Ο τύπος της ασθένειας, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ασθενούς, καθώς και οι κλίμακες του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς και της ανθεκτικότητας σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης, το φύλο, η ηλικία και η χρονιότητα περιλαμβάνονται στο μοντέλο, αν και δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί. Οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στο μοντέλο ερμηνεύουν το 45.2% της εξαρτημένης μεταβλητής (ANOVA F-test= 10.9, $p < 0.001$, adj.R2=45.2). Η ερμηνεία των παραγόντων που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί είναι η ακόλουθη:

Διάγνωση: Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια αναμένεται να έχουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα της ποιότητας ζωής κατά 9.5 μονάδες σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή ($\beta = 9.5$, $p < 0.05$), δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες στο μοντέλο είναι ίδιοι (δηλαδή, οι ασθενείς που συγκρίνουμε είναι το ίδιου φύλου, ίδιας ηλικίας, πάσχουν το ίδιο χρονικό διάστημα, έχουν το ίδιο εκπαιδευτικό υπόβαθρο και έχουν ίδια σκορ στις υπόλοιπες κλίμακες).

Εκπαίδευση: Οι ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση αναμένεται να έχουν χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα της ποιότητας ζωής κατά 11.2 μονάδες σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει κάποια βαθμίδα της Α/βάθμιας ή Β/βάθμιας εκπαίδευσης ($\beta = -11.2$, $p < 0.05$), δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες του μοντέλου είναι ίδιοι.

Υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς (UCLA): Οι ασθενείς με αυξημένο σκορ στην κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς αναμένεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής ($\beta = -0.7$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, αν η

κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος αυξηθεί κατά μια μονάδα, αναμένεται ότι η κλίμακα της ποιότητας ζωής θα μειωθεί κατά 0.7 μονάδες, δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες του μοντέλου παραμένουν σταθεροί.

Κλίμακα ανθεκτικότητας Connor Davidson (CD-RISC): Οι ασθενείς με αυξημένο σκορ στην κλίμακα της ανθεκτικότητας αναμένεται να έχουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής ($\beta=0.5$, $p<0.001$), δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες του μοντέλου παραμένουν σταθεροί.

Στα μοντέλα των υποκλιμάκων της φυσικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά είναι οι κλίμακες του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς και της ανθεκτικότητας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το είδος της ασθένειας και η χρονιότητα της νόσου δεν βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις αντίστοιχες εξαρτημένες μεταβλητές. Το ANOVA F-test είχε καλή εφαρμογή και στα 3 μοντέλα (F-test=10.0, 17.9 και 10.4, αντίστοιχα και $p<0.001$) δηλώνοντας ότι τα μοντέλα ερμηνεύουν μεγάλο ποσοστό της μεταβλητότητας της κάθε εξαρτημένης μεταβλητής (adj.R2=42.6, 58.1 και 43.5, αντίστοιχα). Ασθενείς που έχουν μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς αναμένεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα στις υποκλίμακες της φυσικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων, δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες του μοντέλου παραμένουν σταθεροί ($\beta=-0.4$, -0.8 , -1.0 , αντίστοιχα, και $p<0.001$). Ασθενείς που έχουν μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα της ανθεκτικότητας αναμένεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα στις αντίστοιχες υποκλίμακες της ποιότητας ζωής, δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες του μοντέλου παραμένουν σταθεροί ($\beta=0.5$, 0.5 , 0.2 , αντίστοιχα, και $p<0.001$).

Τέλος, οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την υποκλίμακα τους περιβάλλοντος, είναι η κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς και η χρονιότητα της νόσου. Ασθενείς με μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς αναμένεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα στην υποκλίμακα του περιβάλλοντος ($\beta=-0.7$, $p<0.001$), δεδομένου ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες του μοντέλου παραμένουν σταθεροί. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της ασθένειας, η υποκλίμακα τους περιβάλλοντος αναμένεται να έχει χαμηλότερες τιμές ($\beta=-0.7$, $p<0.001$). Το συγκεκριμένο μοντέλο ερμηνεύει το 39.7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (ANOVA F-test= 8.9, $p<0.001$, adj.R2=39.7).

Πίνακας 5: Γραμμική παλινδρόμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς και των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής.

	Total QoL			Physical health			Physiological health			Social relationships			Environment		
	B	95% Δ.Ε.		B	95% Δ.Ε.		β	95% Δ.Ε.		β	95% Δ.Ε.		β	95% Δ.Ε.	
Υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς (UCLA)	-0.7**	-1.1	-0.4	-0.4**	-0.7	-0.2	-0.8**	-1.1	-0.6	-1.0**	-1.4	-0.7	-0.7**	-1.0	-0.5
Κλίμακα ανθεκτικότητας Connor Davidson	0.5**	0.2	0.7	0.5**	0.3	0.6	0.5**	0.3	0.7	0.2*	0.0	0.4	0.1	-0.1	0.3
Εκπαίδευση: Τριτοβάθμια (επίπ. αναφ. Δευτεροβάθμια)	-11.2*	-19.8	-2.7	-3.8	-10.3	2.8	-0.2	-6.8	6.4	-4.6	-12.3	3.1	0.1	-5.5	5.8
Διάγνωση: Σχιζοφρένεια (επίπ. αναφ. Διπολική διαταραχή)	9.5*	1.2	17.8	4.7	-1.6	11.0	3.9	-2.5	10.3	-2.1	-9.6	5.3	2.7	-2.8	8.2
Φύλο: Γυναίκα (επίπ. αναφ. Άνδρας)	-0.802	-9.1	7.5	0.2	-6.1	6.6	-1.1	-7.5	5.3	1.4	-6.1	8.9	-2.1	-7.6	3.4
Χρονιότητα	-0.416	-0.8	0.0	-0.3	-0.6	0.1	-0.1	-0.4	0.3	-0.2	-0.6	0.1	-0.4*	-0.6	-0.1

Ηλικία	0.239	-0.2	0.7	0.1	-0.3	0.4	0.0	-0.4	0.3	0.1	-0.3	0.5	0.1	-0.2	0.4
F-test	10.9			10.0			17.9			10.4			8.9		
ρ	<0.001			<0.001			<0.001			<0.001			<0.001		
Adj. R2	45.2			42.6			58.1			43.5			39.7		

*Στατιστικά σημαντικά συντελεστής στο επίπεδο 5%,

** Στατιστικά σημαντικά συντελεστής στο επίπεδο 1%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε η διερεύνηση της σχέσης της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή με παράγοντες, όπως η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μοναξιάς. Επιπλέον, εξετάστηκε και η σχέση της ποιότητας ζωής με παράγοντες κλινικούς και δημογραφικούς.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια ήταν υψηλότερη αυτών με διπολική διαταραχή και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση. Ωστόσο, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με διπολική διαταραχή υπερέχει αυτών με σχιζοφρένεια και άλλες το αντίθετο (Yen, Cheng, Huang, Yen Ko & Chen, 2008; Amini & Sharifi, 2012).

Σε ό,τι αφορά στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων διάφορες προτάσεις έχουν διατυπωθεί. Η πρώτη σχετίζεται με το γεγονός ότι οι αναφορές των ατόμων με σχιζοφρένεια για την ποιότητα της ζωής τους επηρεάζονται από τη συναισθηματική αμβλύτητα και τη φτωχή εναισθησία που είναι χαρακτηριστικά της ψύχωσης. Η δεύτερη σχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των ατόμων με διπολική διαταραχή που πιθανά είναι παρούσα τη χρονική στιγμή της αξιολόγησης και η οποία ελαττώνει την ικανοποίηση από τη ζωή και οδηγεί σε αρνητικές αξιολογήσεις. Μια τρίτη υπόθεση βασίζεται στη θεωρία της προσαρμογής, σύμφωνα με την οποία ο ανθρώπινος νους διαθέτει ένα μηχανισμό με τον οποίο οι άνθρωποι προσαρμόζονται σε αλλαγές του περιβάλλοντος τείνοντας να αξιολογούν τις εμπειρίες τους ως λιγότερο έντονες (Atkinson, Zibin & Chuang, 1997).

Τέλος, κάτι που μπορούμε να επισημάνουμε είναι ότι για το συγκεκριμένο δείγμα τα ποσοστά των ασθενών που είχαν την εμπειρία ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ήταν 17,8% για τα άτομα με σχιζοφρένεια και 2,4% για τα άτομα με διπολική διαταραχή. Με δεδομένο ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών μπορούμε να υποθέσουμε ότι ήταν κι αυτός ένας παράγοντας που επηρέασε τα αποτελέσματα.

Σε αντίθεση επίσης με τις αρχικές υποθέσεις οι κλίμακες της ψυχικής ανθεκτικότητας, της αυτοεκτίμησης και του αισθήματος μοναξιάς δε διαφοροποιούνται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των δύο ομάδων. Σε ότι αφορά στην ψυχική ανθεκτικότητα τα ευρήματα της μελέτης μας έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενη έρευνα στην οποία δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στα άτομα με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή (Mizuno, Hofer, Suzuki, Frazo- Apor & Uchida, 2016). Διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε ούτε και στις κλίμακες αυτοεκτίμησης και αισθήματος μοναξιάς. Οι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα συχνά βιώνουν την εμπειρία του κοινωνικού στιγματισμού και της απομόνωσης (Economou, Richardson, Gramandani,, Stalikas & Stefanis, C., 2009). Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές που να συγκρίνουν την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μοναξιάς στα άτομα με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή μπορούμε να υποθέσουμε ότι το στίγμα, που φαίνεται να είναι υψηλότερο στα άτομα με σχιζοφρένεια (Karidi, Vassilopoulou, Savvidou, Vitoratou, Maillis, Rbavilas & Stefanis, 2015) και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που υπερέχουν και είναι περισσότερο επίμονα στη διπολική διαταραχή (Miller, Dell Oso & Ketter, 2014), πιθανά να διαμεσολαβούν επηρεάζοντας τις ανωτέρω μεταβλητές.

Επίσης, σε συμφωνία με τις αρχικές μας υποθέσεις φάνηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτοεκτίμηση, το αίσθημα μοναξιάς και η ποιότητα ζωής σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής, φαίνεται να σχετίζεται μεμονωμένα, αλλά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό και με θετικό συντελεστή συσχέτισης με την ψυχική ανθεκτικότητα και την αυτοεκτίμηση και με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης με τη μοναξιά. Σε ό,τι αφορά στην ανθεκτικότητα και την αυτοεκτίμηση αυτές συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με τη μοναξιά.

Τέλος, από την εφαρμογή ενός μοντέλου πολλαπλής παλινδρόμησης, βρέθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτοεκτίμηση, ο τύπος της ασθένειας και το μορφωτικό επίπεδο προβλέπουν και εξηγούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό το 45,2% της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, ενώ η ηλικία, το φύλο και η διάρκεια της νόσου δε φαίνεται να συσχετίζονται. Οι βιβλιογραφικές πηγές που αναφέρονται στη συσχέτιση ποιότητας ζωής με κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες δίνουν ποικίλα αποτελέσματα, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι έρευνες εφαρμόζονται σε

διαφορετικούς πληθυσμούς και συνεπώς τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν (Pinho, Pereira & Chaves, 2017).

Παρά το γεγονός ότι η έρευνά μας ανέδειξε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών, εντούτοις, μεθοδολογικά υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς.

Ο πρώτος αφορά στο μέγεθος του δείγματος. Περισσότεροι ασθενείς θα πρέπει να συμπεριληφθούν, προκειμένου τα αποτελέσματα να μπορέσουν να γενικευτούν.

Ο δεύτερος αφορά στον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, τα οποία αν και εύκολα στη χρήση ενέχουν σημαντικό βαθμό υποκειμενικότητας.

Ένας ακόμα περιορισμός αφορά στην εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας. Δεν αξιολογήθηκε η παρουσία ψυχωτικών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που η παρουσία τους θα καθόριζε ενδεχομένως το μέγεθος διακύμανσης κάποιων μεταβλητών.

Τέλος, ο τέταρτος περιορισμός αφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δείγμα προέκυψε από ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου ή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Δήμου Βύρωνα Καισαριανής. Με αυτό τον τρόπο αποκλείστηκαν ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία κάποιου Γενικού ή Ψυχιατρικού Νοσοκομείου ή ακόμα και ασθενείς που νοσηλεύονται.

Ανακεφαλαιώνοντας, αξίζει να επισημάνουμε ότι με την παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ο συσχετισμός παραγόντων όπως η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μοναξιάς με την ποιότητα ζωής ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή.

Καθώς οι νεότερες φαρμακευτικές θεραπείες ελέγχουν το μεγαλύτερο μέρος των συμπτωμάτων, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων που ενισχύουν την ανθεκτικότητα και την αυτοεκτίμηση και περιορίζουν την κοινωνική απομόνωση και το αίσθημα μοναξιάς για την περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abdalla, T., Nyabola, L., Mathai, M., Abdalla, S., & Khasakala, L. (2017). Factors influencing quality of life of patients living with mental illness: a case study of Mathari National Teaching and Referral Hospital. *East African Medical Journal*, 94(9), 739-748.

Amini, H., & Sharifi, V. (2012). Quality of life in bipolar type I disorder in a one-year followup. *Depression research and treatment*, 2012.

Angeler, D. G., Allen, C. R., & Persson, M. L. (2018). Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 6(1), 2.

Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *American journal of psychiatry*, 154(1), 99-105.

Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., ... & Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 97-103.

Bozikas, V., & Parlapani, E. (2016). Resilience in patients with psychotic disorder. Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). Alone in the crowd: the structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of personality and social psychology*, 97(6), 977.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Daskalopoulou, E. G., Dikeos, D. G., Papadimitriou, G. N., Souery, D., Blairy, S., Massat, I., ... & Stefanis, C. N. (2002). Self-esteem, social adjustment and suicidality in affective disorders. *European psychiatry*, 17(5), 265-271.

Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1225-1237.

Earvolino-Ramirez, M. (2007, April). Resilience: A concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 42, No. 2, pp. 73-82). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.

- Echezarraga, A., Calvete, E., González-Pinto, A. M., & Las Hayas, C. (2018). Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study. *Stress and Health*, 34(1), 115-126.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 361-371.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to Aboriginal research. *Pimatisiwin*, 6(2), 7.
- Fulford, D., Peckham, A. D., Johnson, K., & Johnson, S. L. (2014). Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 152, 491-497.
- Galanou, C., Galanakis, M., Alexopoulos, E., & Darviri, C. (2014). Rosenberg self-esteem scale Greek validation on student sample. *Psychology*, 5(08), 819.
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 130-142.
- Haug, E., Øie, M. G., Andreassen, O. A., Bratlien, U., Romm, K. L., Møller, P., & Melle, I. (2016). The association between anomalous self-experiences, self-esteem and depressive symptoms in first episode schizophrenia. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 557.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
- 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.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.

- Karidi, M. V., Vassilopoulou, D., Savvidou, E., Vitoratou, S., Maillis, A., Rabavilas, A., & Stefanis, C. N. (2015). Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of affective disorders*, 184, 209-215.
- Kleftaras, G., & Vasilou, E. (2016). Spirituality and the psychological impact of unemployment: Personality characteristics, loneliness and depressive symptomatology.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372.
- Marulanda, S., & Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 10(3), 212-219.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- McCubbin, L. (2001). Challenges to the Definition of Resilience.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., & Lam, R. W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, 15(1), 25-37.
- Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., & Hutton, P. (2017). Loneliness in psychosis: a meta-analytical review. *Schizophrenia bulletin*, 44(1), 114-125.
- Miller, S., Dell'Osso, B., & Ketter, T. A. (2014). The prevalence and burden of bipolar depression. *Journal of affective disorders*, 169, S3-S11.
- Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, M. C., Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M., & Cadi-Soussi, N. (2014). Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *Journal of psychiatric research*, 54, 85-93.
- Mizuno, Y., Hofer, A., Suzuki, T., Frajo-Apor, B., Wartelsteiner, F., Kemmler, G., ... & Uchida, H. (2016). Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a cross-sectional study. *Schizophrenia research*, 175(1-3), 148-153.

- Molino, C., Camera, P., Girardi, L., Gattoni, E., Feggi, A., Gramaglia, C. M., & Zeppegno, P. (2017). Comparison between patients with depressive disorders and healthy controls in resilience and coping skills. *European Psychiatry*, 41, S535.
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S., & Tomlinson, G. (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22(4), 231.
- Pinho, L. G. D., Pereira, A., & Chaves, C. (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Ponis, S. T., & Koronis, E. (2012). Supply Chain Resilience? Definition of concept and its formative elements. *The Journal of Applied Business Research*, 28(5), 921-935.
- Rizwan, M., & Ahmad, R. (2015). Self-esteem deficits among psychiatric patients. *Sage Open*, 5(2), 2158244015581649.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Serretti, A., Olgiati, P., & Colombo, C. (2005). Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 93-98.
- 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.
- Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., & Schmidt, S. J. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences.
- 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(1), 25338.
- Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2008). Fluctuations in self-esteem and paranoia in the context of daily life. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 143.
- Tsigkaropoulou, E., Douzenis, A., Tsitas, N., Ferentinos, P., Liappas, I., & Michopoulos, I. (2018). Greek Version of the Connor-Davidson Resilience Scale: Psychometric Properties in a Sample of 546 Subjects. *in vivo*, 32(6), 1629-1634.

Victor, S. E., Johnson, S. L., & Gotlib, I. H. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 13(3), 303-309.

Xia, N., & Li, H. (2018). Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxidants & redox signaling*, 28(9), 837-851.

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.

Yen, C. F., Cheng, C. P., Huang, C. F., Yen, J. Y., Ko, C. H., & Chen, C. S. (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorders*, 10(5), 617-624.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Ευαγγέλου, Ε. (2014). ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ. ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΧΩΡΑ ΣΕ ΔΥΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 142(142), 123-150.

Κονταξάκης, Β. Π., & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). Κοινωνική και κοινοτική Ψυχιατρική. Στο: Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Χριστοδούλου ΓΝ (Επιμ.) Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 49-53.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.

Παρασκευή, Θ. (2010). Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση, e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας. *e-Journal of Science & Technology (e-JST)*.

ΠΑΡΑΣΧΑΚΗΣ, Α. Ψυχοκοινωνικές συνιστώσες της μοναξιάς.

Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. *Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχ Ελλ Ιατρ*, 18, 218-229