



## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής,  
της ψυχοπαθολογίας και των σχιζοτυπικών  
χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στο γενικό  
πληθυσμό.

*Βασιλάκη Ευμορφία Α.Μ. 1030189*

*Κοινωνική Λειτουργός*

Επιβλέποντες:

1. Π. Μπίτσιος, Αναπληρωτής  
Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα  
Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. Α. Φιλαλήθης, Καθηγητής, Τομέα  
Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συμβουλευτική  
Επιτροπή:

1. Σ. Γιακουμάκη, Επίκουρη  
Καθηγήτρια Κλινικής  
Νευροψυχολογίας, Τμήμα  
Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο  
Κρήτης

*Ηράκλειο, Νοέμβριος 2014*

© 2014,  
Βασιλάκη Ευμορφία  
ALL RIGHTS RESERVED

## Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω την συντονιστική επιτροπή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Δημόσιας Υγείας, που πίστεψε στις δυνατότητες μου και θέλησε να μου παρέχει τόσο απλόχερα όλες αυτές τις γνώσεις που αποκόμισα τα τελευταία δύο χρόνια.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μπίτσιο που ανέλαβε να είναι επιβλέπων σε αυτή τη μεταπτυχιακή εργασία υποστηρίζοντας με και καθοδηγώντας με σε όλα τα στάδια αυτής. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Φιλαλήθη που ανέλαβε να είναι συνεπιβλέπων και να διευκολύνει την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Ιδιαίτερη μνεία, θα ήθελα να κάνω στην κα. Γιακουμάκη Στυλιανή, η οποία μου παρείχε τις πολύτιμες συμβουλές της, ιδιαίτερο στο ερευνητικό μέρος της μεταπτυχιακής μου και για αυτό το λόγο θα ήθελα να την ευχαριστήσω. Χρέος μου είναι να ευχαριστήσω θερμά την κα. Ζουραράκη Χρυσούλα (ψυχολόγος), την κα. Λιόλιου Σταυρούλα (ψυχολόγος) και τον κ. Γεωργίου Βαγγέλη (Στατιστικό) για την αμέριστη υποστήριξη αλλά και τις πολύτιμες γνώσεις που μου παρείχαν.

Κλείνοντας την πορεία μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με υποστήριξαν, μου έδωσαν θάρρος και υπομονή να συνεχίσω να προσπαθώ προς την εκπλήρωση των στόχων μου. Η πορεία αυτή ήταν δύσκολη αλλά ιδιαίτερα γοητευτική.

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	σελ.1- 2
Abstract .....	σελ.3- 4
Εισαγωγή .....	σελ.5

### Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

#### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Ποιότητα ζωής

1.1. Γενικά στοιχεία .....	σελ.6 - 7
1.2. Θεωρητική προσέγγιση.....	σελ.7 - 8
1.3. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής .....	σελ.8 - 10
1.4. Ποιότητα ζωής και Ψυχική Υγεία .....	σελ.10 - 11

#### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων

2.1. Γενικά στοιχεία .....	σελ.12 - 13
2.2. Εξελικτική Ψυχοπαθολογία .....	σελ. 13 - 14
2.3. Επιδημιολογία Ψυχικών Διαταραχών .....	σελ. 14 - 15

#### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Σχιζότυπα Χαρακτηριστικά στον γενικό πληθυσμό

3.1. Διαταραχές της Προσωπικότητας .....	σελ.16
3.2. Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας .....	σελ.17 -18
3.3 Σχιζότυπα χαρακτηριστικά και συννοσηρότητα .....	σελ.18 - 19
3.4 Σχιζότυπα χαρακτηριστικά και Ψυχική Υγεία .....	σελ.20

### Εμπειρικό μέρος

#### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Σκοπός

4.1 Σκοπός της μελέτης .....	σελ.21
4.2 Ερευνητική υπόθεση .....	σελ.21 - 22

#### Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία

5.1 Πληθυσμός μελέτης .....	σελ.23
5.2 Ερευνητική στρατηγική .....	σελ.23
5.3 Ερευνητική εργαλεία .....	σελ.24 - 25
5.4 Στατιστική Ανάλυση .....	σελ.25 - 26
5.5 Ηθικά ζητήματα .....	σελ.26

#### Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα

6.1 Περιγραφή δείγματος .....	σελ.27 - 30
6.2 Συσχετίσεις .....	σελ.30 - 38
6.3 Εφαρμογή μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης .....	σελ.38 - 40
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Συζήτηση</b> .....	σελ. 41 - 50
<b>Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Δυσκολίες – Περιορισμοί</b> .....	σελ.51 – 52
<b>Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup> : Συμπεράσματα</b>	
8.1 Ερευνητικά ερωτήματα .....	σελ.52
8.2 Προτάσεις για πρακτική εφαρμογή .....	σελ.52 – 60
8.3 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. ....	σελ. 60 - 61
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	σελ. 62 - 72
<b>Παράρτημα I: mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.....</b>	σελ. 72 - 75

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος:** Διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής, της ψυχοπαθολογίας και των σχιζοτυπικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό

**Συγγραφέας:** Βασιλάκη Ευμορφία

**Υπό τη επίβλεψη των:** 1. Παναγιώτης Μπίτσιος (κύριος επιβλέπων)  
2. Αναστάσιος Φιλαλήθης

**Ημερομηνία:** 12 Νοεμβρίου 2014

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο και είναι μια έννοια στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, ενώ το επίπεδο της ψυχο-συναισθηματικής ευεξίας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εκφάνσεις της.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των σχέσεων της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού. Μέσω των αποτελεσμάτων και της κριτικής ανάγνωσης της βιβλιογραφίας θα γίνουν προτάσεις για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, πολιτικών και στρατηγικών που οδηγούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Το μέγεθος του δείγματος ορίστηκε στα 150 άτομα και αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 18 – 65 ετών. Για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας: Quality of Life- BREF (WHOQOL-BREF). Η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας έγινε με το ψυχομετρικό τεστ SCL90 (Symptom Check List) και της σχιζοτυπίας με το ψυχομετρικό τεστ SPQ (Schizotypal Personality Questionnaire).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής σχετίζεται σημαντικά με τα συνολικά σκορ της ψυχοπαθολογίας (p.value ,006) και της σχιζοτυπίας (p.value ,001), καθώς επίσης και με όλες τις υποκλίμακες των παραπάνω μεταβλητών. Οι παραπάνω σχέσεις τροποποιούνται ανάλογα με το φύλο. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι η ηλικία, ο αρνητικός παράγοντας της σχιζοτυπίας καθώς και το άγχος έχουν στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση με την ποιότητα ζωής,

ενώ ο θετικός παράγοντας της σχιζοτυπίας σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, άνευ όμως κλινικής σημασίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα έχουν εφαρμογή στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να παρέχεται η φροντίδα υγείας, καθώς σε συνδυασμό με τη κριτική ανάγνωση της βιβλιογραφίας γίνεται εμφανές ότι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας, ειδικά στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και στο σχεδιασμό πολιτικών, μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να έχει.

**Λέξεις Κλειδιά:** ποιότητα ζωής, ψυχοπαθολογία, σχιζότυπα χαρακτηριστικά,  
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

## **Abstract**

**Title:** Exploring the relationship between quality of life, psychopathology and schizotypal personality traits in the general population

**Author:** Vasilaki Efmorfia

**Supervisors:** 1. Panagiotis Bitsios (main supervisor)

2. Anastasios Filalithis

**Date:** 12 November 2014

**Introduction:** Quality of life is a multidimensional social phenomenon and its concept is closely related to the subjective perception of individuals for their life, while the level of psycho-emotional well-being is one of the most important manifestations of quality of life.

**Aim:** The aim is to explore the relationships of psychopathology and schizotypal personality traits with quality of life in the general population. Critical reading of the literature in combination with the results will provide with proposals for the design of interventions, policies and strategies that could lead to improvement of quality of life in the individuals.

**Methodology:** The size of the sample was set at 150 people and consisted of persons aged 18-65 years. The Quality of Life – BREF (WHO) questionnaire was administered to investigate quality of life, the SCL90 psychometric test was used to explore psychopathology, and, finally, the SPQ psychometric test was used to score for schizotypal personality traits.

**Results:** The total score of quality of life is significantly correlated with the total scores of psychopathology (p.value, 006) and schizotypal personality traits (p.value, 001), as well as with all the subscales of the above variables. These relations are modified by gender. An overview of regression coefficients find that age, negative factor of schizotypal personality traits and anxiety have a statistically significant negative relationship with quality of life, while the positive factor of schizotypal personality traits is positively associated with quality of life, but without clinical significance.



**Conclusions:** The results of this study can be applied as to how primary health should be delivered, especially in conjunction with the critical reading of the literature where it becomes evident that designing policies and exploring for quality of life and psychopathology especially in primary care, can have only positive effect.

**Key Words:** quality of life, psychopathology, schizotypal personality traits, Primary Healthcare

## Εισαγωγή

Σήμερα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία, καθώς και την ευεξία του ατόμου (Μ. Σαρρής, 2001).

Η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια για την οποία, παρόλο που έχει λάβει ιδιαίτερο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον από διάφορα πεδία, είναι πολύ δύσκολο να διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Ι. Υφαντόπουλος, 2001). Αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια καθώς έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις κυρίως διότι καλύπτει όλες τις πτυχές της ανθρώπινης δραστηριότητας. Για τον ΠΟΥ, είναι μία έννοια στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (WHOQOL GROUP, 1995).

Το επίπεδο της ψυχο-συναισθηματικής ευεξίας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εκφάνσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου. Η σημαντικότητα της διερεύνησης της ποιότητας ζωής του ατόμου σε σχέση με την ψυχική υγεία και σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του γίνεται φανερή μέσω του ορισμού που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την ψυχική υγεία, ο οποίος αναφέρει ότι «η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας στην οποία κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το δικό του δυναμικό, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συμβάλει σε αυτήν ή την κοινότητά του» (WHO, 2001).

Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η διερεύνηση της σχέσης της ποιότητας ζωής με τα σχιζοτυπικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει το άτομο, καθώς η υπόθεση είναι ότι τα άτομα με υψηλή βαθμολογία σε κλίμακες σχιζοτυπίας παρουσιάζουν κάποια δυσλειτουργία, κάτι το οποίο μπορεί να διερευνηθεί μέσω της ποιότητας ζωής αλλά και της ψυχοπαθολογίας (Vollema, 1999:146).

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Ποιότητα Ζωής

## 1.1. Γενικά στοιχεία

Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946). Σχεδόν όλες οι προσπάθειες των επιστημών της υγείας κατευθύνονται προς την απουσία της ασθένειας, μέσω της πρόληψης ή της θεραπείας, έχοντας ως δευτερεύον στόχο την ευεξία του ατόμου (Orley J. et al., 1998). Σήμερα, όμως, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας όσο και της εξατομίκευσης. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου (Σαρρής Μ., 2001).

Οι ιστορικές ρίζες του όρου ποιότητα ζωής μπορούν να εντοπιστούν στα κλασικά συγγράμματα του Αριστοτέλη από το 330 π.Χ. Στο κλασικό του έργο Ηθικά Νικομάχεια, αναγνωρίζει την σχέση μεταξύ της ευτυχίας, της ποιότητας ζωής και των υποκειμενικών αξιών των ατόμων. Αυτή η άποψη αποτελεί μία ατομιστική προσέγγιση, όπου η επίτευξη της ποιότητας ζωής και της ευδαιμονίας, προϋποθέτει την αξιοποίηση του πλήρους δυναμικού των ίδιων των ατόμων (Gerson E.M, 1976).

Ο όρος ποιότητα ζωής εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50. Αρχικά, είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία. Ο ελεύθερος χρόνος, οι ευκαιρίες για διακοπές και η αναψυχή προστέθηκαν αργότερα. Το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να περιλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη. Η αναφορά στον όρο ποιότητα ζωής, από το 1967 έως το 1995, αυξήθηκε σημαντικά κάτι το οποίο παρατηρείται σε πέντε βάσεις δεδομένων: Medline, Psyclit, Sociofile, Biosis, Ecology (Fernandez – Ballesteros, 1998). Στην ιατρική επιστήμη, ο όρος ποιότητα ζωής άρχισε να χρησιμοποιείται εμμέσως στη δεκαετία του 1980, κυρίως στην έρευνα για τη κατάσταση της υγείας του ατόμου, και πιο συγκεκριμένα όταν αναπτύχθηκαν τα εργαλεία μέτρησης της λειτουργικότητας ενός ατόμου που νοσεί από κάποια ασθένεια (π.χ. SF-36) (Barge-Schaapveld DQ. Nicolson NA. Delespaul PA, et al., 2006).

Έπειτα, κέρδισε την πρώτη σημαντική προβολή του μέσω της ογκολογίας, όταν τέθηκε το ζήτημα αν πρέπει κανείς να ανταλλάξει ένα μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης (με δυσάρεστες

θεραπείες) για μια καλύτερη ποιότητα ζωής (χωρίς θεραπεία). Επίσης, στην ψυχιατρική, παρόμοια ζητήματα έχουν επικρατήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το ερώτημα κατά πόσον « η θεραπεία είναι χειρότερη από την ασθένεια" προέκυψε, πριν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση την περίοδο που υπήρχε έντονη συζήτηση για τα ψυχιατρικά άσυλα (H. Katschnig, 2006).

## **1.2. Θεωρητική Προσέγγιση**

Η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια η οποία, παρόλο που έχει λάβει ιδιαίτερο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον από διάφορα πεδία, είναι πολύ δύσκολο να διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός καθώς έχει γίνει αντικείμενο διαμάχης εξαιτίας του πολυσήμαντου χαρακτήρα της (I. Υφαντόπουλος, 2001).

Αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια καθώς έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις κυρίως διότι καλύπτει όλες τις πτυχές της ανθρώπινης δραστηριότητας. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και για αυτό υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, Βανδώρου, 2003). Ιδιαίτερα, στην επιστημονική ιατρική βιβλιογραφία, ο όρος "ποιότητα ζωής" χρησιμοποιείται με πολλές διαφορετικές έννοιες και αναφέρεται κατά προσέγγιση στην ψυχολογική ευεξία, στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία, στην λειτουργικότητα, στην ικανοποίηση από τη ζωή, στην κοινωνική υποστήριξη, κ.α. (H. Katschnig, 2006).

Η αποδοχή ενός κοινού ορισμού είναι δύσκολός καθώς μπορεί να οριστεί διαφορετικά ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο στο οποίο βρίσκεται εφαρμογή, όπως είναι οι επιστήμες υγείας, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία κ.α. (I. Υφαντόπουλος, 2001). Παρόλα αυτά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει την ποιότητα ζωής ως μία έννοια στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης 1997). Στηριζόμενοι, λοιπόν, στους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η κατηγοριοποίησή τους ως εξής (Σαρρής 2001):

1. Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

2. Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
3. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο οικονομικές ανισότητες.
4. Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
5. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
6. Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
7. Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
8. Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

### **1.3. Διαστάσεις της Ποιότητας ζωής**

Η ποιότητα ζωής είναι ένα ευρύ κατασκεύασμα, το οποίο συμπεριλαμβάνει την υποκειμενική ικανοποίηση σε διάφορους τομείς της ζωής, καθώς και τα αντικειμενικά κριτήρια (Lehman, 1988). Οι προσπάθειες για προσδιορισμό της ερμηνείας της ποιότητας ζωής επικεντρώνονται στον προσδιορισμό και την ανάλυση αυτού του υποκειμενικού και αντικειμενικού χαρακτήρα της. Η διάκριση μεταξύ των μετρήσεων είναι πολύ σημαντική για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου.

Η μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει δύο παραδοχές. Η πρώτη περιλαμβάνει τους αντικειμενικούς δείκτες που αφορούν τις αντικειμενικές συνθήκες της ζωής των ανθρώπων μέσα σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό ή γεωγραφικό περιβάλλον. Η δεύτερη αφορά υποκειμενικούς δείκτες οι οποίοι προέρχονται από τις αντιλήψεις των ίδιων των ατόμων. Οι αντιλήψεις αυτές φαίνεται ότι διαμορφώνονται ανάλογα με το περιβάλλον, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη κουλτούρα, τις οικογενειακές καταβολές κ.α.

Το πλαίσιο στο οποίο τοποθετείται η μελέτη για την ποιότητα ζωής διαμορφώνεται ως εξής: Αφενός η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική θεώρηση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (αντικειμενική θεώρηση). Σημαντικό όμως είναι να επιλεγθούν σωστά οι καταλληλότερες πηγές συλλογής στοιχείων και πληροφοριών. Είναι λογικό το ίδιο το άτομο να εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη του και άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος ή και ειδήμονες να εκφράζουν μια αντικειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής. Συχνά αυτές οι δύο εκτιμήσεις είναι αντίθετες, αντιφατικές και σπανίως συμπληρωματικές μεταξύ τους. Η επιλογή λοιπόν, της καταλληλότερης πηγής πληροφοριών εξαρτάται από τους γενικούς και ειδικούς στόχους της έρευνας, από την εννοιολογική προσέγγιση και το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διερευνάται η ποιότητα ζωής και από το διαθέσιμο χρόνο και κόστος της έρευνας (Υφαντόπουλος Ι., Σαρρής Μ., 2001).

Λαμβάνοντας υπόψη, λοιπόν, τις σημαντικές πτυχές της, η επιλογή οργάνων μέτρησης που περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε μία διάσταση της κρίνεται μεθοδολογικά επιβεβλημένη. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι τομείς της ποιότητας της ζωής, όπως έχουν πλέον οριστεί, περιλαμβάνουν έξι τομείς της ανθρώπινης ζωής:

- Τον τομέα της φυσικής υγείας όπου η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σε αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και η δυσφορία, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας, η ενέργεια και η κόπωση, ο ύπνος και η ξεκούραση.
- Τον τομέα της ψυχολογίας, όπου η ψυχική ευεξία μελετάται μέσω της ψυχοσυναισθηματικής προσαρμοστικότητας του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής, τη σωματική εικόνα και την εμφάνιση, τα αρνητικά συναισθήματα και τα θετικά συναισθήματα, τη σκέψη, τη μάθηση, τη μνήμη και τη συγκέντρωση.
- Τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, όπου η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον και τη σεξουαλική δραστηριότητα του.
- Τον τομέα του περιβάλλοντος στον οποίο περιλαμβάνονται οι χρηματοδοτικοί πόροι, η ελευθερία, η ασφάλεια, η υγεία και η κοινωνική μέριμνα (προσβασιμότητα και ποιότητα υπηρεσιών), το οικιακό περιβάλλον, οι ευκαιρίες για την απόκτηση νέων πληροφοριών και δεξιοτήτων, η συμμετοχή και οι ευκαιρίες για αναψυχή / ελεύθερος χρόνο, το φυσικό περιβάλλον και τα μέσα μαζικής μεταφοράς.

- Το επίπεδο ανεξαρτησίας, το οποίο απαρτίζεται από την ικανοποίηση για τις καθημερινές δραστηριότητες, την ικανότητα εργασίας και την εξάρτηση του ατόμου από φαρμακευτικές ουσίες και υπηρεσίες υγείας.
- Τέλος, προσμετρείται και το επίπεδο της πνευματικότητας, της θρησκείας και των προσωπικών πεποιθήσεων που σχετίζεται με την ικανοποίηση του ατόμου. (WHOQOL-Bref, 1996). (Υφαντόπουλος Ι., 2001).(WHO, 1997).

#### **1.4. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία**

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. Πολλά, πάντως, είναι τα μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν και απαιτούν ενδελεχή διερεύνηση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε συνδυασμό με την ψυχική υγεία (Οικονόμου Μ., 2001).

Η μελέτη κάθε ψυχικής λειτουργίας περιλαμβάνει γενικές περιγραφικές έννοιες, την ανάπτυξη και τις εκδηλώσεις της κατά την πορεία της ζωής, η οποία πραγματεύεται τους βιολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία και ταυτόχρονα εξετάζει τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν σε αυτήν.

Η ψυχική υγεία αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της συνολικής υγείας του κάθε ατόμου, δεδομένου ότι καθορίζει την συμπεριφορά, την αντίληψη, τη σκέψη, την επικοινωνία και την κατανόηση του. Η κακή ψυχική υγεία μπορεί να εμποδίσει ένα άτομο να λειτουργήσει, να εργαστεί και να ζήσει καλά. Αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ευεξίας του ατόμου και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο επείγοντα χαρακτήρα, όπως η σωματική υγεία.

Η επικράτηση του ιατροκεντρικού μοντέλου είχε ως συνέπεια την παραμέληση τόσο της ψυχικής υγείας όσο και της ποιότητας ζωής καθώς η έμφαση δινόταν μόνο στη σωματική υγεία. Η σύγχρονη αντίληψη βέβαια της ιατρικής αρχίζει και αλλάζει ολοένα και περισσότερο προς της κατεύθυνση της ψυχικής υγείας και πλέον πολλοί ιατροί αναγνωρίζουν τον ρόλο των «ψυχοκοινωνικών παραγόντων» στις σωματικές ασθένειες. Το ενδιαφέρον έχει αναπτυχθεί διότι συντελεί στην βελτίωση της ζωής του ατόμου. Τόσο

η σωματική όσο και η ψυχική υγεία αποτελούν βασικά συστατικά της ποιότητας ζωής (I. Υφαντόπουλος, 2001).

Η ψυχική υγεία αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα των δραστηριοτήτων που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με την ψυχική ευεξία στοιχείο που περιλαμβάνεται στον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία. Συσχετίζεται με την προώθηση της ευημερίας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, και τη θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Αυτή η θετική έννοια της ψυχικής υγείας, αποτελεί το θεμέλιο για την ευημερία και την αποτελεσματική λειτουργία του ατόμου. Αυτή η έννοια, επίσης, της ψυχικής υγείας είναι σύμφωνη με την ευρεία και ποικίλη ερμηνεία της σε όλους τους πολιτισμούς (WHO, 2005). Ο νέος κλάδος της θετικής ψυχολογίας έχει διευρύνει τον ορισμό σχετικά με την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνοντας στον ορισμό, την ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την ζωή, να διατηρεί την ισορροπία του και να διαθέτει ευελιξία.

Η έρευνα στη Θετική Ψυχολογία, τα τελευταία δέκα χρόνια, έχει αναδείξει επαρκώς τη σύνδεση της ψυχικής υγείας- ευεξίας με τα θετικά συναισθήματα. Η ψυχική υγεία, υπό το πρίσμα της Θετικής Ψυχολογίας, συμπεριλαμβάνει τα θετικά συναισθήματα, την δέσμευση και νοηματοδότηση της ζωής, τις θετικές και δημιουργικές σχέσεις με τους άλλους και την επίτευξη στόχων. Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν και συνάδουν με την διακηρυγμένη θέση ότι η ψυχική υγεία είναι πέρα και πάνω από την απουσία ψυχικής νόσου. Διαπιστώνουμε, πως το σύνορο μεταξύ ψυχικής υγείας και ευεξίας είναι μάλλον εγγύτερο, οι έννοιες αυτές πλησιάζουν και ανατροφοδοτούν η μια την άλλη, τόσο σε θεωρητικό και ερευνητικό επίπεδο όσο και σε κλινικό (Seligman, 2008). Η έρευνα τονίζει ότι η υποκειμενική ευημερία, όπως αυτή μετράται με κλίμακες αισιοδοξίας και θετικών συναισθημάτων, προστατεύει από τη ψυχική και τη σωματική νόσο (Ostir, Ottenbacher & Markides, 2001).



## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Ψυχοπαθολογία

### 2.1 Γενικά στοιχεία

Η ψυχοπαθολογία είναι κάτι που επηρεάζει όλους μας με τον έναν ή τον άλλον τρόπο. Περίπου οι μισοί από εμάς μπορεί κάποια στιγμή στη ζωή μας να βιώσουμε συμπτώματα μίας διαταραχής και οι περισσότεροι γνωρίζουμε ανθρώπους που έχουν εμφανίσει κάποια διαταραχή. Με τον όρο ψυχοπαθολογία σήμερα, ο γενικός πληθυσμός αντιλαμβάνεται την ύπαρξη τουλάχιστον μίας ψυχικής νόσου σε ένα άτομο. Ο όρος, εμπνευσμένος από την δυτική περιγραφική ψυχιατρική, αφορά ειδικά συμπτώματα όπως αυτά κατηγοριοποιούνται για καθεμία από τις ψυχικές διαταραχές σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, 5<sup>η</sup> έκδοση (DSM-IV-TR) του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συλλόγου (APA, 2013), (Μάνου, 1997).

Σε μια ιστορική ανασκόπηση του όρου της ψυχοπαθολογίας συναντώνται πολλές διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με την εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης και τις ιστορικές-κοινωνικές συνθήκες. Ο Μάνου (1997) τοποθετεί την πρώτη ιδέα περί ψυχοπαθολογίας στη Νεολιθική περίοδο με την άσκηση του τρυπανισμού που αφορούσε μία τεχνική προς την εκδίωξη των κακών πνευμάτων από τον άνθρωπο. Την εποχή περιγραφής και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου με μαγεία, διαδέχτηκε η περίοδος που η ψυχική νόσος αποτέλεσε αντικείμενο θεραπείας μέσω της θρησκείας και ακόμη και σήμερα, με την εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, απαντώνται σε διάφορα σημεία του κόσμου και οι τρεις προσεγγίσεις απέναντι στην ψυχική διαταραχή (Brown, Menninger, Karl, 1940). Η θεωρία πως η αντίληψη περί ψυχοπαθολογίας σχετίζεται άμεσα με την κουλτούρα και τις κοινωνικές συνθήκες ενός τόπου, υποδεικνύεται και από την διαπολιτισμική έρευνα του Dragunus (1973). Στο ίδιο άρθρο, ο Dragunus (1973) υποστηρίζει πως η ψυχοπαθολογία φαίνεται να είναι προσαρμοστικές συμπεριφορές εκφρασμένες σε υπερβολικό βαθμό ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνονται.

Στον δυτικό κόσμο, μέχρι το 1950 η γνώση σχετικά με την διάγνωση και την κατηγοριοποίησή της ήταν αρκετά περιορισμένη (Rutter M. et all, 2008) οπότε και υπήρξε μία έντονη ανάγκη για διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία θα μπορούσαν να παρέχουν σταθμισμένες νόρμες ψυχοπαθολογίας και που θα μπορούσαν να επιδείξουν εγκυρότητα ως προς την επιβεβαίωση και επαλήθευσή τους (Robins & Guze, 1970). Το αποτέλεσμα ήταν η συγγραφή του DSM-IV-TR (APA, 2000) και του ICD-10 (World Health

Organization, 1996) τα οποία αποτελούν εγχειρίδια για υψηλά συστηματικοποιημένες κατηγοριοποιήσεις διαγνώσεων. Οι επιστήμονες όταν χρησιμοποιούν αυτά τα διαγνωστικά εργαλεία οφείλουν να αναγνωρίζουν πως τα εργαλεία αυτά δύνανται να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός ατόμου, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως μπορεί να γίνεται ταύτιση του ατόμου με τη νόσο, και πως αυτά τα εργαλεία παραμένουν υποκείμενα μελλοντικών βελτιώσεων και εξελίξεων καθώς η επιστημονική γνώση αυξάνεται συνεχώς (Rutter et all, 2008). Το 1997 ο όρος ψυχοπαθολογία δίνεται συνοπτικά ως η μελέτη των ψυχολογικών διαταραχών και των αιτιών που τις προκαλούν (Χουντουμάδη Α., Πατεράκη Λ., 1997). Συμπερασματικά, ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής είναι απαραίτητος για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας. Από τις ανασκοπήσεις του Tsou (2009) και της Porteri (2010) όμως στο έργο του Bolton (2008) γίνεται ξεκάθαρο πως δεν υπάρχει μία ξεκάθαρη απάντηση στο ερώτημα τι είναι ψυχική διαταραχή. Αντιθέτως, το ζήτημα χρειάζεται μία σφαιρική προσέγγιση λαμβάνοντας υπόψη τα διαφορετικά σταθμά τα οποία επικαλούμαστε στην περιγραφή και απόδοση μιας ψυχικής διαταραχής (Bolton, 2008).

Το 1998 ο Μέλλον περιγράφει την ψυχοπαθολογία ως εκείνη την κατηγορία όλων των προβληματικών συμπεριφορών που είναι ασύμβατες με την ευτυχία του ατόμου υπό την έννοια πρόκλησης περιττής δυσφορίας, έκλυσης πόνου και ανικανότητας και διατάραξης των διαπροσωπικών σχέσεων (Μέλλον, 1998). Σε αυτή την περίπτωση, η ψυχοπαθολογία εξετάζεται ως προς το εκπρωτικό αποτέλεσμα που επιφέρει στην λειτουργικότητα του ατόμου και στην δυσλειτουργική του σχέση με την κοινωνία παραλείποντας να αναφερθεί στους αιτιολογικούς παράγοντες.

## **2.2 Εξελικτική Ψυχοπαθολογία**

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει πως η μελέτη της διαταραχής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την μελέτη του φυσιολογικού. Η αρχή αυτή έχει εκφραστεί από πολλούς πρωτοπόρους θεωρητικούς (Cicchetti & Toth, 2010). Έχοντας, λοιπόν, ως αφετηρία πως για την καλύτερη κατανόηση της φυσιολογικής λειτουργίας ενός οργανισμού πρέπει να εξετάζεται η παθολογία του και αντίστροφα, για την καλύτερη κατανόηση της παθολογίας του οργανισμού πρέπει να εξετάζεται η φυσιολογική του λειτουργία, πολλοί επιστήμονες (Cicchetti, 1984) υποστηρίζουν πως η μελέτη της ψυχοπαθολογίας του ανθρώπου προσφέρει ουσιαστική γνώση στην κατανόηση αυτού που ορίζουμε ως φυσιολογική λειτουργικότητα, συμπεριφορά και ψυχική κατάσταση. Αντιστρόφως, η μελέτη του φυσιολογικού προσφέρει γνώση για την ψυχοπαθολογία (Cicchetti & Toth, 1998).

Ερευνώντας λοιπόν την ψυχοπαθολογία ως ένα μεγεθυντικό φακό των φυσιολογικών βιολογικών και ψυχολογικών λειτουργιών, αποκτάται περισσότερη γνώση και για το φυσιολογικό (Cicchetti & Toth, 2010). Ένας καινούριος κλάδος που ξεκίνησε μόλις το 1974 και βασίζεται επάνω σε αυτή την θεωρία και μελετάει την ψυχοπαθολογία είναι η εξελικτική ψυχοπαθολογία (Soufre, 2009). Ο κλάδος αυτός προσπαθεί να μελετήσει και να συμπεριλάβει ταυτόχρονα όλους τους εκλυτικούς και διαιωνιστικούς παράγοντες της ψυχοπαθολογίας: γενετικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς σε παραλληλισμό με την μελέτη της φυσιολογικής εξέλιξης ενός ατόμου (Cicchetti & Toth, 1998). Μέσω της συνεργασίας πολλών επιστημονικών πεδίων όπως η εμβρυολογία, η γενετική, οι νευροεπιστήμες, η ψυχανάλυση και η κλινική, εξελικτική και πειραματική ψυχολογία (Cicchetti & Toth, 1998), η εξελικτική ψυχοπαθολογία αποσκοπεί αρχικά στην καλύτερη κατανόηση και εν συνεχεία στην, ει δυνατόν, μεγαλύτερη ανακούφιση του ατόμου και αύξησης της ποιότητας ζωής.

### **2.3 Επιδημιολογία Ψυχικών Διαταραχών**

Η επιδημιολογική έρευνα είναι η επιστημονική μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης της υγείας και των ασθενειών σε έναν πληθυσμό, μέσω της εφαρμογής της στατιστικής στην ιατρική. Είναι η βάση και η λογική των παρεμβάσεων με ενδιαφέρον για τη Δημόσια Υγεία. Θεωρείται ως μεθοδολογία αιχμής στην έρευνα που είναι σχετική με τη Δημόσια Υγεία (Barker DJP., Rose G., Coggon D., 1997). Η επιδημιολογία με την ψυχοπαθολογία συνδέονται άμεσα καθώς η επιδημιολογία εξυπηρετεί στη συλλογή δεδομένων σχετικά με τα ποσοστά εμφάνισης κάποιας διαταραχής και με τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν. Συχνά οι επιδημιολογικές έρευνες εστιάζουν στις μεταβλητές που σχετίζονται με τη πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής εξετάζοντας τους παράγοντες κινδύνου. Η γνώση σχετικά με αυτούς μπορεί να μας προσανατολίσει σχετικά με τις αιτίες των διαταραχών αλλά και να αποτελέσουν τη βάση για τη δημιουργία και υλοποίηση προληπτικών παρεμβάσεων στον γενικό πληθυσμό και ειδικότερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου (Kring A.M., Davison G.C., Neale J.M., Johnson S.L., 2010).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2014a), μερικές πληθυσμιακές ομάδες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής εξαιτίας μεγαλύτερης έκθεσής τους σε αντίξοες κοινωνικές, περιβαλλοντικές και οικονομικές συνθήκες οι οποίες επηρεάζουν τον πληθυσμό. Ο πληθυσμός των ανεπτυγμένων χωρών φαίνεται να πάσχει περισσότερο από διαταραχές διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές και

διαταραχές στην πρόσληψη τροφής ενώ ο πληθυσμός των αναπτυσσόμενων χωρών φαίνεται να πάσχει περισσότερο από διαταραχές εξαρτήσεων από ουσίες (Nock et al, 2009). Παρατηρείται επίσης και διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες να προηγούνται ειδικά στις διαταραχές διάθεσης (Μάνου, 1997) και στις διαταραχές διατροφής (Keel, 2005). Ο Π.Ο.Υ. στρέφει τις δράσεις του στην ανάπτυξη και βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης με σκοπό την μείωση των ενισχυτικών παραγόντων εμφάνισης ψυχικής διαταραχής αλλά παρόλα αυτά, πάνω από 800.000 άνθρωποι αυτοκτονούν ετησίως (WHO, 2014a). Σύμφωνα με έρευνες σχετικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την απόπειρα αυτοκτονίας και την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, ο μισός πληθυσμός από αυτούς που είχαν αυτοκτονικό ιδεασμό είχε λάβει κλινική διάγνωση ψυχικής διαταραχής καθώς και τα δύο τρίτα αυτών που προέβησαν σε απόπειρα αυτοκτονίας (Nauert, 2009). Ο αριθμός αυτός είναι ανησυχητικός τόσο και από το μεγάλο μέγεθος του όσο και από το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από μία ψυχική διαταραχή δεν διαγιγνώσκονται και συνεπαγωγικά δεν λαμβάνουν θεραπεία με αποτέλεσμα η έκβαση της διαταραχής να είναι δυσμενής.

Ακόμα και στην περίπτωση που δεν υπάρχει κλινικά διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, το κοινωνικό κόστος αλλά και το προσωπικό και συναισθηματικό κόστος του ατόμου είναι μεγάλο. Η ύπαρξη και μόνο κάποιων από τα κριτήρια που ορίζουν μία ψυχική διαταραχή μπορεί να επιφέρει εκπτώσεις στην λειτουργικότητα και την εργασία του ατόμου σύμφωνα με έρευνα που έχει διενεργηθεί σχετικά με συμπτώματα κατάθλιψης, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, ειδικών φοβιών και διαταραχής πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία (Nauert, 2014). Τα άμεσα ευρήματα αφορούσαν μειωμένη εργασιακή απόδοση και πολλαπλές απουσίες αλλά υπάρχει έντονη ανάγκη διερεύνησης των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. Επαγωγικά τίθεται το ζήτημα της πρόληψης της εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών και της ψυχοεκπαίδευσης του γενικού πληθυσμού με στόχο την αύξηση της λειτουργικότητας και της προσωπικής πραγμάτωσης και ευτυχίας.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Σχιζότυπα Χαρακτηριστικά

Η προσωπικότητα συντίθεται από στοιχεία (traits) τα οποία εκφράζουν διαρκείς τρόπους αντίληψης, σχέσεις ή σκέψεις για το περιβάλλον και τον εαυτό. Επιδεικνύονται σε ένα ευρύ φάσμα σημαντικών κοινωνικών και προσωπικών καταστάσεων και είναι εμφανή σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου.

### 3.1. Διαταραχές της Προσωπικότητας

Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας, όπως κωδικοποιούνται στον Άξονα II του DSM-V-TR (APA, 2013), χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες, αφορούν όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου επιφέροντας σημαντικές εκπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, την συναισθηματική νοημοσύνη και έκφραση, την εργασία και την διασκέδαση. Το άτομο με Διαταραχή της Προσωπικότητας τείνει να αποδίδει τα προβλήματά του σε εξωτερικούς από τον ίδιο παράγοντες ενώ συνήθως δεν έχει ψυχωτικά επεισόδια. Αν επισυμβεί ψύχωση τότε είναι συνήθως της μορφής της Βραχείας Ψυχωτικής Διαταραχής, της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με Ψυχωτικά Στοιχεία ή με τη μορφή παροδικών ψυχωτικών συμπτωμάτων (Μάνου, 1997).

Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας συνοψίζονται ως εξής:

- Σχιζοειδής, Παρανοειδής, Σχιζότυπη για ασθενείς που εμφανίζονται συχνά εκκεντρικοί ή παράξενοι.
  - Αντικοινωνική, Μεταιχμιακή, Δραματική, Ναρκισσιστική για ασθενείς που εμφανίζονται συχνά δραματικοί, με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις και
  - Αποφευκτική, Εξαρτημένη, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική για ασθενείς που εμφανίζονται συχνά αγχώδεις ή φοβισμένοι
- (Μάνου, 1997, σελ.403)

Πολλά από τα στοιχεία Διαταραχών Προσωπικότητας συναντώνται σε πολλές κοινωνικές ομάδες χωρίς αυτό να σημαίνει την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Σε αρκετές περιπτώσεις μερικά στοιχεία είναι ακόμα και επιθυμητά, με παράδειγμα τους φοιτητές ιατρικής με στοιχεία καταναγκαστικά που τους βοηθούν να ανταπεξέλθουν στο απαιτητικό τους διάβασμα (Μάνου, 1997).

### 3.2. Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας

#### Κλινική εικόνα

Οι ασθενείς με σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας συχνά εμφανίζονται παράξενοι ή εκκεντρικοί. Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι μία έντονη δυσκολία και ανεπάρκεια στις διαπροσωπικές σχέσεις και διάφορες ιδιορρυθμίες, εκκεντρικότητες και παραξενιές της σκέψης, της αντίληψης, της ομιλίας, της εμφάνισης και της συμπεριφοράς που δεν είναι όμως αρκετά σοβαρές ώστε να φτιάξουν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας. Η διαταραχή αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρούσα σε μία ποικιλία καταστάσεων. Περιπτώσεις ασθενών που παλιότερα διαγιγνώσκονταν ως μεταιχμιακή, λανθάνουσα ή απλή σχιζοφρένεια, εμπίπτουν σήμερα στη Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνου, 1997).

#### Διαγνωστικά κριτήρια

Για να δοθεί κλινική διάγνωση πρέπει να πληρούνται πέντε από τα παρακάτω:

- Ιδέες αναφοράς (Ideas of reference): λαθεμένες ερμηνείες ορισμένων γεγονότων ότι έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία ειδικά για το άτομο με την διαταραχή (χωρίς όμως να φτάνουν σε παραληρητικού επιπέδου πεποίθηση).
- Παράδοξες πεποιθήσεις – μαγικός ιδεασμός (Odd beliefs – magical thinking): που επηρεάζουν την συμπεριφορά και που είναι ασυμβίβαστες με τις πολιτισμικές σταθερές (π.χ. δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντική ικανότητα και ειδικές δυνάμεις, τηλεπάθεια, ή έκκτη αίσθηση, αλλόκοτες φαντασιώσεις ή αλλόκοτες επίμονες ενασχολήσεις).
- Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες (Unusual perceptual experiences): οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις, αίσθηση της παρουσίας άλλου ατόμου σε άδειο δωμάτιο ή και σωματικές παραισθήσεις.
- Παράδοξη Ομιλία (Odd speech): ιδιοσυγκρασιακές φράσεις, ιδιοσυγκρασιακή κατασκευή λέξεων, ασάφεια λόγου, συμπαγής ή υπερβολικά αφηρημένη σκέψη.
- Παρανοϊκός ιδεασμός (Suspiciousness): πίστη σε επικίνδυνες βλέψεις και κακόβουλους σχεδιασμούς από τα άλλα άτομα.
- Περισφιγμένο συναίσθημα (Constricted affect): αδυναμία έκφρασης έντονων συναισθημάτων.

- Παράδοξη συμπεριφορά (Odd behavior): εκκεντρικότητα, αποφυγή κοιτάγματος στα μάτια, αταίριαστη ένδυση
- Διαπροσωπική ελλειμματικότητα (No close friends): άβολη αίσθηση, απροθυμία για προσέγγιση άλλων ή από άλλους ανθρώπους (εκτός από συγγενείς πρώτου βαθμού).
- Κοινωνικό άγχος (Social anxiety): που δεν ελαττώνεται με την οικειότητα και τείνει να συνδέεται περισσότερο με παρανοειδείς φόβους παρά με αρνητική εκτίμηση του εαυτού

Εκτός από τα παραπάνω, για να δοθεί διάγνωση δεν θα πρέπει να εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια της πορείας της σχιζοφρένειας, μιας διαταραχής Διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, μιας άλλης ψυχωτικής διαταραχής ή μιας βαριάς εκτεταμένης αναπτυξιακής διαταραχής (Μάνου, 1997, σελ. 413).

#### Επιπολασμός

Ο επιπολασμός της διαταραχής εκτιμάται μεταξύ 3-5% (Kaplan & Sadock, 1998). Φαίνεται ότι είναι ελαφρώς συχνότερη στους άντρες από ότι στις γυναίκες ενώ είναι σαφώς συχνότερα εμφανιζόμενη μεταξύ των πρώτου βαθμού βιολογικών συγγενών σχιζοφρενικών ασθενών από ότι στο γενικό πληθυσμό.

### **3.3.Σχιζότυπα χαρακτηριστικά και συννοσηρότητα**

Ο όρος σχιζοτυπία αφορά μία λανθάνουσα οργάνωση της προσωπικότητας. Πρόκειται για μία ευρύτερη έννοια και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αναφέρεται σε κάποια συγκεκριμένη διαταραχή της προσωπικότητας. Είναι πιθανό η σχιζοτυπία να συναντάται και σε άλλες διαταραχές όπως η παρανοειδής, η σχιζοειδής και η ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Υπάρχουν στοιχεία ότι περίπου το 30% των ατόμων με ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή έχουν υψηλά ποσοστά σχιζοτυπίας (Vollema., 1999: 21). Η κλινική διάγνωση της σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας συναντάται συνήθως σε συνδυασμό με κατάθλιψη, αυτοκτονία, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχέα ψυχωτικά επεισόδια, κατάχρηση ουσιών (Μάνου, 1997).

### Γενικός Πληθυσμός

Σχιζότυπα χαρακτηριστικά στον γενικό πληθυσμό εκδηλώνονται συχνά μαζί με άλλα στοιχεία προσωπικότητας όπως είναι η υπέρβαση εαυτού (self-transcendence), η αποφυγή βλάβης (Harm-avoidance), το άγχος και η κατάθλιψη όπως στους ασθενείς με σχιζοφρένεια (Guillem F. et al., 2002). Σε μη κλινικά δείγματα με υψηλά σχιζότυπα χαρακτηριστικά, υψηλή υπέρβαση εαυτού, αποφυγή βλάβης και χαμηλή αυτοκατεύθυνση, μοιάζουν να ενισχύουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση σχιζοτυπίας (Daneluzzo et al, 2005; Hori et al, 2012). Πράγματι, σε άλλες έρευνες, ο διαπροσωπικός παράγοντας (π.χ. αρνητική σχιζοτυπία) του ερωτηματολογίου σχιζότυπης προσωπικότητας (SPQ) είχε θετική συσχέτιση με την αποφυγή βλάβης και ο γνωστικο-αντιληπτικός παράγοντας (π.χ. θετική σχιζοτυπία) είχε θετική συσχέτιση με την υπέρβαση εαυτού (Daneluzzo et al, 2005).

Επίσης, χαρακτηριστικά που αποκτούνται από την αρχή της ζωής όπως χαμηλό βάρος του πλακούντα, χαμηλό βάρος στην γέννηση, μικρότερη περίμετρος κρανίου στους δώδεκα μήνες ζωής και περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. χαμηλή οικογενειακή κοινωνικοοικονομική θέση, γέννηση φθινόπωρο ή άνοιξη και κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης) μπορεί να παίξουν ιδιαίτερο ρόλο στην πρόβλεψη εκδήλωσης σχιζοτυπίας κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής (Lahti et al, 2009) όπως ακριβώς έχει βρεθεί και για τη σχιζοφρένεια (Hultman et al, 1997; Cannon et al, 2002).

### Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας και Σχιζοφρένεια

Καθώς τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά έχουν αποδειχθεί με γενετικές και επιδημιολογικές μελέτες ότι εμφανίζονται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και ότι αποτελούν τα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, η μελέτη των χαρακτηριστικών αυτών σε φαινομενικά υγιή άτομα έχει λάβει πολλή προσοχή τα τελευταία χρόνια. Εκτός όμως από αυτή την μελέτη για πρόληψη, τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά μπορούν να προσφέρουν γνώση αναφορικά με τους παθογενετικούς μηχανισμούς της σχιζοφρένειας αφού μοιράζονται παρόμοια βάση (Maier W., et al, 1999). Η έρευνα των ασθενών με σχιζότυπα χαρακτηριστικά προσφέρεται για δύο ακόμα λόγους. Αφενός, ο επιπολασμός των ατόμων με σχιζότυπα χαρακτηριστικά είναι πολύ μεγαλύτερος στο γενικό πληθυσμό και αφετέρου η συνεργασία είναι καλύτερη (Vollema, 1999,σελ.25).



### **3.4. Σχιζότυπα χαρακτηριστικά και Ψυχική Υγεία**

Στην προσπάθεια σύνδεσης της υγιούς προσωπικότητας με την ψυχοπαθολογία, πολλές από τις έρευνες έχουν εστιάσει σε μορφές μη φυσιολογικής συμπεριφοράς οι οποίες μπορούν εύκολα να συλληφθούν μέσα στα πλαίσια βιολογικών θεωριών όπως αυτές που έχουν προταθεί από τους Eysenck, Gray και τους ακόλουθούς τους. Εν αντιθέσει, οι ψυχωτικές διαταραχές δεν έχουν συμπεριληφθεί σε αυτές τις θεωρίες. Παρόλα αυτά, στη βιβλιογραφία που αφορά τη Σχιζοφρένεια, η έννοια του συνεχούς πάντα αποτελούσε πόλο ενδιαφέροντος και τις περισσότερες φορές κάτω από τον όρο της «σχιζοτυπίας». Ενώ οι θερμοί υποστηρικτές της άποψης πως η σχιζοτυπία αντιπροσωπεύει πάντα μία ήπια μορφή σχιζοφρένειας και άρα δεν έχει καμία πραγματική σύνδεση με την υγιή προσωπικότητα, οι πολέμοί τους υποστηρίζουν πως η σχιζοτυπία είναι μία φυσιολογική διάσταση της προσωπικότητας η οποία, όπως ακριβώς πολλά άλλα στοιχεία προσωπικότητας (π.χ. το άγχος), προδιαθέτει για μία ψυχωτική ασθένεια (Clarige, 2008).

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Σκοπός της έρευνας**

### **5.1 Σκοπός της μελέτης**

Ο σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων σχιζοτυπίας (θετική, αρνητική, αποδιοργανωμένη) και ψυχοπαθολογίας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού (μη κλινικού). Για αυτό το λόγο, θα αξιολογηθούν οι παραπάνω μεταβλητές σε τυχαίο δείγμα του πληθυσμού και θα μελετηθούν οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις τους. Μέσω των αποτελεσμάτων και της κριτικής ανάγνωσης της βιβλιογραφίας θα γίνουν προτάσεις για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, πολιτικών και στρατηγικών που οδηγούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Δευτερεύον όφελος από την πραγματοποίηση της μελέτης θα είναι η συλλογή επιπρόσθετων πληροφοριών, για την μελλοντική προσαρμογή της ψυχομετρικής αξιολόγησης των θετικών, αρνητικών και αποδιοργανωτικών σχιζότυπων χαρακτηριστικών (SPQ) στον ελληνικό πληθυσμό.

### **5.2 Ερευνητική υπόθεση**

Η κριτική ανάγνωση της βιβλιογραφίας, προτείνει αφενός ότι η σχιζοτυπία (θετική, αρνητική και αποδιοργανωμένη) και η ψυχοπαθολογία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού (μη κλινικού), και αφετέρου ότι η σχέση ποιότητας ζωής και ψυχοπαθολογίας είναι αμφίδρομη (π.χ. η αυξημένη ψυχοπαθολογία λόγω ψυχικής νόσου συνδέεται με την κακή ποιότητα ζωής και αντιστρόφως, η χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω σωματικών νόσων μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας). Συγκεκριμένα, η κακή φυσική υγεία είναι επιζήμια για την ψυχική υγεία όσο και η κακή ψυχική υγεία συμβάλλει στην κακή φυσική υγεία. Για παράδειγμα, ο υποσιτισμός στα βρέφη μπορεί να αυξήσει τους κινδύνους των γνωστικών και κινητικών ελλειμμάτων, οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατάθλιψης (Marmot M., & Wilkinson, R., 1999; Herman H. and Jané-Llopis E., 2005). Ενώ, αντιθέτως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κατάθλιψη συνδέονται με τη μειωμένη ανοσολογική δράση και με τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης όγκου και των λοιμώξεων (Kopp, M.S. et all, 2000).

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Υψηλότερα σκορ ψυχοπαθολογίας θα σχετίζονται με χειρότερα σκορ ποιότητας ζωής.
- Υψηλότερα σκορ σχιζοτυπίας (ιδίως θετικής) θα σχετίζονται με χειρότερα σκορ ποιότητας ζωής.
- Υψηλότερα σκορ ψυχοπαθολογίας θα σχετίζονται με υψηλότερα σκορ σχιζοτυπίας.
- Η σχέση ψυχοπαθολογίας και ποιότητας ζωής θα τροποποιείται απο τα επίπεδα σχιζοτυπίας του ατόμου. Η κατεύθυνση της τροποποίησης έχει ενδιαφέρον αλλά με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Μεθοδολογία

### 6.1 Πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης είναι μόνιμοι κάτοικοι 18 – 65 ετών, οι οποίοι γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στο Ηράκλειο Κρήτης. Το μέγεθος του δείγματος ορίστηκε στα 150 άτομα καθώς πρόκειται να διερευνηθούν συγκεκριμένες υποθέσεις, όπως αναφέρθηκε παραπάνω και δεν έχουμε ως βασικό σκοπό τη παρουσίαση επιδημιολογικών δεδομένων.

Κριτήρια εισαγωγής:

- Ηλικία συμμετεχόντων  $\geq 18$  και  $\leq 65$ .
- Μόνιμοι κάτοικοι Ηρακλείου
- Να έχουν γεννηθεί και να έχουν μεγαλώσει στο Ηράκλειο.
- Επαρκής ικανότητα να διαβάζουν, να γράφουν, να επικοινωνούν και να κατανοούν τα ερωτηματολόγια της έρευνας.
- Άτομα που έχουν διαβάσει το ενημερωτικό σημείωμα και έδωσαν τη συγκατάθεση τους

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Χρήστες ουσιών
- Ψυχικά ασθενείς με έγκυρη ψυχιατρική διάγνωση
- Συγγενείς Α΄ Βαθμού ατόμων που έχουν διαγνωστεί με χρόνια ψυχωσική συνδρομή.

### 6.2 Ερευνητική στρατηγική

Η στρατηγική που ακολουθήθηκε είναι η περιγραφική, που έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό τη διενέργεια της στο φυσικό περιβάλλον των υποκειμένων και περιορίζεται στην παρατήρηση και στην καταγραφή των διαφορών εκφάνσεων του φαινομένου. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία με τη μέθοδο της ευκολίας ή ευχέρειας (convenience sampling). Η μέθοδος της δειγματοληψίας στηρίζεται στην αρχή της επιστράτευσης ενός δείγματος του πληθυσμού με γνώμονα την ευκολία πρόσβασης σε αυτό καθώς και τη διαθεσιμότητα των ατόμων που αποτελούν το δείγμα (Bowling A., 2002). Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι αρκετές δειγματοληπτικές έρευνες υιοθετούν αυτή τη μέθοδο.

### 6.3 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος συλλογής δεδομένων μέσω αυτοσυμπληρούμενων ψυχομετρικών εργαλείων στο φυσικό περιβάλλον των υποκειμένων.

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής έγινε με την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας: Quality of Life- BREF (WHOQOL-BREF), ύστερα από την έγκριση της Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Π.Ο.Υ., 2003). Σε αυτό το ερωτηματολόγιο εξετάζεται η υποκειμενική άποψη του αντικειμένου για την προσωπική του ευημερία, παρέχοντας μια οπτική για την ποιότητα ζωής διαφορετική από την αντικειμενικά προσδιοριζόμενη Ποιότητα Ζωής με βάση προαποφασισμένους δείκτες (π.χ. εισόδημα). Κατά πολλούς η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με την υποκειμενική αντίληψη σε συνδυασμό με αντικειμενικούς προφασισμένους δείκτες είναι εγκυρότερη (Lehman A., 1997). Επίσης το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF παρέχει νέες γνώσεις, αξιολογώντας πόσο η παθολογία που μπορεί να επηρεάσει το άτομο παρεμποδίζει την υποκειμενική ευημερία του σε ένα ευρύ φάσμα τομέων (WHO, 1997).

Η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας έγινε με την ελληνική έκδοση του ψυχομετρικού τεστ SCL90. Πρόκειται και αυτή για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών συμπτωμάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς των ατόμων σε πολλές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας (Derogatis et al, 1977). Όπως υποδηλώνει και η ονομασία της (Symptom Checklist – 90), είναι «συμπτωματοκεντρική» και αποτελείται από 90 λήμματα τα οποία λαμβάνουν τιμές μέσω μίας κλίμακας Likert όπου λαμβάνει τιμές από «καθόλου - ποτέ» έως «εξαιρετικά – κάθε μέρα». Τα λήμματα αυτά αντιπροσωπεύουν εννέα συμπτωματολογικές διαστάσεις: σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα – καταναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός, ψυχωτισμός. Επιπλέον, υπολογίζονται τρεις δείκτες της έντασης και της έκτασης της συμπτωματολογίας:

- **Σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)** (*Global Severity Index*): δίνει πληροφορίες για τον αριθμό, δηλαδή την έκταση των συμπτωμάτων.
- **Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)** (*Positive Symptom Distress Index*): αποτελεί μέτρο της έντασης της ενόχλησης.
- **Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)** (*Positive Symptom Total*): συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά.

Η διερεύνηση της σχιζοτυπίας έγινε με την ελληνική έκδοση του ψυχομετρικού τεστ SPQ (Schizotypal Personality Questionnaire) (Raine, 1991). Το SPQ είναι μία αυτοσυμπληρούμενη «συνδρομοκεντρική» κλίμακα, η οποία αποτελείται από απαντήσεις «ναι» και «όχι» και βασίζεται στα κριτήρια του DSMIII-R για τη διάγνωση της σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας καθώς περιέχει υποκλίμακες για καθένα από τα εννέα σχιζοτυπικά χαρακτηριστικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο διαλογής στον γενικό πληθυσμό για την ταυτοποίηση των ατόμων με ευρεία σχιζοτυπικά χαρακτηριστικά και μπορεί να μετρήσει τις ατομικές διαφορές με βάση τη προσωπικότητα. Αυτές οι υποκλίμακες περιλαμβάνουν ιδέες αναφοράς, μαγική σκέψη, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες, καχυποψία / παράνοια, κοινωνικό άγχος, εκκεντρική συμπεριφορά, αποδιοργανωμένη ομιλία, λίγους στενούς φίλους, και περισφιγμένο συναίσθημα. Η παραγοντική ανάλυση των στοιχείων του SPQ παρουσιάζει τρεις βασικές κατηγορίες (Raine, 1994): τα θετικά, τα αρνητικά και τα αποδιοργανωμένα χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους από πλευράς νευροαπεικονιστικού προφίλ (Liddle, 1987).

#### **6.4 Στατιστική Ανάλυση**

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 17. Έγιναν τόσο συσχετίσεις μεταξύ ποιότητας ζωής, ψυχοπαθολογίας και σχιζοτυπίας επί όλου του δείγματος, όσο και συγκρίσεις μεταξύ ακραίων ομάδων ως προς την ποιότητα ζωής. Διερευνήθηκαν οι πιο σημαντικοί προσδιοριστές της ποιότητας ζωής μέσω αναλύσεων πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression models) που περιλάμβαναν την θετική, αρνητική και αποδιοργανωτική σχιζοτυπία, τον κάθε ένα τομέα ψυχοπαθολογίας όπως μετράται με το ερωτηματολόγιο και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

Συγκεκριμένα, η επεξεργασία των δεδομένων ξεκίνησε με την εισαγωγή των στοιχείων του ερωτηματολογίου σε σχετική βάση δεδομένων και συνεχίστηκε με τον έλεγχο ακρίβειας της ηλεκτρονικής τους καταχώρησης.

Η παρουσίαση των περιγραφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν μέσω διαγραμμάτων (κυκλικό και ιστόγραμμα) και ενός περιγραφικού πίνακα του πληθυσμού. Για τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι μέσω των τιμών (t- test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Για τη διαδικασία της μη παραμετρικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά κριτήρια Mann- Whitney και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho αντιστοίχα. Το τεστ  $\chi^2$

(Chi- Square test) του Pearson, καθώς και ο έλεγχος κανονικότητας του Kolmogorov-Smirnov.

Ο παραμετρικός έλεγχος μέσων τιμών t- test αφορά στη σύγκριση των μέσων τιμών σε ένα ποσοτικό χαρακτηριστικό, δύο ανεξάρτητων ομάδων ή δειγμάτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου ελέγχου σε αυτή τη μελέτη είναι η διερεύνηση του αν υπάρχει διαφορά στο μέσο σκορ των κλινικών μεταβλητών ως προς τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

Το κριτήριο Mann-Whitney χρησιμοποιείται για τον έλεγχο διαφοράς στη μέση τιμή, δυο ανεξάρτητων ομάδων ή δειγμάτων. Στην παρούσα ανάλυση το κριτήριο αυτό χρησιμοποιήθηκε για τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, όταν τα σκορ των κλινικών μεταβλητών δεν ακολουθούσαν τη κανονική κατανομή.

Ο έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-Square test) χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών και συγκρίνει τις συχνότητες που προκύπτουν σε κάθε κατηγορία των μεταβλητών, με τις αναμενόμενες συχνότητες. Στη περίπτωση μας έχουμε τη σχέση μεταξύ των υψηλών και χαμηλών σκορ των μεταβλητών.

Τέλος, εφαρμόσαμε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ώστε να προσδιοριστούν οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Παρουσιάζονται οι συντελεστές παλινδρόμησης (Beta) και τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης (95% Δ.Ε.). Το σύνολο των ελέγχων της συγκεκριμένης μελέτης έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

## **6.5 Ηθικά ζητήματα**

Η μελέτη αυτή είναι μέρος μίας μεγαλύτερης μελέτης που έχει ως τίτλο: "Η επίδραση των αρνητικών και θετικών σχιζότυπων χαρακτηριστικών επί ενδοφαινοτυπικών δεικτών για ψύχωση σε ομάδες υψηλού κινδύνου" και η οποία έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Δεοντολογίας Έρευνας του Τμήματος Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης (Αρ. Πρωτ: 16/01-06-2011), την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα του Ελληνικού Κράτους (Αρ. Πρωτ: ΓΝ/ΕΞ/749-1/21-12-2011) και έχει γνωστοποιηθεί στην κεντρική Επιτροπή Δεοντολογίας Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Αρ. Πρωτ.: 06/18-10-2012).

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Αποτελέσματα

### 6.1 Περιγραφή δείγματος.

Στο δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης έλαβαν μέρος 151 άτομα. Παρακάτω πραγματοποιείται η περιγραφική ανάλυση του πληθυσμού των δημογραφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου μέσω του Πίνακα 1 και κάποιων διαγραμμάτων. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι στα  $36.85 \pm 11.20$  έτη ενώ φαίνεται από το ιστόγραμμα να ακολουθεί και την κανονική κατανομή (Διάγραμμα 1).

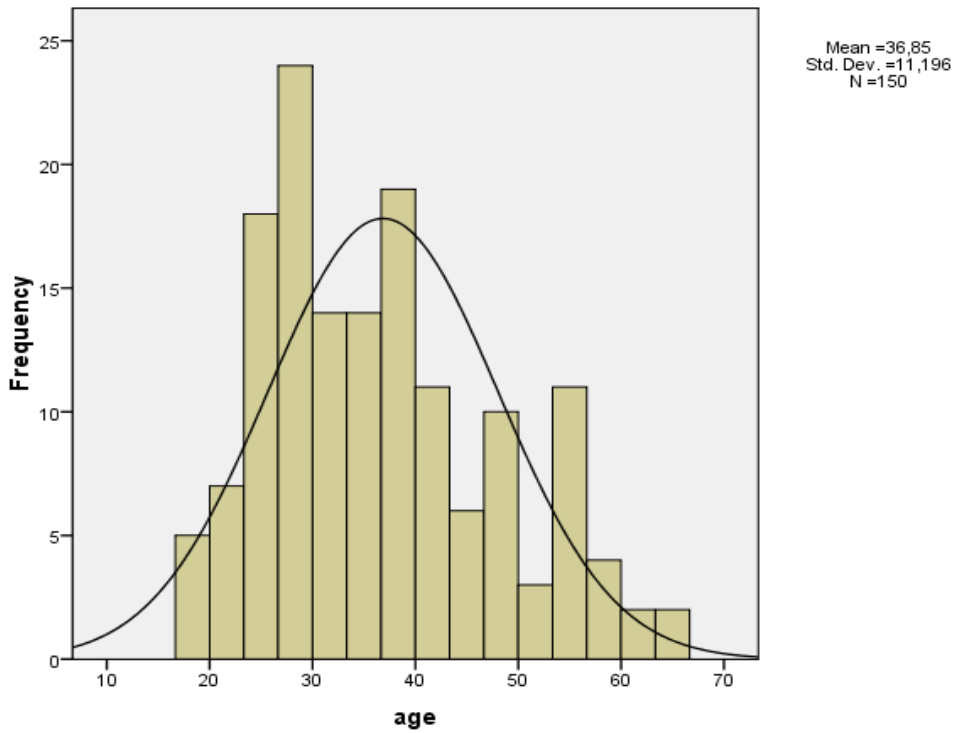
**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης

	Mean	SD
<b>Ηλικία (έτη)</b>	36.85	11.20
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	56	37.1
Γυναίκα	95	62.9
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμος	80	53.0
Άλλο	71	47.0
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>		
Ναι	80	53.0
Όχι	71	47.0
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>		
Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	14	9,3
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	70	46,4
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	67	44,4
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>		
Άνεργος	30	19,9
Δημόσιος υπάλληλος	28	18,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	60	39,7
Αυτοαπασχολούμενος/η	18	11,9
Φοιτητής/ρια	15	9,9

Συντομογραφίες: Mean= μέση τιμή, SD=τυπική απόκλιση.

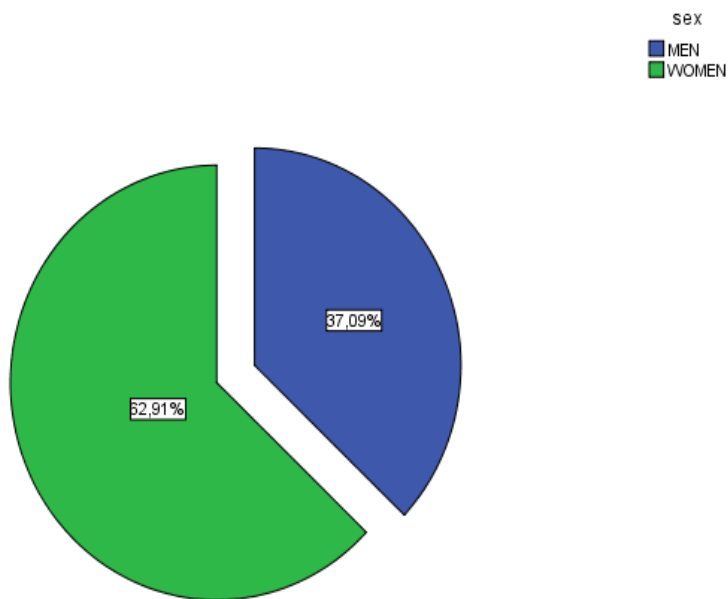


**Διάγραμμα 1. Κατανομή συχνότητας ηλικίας (έτη).**



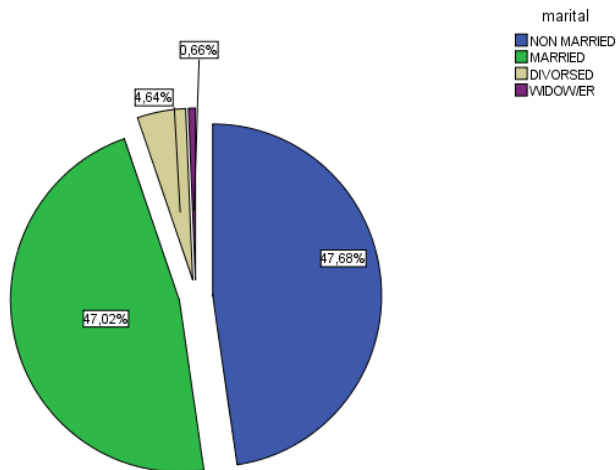
Παράλληλα, έλαβαν μέρος 56 άνδρες (37.1%) και 95 γυναίκες (62.9%) όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 2.

**Διάγραμμα 2. Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο.**



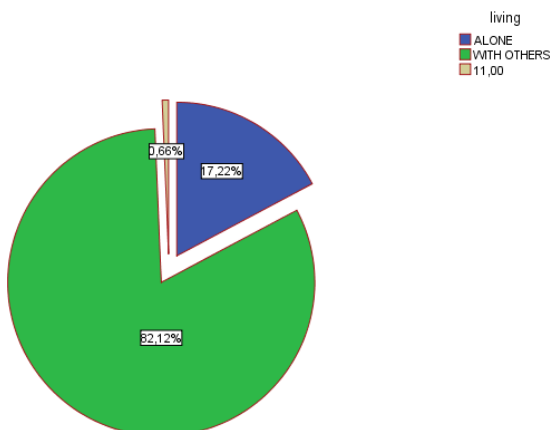
Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που είναι παντρεμένα (47.02%) σε σχέση με τα άγαμα άτομα(47.68%) δεν διαφέρει σημαντικά ενώ το υπόλοιπο ποσοστό απευθύνεται σε άτομα που έχουν χωρίσει ή είναι χήρα (Διάγραμμα 3).

**Διάγραμμα 3. Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.**



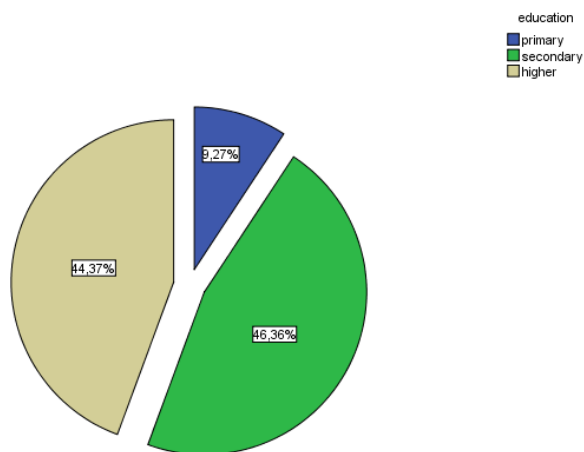
Ακολούθως, από το Διάγραμμα , φαίνεται από τις απαντήσεις ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων συμβιώνει με άλλους (82.12%) ενώ είναι πολύ μικρό το ποσοστό (17.22%) των ατόμων που μένουν μόνα τους.

**Διάγραμμα 3. Κατανομή δείγματος ως προς την συμβίωση με άλλους.**



Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού μελέτης φαίνεται να είναι αρκετά υψηλό εφόσον 70 άτομα (46.36%) έχουν ολοκληρώσει το λύκειο, ενώ 67 άτομα (44.37%) έχουν ανώτερες σπουδές (Διάγραμμα 5).

**Διάγραμμα 5. Κατανομή δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.**



## 6.2 Συσχετίσεις

Ελέγξαμε τις μεταβλητές που δείχνουν τη κανονικότητα του δείγματος σχετικά με το συνολικό σκορ των κλινικών μεταβλητών: Total Score of SPQ, Positive Symptom Distress Index of SCL (PSDI), και της ποιότητας ζωής (who.overall). Από τον έλεγχο φάνηκε ότι το δείγμα δεν έχει κανονικότητα.

**Πινάκας 1: Test of Normality**

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Ποιότητα Ζωής	,117	151	,000	,951	151	,000
Σχιζοτυπία	,104	151	,000	,952	151	,000
Ψυχοπαθολογία	,119	151	,000	,936	151	,000

Διερευνώντας τις σχέσεις των παραπάνω μεταβλητών, μέσω του μη παραμετρικού ελέγχου του Spearman, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των συνολικών τιμών της ποιότητας ζωής, της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 2: Συσχέτιση των συνολικών σκορ των μεταβλητών**

	<b>Variables</b>	<b>Sig (2-tailed)</b>
<b>1<sup>ο</sup> Ζεύγος</b>	Ποιότητα Ζωής	<b>,001</b>
	Σχιζοτυπία	
<b>2<sup>ο</sup> Ζεύγος</b>	Ποιότητα Ζωής	<b>,006</b>
	Ψυχοπαθολογία	
<b>3<sup>ο</sup> Ζεύγος</b>	Σχιζοτυπία	<b>,000</b>
	Ψυχοπαθολογία	

Έγιναν επιπλέον συσχετίσεις ανάμεσα στα συνολικά σκορ των παραπάνω μεταβλητών ανά φύλο και ανά ηλικιακή ομάδα. Σχετικά με τις συσχετίσεις ανά φύλο, όπως βλέπουμε τα αποτελέσματα στον πίνακα 3, φαίνεται ότι στη κατηγορία των αντρών (n=56), μόνο το συνολικό σκορ της ψυχοπαθολογίας συνδέεται στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της σχιζοτυπίας (p=,000). Ενώ στην κατηγορία των γυναικών (n=95) η ποιότητας ζωής σχετίζεται με τα συνολικά σκορ της ψυχοπαθολογίας (p=,018) και της σχιζοτυπίας(p=,004), καθώς και η ψυχοπαθολογία σχετίζεται σημαντικά με τα συνολικά σκορ της σχιζοτυπίας(p=,000).

**Πίνακας 3: Συσχετίσεις των συνολικών σκορ των μεταβλητών της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας ως προς την ποιότητα ζωής, ανά φύλο.**

ΦΥΛΟ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΣΚΟΡ		Ποιότητα ζωής	Σχιζοτυπία	Ψυχοπαθολογία
Άντρες	Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	1,000	-,220	-,204
		Sig. (2-tailed)		,103	,132
	Σχιζοτυπία	Correlation Coefficient	-,220	1,000	,485**
		Sig. (2-tailed)	,103		,000
	Ψυχοπαθολογία	Correlation Coefficient	-,204	,485**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,132	,000	
Γυναίκες	Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	1,000	-,290**	-,242*
		Sig. (2-tailed)		,004	,018
	Σχιζοτυπία	Correlation Coefficient	-,290**	1,000	,434**
		Sig. (2-tailed)	,004		,000
	Ψυχοπαθολογία	Correlation Coefficient	-,242*	,434**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,018	,000	

Όσο αφορά στις συσχετίσεις ανά ηλικία, χωρίσαμε το δείγμα σε τρεις ηλικιακές ομάδες: 1<sup>η</sup> 18-30, 2<sup>η</sup> 30-55, 3<sup>η</sup> 55+. Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, στην πρώτη ηλικιακή ομάδα η ποιότητα ζωής δε σχετίζεται με τη ψυχοπαθολογία ( $p=,589$ ) και τη σχιζοτυπία ( $p=,111$ ), ενώ η σχιζοτυπία με τη ψυχοπαθολογία έχουν ισχυρή σχέση ( $p=,000$ ). Αντίθετα, στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα γίνεται εμφανής η σχέση της ποιότητας ζωής με τη ψυχοπαθολογία ( $p=,008$ ) και τη σχιζοτυπία ( $p=,034$ ), καθώς και η ισχυρή σχέση της ψυχοπαθολογίας με τη σχιζοτυπία ( $p=,000$ ). Τέλος, στην τρίτη ηλικιακή ομάδα η ποιότητα ζωής δε σχετίζεται με τη σχιζοτυπία ( $p=,420$ ) ενώ έχει οριακή μη σημαντική σχέση με την ψυχοπαθολογία ( $p=,095$ ), καθώς επίσης δε σχετίζεται η ψυχοπαθολογία με

τη σχιζοτυπία ( $p=,535$ ). Βέβαια, πρέπει να αναφερθεί ότι το δείγμα των ατόμων που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα αποτελούνταν μόνο από 13 άτομα και για αυτό δε μπορούμε να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα.

**Πίνακας 4: Συσχετίσεις των συνολικών σκορ των μεταβλητών της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας ως προς την ποιότητα ζωής, ανά ηλικιακή ομάδα.**

Ηλικιακές ομάδες	Συνολικά Σκορ		Ποιότητα ζωής	Σχιζοτυπία	Ψυχοπαθολογία
18-30	Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	1,000	-,228	-,078
		Sig. (2-tailed)		,111	,589
	Σχιζοτυπία	Correlation Coefficient	-,228	1,000	,479**
		Sig. (2-tailed)	,111		,000
	Ψυχοπαθολογία	Correlation Coefficient	-,078	,479**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,589	,000	
30-54	Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	1,000	-,228*	-,282**
		Sig. (2-tailed)		,034	,008
	Σχιζοτυπία	Correlation Coefficient	-,228*	1,000	,506**
		Sig. (2-tailed)	,034		,000
	Ψυχοπαθολογία	Correlation Coefficient	-,282**	,506**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,008	,000	
≥55	Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	1,000	-,245	-,483
		Sig. (2-tailed)		,420	,095
	Σχιζοτυπία	Correlation Coefficient	-,245	1,000	,190
		Sig. (2-tailed)	,420		,535
	Ψυχοπαθολογία	Sig. (2-tailed)	-,483	,190	1,000
		Correlation Coefficient	,095	,535	

Έπειτα έγιναν συσχετίσεις ανάμεσα στο συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής και στις υποκλίμακες της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας. Οι συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν ανάμεσα στις παρακάτω μεταβλητές:

- Υποκλίμακες της ποιότητας ζωής (Physical, Psychological, Social relationships, Environment)
- Διαστάσεις της σχιζοτυπία (Cognitive\_perceptual\_3F, Interpersonal\_3, Disorganised\_3F)
- Υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας ( Somatization, obsessive.compulsive, interpersonal.sensitivity, depression, anxiety, anger.hostility, phobic.anxiety, paranoid.ideation, Psychotism, additional.scales)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις που είναι στατιστικά σημαντικές.

**Πίνακας 5: Συσχέτιση του συνολικού σκορ της ποιότητας ζωής με το συνολικό σκορ και τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας.**

Dependent Variable: who.overall	Spearman's rho	Sig (2-tailed)
Αρνητικός παράγοντας σχιζοτυπίας	-,323	,000
Αποδιοργανωτικός παράγοντας σχιζοτυπίας	-,199	,014
Σωματοποίηση (ψυχοπαθολογία)	-,258	,001
Διαπροσωπική Ευαισθησία (ψυχ.)	-,199	,014
Κατάθλιψη(ψυχ.)	-,222	,006
Άγχος(ψυχ.)	-,283	,000
Φοβικό άγχος (ψυχ.)	-,252	,002
Παρανοϊκός Ιδεασμός(ψυχ.)	-,192	,018
Ψυχωτισμός(ψυχ.)	-,193	,018
Συμπληρωματικές μετρήσεις	-,207	,011

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής έχει σχέση με τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας και παρατηρείται ότι υπάρχει μία αρνητική μέτρια συσχέτιση. Συγκριμένα από τη διερεύνηση των συσχετίσεων παρατηρούμε ότι το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής σχετίζεται με δύο από τις διαστάσεις της σχιζοτυπίας (Αρνητική, Αποδιοργανωτική). Σχετικά με την ψυχοπαθολογία, παρατηρείται ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται σχεδόν με όλες τις

υποκλίμακες αυτής, με εξαίρεση τις δύο παρακάτω: “obsessive.compulsive” και “anger.hostility”.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής και στις υποκλίμακες της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας. Από τον έλεγχο των σχέσεων φάνηκε ότι η υποκλίμακα της σωματικής υγείας της ποιότητας ζωής σχετίζεται αρνητικά με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας. Η κλίμακα της ψυχολογικής κατάστασης σχετίζεται επίσης με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας, πέραν της υποκλίμακας του θετικού παράγοντα της σχιζοτυπίας, με την οποία δε σχετίζεται οριακά ( $p=,052$ ). Τα ίδια αποτελέσματα παρουσιάζονται και για την υποκλίμακα του περιβάλλοντος, όπου η μόνη μεταβλητή που δε σχετίζεται είναι η υποκλίμακα του θετικού παράγοντα της σχιζοτυπίας ( $p=,394$ ). Τέλος, η υποκλίμακα των κοινωνικών σχέσεων σχετίζεται, επίσης, με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας, πέραν της υποκλίμακας του αποδιοργανωτικού παράγοντα της σχιζοτυπίας. Τα ακριβή αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 6: Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής με τις υποκλίμακες της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας**

		Σωματική Υγεία	Ψυχολογικός παράγοντας	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον
Θετική σχιζοτυπία	Spearman's rho	-,231	-,159	-,207*	-,070
	Sig (2-tailed)	,004	,052	,011	,394
Αρνητική Σχιζοτυπία	Spearman's rho	-,347	-,306	-,382**	-,274**
	Sig (2-tailed)	,002	,000	,000	,001
Αποδιοργανωτική Σχιζοτυπία	Spearman's rho	-,204	-,228	-,141	-,287**
	Sig (2-tailed)	,012	,005	,085	,000
Σωματοποίηση (ψυχοπαθολογία)	Spearman's rho	-,380	-,342	-,160*	-,307**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,049	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός	Spearman's rho	-,341	-,390	-,283**	-,242**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,000	,003
Διαπροσωπική Ευαισθησία (ψυχ.)	Spearman's rho	-,393	-,420	-,315**	-,261**



	Sig (2-tailed)	,000	,000	,000	,001
Κατάθλιψη(ψυχ.)	Spearman's rho	-,391	-,454	-,371**	-,307**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Άγχος(ψυχ.)	Spearman's rho	-,408	-,353	-,222**	-,214**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,006	,008
Θυμός	Spearman's rho	-,233	-,371	-,285**	-,178*
	Sig (2-tailed)	,004	,000	,000	,029
Φοβικό άγχος(ψυχ.)	Spearman's rho	-,380	-,292	-,238**	-,214**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,003	,008
Παρανοϊκός Ιδεασμός(ψυχ.)	Spearman's rho	-,369	-,304	-,346**	-,367**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Ψυχωτισμός(ψυχ.)	Spearman's rho	-,378	-,312	-,244**	-,246**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,003	,002
Συμπληρωματικές μετρήσεις	Spearman's rho	-,301	-,295	-,200*	-,404**
	Sig (2-tailed)	,000	,000	,014	,000

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι έγιναν επιπλέον συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας όπου φάνηκε ότι όλες οι υποκλίμακες της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους.

Επίσης, έγιναν συσχετίσεις μεταξύ ακραίων ομάδων ως προς την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, ορίστηκαν ακραίες ομάδες για τις κλινικές μεταβλητές της ποιότητας ζωής, της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας μέσω των εκατοστημορίων του 10<sup>ου</sup> και του 90<sup>ου</sup>, βάση της κατανομής των μεταβλητών και τις εξετάσαμε ως προς την ποιότητα ζωής (who.overall). Όμως τα εκατοστημόρια αυτά δεν παρείχαν ασφαλή συμπεράσματα λόγω του ότι το δείγμα μας ήταν μικρό και βρέθηκαν κατηγορίες με καθόλου ή ελάχιστα άτομα. Χαρακτηριστικά στην κατηγορία χαμηλή ποιότητα ζωής με χαμηλή σχιζοτυπία ο αριθμός δειγματος ήταν μηδέν και στην κατηγορία χαμηλή ποιότητα ζωής με υψηλή σχιζοτυπία ο αριθμός δειγματος ήταν δύο.

Βασιζόμενοι στα παραπάνω, ορίστηκαν εκ νέου ακραίες ομάδες για τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής, της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας μέσω των εκατοστημορίων του 20<sup>ου</sup> και του 80<sup>ου</sup>.

Από τη συσχέτιση των ακραίων ομάδων φάνηκε ότι η υψηλή ποιότητα ζωής φαίνεται να αντιπροσωπεύεται ικανοποιητικά και στις τρεις κατηγορίες εμφάνισης σχιζότυπων χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν υψηλή ποιότητα ζωής και χαμηλή σχιζοτυπία αποτελούν το 24,4% των ατόμων με υψηλή σχιζοτυπία, τα άτομα που έχουν υψηλή ποιότητας ζωής και μεσαία εμφάνιση σχιζότυπων χαρακτηριστικών αποτελούν το 43% των ατόμων με σχιζοτυπία ενώ τα άτομα που ανήκουν στη κατηγορία της υψηλής σχιζοτυπίας και της υψηλής ποιότητας ζωής αποτελούν το 32,6%, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 7: Συσχέτιση ακραίων ομάδων της ποιότητας ζωής, με τις ακραίες ομάδες της σχιζοτυπίας και της ψυχοπαθολογίας.**

		Εμφάνιση Σχιζότυπων Χαρακτηριστικών				Σύνολο
		Χαμηλή	Μεσαία	Υψηλή		
Ποιότητα ζωής	Χαμηλή	Αριθμός δείγματος	0	1	5	6
		% ατόμων Π. Ζ.	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%
		% ατόμων με Σχιζοτυπία	0,0%	1,7%	8,1%	4,0%
	Μεσαία	Αριθμός δείγματος	9	21	29	59
		% ατόμων Π. Ζ.	15,3%	35,6%	49,2%	100,0%
		% ατόμων με Σχιζοτυπία	30,0%	35,6%	46,8%	39,1%
	Υψηλή	Αριθμός δείγματος	21	37	28	86
		% ατόμων Π. Ζ.	24,4%	43,0%	32,6%	100,0%
		% ατόμων με Σχιζοτυπία	70,0%	62,7%	45,2%	57,0%
Σύνολο		Αριθμός δείγματος	30	59	62	151
		% ατόμων Π. Ζ.	19,9%	39,1%	41,1%	100,0%
		% ατόμων με Σχιζοτυπία	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Η συσχέτιση των ακραίων ομάδων της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας έδειξε παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της σχιζοτυπίας, που σημαίνει ότι στην υψηλή κατηγορία της ποιότητας ζωής ανήκουν άτομα από όλες τις κατηγορίες εμφάνισης ψυχοπαθολογίας. Βέβαια, έγινε εμφανές ότι η μεσαία κατηγορία εμφάνισης αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό υψηλής ποιότητας ζωής· 23,3%, 44,2%, 32,6%. Για τη χαμηλή ποιότητα ζωής δεν μπορούμε να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα λόγω του ότι το δείγμα αυτής της κατηγορίας στο σύνολο της είναι μόνο 6 άτομα.

Σχετικά με τη συσχέτιση των μεταβλητών της ψυχοπαθολογίας και της σχιζοτυπίας φάνηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος που έχουν υψηλή ψυχοπαθολογία εμφανίζουν και υψηλά σκορ σχιζοτυπίας (63.3%). Επίσης, φάνηκε ότι ένα αξιόλογο ποσοστό ατόμων (53.3%) που ανήκει στη χαμηλή κατηγορία εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων ανήκει στη μεσαία ομάδα εμφάνισης σχιζότυπων χαρακτηριστικών.

### 6.3 Εφαρμογή μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα εφαρμόστηκε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ανάμεσα στις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής και του συνολικού σκορ της ψυχοπαθολογίας. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι μόνο η υποκλίμακα της ψυχολογίας κατάστασης σχετίζεται σημαντικά με το συνολικό σκορ της ψυχοπαθολογίας. Όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα ανά μία μονάδα αύξησης της ποιότητας ζωής στην υποκλίμακα της ψυχολογικής κατάστασης (εύρος τιμών 9,33-19,11) η ψυχοπαθολογία μειώνεται κατά 0,07 μονάδες όταν το εύρος των τιμών της είναι από 1,00 έως 2,65.

**Πίνακας 9: Ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη του συνολικού σκορ της ψυχοπαθολογίας από της υποκλίμακες της ποιότητας ζωής**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	B	Lower	Upper	Sig (2-tailed)
Σωματική υγεία	-,024	-,061	,014	,223
Ψυχολογική κατάσταση	-,068	-,101	-,035	,000
Κοινωνικές σχέσεις	-,023	-,053	,006	,120
Περιβάλλον	-,003	-,038	,031	,848

Dependent variable: Positive Symptom Distress Index

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της ποιότητας ζωής από τους δημογραφικούς παράγοντες, την σχιζοτυπία και τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας. Οι μεταβλητές πρόβλεψης παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι τέσσερις (από τις δεκαεννέα) ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι η ηλικία, ο αρνητικός παράγοντας της σχιζοτυπίας καθώς και το άγχος έχουν στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση με την ποιότητα ζωής. Ενώ ο θετικός παράγοντας της σχιζοτυπίας σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής. Τέλος, φάνηκε μία οριακά στατιστική μη σημαντικότητα με την διαπροσωπική ευαισθησία, όπου η σχέση είναι θετική.

**Πίνακας 10 : Ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη του σκορ της ποιότητας ζωής από τους δημογραφικούς παράγοντες, την σχιζοτυπία και τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας.**

Μεταβλητές Πρόβλεψης	B	95% Wald Confidence Interval		Sig.
		Lower	Upper	
(Intercept)	19,422	14,969	23,875	,000
Φύλο: Άνδρας	-,312	-1,019	,395	,387
Φύλο Γυναίκα	0 <sup>a</sup>			
Εκπαίδευση: Πρωτοβάθμια	,388	-1,094	1,871	,608
Εκπαίδευση: Δευτεροβάθμια	-,173	-,890	,544	,636
[Εκπαίδευση: Ανώτατη	0 <sup>a</sup>			
Χωρίς παιδιά	-,033	-1,281	1,215	,959
Με παιδιά	0 <sup>a</sup>			
Άγαμος	,526	-,687	1,739	,395
Έγγαμος	0 <sup>a</sup>			
Διαμονή εντός πόλης	-,347	-1,339	,644	,492
Διαμονή στα προάστια	,152	-,989	1,292	,795
Διαμονή εκτός πόλης	0 <sup>a</sup>			
Ηλικία	-,054	-,100	-,007	<b>,024</b>
Θετικός Παράγοντας	,098	,012	,184	<b>,025</b>
Αρνητικός Παράγοντας	-,101	-,192	-,010	<b>,029</b>
Αποδιοργανωτικός παράγοντας	-,085	-,220	,050	,219
Σωματοποίηση	-,124	-1,029	,780	,788

(ψυχοπαθολογία)				
Διαπροσωπική Ευαισθησία (ψυχ.)	,637	-,372	1,647	,216
Κατάθλιψη(ψυχ.)	1,212	-,110	2,533	<b>,072</b>
Άγχος(ψυχ.)	-,478	-1,609	,653	,407
Φοβικό άγχος (ψυχ.)	-1,495	-2,831	-,158	<b>,028</b>
Παρανοϊκός Ιδεασμός(ψυχ.)	-,210	-,965	,545	,586
Ψυχωτισμός(ψυχ.)	-,627	-2,143	,888	,417
Συμπληρωματικές μετρήσεις	-,331	-1,196	,534	,453

Dependent variable: Συνολικό σκορ ποιότητας ζωής

Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας είναι ίσος με 0,575 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> είναι ίσος με 0,221. Δηλαδή, 22,1% της διασποράς του σκορ της ποιότητας ζωής μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Έπειτα, εφαρμόσαμε μοντέλο απλής γραμμικής παλινδρόμησης για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της ποιότητας ζωής, από τη σχιζοτυπία και τη ψυχοπαθολογία. Ως μεταβλητές πρόβλεψης χρησιμοποιήθηκαν τα συνολικά σκορ των προαναφερθεισών μεταβλητών. Από τους συντελεστές παλινδρόμησης φάνηκε ότι όταν το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής ανεβαίνει κατά μία μονάδα τότε τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά μειώνονται κατά 0,1 μονάδες ενώ το συνολικό σκορ της ψυχοπαθολογίας δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά. Επίσης, σε επιπλέον ελέγχους παρατηρήθηκε ότι όταν ανεβαίνει το σκορ της ψυχοπαθολογίας κατά μία μονάδα τότε ανεβαίνει και το σκορ των σχιζότυπων χαρακτηριστικών κατά 0,03 μονάδες. Τα αποτελέσματα αυτά και για τις δύο σχέσεις, έχουν ισχυρή στατιστική σημαντικότητα ( $p=002$ ), αλλά είναι άνευ κλινικής σημασίας.

	B	Lower	Upper	Sig (2-tailed)
Συνολικό σκορ ψυχοπαθολογίας	-,773	-1,813	,267	,145
Συνολικό σκορ σχιζοτυπίας	-,046	-,084	-,009	,015

Dependent variable: Συνολικό σκορ ποιότητας ζωής

Τέλος, εφαρμόσαμε μοντέλο απλής γραμμικής παλινδρόμησης για να διερευνήσουμε εάν τροποποιείται η σχέση της ποιότητας ζωής με την ψυχοπαθολογία, από την εμφάνιση των σχιζότυπων χαρακτηριστικών. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η εμφάνιση των σχιζότυπων χαρακτηριστικών η ποιότητα ζωής μειώνεται ( $p.value$  ,017) και η ψυχοπαθολογία αυξάνεται ( $p.value$  ,000). Αυτό μας δείχνει ότι η σχέση αυτή δε τροποποιείται αλλά παραμένει μια αρνητική συσχέτιση των δύο αυτών μεταβλητών.

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> : Συζήτηση

Αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε με απώτερο σκοπό να διερευνήσει τη σχέση της ποιότητας ζωής με τη ψυχοπαθολογία και τη σχιζοτυπία, ώστε μέσω των αποτελεσμάτων και της κριτικής ανάγνωσης της βιβλιογραφίας να γίνουν προτάσεις για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, πολιτικών και στρατηγικών που θα οδηγήσουν στην βελτίωσης της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι έως τώρα, μέσω ερευνών, έχει παρατηρηθεί μια αδύναμη ή μέτρια συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ψυχικής υγείας, όπως η ψυχοπαθολογία, και της υποκειμενικής ποιότητας ζωής σε διάφορες μελέτες (Corrigan & Buican, 1995; Lehman, 1996; Oliver et al, 1996; Kaiser et al, 1997). Με βάση όμως, τα συνολικά αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας αλλά και με κάποιες κατηγορίες σχιζότυπων χαρακτηριστικών. Βέβαια, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν αυτή την άποψη, καθώς έχουν διερευνήσει τη σχέση της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας και καταλήγουν στο ότι τα συνολικά σκορ της ποιότητας ζωής σχετίζονται αρνητικά με την παρουσία και τη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας ατόμου (Οικονόμου Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου Γ., 2001).

Η σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτηση της με τη σωματική και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο αποκτά αυξανόμενη αναγνώριση, τόσο από τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής, όσο και από το ευρύ κοινό (WHO, 2003).

Πολλαπλοί κοινωνικοί, ψυχολογικοί, και βιολογικοί παράγοντες καθορίζουν το επίπεδο ψυχικής υγείας ενός ατόμου σε κάθε χρονική στιγμή. Η φτωχή ψυχική υγεία συνδέεται με την ταχεία κοινωνική αλλαγή, τις αγχογόνες συνθήκες εργασίας, τη φτώχεια, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, τις διακρίσεις λόγω φύλου, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τον μη υγιή τρόπο ζωής, τον κίνδυνο βίας, τη φυσική υγεία και τη παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Υπάρχουν επίσης, συγκεκριμένοι ψυχολογικοί παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας που συμβάλλουν στο να είναι ένα άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Τέλος, υπάρχουν ορισμένες βιολογικές αιτίες των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένων των γενετικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανισορροπία των χημικών ουσιών στον εγκέφαλο (WHO, 2014b).

Λόγω του εύρους των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ψυχική υγεία, όπως παρατηρήσαμε και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης (συσχετίσεις ποιότητας ζωής και ψυχοπαθολογίας), η προώθηση της ψυχικής υγείας είναι ευθύνη των ατόμων που εργάζονται σε διάφορους τομείς, καθώς και των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής (Friedly L., 2002). Οι εθνικές πολιτικές για την ψυχική υγεία δεν θα πρέπει, λοιπόν, να επικεντρώνονται αποκλειστικά στις ψυχικές διαταραχές, αλλά θα πρέπει να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τους ευρύτερους τομείς μέσω των οποίων είναι ικανό να προάγουν την ψυχική υγεία. Αυτές οι πολιτικές περιλαμβάνουν την ενσωμάτωση της προαγωγής της ψυχικής υγείας στις πολιτικές και τα προγράμματα σε κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς τομείς, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Εκτός από τον τομέα της υγείας, είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν δράσεις στην εκπαίδευση, στην εργασία, στη δικαιοσύνη, στις μεταφορές, στο περιβάλλον, στη στέγαση, καθώς και στους τομείς κοινωνικής πρόνοιας, κάτι το οποίο θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στις προτάσεις για πρακτική εφαρμογή. (WHO, 2014b).

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, έγινε εμφανές ότι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής αποτελεί ένα μέσο για τη συστηματική αναγνώριση του πλήρους φάσματος της υγείας και της απαιτούμενης κοινωνικής φροντίδας των αναγκών του ατόμου. Σε συνδυασμό με τη διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας επίσης, φάνηκε ότι θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε τη γενικότερη κατάσταση υγείας και ευεξίας του ατόμου, όπου με βάση το θεωρητικό πλαίσιο η αξιολόγηση αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει την βάση για την υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας βασισμένες στις εκφρασμένες ανάγκες του ατόμου (Οικονόμου Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου Γ., 2001).

Εν συνεχεία, η σχέση της ψυχοπαθολογίας και τις σχιζοτυπίας με την ποιότητα ζωής φαίνεται ότι τροποποιείται ανάλογα το φύλο και την ηλικία του ατόμου, καταδεικνύοντας τη σχέση αυτή ισχυρότερη για τις γυναίκες και τα άτομα 30-55 ετών. Η ηλικία, φαίνεται ότι επηρεάζει την σχέση της ποιότητας ζωής με τη ψυχοπαθολογία και συγκεκριμένα από τους επιπλέον ελέγχους φάνηκε ότι αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα, ανά ηλικιακή ομάδα, έχουν διαφορετικές ανάγκες και ίσως διαφορετική αντίληψη της ποιότητας ζωής. Για το λόγο αυτό χρειάζεται προσεκτική διερεύνηση των αναγκών των ατόμων της κοινότητας που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, καθώς ο σχεδιασμός παρεμβάσεων και στρατηγικών θα πρέπει να βασίζεται στις εκφρασμένες ανάγκες αυτών.

Ειδικότερα, για τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, μετά από διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αναγκών και ποιότητας ζωής έχει φανεί ότι η κάλυψη των αναγκών επιδρά άμεσα στην ποιότητα ζωής τους (Slade & συν., 1999). Ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας την οποία έχει το άτομο και στην ικανοποίηση που βιώνει σχετικά με την ζωή του. Άλλωστε, η εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασικός γνώμονας σχεδιασμού και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας γενικότερα, καθώς και των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ», 2005).

Όπως περιμέναμε και είδαμε παραπάνω η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από τη ψυχοπαθολογία και τη σχιζοτυπία. Συμπληρωματικά, από τη παρούσα μελέτη, φάνηκε επίσης, ότι η υποκλίμακα της σωματικής υγείας της ποιότητας ζωής επηρεάζει την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας, κάτι το οποίο επιβεβαιώνει τη θεωρία σχετικά με την αμφίδρομη σχέση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας.

**Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το εύρημα** σχετικά με τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά που φαίνεται ότι στην κατηγορία των ατόμων που εκφράζουν τέτοιου είδους συμπτώματα, ανήκουν και άτομα που έχουν υψηλή ποιότητα ζωής. Συμπληρωματικά σε αυτό λειτουργεί το εύρημα ότι ένα αξιόλογο ποσοστό ατόμων (53.3%) που ανήκει στη χαμηλή κατηγορία εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων ανήκει ταυτόχρονα και στη μεσαία κατηγορία εμφάνισης σχιζότυπων χαρακτηριστικών.

Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι μπορεί να εμφανίζονται σχιζότυπα χαρακτηριστικά σε ένα άτομο χωρίς όμως να μη χαρακτηρίζεται ως παθολογική κατάσταση αλλά αυτά να αποτελούν στοιχεία της προσωπικότητας του, που δεν επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής του. Όπως είδαμε στα κεφάλαια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά συνήθως ερμηνεύονται ως η “ευαλωτότητα” για την εκδήλωση σχιζοφρένειας ή ως γενική “προδιάθεση” για την εκδήλωση διαταραχών στο φάσμα της ψύχωσης. Σε επίπεδο συμπεριφοράς, όμως, εκφράζεται υπό τη μορφή γνωρισμάτων της προσωπικότητας, τα οποία κυμαίνονται από φυσιολογικές εκδηλώσεις (Kueger et al., 2011) σε πιο ακραίες εκδηλώσεις που σχετίζονται άμεσα με τις διαταραχές στο φάσμα της σχιζοφρένειας. Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες όπου έχει φανεί ότι συγκεκριμένα σχιζότυπα χαρακτηριστικά μπορούν να έχουν θετική επιρροή στο άτομο. Για παράδειγμα έχει αποδειχθεί ότι οι «ασυνήθιστες εμπειρίες» και η «γνωστική αποδιοργάνωση» σχετίζονται με τη δημιουργικότητα και τις υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις (Nettle, 2006). Συμπληρωματικά σε αυτό, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η θετική



διάσταση της σχιζοτυπίας, έχει θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής, αν και είναι άνευ κλινικής σημασίας λόγω της μικρής τροποποίησης του σκορ. Σημαντικό να αναφερθεί είναι, πως η μελέτη αυτή έδειξε ότι τα υψηλά σκορ σχιζοτυπίας σχετίζονται με τα υψηλά σκορ ψυχοπαθολογίας.

Επίσης, το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί και με διαφορετικό τρόπο, δηλαδή κάποια άτομα τα οποία πάσχουν από μία ψυχική ασθένεια (π.χ. υψηλή σχιζοτυπία), μπορεί να έχουν καλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Η σημασία της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο σε όλους τους τομείς της ιατρικής και των επιστημών υγείας. Πολλοί ασθενείς που πάσχουν απαιτούν μακροπρόθεσμη διαχείριση της κατάστασης τους, κάτι το οποίο σημαίνει ότι η ποιότητα ζωής γίνεται ακόμα πιο σημαντική παράμετρος (Lehman, 2005).

Η ανεπαρκής ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, όπως έχει δείξει παλαιότερη έρευνα, αλλά και η ελλιπής εκπαίδευση των λειτουργών της σε θέματα ψυχικής υγείας, έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη συχνότητα αναγνώρισης και διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγείας (Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ», 2005).

Η αναγκαιότητα για ειδικό σχεδιασμό για τις ψυχικές παθήσεις, υποστηρίζεται και από πρόσφατα ευρήματα έρευνας, σύμφωνα με τα οποία από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα καταγράφεται προοδευτική αύξηση της κατάθλιψης, η οποία παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις, καθώς η αύξηση που καταγράφεται μεταξύ 2011-2013 προσεγγίζει το 50% (ΕΠΨΥ, 2013).

Αναφορικά, έχει φανεί η μεγάλη ανάγκη για θεραπεία και φροντίδα του γενικού πληθυσμού με ψυχικές διαταραχές στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μία μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μία αναπτυσσόμενη χώρα. Από την έρευνά προέκυψε ότι αν και απαιτεί μεγάλα χρηματικά ποσά και πως είναι δύσκολο να συνεργαστούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως ηλικιωμένοι και ενήλικες με εξαρτητικές διαταραχές, η προσθήκη ενός και μόνο επαγγελματία ψυχικής υγείας σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να επιφέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα. Στην έρευνά αυτή, επαγγελματίες ψυχικής υγείας τοποθετήθηκαν σε μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας και εκπαίδευσαν το υπάρχων ιατρικό προσωπικό. Τους προμήθευσαν με ερωτηματολόγια λήψης ιστορικού ψυχικής υγείας και τους ψυχοεκπαίδευσαν σε μοντέλα παρέμβασης. Επικεντρώθηκαν στην εκπαίδευση του προσωπικού για θεμελίωση σχέσης εμπιστοσύνης και ειλικρινείας με τους ασθενείς και

τόνισαν την σημασία επιμονής και υπομονής σε βάθος χρόνου. Τα εμφανή σημάδια βελτίωσης των ασθενών που αποκόμισαν δείχνουν πως η ένταξη της φροντίδας της ψυχικής υγείας σε μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας αποτελεί σημαντική παράμετρο βελτίωσης της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού (Pereira et al,2011).

Βέβαια, η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής δεν τείνει να χρησιμοποιείται στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, όμως επιτρέπει να σταθμίσουμε τις διαστάσεις που συμβάλλουν στον σχεδιασμό υπηρεσιών και πολιτικών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, προσδιορίζοντας με μεγάλη ακρίβεια τις αντιλήψεις 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, τις ανάγκες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του (ΠΟΥ, 2003. Skevington, 2002). Μελέτες προτείνουν, επίσης την διερεύνηση της ποιότητας ζωής ως ένα εργαλείο αξιολόγησης παρεμβάσεων (Vaario S. S. et all, 2008).

Επίσης, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η υποκλίμακα των κοινωνικών σχέσεων της ποιότητας ζωής δε σχετίζεται με τον αποδιοργανωτικό παράγοντα της σχιζοτυπίας, ο οποίος συνίσταται από τον περίεργο τρόπο συμπεριφοράς και ομιλίας. Αυτό το αποτέλεσμα είναι μία ένδειξη σχετικά με το ότι η εμφάνιση των σχιζότυπων χαρακτηριστικών δεν εμποδίζει το άτομο να έχει ένα καλό επίπεδο ποιότητας ζωής εφόσον η παρουσίαση των συμπτωμάτων δεν αποτελεί μια παθολογική κατάσταση αλλά σχιζότυπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους (LIVESLEY W. J., JANG K. L., 2005)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα συναφή αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, γίνεται πιο ισχυρή η άποψη ότι είναι απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση και η προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω κατάλληλων δράσεων και συγκεκριμένης στρατηγικής που ως στόχο πρέπει να έχει την πρόληψη, την πρόωπη παρέμβαση, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την επανένταξη, καθώς και την διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής για τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια.

Τα τελευταία χρόνια, σίγουρα, έχει γίνει εμφανής η προώθηση δράσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ειδικά για τα άτομα που αντιμετωπίζουν θέματα με την ψυχική τους υγεία. Παρόλα αυτά, οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ακόμα ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας, δείχνουν πως το 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρει από ψυχικές διαταραχές, από τις ελαφρότερες, έως τις βαρύτερες που συχνά προκαλούν αναπηρία δια βίου. Δύο πρόσφατες μελέτες (Wittchen H.U et al

2010, Gustavsson A. et al 2011), συνδύασαν τα επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης (27 χώρες της ΕΕ, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία) για τις ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές, ή διαφορετικά τις «νόσους του εγκεφάλου», προκειμένου να προσδιορίσει τον επιπολασμό των διαταραχών αυτών, την κοινωνική επιβάρυνση που προκαλούν, όπως και το ετήσιο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η φροντίδα τους (Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ», 2005).

Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης που αναφέρθηκε παραπάνω, υπολογίζεται ότι το ένα τέταρτο περίπου του πληθυσμού θα εμφανίσει κάθε έτος κάποια ψυχική διαταραχή. Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού πάσχει από τις λεγόμενες «συνηθισμένες» ψυχικές διαταραχές, οι οποίες έχουν ως βασικά συμπτώματα το άγχος, τη διαταραχή του συναισθήματος και τα σωματικά ενοχλήματα. Οι διαταραχές αυτές είναι μεν λιγότερο σοβαρές από τις προηγούμενες και θεραπεύσιμες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αλλά δεν παύουν να προκαλούν σημαντική πτώση του επιπέδου λειτουργικότητας των πασχόντων.

Εξάλλου, έχει φανεί ότι η υποκειμενική θεώρηση της ποιότητας ζωής είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας προσαρμογής, κατά την οποία το άτομο οφείλει συνεχώς να συμβιβάζει τις δικές του επιθυμίες και τους δικούς του στόχους αφενός με τις περιβαλλοντικές συνθήκες και αφετέρου με την ικανότητα του να ανταπεξέρχεται στις κοινωνικές απαιτήσεις που συνδέονται με την εκπλήρωση των ανωτέρων στόχων (Οικονόμου Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου Γ. 2001).

Σχετικά με την ψυχοπαθολογία, φάνηκε ότι όλες οι υποκλίμακες της (π.χ σωματοποίηση, άγχος, κατάθλιψη), σχετίζονται σημαντικά και ξεχωριστά η καθεμία με όλες τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, φάνηκε ότι στην υψηλή κατηγορία της ποιότητας ζωής ανήκουν άτομα από όλες τις κατηγορίες εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, αν και φάνηκε ότι τα υψηλά σκορ ποιότητας ζωής δε σχετίζονται με τα υψηλά σκορ της ψυχοπαθολογίας.

Επίσης, ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας στην ποιότητα ζωής φάνηκε να είναι το άγχος και ο αρνητικός παράγοντας της σχιζοτυπίας, ο οποίος αποτελείται από τα παρακάτω χαρακτηριστικά: κοινωνικό άγχος, περισφιγμένο συναίσθημα, καχυποψία και έλλειμμα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Άλλωστε γνωστό είναι ότι οι νέες συνθήκες και η οικονομική κρίση πυροδότησαν την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Είναι γνωστό ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας σχετίζονται με βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Οι οικονομικές κρίσεις είναι, ως εκ τούτου περίοδοι υψηλού κινδύνου για την

ψυχική ευεξία του πληθυσμού, των ομάδων υψηλού κινδύνου και των οικογενειών τους (WHO, 2007).

Η προσαρμοστικότητα και η προσβασιμότητα του συστήματος υγείας πρέπει να αξιολογηθεί εκ νέου ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στα νέα δεδομένα και στις νέες ανάγκες που προκύπτουν. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία των πολιτών εξαρτάται από την ικανότητα ανάπτυξης μηχανισμών προστασίας της κοινωνίας, οι οποίοι να βασίζονται στις εκφρασμένες ανάγκες των ατόμων με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Kontaxakis V. P., Havaki-Kontaxaki B. J., 2012).

Φυσικά, τα οικονομικά κόστη για την αντιμετώπιση και την θεραπεία της εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων είναι μεγάλα. Συγκεκριμένα στη μελέτη των Gustavsson και συνεργατών (2011), όσο αφορά στο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες, το συνολικό ετήσιο κόστος των «νόσων του εγκεφάλου» στις χώρες αυτές υπολογίσθηκε σε 798 δις. €. Από αυτό το ποσό, το 37% αφορά σε άμεσο υγειονομικό κόστος, το 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας. Στον Πίνακα 7 φαίνεται το κόστος των κυριότερων ψυχικών διαταραχών στην ίδια μελέτη.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Ετήσιο Οικονομικό Κόστος των Ψυχικών Διαταραχών σε 30 Ευρωπαϊκές Χώρες	
Διαταραχή	Δις. €
Διαταραχές του συναισθήματος*	113,4
Άνοιες	105,2
Ψυχώσεις	93,9
Διαταραχές άγχους	74,4
Εξαρτήσεις από ουσίες	65,7
Νοητική στέρηση	43,3
Διαταραχές προσωπικότητας	27,3
Σωματόμορφες διαταραχές	21,2

\* Περιλαμβάνει τις διάφορες μορφές της κατάθλιψης και τη διπολική διαταραχή

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι με βάση τα αποτελέσματα αλλά και τη κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η ψυχοπαθολογία δεν φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής, όμως η υποκλίμακα της ψυχολογικής κατάστασης της ποιότητας ζωής σχετίζεται σημαντικά με το συνολικό σκορ της ψυχοπαθολογίας. Κάτι το οποίο δείχνει ότι εάν χρησιμοποιηθεί η διερεύνηση της ποιότητας ζωής σαν εργαλείο στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, θα μπορούσε να παρέχει ενδείξεις για το πλήρες φάσμα της υγείας.

Συνοψίζοντας, άξιο αναφοράς είναι ότι από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αλλά και η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνουν ότι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας, ειδικά στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και στο σχεδιασμό πολιτικών, μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να έχει. Επίσης, έγιναν εμφανείς οι θετικές επιπτώσεις από τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης, προαγωγής της υγείας-ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Είναι πολύ σημαντικό, όμως, σε περίπτωση που χρησιμοποιηθούν τέτοιου είδους εργαλεία να ακολουθηθούν συγκεκριμένα βήματα στο πλαίσιο μίας γενικευμένης στρατηγικής για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προώθηση της ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα η διερεύνηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων της εκάστοτε υπηρεσίας υγείας. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έχουν εφαρμογή στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να παρέχεται η φροντίδα υγείας και στο πώς κατανοούμε τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Για αυτό το λόγο, στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν βασικές αρχές για την υλοποίηση παρεμβάσεων και θα γίνει και αναφορά στις ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν ώστε να είναι δυνατή η υλοποίηση ανάλογων παρεμβάσεων, πολιτικών και εθνικών στρατηγικών.

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Περιορισμοί - Δυσκολίες**

Στο πλαίσιο της υλοποίησης της μελέτης αυτής παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες οι οποίες αφορούσαν κυρίως τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν. Τα εργαλεία αυτά ήταν αυτοσυμπληρούμενες φόρμες, οι οποίες ενέχουν σφάλματα. Συγκεκριμένα, η ποιότητας ζωής μπορεί να εξετασθεί είτε βασιζόμενη στην υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο είτε στην αντικειμενική εκτίμηση η οποία βασίζεται σε συγκεκριμένους αντικειμενικούς δείκτες (π.χ. συνθήκες διαβίωσης, εργασία κ.α.).

Η προσεκτική όμως παρατήρηση φανερώνει ότι η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, που αποδίδουν μάλιστα κάθε φορά και άλλη

σημασία, ανάλογα με το εκάστοτε αντικείμενο του ενδιαφέροντος τους. Έτσι, στο πλαίσιο των κλινικών παρεμβάσεων δεν υπάρχει συνήθως τίποτα το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής με την πλατιά της έννοια, αλλά ενδιαφέρει περισσότερο η αξιολόγηση εκείνων των πλευρών που επηρεάζονται από την εκάστοτε ασθένεια ή τη θεραπεία αυτής (Οικονόμου Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου Γ. 2001).

Με βάση τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι η υποκειμενική αξιολόγηση δεν είναι εύκολο να γενικευθεί στο γενικό πληθυσμό καθώς ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες που έχουν ικανοποιηθεί και που το άτομο θεωρεί ότι συντελούν στην ποιότητα ζωής του. Γενικότερα όμως, τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια μπορεί να περιέχουν σφάλμα απόκρισης.

Επίσης, στα κριτήρια εισαγωγής του δείγματος στη μελέτη είχαμε θέσει ως όρο να μην πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και να μην κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Με τον συγκεκριμένο τρόπο δειγματοληψίας, δεν θα μπορούσαμε να ελέγξουμε την ακρίβεια των λεγομένων ακόμα και αν τα άτομα είχαν διαβάσει τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους. Είναι ένα πολύ ευαίσθητο θέμα ώστε να μπορέσει ο αποκρινόμενος να το γνωστοποιήσει. Για το λόγο αυτό στην προηγούμενη ενότητα, αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα με δύο τρόπους: πιστεύοντας ότι στο δείγμα δεν ανήκουν άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια και πιστεύοντας ότι στο δείγμα συμπεριλαμβάνονται άτομα τα οποία πάσχουν.

Σχετικά με τη μέθοδο δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε, περιορίζεται η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων στο σύνολο του γενικού πληθυσμού. Βέβαια, αυτό είναι κάτι το οποίο είχαμε ορίσει από τον σχεδιασμό της μελέτης αυτής. Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο ήταν εμφανές ότι η μέθοδος αυτή ενέχει περιορισμούς, καθώς τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα στον γενικό πληθυσμό, διότι το δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, μπορεί όμως να προσφέρει ενδεικτικά στοιχεία. Αυτό το είδος της δειγματοληψίας, όμως, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για πιλοτική δοκιμή ή όταν ερευνώνται συγκεκριμένες υποθέσεις, όπως στην παρούσα διπλωματική και στα πλεονεκτήματα του συγκαταλέγεται η ταχύτητα με την οποία τα δεδομένα μπορούν να συγκεντρωθούν. Βέβαια, μπορεί η μελέτη αυτή να περιέχει σφάλμα επιλογής (selection bias). Στη δειγματοληψία ευκολίας το δείγμα αποτελείται από τις μονάδες του πληθυσμού που είναι διαθέσιμες εκείνη τη χρονική στιγμή. Η κυριότερη πηγή μεροληψίας (σφάλματος) είναι ο τρόπος επιλογής των συμμετεχόντων καθώς το δείγμα αποτελείται από όσα μέλη του πληθυσμού είναι εύκολο να εντοπιστούν ή/και έχουν θετική στάση προς την έρευνα, κάτι το οποίο φάνηκε χρήσιμο λόγω της ευαίσθητης φύσης της έρευνας.

Βέβαια, είναι η περισσότερο συνηθισμένη πρακτική δειγματοληψίας χωρίς ωστόσο να διασφαλίζεται η αντιπροσωπευτικότητα στον πληθυσμό από τον οποίο προέρχεται το δείγμα (Bryman A, 2012).

Γενικότερα όμως το δειγματοληπτικό σφάλμα, προκύπτει στη περίπτωση που δεν ερευνάται ολόκληρος ο πληθυσμός, αλλά ένα δείγμα αυτού. Οφείλεται δε στις τυχαίες κυμάνσεις της δειγματοληψίας, δηλαδή στο γεγονός ότι το δείγμα, δεν είναι δυνατόν να είναι απολύτως αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται και επομένως οι μετρήσεις που προκύπτουν από το δείγμα θα αποκλίνουν από τις αντίστοιχες πραγματικές του πληθυσμού (Χαρίσης Κ., Κιοχός Π, 1997).

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως λόγω του μεγάλου απαιτούμενου χρόνου για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αντιμετωπίσαμε δυσκολίες για την ανεύρεση του δείγματος. Σε αυτό βοήθησε αρκετά ο τρόπος δειγματοληψίας της μελέτης.

Τέλος, τα ερωτηματολόγια αυτά δε μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε αναλφάβητους και άτομα που έχουν μειωμένη αντίληψη.

## Κεφάλαιο 9ο: Συμπεράσματα

### 8.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ότι τα περισσότερα ερευνητικά ερωτήματα, επαληθεύονται, κάτι το οποίο αναλύεται παρακάτω. Αναφορικά παρουσιάζονται ξανά τα ερευνητικά ερωτήματα:

- Υψηλότερα σκορ ψυχοπαθολογίας θα σχετίζονται με χειρότερα σκορ ποιότητας ζωής.
- Υψηλότερα σκορ σχιζοτυπίας (ιδίως θετικής) θα σχετίζονται με χειρότερα σκορ ποιότητας ζωής.
- Υψηλότερα σκορ ψυχοπαθολογίας θα σχετίζονται με υψηλότερα σκορ σχιζοτυπίας.
- Η σχέση ψυχοπαθολογίας και ποιότητας ζωής θα τροποποιείται από τα επίπεδα σχιζοτυπίας του ατόμου. Η κατεύθυνση της τροποποίησης έχει ενδιαφέρον αλλά με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί.

Όπως φάνηκε από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και τη συζήτηση, η αύξηση της εμφάνισης συμπτωμάτων (αύξηση συνολικού σκορ) ψυχοπαθολογίας και συνολικής σχιζοτυπίας, σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής, κάτι το οποίο απαντάει στο πρώτο και στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που είχαμε θέσει και τα επιβεβαιώνει. Όμως, σχετικά με το πρώτο και το δεύτερο ερώτημα δε μπορούμε να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα καθώς το δείγμα που αποτελούσε την ομάδα με τα χειρότερα σκορ ποιότητας ζωής αποτελούνταν από μικρό δείγμα. Επίσης, για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν έγιναν οι έλεγχοι ανά υποκλίμακα, φάνηκε ότι η θετική σχιζοτυπία σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, άνευ όμως κλινικής σημασίας. Σχετικά με τη διερεύνηση της σχέσης της σχιζοτυπίας με τη ψυχοπαθολογία φάνηκε ότι τα συνολικά σκορ των δύο μεταβλητών σχετίζονται σημαντικά και πιο συγκεκριμένα από τους επιπλέον ελέγχους που έγιναν φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εμφανίζουν υψηλά σκορ σχιζοτυπίας παρουσιάζουν και υψηλά σκορ ψυχοπαθολογίας (p.value ,000).

Τέλος, φάνηκε ότι η σχέση της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας δε τροποποιείται ανάλογα με τα σκορ της σχιζοτυπίας και παραμένει η αρνητική συσχέτιση των δύο αυτών μετα, κάτι το οποίο πιθανόν να γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στα υψηλά σκορ της σχιζοτυπίας.



## 8.2 Προτάσεις για πρακτική εφαρμογή

Τα αποτελέσματα έχουν εφαρμογή στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να παρέχεται η φροντίδα υγείας, καθώς σε συνδυασμό με τη κριτική ανάγνωση της βιβλιογραφίας γίνεται εμφανές ότι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας, ειδικά στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και στο σχεδιασμό πολιτικών, μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να έχει.

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αλλά και στη συζήτηση έγιναν αναφορές σε διάφορες έρευνες σχετικές με το ερευνώμενο αντικείμενο της παρούσης μελέτης. Σε αυτό το σημείο όμως πρέπει να αναφέρουμε ότι έρευνες υποστηρίζουν πως η **αξιολόγηση της ποιότητας ζωής** μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για την εκτίμηση των αναγκών, την ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων τόσο σε συνολικό όσο και σε ατομικό επίπεδο (Οικονόμου Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου Γ. 2001).

Επίσης, η αυξημένη επιτήρηση των μεταβλητών που σχετίζονται με τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στο γενικό πληθυσμό μπορεί να είναι δυνητικά σημαντική από την οπτική του σχεδιασμού πολιτικών για τη δημόσια υγεία διότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορεί να έχει οφέλη για την ψυχική υγεία και την πρόληψη των ασθενειών. Ειδικότερα, αν και η ποιότητα ζωής είναι μια σύνθετη έννοια που χαρακτηρίζεται από πολυδιάστατες πτυχές, πολλές μελέτες φαίνεται να την αναγνωρίζουν ως ένα σημαντικό, αξιόπιστο και χρήσιμο μέτρο για την αξιολόγηση των συνθηκών των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία τους με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν ένα εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής από ένα ευρύ φάσμα εργαλείων για τον καλύτερο προσανατολισμό στη καθημερινή πρακτική τους (Gigantesco A., Giuliani M., 2011).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούμε να παρουσιάσουμε κάποιες προτάσεις για ενδεικτικές δράσεις με έμφαση στην ποιότητα ζωής και στην προώθηση της ψυχικής υγείας για την αποτροπή συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας, διότι δεν εμπίπτει στο σκοπό και τους στόχους της παρούσας μελέτης η παρουσίαση ενός συγκεκριμένου μοντέλου-πρότυπο. Παρουσιάζονται παρακάτω δύο κατηγορίες προτάσεων: α) εκείνες που απορρέουν άμεσα από τα αποτελέσματα της μελέτης και β) εκείνες που απορρέουν έμμεσα.

A) Άμεσα συνδεδεμένες προτάσεις με τα αποτελέσματα

- Πρόταση 1: Ανάπτυξη και χρήση εργαλείων διερεύνησης των αναγκών των εξυπηρετούμενων με απώτερο σκοπό την αξιολόγηση της κατάστασης αλλά και των σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων.
- Πρόταση 2: Ανάπτυξη και χρήση εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της ψυχοπαθολογίας για την αξιολόγηση παρεμβάσεων. Η μαζική χρήση ενός συγκεκριμένου εργαλείου σε όλες τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα βοηθήσει στη συλλογή αντιπροσωπεύσιμων και συγκρίσιμων στοιχείων για το γενικό πληθυσμό.
- Πρόταση 3: Εντοπισμός και ανάδειξη-διάχυση των καλών πρακτικών αξιολόγησης και προώθηση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
- Πρόταση 4: Δημιουργία πρωτοκόλλων για την αρχική επαφή με τον ασθενή αλλά και για την αξιολόγηση της συνολικής του υγείας.
- Πρόταση 5: Το πρόβλημα της διάγνωσης και της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η μη χρήση εργαλείων αλλά και η ελλιπής εκπαίδευση επαγγελματιών σε θέματα ποιότητας ζωής και ψυχοπαθολογίας αποτελεί ένα μεγάλο ζήτημα της ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστικά, οι ασθενείς που επισκέπτονται πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας και υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές φτάνουν ποσοστά της τάξεως των 20-36% (Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti & Tress, 1999). Ως αποτέλεσμα, η ψυχοπαθολογία δεν διαγιγνώσκεται και οι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία μόνο για τα σωματικά τους συμπτώματα, διαγιγνώσκοντας την ψυχοπαθολογία των ασθενών και επιφέροντας εκπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. Η φροντίδα που λαμβάνει κάθε ασθενής οφείλει να είναι ανάλογη με το είδος της ασθένειας που αντιμετωπίζει ή με το είδος της ασθένειας που διατρέχει κίνδυνο να αντιμετωπίσει. Για να μπορέσουν, λοιπόν, να ανταποκριθούν οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να υπάρχουν προγράμματα συνεχούς κατάρτισης – δια βίου μάθησης και να υλοποιηθούν προγράμματα μετεκπαίδευσης στο προσωπικό που ήδη στελεχώνει τις υπάρχουσες υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Ειδικότερα προτείνεται το «εκπαιδευτικό πακέτο» που είναι εγκεκριμένο από την ΠΟΥ (*mental health GAP: παράρτημα 1*). Για τους νέους εν δυνάμει επαγγελματίες σημαντικό είναι να εντάσσεται στο πρόγραμμα σπουδών τους.

## Β) Έμμεσα συνδεδεμένες προτάσεις με τα αποτελέσματα

Για να μπορέσουν να γίνουν όλα τα παραπάνω, στο γενικότερο πλαίσιο προτείνονται τα εξής:

- Πρόταση 1: Ευαισθητοποίηση της κοινότητας για θέματα ποιότητας ζωής, πρόληψης και ψυχικής υγείας ώστε να είναι σε θέση να υιοθετήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής.
- Πρόταση 2: Ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με απώτερο σκοπό τη συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου.
- Πρόταση 3: Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην κοινότητα προσαρμοσμένων στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού.
- Πρόταση 4: Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας των δράσεων πρόληψης και παρέμβασης, με απώτερο σκοπό την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Πρόταση 5: Ένταξη ειδικευμένου προσωπικού, σε θέματα ψυχικής υγείας, σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Η λειτουργία διεπιστημονικών ομάδων διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ είναι καθοριστική για την εκπαίδευση και γνώση του ρόλου κάθε επαγγελματία και την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση του χρήστη. Επίσης, ο περιορισμός και η διασύνδεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη θα συμβάλει στη μείωση της σπατάλης από επικαλύψεις και θα εξασφαλίσει τη συνέχεια της δέσμης των υπηρεσιών που θα παρέχονται (Βραχάτης Δ. Α., Παπαδόπουλος Α., 2012) (Αδαμακίδου Θ., 2008).

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, τις παραπάνω προτάσεις, αλλά και σε συνδυασμό με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ο πιο βιώσιμος τρόπος για να λαμβάνουν οι άνθρωποι τη φροντίδα που χρειάζονται. Μία αποτελεσματική στρατηγική αποτελεί η ένταξη των προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε όλες τις μονάδες Π.Φ.Υ., χρησιμοποιώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, το οποίο απαντάται πλήρως στον ορισμό της υγείας από τη Π.Ο.Υ. και αποτελεί μια φιλοσοφική θεώρηση που λαμβάνει ως δεδομένη τη σημαντικότητα και την αλληλεπίδραση των βιολογικών, των ψυχολογικών και των

κοινωνικών παραγόντων στον καθορισμό της υγείας (DiMatteo & Martin, 2006, σ.35). Το μοντέλο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια ως τις δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η κατάσταση της υγείας του ατόμου εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο με τη σειρά του διαρκώς μεταβάλλεται. Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, όλες οι ασθένειες θεωρούνται "ψυχοσωματικές", καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος. Δεδομένου ότι η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, απαιτείται μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (οργανικό και ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικολογικό επίπεδο, τόσο από τους ψυχολόγους, όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008, σ. 17-19).

Εξάλλου, η διακήρυξη της Άλμα Άτα ορίζει τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως την βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους, καθώς επίσης και στην τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή πρέπει να είναι στη διάθεση όλων των ατόμων της κοινότητας και των οικογενειών τους και να παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με το πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικού και οικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ πρέπει να παρέχεται όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και να αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO, 1978).

Επίσης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας και την προαγωγή της θετικής ψυχικής υγείας, καθώς είναι το πρώτο επίπεδο φροντίδας στο πλαίσιο του επίσημου συστήματος υγείας. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι συχνές στους ασθενείς που καταφεύγουν στη Π.Φ.Υ. Μια εκτίμηση της έκτασης των διαφόρων τύπων αυτών των διαταραχών σε τέτοια περιβάλλοντα είναι χρήσιμη, λόγω της δυνατότητας αναγνώρισης ατόμων με διαταραχές σε αυτό το επίπεδο περίθαλψης ώστε να αντιμετωπιστεί η νόσος στο ίδιο το περιβάλλον (Π.Ο.Υ., 2001). Στην πλειοψηφία των χωρών σε ολόκληρο τον κόσμο, αυτό είναι το πρώτο σημείο επαφής μεταξύ των ανθρώπων και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, υπάρχουν τεράστιες διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι βασικές υπηρεσίες σε αυτό το επίπεδο φροντίδας σχετικά με τη ψυχική υγεία, περιλαμβάνουν την έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, τη διαχείριση των σταθερών ψυχιατρικών ασθενών, την παροχή συμβουλών για κοινές ψυχικές διαταραχές, παραπομπή σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπου απαιτείται, καθώς και δραστηριότητες πρόληψης και προώθησης της υγείας. Οι υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας είναι γενικά οι πιο προσβάσιμες, προσιτές και αποδεκτές για τις κοινότητες. Όταν η ψυχική υγεία έχει ενσωματωθεί ως μέρος των υπηρεσιών αυτών, η πρόσβαση έχει βελτιωθεί, οι ψυχικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται, και συνυπάρχοντα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας διαχειρίζονται με ένα ενιαίο τρόπο (WHO, 2007).

Επίσης, σημαντική είναι η αναγκαιότητα προώθησης της ψυχικής υγείας όπου σύμφωνα με έκθεση για τις χώρες της Ευρώπης (28 μέλη της ΕΕ συν την Νορβηγία και την Ελβετία) η Ελλάδα κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις του πίνακα υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Από τα στοιχεία καταδεικνύεται πως οι εφαρμοζόμενες πολιτικές στην Ελλάδα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας διαμορφώνουν μια κοινωνική και ιατρική πραγματικότητα για τους ψυχικά ασθενείς που τους καταδικάζει στο περιθώριο (Economist Intelligence Unit 2014).

Γενικότερα, παρακάτω αναφέρονται κάποια κομμάτια από τη βιβλιογραφία μέσω των οποίων γίνεται εμφανές ότι σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας, υπάρχουν προτάσεις και οδηγίες οι οποίες στηρίζονται σε πολιτικές δημόσιας υγείας αλλά και στην Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2 "Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...". "Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία (Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. 2007).

Επίσης, η Π.Ο.Υ. (1998) ορίζει την προαγωγή της υγείας ως τη δράση και την προώθηση δράσεων, ώστε να αντιμετωπίσει το πλήρες φάσμα των δυνητικά τροποποιήσιμων παραγόντων της υγείας. Οι καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν όχι μόνο εκείνους

που σχετίζονται με τη δράση των ατόμων, όπως συμπεριφορές και τρόπους ζωής, αλλά και παράγοντες όπως το εισόδημα και η κοινωνική κατάσταση, η εκπαίδευση, η απασχόληση και οι συνθήκες εργασίας, η πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, καθώς και το φυσικό περιβάλλον, τα οποία έχουν ιδιαίτερο ρόλο στην αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Εξάλλου, έχει φανεί ότι η αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας και η παροχή στους ανθρώπους με ένα υγιές περιβάλλον θα βελτιώσει τη σωματική αλλά και ψυχική υγεία και θα συμβάλει στην πρόληψη ορισμένων ψυχικών ασθενειών (WHO, 2004a; WHO 2004b; Jani-Llopis et al. 2004).

Ειδικά ως προς τη διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας επιβεβαιώνει την επιλογή αυτή τόσο για λόγους βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας ζωής των ασθενών, όσο και για την αποτροπή του «στίγματος» που συχνά συνοδεύει τους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα. Συγκεκριμένα, η Π.Ο.Υ. συστήνει την ολοκλήρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της ΠΦΥ, ιδιαίτερα σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων και υψηλών αναγκών (WHO, 2009).

Στην Ελλάδα, οι θεωρητικοί στόχοι της ΠΦΥ παρουσιάζονται νομικά με σχετική σταθερότητα και βρίσκονται γενικά σε αντιστοιχία με τα χαρακτηριστικά που προέβλεπε η διακήρυξη της Άλμα-Άτα. Ωστόσο, μόνο ο ρόλος της ως πρώτη επαφή του ασθενούς με το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να είναι σαφής. Το σκέλος της αλληλεπίδρασης με την κοινωνία, της προληπτικής ιατρικής και της προαγωγής της υγείας γενικότερα δεν είναι σαφές και οι αρμοδιότητες επικαλύπτονται μεταξύ τελικών και ενδιάμεσων οργάνων. Επιπλέον, οι νομοθετικές παρεμβάσεις για τη διάκριση των λειτουργιών και τον ενιαίο συντονισμό της συγκεκριμένης πολυδιάστατης διαδικασίας δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στην πράξη (Βραχάτης Δ. Α., Παπαδόπουλος Α., 2012).

Σημαντικό είναι να αναφερθούν οι δέκα αρχές που έχουν αναγνωριστεί ως βασικές για την επίτευξη μίας ολοκληρωμένης φροντίδας της ψυχικής υγείας, οι οποίες είναι αποτέλεσμα της ανάλυσης και της σύνθεσης βέλτιστων πρακτικών και μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις προσπάθειες για την ολοκληρωμένη φροντίδα της ψυχικής υγείας, για οποιοδήποτε φάσμα πολιτικών και οικονομικών πλαισίων, καθώς και σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας. Οι αρχές αυτές είναι «αδιαπραγμάτευτα» απαραίτητες για μία ολοκληρωμένη φροντίδα ψυχικής υγείας, ειδικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO, 2008).

1. Οι πολιτικές και οι σχεδιασμοί για την υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
2. Η συνηγορία είναι απαραίτητη για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών.

3. Η επαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι απαραίτητη.
4. Τα καθήκοντα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να είναι περιορισμένα, σαφή και πραγματοποιήσιμα.
5. Εξειδικευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ανάλογες εγκαταστάσεις θα πρέπει να είναι διαθέσιμες για την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
6. Οι εξυπηρετούμενοι (ασθενείς) πρέπει να έχουν πρόσβαση σε βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
7. Η επανένταξη των ατόμων με ψυχικές ασθένειες είναι μια διαδικασία, όχι ένα γεγονός.
8. Είναι ζωτικής σημασίας η ύπαρξη ενός φορέα που θα λειτουργεί ως συντονιστής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
9. Η συνεργασία με άλλους κυβερνητικούς τομείς που δε περιλαμβάνουν την υγεία (π.χ. εκπαίδευση), με μη κυβερνητικές οργανώσεις, με την κοινότητα και με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και με τους εθελοντές απαιτείται.
10. Απαιτούνται οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της βελτίωσης της ψυχικής υγείας και η μείωση του προσωπικού και κοινωνικού κόστους της κακής ψυχικής υγείας απαιτεί μια **ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη δημόσια υγεία** που περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και αναπηρίας, καθώς και τη θεραπεία και την αποκατάσταση εκείνων που ήδη πάσχουν. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας συμπεριλαμβάνει δράσεις δημιουργίας συνθηκών διαβίωσης και κοινωνικού περιβάλλοντος που να επιτρέπει στα άτομα να υιοθετούν και να διατηρούν έναν υγιή τρόπο ζωής. Αυτό περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δράσεων ώστε να αυξηθούν οι ευκαιρίες για καλύτερη ψυχική υγεία.

Χρειάζεται να τεθούν βασικές αρχές οι οποίες να προσδιορίζουν τα συστήματα ψυχικής υγείας, όπου θα αναφέρονται οι προτεραιότητες και θα καθορίζονται οι απαραίτητες υπηρεσίες στα πλαίσια του συστήματος υγείας. Κάποιες από αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Προτεραιότητα στην πρόληψη σε κάθε επίπεδο και στην προαγωγή υγείας.
2. Προτεραιότητα στις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ψυρώσεις, διπολική διαταραχή, μείζων κατάθλιψη).
3. Επικέντρωση στην παροχή περίθαλψης στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον.

4. Επικέντρωση στην παροχή περίθαλψης στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής του ασθενούς, δηλαδή στην κοινότητα.
  5. Επικέντρωση στη συνέχεια στη φροντίδα.
  6. Επικέντρωση στην υπευθυνότητα απέναντι στον ασθενή και στην σαφή κατανομή των ρόλων απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του.
  7. Παροχή στον ασθενή αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.
  8. Παροχή στον ασθενή επιλογής εναλλακτικών μορφών φροντίδας και θεραπείας και ενίσχυση της δυνατότητάς του για επιλογή.
  9. Επικέντρωση στην προσβασιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό της περιοχής.
  10. Κάλυψη των βασικών αναγκών του ασθενούς για περίθαλψη ολόκληρο το 24ωρο.
  11. Αποδοτική λειτουργία με την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων του συστήματος.
  12. Ενίσχυση του ρόλου των οργανισμών των ασθενών και των οικογενειών τους.
- (Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ», 2005).

Η κατάσταση που σχετίζεται με την ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα, ενισχύει προς μια επιθυμητή και ευκαταία προοπτική μεταρρύθμισης. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το κατάλληλο πεδίο για την ανάπτυξη δράσεων και δομών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο. Η φροντίδα ψυχικής υγείας στην Π.Φ.Υ. ελάχιστα αναπτυγμένη στην Ελλάδα, αποτελεί ένα νέο και ελπιδοφόρο τομέα με μεγάλες προοπτικές.

Τέλος, με βάση την Π.Ο.Υ. η προαγωγή της ψυχικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από διατομεακές στρατηγικές. Ειδικοί τρόποι για την προώθηση της ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν:

- Παρεμβάσεις στην πρώιμη παιδική ηλικία (π.χ. κατ'οίκον επισκέψεις για τις έγκυες γυναίκες, προ-σχολείο ψυχο-κοινωνικές δραστηριότητες, συνδυασμένες θρεπτικές και ψυχο-κοινωνική βοήθεια για μειονεκτούντες πληθυσμούς)
- Υποστήριξη σε παιδιά (προγράμματα οικοδόμησης π.χ. δεξιότητες, τα προγράμματα των παιδιών και την ανάπτυξη της νεολαίας)
- Κοινωνικο-οικονομική χειραφέτηση των γυναικών (π.χ. βελτίωση της πρόσβασης σε προγράμματα εκπαίδευσης και μικροπιστώσεων)
- Κοινωνική υποστήριξη για τους ηλικιωμένους πληθυσμούς (π.χ. befriending πρωτοβουλιών, την κοινότητα και την ημέρα κέντρα για την ηλικία)
- Προγράμματα που να απευθύνονται σε ευάλωτες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των μειονοτήτων, των αυτοχθόνων πληθυσμών, των μεταναστών και των ατόμων που



πλήττονται από συγκρούσεις και καταστροφές (π.χ. ψυχο-κοινωνικές παρεμβάσεις μετά από καταστροφές)

- Προώθηση της ψυχικής υγείας μέσω δραστηριοτήτων στα σχολεία (π.χ. προγράμματα για την υποστήριξη οικολογικών αλλαγών στα σχολεία)
- Παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας (π.χ. προγράμματα πρόληψης του άγχους)
- Πολιτικές για τη στέγαση (π.χ. βελτίωση κατοικιών)
- Προγράμματα πρόληψης της βίας (π.χ. μείωση της διαθεσιμότητας του αλκοόλ και η πρόσβαση στα όπλα)
- Προγράμματα ανάπτυξης της κοινότητας (π.χ. ολοκληρωμένη αγροτική ανάπτυξη)
- Μείωση της φτώχειας και αύξηση της κοινωνικής προστασία για τους φτωχούς
- Νόμοι κατά των διακρίσεων και εκστρατείες ευαισθητοποίησης
- Προώθηση των δικαιωμάτων, των ευκαιριών και της φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (WHO, 2014b).

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και κατ' επέκταση η προώθηση της ψυχικής υγείας αποτελεί ένα καίριο ζήτημα και για το λόγο αυτό έχουν δοθεί κατευθυντήριες οδηγίες από διεθνείς οργανώσεις. Υπάρχουν πολλές προτάσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας, η οποία εντάσσει στο πλαίσιο της την προαγωγή υγείας (φυσική και ψυχική) με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αυτό όμως, που είναι σημαντικό να γίνει είναι η δημιουργία μίας στρατηγικής σε εθνικό επίπεδο βασιζόμενη σε κατευθυντήριες οδηγίες, η οποία θα δίνει βάση στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη ποιότητα ζωής του, καθώς και στις εκφραζόμενες ανάγκες του. Κρίνεται απαραίτητη, λοιπόν, η άμεση και ουσιαστική παρέμβαση για τη δημιουργία ενός απόλυτα αναγκαίου δημόσιου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο θα εξασφαλίζει την παροχή ενός ευρέος φάσματος υπηρεσιών.

### **8.3 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.**

Ως πρώτο βήμα για την αλλαγή των παρεχόμενων υπηρεσιών στο επίπεδο της Π.Φ.Υ. είναι η διερεύνηση των αναγκών που υπάρχουν σχετικά με την παροχή υπηρεσιών και η αξιολόγηση της ποιότητας αυτών.

Το επόμενο βήμα θα πρέπει να είναι η έρευνα σε καλές πρακτικές που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες ώστε να διερευνηθεί η καταλληλότερη για τη χώρα μας, με βάση τους οικονομικούς πόρους, τις ανάγκες που υπάρχουν, την κουλτούρα κ.α. Η πιλοτική εφαρμογή ενός νέου συστήματος μπορεί να δώσει αξιολογικά συμπεράσματα για την

καταλληλότερη πρακτική. Η επένδυση σε ερευνητικά προγράμματα είναι σημαντική μόνο όταν τα αποτελέσματα τους λαμβάνονται υπόψη και βοηθούν στην αντιμετώπιση του εκάστοτε προβλήματος που ερευνάτε.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, λόγω της μη γενικευσιμότητας αυτών. Παρόλα αυτά παρέχουν ενδείξεις για τις συσχετίσεις που θέλαμε να μελετήσουμε. Βέβαια, μετέπειτα μελέτες - έρευνες σχετικές με τη ποιότητα ζωής και τη ψυχοπαθολογία απαιτούνται, ιδιαίτερα στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τέλος, χρειάζεται να γίνουν διερευνήσεις σε βάθος ώστε να αναζητηθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ των σχιζότυπων χαρακτηριστικών και της ποιότητας ζωής, λόγω της ανάγκης για διερεύνησης της τροποποίησης της ποιότητας ζωής από τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά σε σχέση με τη γενικότερη ψυχοπαθολογία. Αυτός είναι ένας νέος αναπτυσσόμενος τομέας ερευνητικού ενδιαφέροντος.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου Θ. (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 47(3):320–333
- Βραχάτης Δ. Α., Παπαδόπουλος Α. (2012) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 51(1): 10–17
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) (2013). *Πανελλαδική μελέτη: Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού*. Αθήνα, (Επιστ. Υπεύθ.: Οικονόμου Μ., Μαδιανός Μ., Σουλιώτης Κ.).
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: (έκδ. ιδίων συγγραφέων).
- Κάβουρα Μ., Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Βανδώρου Χ. (2003). *Ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Janssen – Cilag
- Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2007). *Δημόσια Υγεία: θεωρία, πράξη, πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα
- Μάνου Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Μέλλον, Ρ. (1998). *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ» (2005) *Εκτίμηση αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα: Μεθοδολογικός Οδηγός*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001). *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση*. Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα: *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 18(3), Μάιος-Ιούνιος 2001, 239-253
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2003). *Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. εκδ. Βήτα (Απόδοση και επιμέλεια: Τζινιέρη-Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Αντωνοπούλου Β., Τομαράς Β, & Χριστοδούλου, Γ.Ν.).

- Οικονόμου Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001) *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 239-253
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2001). *Η επιβάρυνση που προκαλείται στη δημόσια υγεία από τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές: Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία* (Γενική επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Ζαχαρίας Ε., Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας)
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., (2008). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. (13η έκδ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Σαρρής Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση
- Υφαντόπουλος Ι., (2001). *Η 'Κοινωνική' Ποιότητα ζωής*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής: 18: 108-113
- Υφαντόπουλος Ι., Σαρρής Μ. (2001). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής: 18 (3) : 218-229
- Χαρίσης Κ., Κιοχός Π. (1997). *Θεωρία Δειγματοληψίας και εφαρμογές*. Αθήνα: Interbooks
- Χουντουμάδη, Α., Πατεράκη, Λ., (1997). «*Σύντομο ερμηνευτικό λεξικό ψυχολογικών όρων*». Αθήνα: Δωδώνη
- DiMatteo, M. R. & Martin L.R., (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2002).
- Kring A.M., Davison G.C., Neale J.M., Johnson S.L. (2010) *Ψυχοπαθολογία* (Μετάφραση: Καραμπά Θ.) Αθήνα: Gutenberg (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2007).

### **Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία**

- American Psychiatric Association (2013). *DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed). Washington, DC: APA
- Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA, Delespaul PA, et al.(2006) *Assessing daily QoL with the experience sampling method*. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of life in mental disorders*. 2nd ed. Chichester: Wiley; pp. 91–101

- Barker DJP., Rose G., Coggon D., (1997) *Epidemiology for the uninitiated*. BMJ Publishing Group. Fourth Edition
- Bolton (2008). *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy Science, and Values*. Oxford: Oxford University Press
- Bowling A. (2002). *Research methods in health*. Maidenhead-Philadelphia: Open University Press
- Brown, J. F.; Menninger, Karl A. (Col), (1940). *The psychodynamics of abnormal behavior*. NY, US: McGraw-Hill Book Company, xvi, (pp. 23-47).
- Bryman A (2012) *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press. Fourth Edition
- Cannon, T.D., Van Erp, T.G., Glahn, D.C. (2002). *Elucidating continuities and discontinuities between schizotypy and schizophrenia in the nervous system*. Schizophrenia Research, 54, 151– 156.
- Cicchetti, D. (1984). *The emergence of developmental psychopathology*. Children Development: 55:1-7.
- Cicchetti D, Toth SL. (1998) *Perspectives on research and practice in developmental psychopathology*. In: Damon W, editor. Handbook of child psychology. Vol. 4. 5th ed. New York: Wiley: pp. 479-583.
- Claridge, G. (2008) *Schizotypy: Connecting healthy personality to psychopathology*. International Journal of Psychophysiology, 69 (3), pp.151
- Corrigan, P.W. & Buican, B. (1995). *The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill*. Journal of Nervous and Mental Disease, 183, 281 - 285.
- Daneluzzo, E., Stratta, P., Rossi, A. (2005). *The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality*. Comprehensive Psychiatry, 46, 1, 50-55.
- Dinn, M., W., Harris, L., C., Aycicegi, A., Greene, P., Andover, S., M. (2002). *Positive and negative schizotypy in a student sample: neurocognitive and clinical correlates*. Schizophrenia Research, 56, 171 – 185
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, Baltimore.
- Dragunus, G., Yuris (1973). *Comparisons of Psychopathology Across Cultures. Issues, Findings, Directions*. Journal of Cross-Cultural Psychology, 4, pp. 9 – 47

- Fernandez-Ballesteros, R. (1998). *Quality of Life: Concept and Assessment*. In J. Adair, D. Belanger and K. Dion (Eds.): *Advances in Psychological Science*. Vol.1 Sussex, UK: Psychology.
- Friedli L (2002) *Editorial Journal of Mental Health Promotion* 1(4): 25
- Gerson E.M (1976) On “*Quality of life*”. *American Sociological Review*, 41(5), 793- 806
- Gigantesco A., Giuliani M., (2011) *Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice*. *Ann Ist Super Sanità*. Vol. 47, No. 4: 363-372
- Gruzelier H., J. (2003). *Theory, methods and new directions in the psychophysiology of the schizophrenic process and schizotypy*. *International Journal of Psychophysiology*, 48, pp: 221 - 245
- Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., Debruille, J.B. (2002). *The dimensional symptom structure of scizophrenia and its association with temperament and character*. *Schizophrenia Research*, 56, 137–147.
- Gustavsson A., Brinck P., Bergvall N., Kolasa K., Wimo A., Winblad B., Jonsson L., 2011. *Predictors of costs of care in Alzheimer's disease: a multinational sample of 1222 patients*. *Alzheimers Dement*. 7, 318–327.
- Hori, H., Teraishi, T., Sasayama, D., Matsuo, J., Kinoshita, Y., Ota, M., Hattori, K., Kunugi, H. (2014). *A latent profile analysis of schizotypy, temperament and character in a non clinical population: Association with neurocognition*. *Journal of Psychiatric Research*, 48, pp: 56 – 64
- Hultman, C.M., Ohman, A, Cnattingius, S., Wieselgren, I.M., Lindstrvom L.H. (1997). *Prenatal and neonatal risk factors for schizophrenia*. *British Journal of Psychiatry*, 170, 128-133.
- Jané-Llopis, E., Saxena, S., & Hosman, C. (2004). “*Next generation of preventive interventions: Need for a global perspective*”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 1, 5-6.
- Kaiser, W., Priebe S., Barr,W., et al (1997) *Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples*. *Psychiatry Research*, 66, 153 -166.
- Kaplan H. and Sadock B., (1998.) *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott – Raven. 8th edition.

- Katschnig H. (2006) *Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice*. World Psychiatry. 5(3): 139–145.
- Keel, K., P. (2005). *Eating Disorders*. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey
- Kontaxakis V. P., Havaki-Kontaxaki B. J., (2012) Consequences of major economic crises on citizens' physical and mental health. Editorial. *Psychiatriki*, 23:105–108
- Kopp, M.S., Skrabski, A., & Szedmak, S. (2000). *Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society*. Social Science and Medicine, 51(9), 1352-1361.
- Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J, Skodol A, Livesley WJ. (2011)
- Lahti, J., Raïkkönen, K., Sovio, U., Miettunen, J., Hartikainen, A., Pouta, A., Taanila, A., Joukamaa, M., Järvelin M., Veijola, J. (2009). *Early-life origins of schizotypal traits in adulthood*. British Journal of Psychiatry, 195, 132–137.
- Lehman A.F, (1988) *A quality of life interview for the chronically mentally ill*. Evaluation Progm. Planning, 11 (1988), pp. 51–62
- Lehman A.F. (1996) *Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders*. In Mental Health Outcome Measures (eds. G. Thornicroft & M. Tansella), pp75-92. Berlin: Springer
- Lehman AF (2005). *Instruments for measuring quality of life in mental Disorders*. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds) *Quality of Life In Mental Disorders*. West Sussex England: John Wiley & Sons Ltd. 2<sup>nd</sup> Edition
- Liddle, P.F. (1987). *Schizophrenia syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction*. Psychological Medicine.
- LIVESLEY W. J., JANG K. L., (2005) *Differentiating Normal, Abnormal, and Disordered Personality*. *European Journal of Personality Eur. J. Pers.* 19: 257–268 (2005)
- Maier, W., Falkai, P., and Wagner, M. (1999) *Schizophrenia spectrum disorders: A review*. In: Maj, M., and Sartorius, N., eds. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. Vol. 2. Schizophrenia. Chichester, U.K.: Wiley and Sons. pp. 311-371.

- Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (1999). *The social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Masthoff ED1, Trompenaars FJ, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. (2006) *Quality of life and psychopathology: investigations into their relationship*. Aust N Z J Psychiatry 40(4):333-40.
- Nettle D. (2006) *Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians*. Journal of Research in Personality, Volume 40, Issue 6, Pages 876–890
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Bridges, K., et al (1996) *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.
- Orley J., Saxena S., Herrman H. (1998) *Quality of life and mental illness*. British Journal of psychiatry 172. 291- 293
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, K. & Goodwin, J. S. (2001). *The associations between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults*. *Psychosomatic Med.* 63, 210–215.
- Polanczyk, V., G. (2011). *Preventing mental disorders: The challenge ahead*. European Child and Adolescent Psychiatry, 20, pp: 109 – 110
- Porteri, C. (2010) *Derek Bolton: What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values*. Oxford: Oxford University Press. 2008. Pp xxviii + 303. Theor Med Bioeth, 31, p. 445-447
- Raine A. (1991). *The SPQ a scale for the assessment of Schizotypal personality disorder based on DSM-III-R criteria*. Schizophrenia Bulletin
- Raine, A. (1994). *Cognitive–perceptual, interpersonal and disorganized features of schizotypal personality*. Schizophrenia Bulletin, 20, 1, 191–201.
- Robins, E., & Guze, S. B. (1970). *Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 126, 983–987
- Rössler, W., Riecher - Rössler, A., Angst., J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., van Os, J., Ajdacic Gross, V. (2007). *Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study*. Schizophrenia Research, 92, pp: 1 -14



- Rutter M., Bishop D. V. M., Pine D. S., Scott S., Stevenson J., Taylor E. and Thapar A. (2008) *Child and Adolescent Psychiatry*, Blackwell Publishing Limited. 5th Edition
- Schimtz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L. & Tress, W. (1999). *Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments*. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, pp: 360 - 366
- Seligman, M.E.P (2008). *Positive Health*. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3–18
- Skevington SM. (2002) *Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development*. World Health Organisation Quality of Life Assessment. *Qual Life Res*. 11(2):135-44.
- Slade M. (1994). *Needs Assessment: Involvement of staff and users will help to meet needs*. *British Journal of Psychiatry*, 165: 293-296.
- Slade M., Leese M., Taylor R. and Thornicroft G. (1999). *The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:149-157
- Soufre, L., Alan (2009). *The Concept of Development in Developmental Psychopathology*. *Child Development Perspectives*, 3 (3), pp. 178 -183
- Toth, S., L., Cicchetti, D. (2010). *The Historical Origins and Developmental Pathways of the Discipline of Developmental Psychology*. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47 (2), pp. 95 – 104
- Tsou, Y., Jonathan (2009). *Derek Bolton: What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values*. Oxford: Oxford University Press. 2008. Pp xxviii + 303. Review: Defining Mental Disorder. *Metascience*, 18, p. 251-255
- Vaapio S. S., Salminen M. J. , Ojanlatva A., Kivela S.-L. (2008) *Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: a systematic review*. *European Journal of Public Health*, Vol. 19, No. 1, 7–15
- Vollema M., (1999). *Schizotypy: Toward the Psychological Heart of Schizophrenia*. Groningen: Shaker Publishing. pp146
- Wang, W., Neumann, L., D., Shum, H., K., D., Liu, W., Shi, H., Yan, C., Lui, S., Y., S., Zhang, Q., Li, Z., Cheung, F., C., E., Chan, K., C., R. (2013). *Cognitive*

*empathy partially mediates the association between negative schizotypy traits and social functioning.* Psychiatry Research, 210, pp: 62 – 68

- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., 778 A. Gustavsson et al Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C., (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.* Eur. Neuropsychopharmacol. 21, 655–679.
- WHO (1946) *International Health Conference*, New York
- WHO (1978) *International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata.*, 32:428–430
- WHOQOL GROUP (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization.* Social Science and Medicine: 41: 1403-1409.
- WHO (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- WHOQOL-BREF. (1996). *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment—field trial version.* Geneva: World Health Organization
- WHO (1997) *Measuring quality of life, The World Health Organization quality of life instruments.* Geneva: World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse.
- WHO (1998). *Health 21 – Health for all in the 21st century. An introduction.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO (2001). *Mental health: New understanding, new hope.* The World Health Report. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003) *Mental Health Policy and Service Guidance Package. Quality Improvement for Mental Health.* Geneva: World Health Organization
- WHO. (2004a). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice.* A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (2004b). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. A report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne (editors: H. Shekhar, S. Saxena, R. Moodie)
- WHO (2007) *Impact of economic crises on mental health*. Geneva: Regional Office for Europe
- WHO (2008). *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Singapore: World Health Organization
- WHO (2009). *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. Geneva: World Health Organization.

#### **Ηλεκτρονικές πηγές**

- Economist Intelligence Unit (2014) *Mental health and integration: PROVISION FOR SUPPORTING PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: A COMPARISON OF 30 EUROPEAN COUNTRIES*. Open access: [http://issuu.com/tvxorissinora/docs/eiu\\_mental\\_health\\_final/7?e=2936379/9755072](http://issuu.com/tvxorissinora/docs/eiu_mental_health_final/7?e=2936379/9755072)  
[Πρόσβαση στις 08/11/2014](#)
- Herman H. and Jané-Llopis E. (2005). *Mental health promotion in public health*. Open access: [http://ped.sagepub.com/content/12/2\\_suppl/42](http://ped.sagepub.com/content/12/2_suppl/42) Πρόσβαση στις 22/10/2014
- Nauert, R. (2009). *Mental disorders common predictor of suicidal thoughts*. Open access: <http://psychcentral.com/news/2009/08/12/mental-disorders-common-predictor-of-suicidal-thoughts/7701.html> πρόσβαση στις 22/09/2014
- Nauert, R. (2014). *Undiagnosed mental distress hinders productivity*. Open access: <http://psychcentral.com/news/2014/01/24/undiagnosed-mental-distress-hinders-productivity/64937.html> πρόσβαση στις 22/09/2014
- Nock, K., M., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, C., R., Angermeyer, A., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., Girolamo, de R., Graaf, de R.,

Florescu,S., Gureje, O., Haro, J., M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M., C., Williams, D., R. (2009). *Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. Open access:

[http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pme](http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000123)

d.1000123 πρόσβαση στις 22/09/2014

- Pereira et al. (2011). *The integration of the treatment for common mental disorders in primary care: experience of healthcare providers in the MANAS trial in Goa, India*. International Journal of Mental Health System, 5(26): 2-9. Available at: <http://www.ijmhs.com/content/5/1/26>
- WHO (2014a). *Social determinants for mental health*. Open access: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_paper\\_social\\_determinants\\_of\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/) Πρόσβαση στις 22/09/2014
- WHO (2014b) *Mental health: strengthening our response* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> πρόσβαση στις 22/09/2014

## Παράρτημα I

### **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**

[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/)

#### **General principles of care -mhGAP**

##### 1. Communication with people seeking care and their carers

- » Ensure that communication is clear, empathic, and sensitive to age, gender, culture and language differences.
- » Be friendly, respectful and non-judgmental at all times.
- » Use simple and clear language.
- » Respond to the disclosure of private and distressing information (e.g. regarding sexual assault or self-harm) with sensitivity.
- » Provide information to the person on their health status in terms that they can understand.
- » Ask the person for their own understanding of the condition.

##### 2. Assessment

- » Take a medical history, history of the presenting complaint(s), past history and family history, as relevant.
- » Perform a general physical assessment.
- » Assess, manage or refer, as appropriate, for any concurrent medical conditions.
- » Assess for psychosocial problems, noting the past and ongoing social and relationship issues, living and financial circumstances, and any other ongoing stressful life events.

##### 3. Treatment and monitoring

- » Determine the importance of the treatment to the person as well as their readiness to participate in their care.
- » Determine the goals for treatment for the affected person and create a management plan that respects their preferences for care (also those of their carer, if appropriate).
- » Devise a plan for treatment continuation and follow-up, in consultation with the person.
- » Inform the person of the expected duration of treatment, potential side-effects of the intervention, any alternative treatment options, the importance of adherence to the treatment plan, and of the likely prognosis.

- » Address the person's questions and concerns about treatment, and communicate realistic hope for better functioning and recovery.
- » Continually monitor for treatment effects and outcomes, drug interactions (including with alcohol, over-the-counter medication and complementary/traditional medicines), and adverse effects from treatment, and adjust accordingly.
- » Facilitate referral to specialists, where available and as required.
- » Make efforts to link the person to community support.
- » At follow-up, reassess the person's expectations of treatment, clinical status, understanding of treatment and adherence to the treatment and correct any misconceptions.
- » Encourage self-monitoring of symptoms and explain when to seek care immediately.
- » Document key aspects of interactions with the person and the family in the case notes.
- » Use family and community resources to contact people who have not returned for regular follow-up.
- » Request more frequent follow-up visits for pregnant women or women who are planning a pregnancy.
- » Assess potential risks of medications on the fetus or baby when providing care to a pregnant or breastfeeding woman.
- » Make sure that the babies of women on medications who are breastfeeding are monitored for adverse effects or withdrawal and have comprehensive examinations if required.
- » Request more frequent follow-up visits for older people with priority conditions, and associated autonomy loss or in situation of social isolation.
- » Ensure that people are treated in a holistic manner, meeting the mental health needs of people with physical disorders, as well as the physical health needs of people with mental disorders.

#### 4. Mobilizing and providing social support

- » Be sensitive to social challenges that the person may face, and note how these may influence the physical and mental health and well-being.
- » Where appropriate, involve the career or family member in the person's care.
- » Encourage involvement in self-help and family support groups, where available.
- » Identify and mobilize possible sources of social and community support in the local area, including educational, housing and vocational supports.
- » For children and adolescents, coordinate with schools to mobilize educational and social support, where possible.

## 5. Protection of human rights

- » Pay special attention to national legislation and international human rights standards (Box 1).
- » Promote autonomy and independent living in the community and discourage institutionalization.
- » Provide care in a way that respects the dignity of the person, that is culturally sensitive and appropriate, and that is free from discrimination on the basis of race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic, indigenous or social origin, property, birth, age or other status.
- » Ensure that the person understands the proposed treatment and provides free and informed consent to treatment.
- » Involve children and adolescents in treatment decisions in a manner consistent with their evolving capacities, and give them the opportunity to discuss their concerns in private.
- » Pay special attention to confidentiality, as well as the right of the person to privacy.
- » With the consent of the person, keep careers informed about the person's health status, including issues related to assessment, treatment, follow-up, and any potential side effects.
- » Prevent stigma, marginalization and discrimination, and promote the social inclusion of people with mental, neurological and substance use disorders by fostering strong links with the employment, education, social (including housing) and other relevant sectors.

## 6. Attention to overall well-being

- » Provide advice about physical activity and healthy body weight maintenance.
- » Educate people about harmful alcohol use.
- » Encourage cessation of tobacco and substance use.
- » Provide education about other risky behaviour (e.g. unprotected sex).
- » Conduct regular physical health checks.
- » Prepare people for developmental life changes, such as puberty and menopause, and provide the necessary support.
- » Discuss plans for pregnancy and contraception methods with women of childbearing age.

