



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η σχέση της οικογενειακής κρίσης και της πνευματικότητας με την επιβάρυνση των οικογενειών ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα και η επίδραση τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Ιωάννα Κατσιάβα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος τριμελούς επιτροπής

ΧΡΥΣΑ ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ

Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**The relationship between family crisis and spirituality with the burden on families of patients
with psychotic symptoms and their impact on primary health care**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ	1
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1. Η σχιζοφρένεια	9
2.Διπολική διαταραχή	11
2.1 Διπολική διαταραχή I:	11
2.2 Διαταραχή διπολικής II	11
2.3 Κυκλοθυμική Διαταραχή (που ονομάζεται επίσης κυκλοθυμία	12
2.4 Άλλες συγκεκριμένες και μη καθορισμένες διπολικές και σχετικές διαταραχές	12
3.Διαταραχή της προσωπικότητας	12
3.1 Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας	12
3.2 Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας:	12
3.3 Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας	13
3.4 Διαταραχή της συναισθηματικά ασταθούς προσωπικότητας:	13
3.5 Οιστριονική (δραματική) διαταραχή της προσωπικότητας:	13
3.6 Ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας	13
3.7Αγχώδης (αποφευκτική) διαταραχή της προσωπικότητας	13
3.8 Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας	14
4.Αγχώδη διαταραχή	14
4.1 Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή	14
4.2 Διαταραχή πανικού	14
4.3 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	15
4.4 Διαταραχή μετατραυματικού στρες	15
5.Τρίτη ηλικία και ψυχικές διαταραχές	16
5.1Κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας	18
6.Φροντίδα και επιβάρυνση	19
6.1 Στιγματισμός	20
7.Ο ασθενής με ψυχωσικά συμπτώματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	22

B.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	24
1.Σκοπός	24
2.Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος	24
3. Περιορισμοί της Έρευνας	26
4.Αποτελέσματα έρευνας.	27
4.1 Δείγμα	27
4.2 Περιγραφική στατιστική	28
4.3 Διερεύνηση αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων	28
4.4 Ανάλυση δεδομένων	29
4.5 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και του φύλου	29
4.6 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και της καταγωγής	31
4.7 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και το εκπαιδευτικό επίπεδο	33
4.8 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και η κατάσταση υγείας	35
4.9 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και ο περιορισμός της καθημερινότητας	37
4.10 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και τα σημάδια εξάντλησης	39
5.Συζήτηση	40
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	42

Περίληψη

Η ψυχική ασθένεια, ως ιατρικός όρος, νοηματοδοτεί ένα σύνολο συμπτωμάτων της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου. Στις μέρες μας, ο άνθρωπος εμφανίζεται ιδιαίτερα εύθραυστος όσο αναφορά τη ψυχική υγεία ενώ η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών αυξάνεται όλο ένα και περισσότερο. Δυστυχώς, όμως, η κοινωνία μας δεν έχει την κατάλληλη γνώση όσο αναφορά το πλήθος των ψυχικών διαταραχών, τις πολλαπλές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για τη θεραπεία και πως πρέπει να αντιμετωπίζει τους ψυχικά ασθενείς. Ως συνέπεια όλων των παραπάνω η οικογένεια των ψυχικά ασθενών αναλαμβάνει όλο και περισσότερες ευθύνες οι οποίες είναι ισάξιες με τις υπηρεσίες που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας και άλλων κοινωνικών φορέων.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των μελών οικογενειών ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα αν παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, αν η επιβάρυνση των μελών των οικογενειών σχετίζεται αρνητικά ή θετικά με την πνευματικότητα και ποιά είναι η επιβάρυνση τους στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Μεθοδος: Στη παρούσα μελέτη συμμετείχαν 50 φροντιστές ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα που επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Έγινε σύγκριση ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και επίσης έγινε ανάλυση των ψυχομετρικών εργαλείων σύμφωνα με το φύλο, την τόπο καταγωγής, το εκπαιδευτικό υλικό, την κατάσταση της υγείας, τον περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων και τα σημάδια εξάντλησης.

Αποτέλεσμα: Το μεγαλύτερο μέρος συμμετοχής των φροντιστών ήταν γυναίκες με ποσοστό 56%. Επίσης, στην ανάλυση των ψυχομετρικών εργαλείων παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, την τόπο καταγωγής, το εκπαιδευτικό υλικό, την κατάσταση της υγείας, τον περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων και τα σημάδια εξάντλησης.

Συμπέρασμα: Οι παρεμβάσεις για την μείωση του βάρους του φροντιστή μπορούν να είναι πιο αποτελεσματικές εαν περιλαμβάνουν προσεγγίσεις που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την οικογενειακή υποστήριξη, την βελτίωση της οικογενειακής συμφωνίας και την αύξηση της αυτοπεποίθησης των φροντιστών.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχική Υγεία, Φροντιστής, Στίγμα, Επιβάρυνση

Abstract

Mental illness, as hospital term, signifies a range of symptoms of one's thinking, feeling and behavior. Nowadays, human being appear particularly fragile when it comes to mental health while the incidence of mental disorder is increasing. Unfortunately, our society does not have the proper knowledge to refer to the multiple approaches used today to treat and how to treat mental patients. As a result of all the above, the family of mentally ill is increasingly taking on responsibilities that are equal to the services provided by health professionals and other social actors.

Aim: The present study was to investigate the family members of patients with psychotic symptoms if they have high levels of psychopathology, whether the burden on family members is negatively or positively related to spirituality, and what their burden on Primary Health Care is.

Methods: The present study involved 50 caregivers of patients with psychotic symptoms who wanted to participate in the study. Demographic data were compared and psychometric tools were analyzed according to sex, place of origin, educational material, and health status, restriction of daily activities and signs of exhaustion.

Results: The majority of caregivers involved were women with 56%. Significant differences in sex, place of origin, educational material, health status, restriction of daily activities, and signs of exhaustion were also observed in the analysis of psychometric tools.

Conclusion: Interventions to reduce carer burden can be more effective if they include approaches designed specifically for family support, improving family agreement, and increasing carer confidence.

Keywords: mental health, caregiver, stigma, burnout

Εισαγωγή

Την σημασία της ψυχικής νόσου μπορούμε να την συναντήσουμε στον τομέα της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών, και είναι σημαντικό να καταλάβουμε την έννοια της . Υπάρχουν , όμως , σημαντικές διαφορές σε κάθε επιστήμη, σε κάθε χώρα, σε κάθε χρονική περίοδο, ακόμα και σε κάθε πολιτισμό και σε κάθε οικογένεια. Η σχέση της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, δεν πρέπει όμως να μας κάνει να θεωρούμε πως δεν συλλαμβάνεται νοητικά ή ακόμα χειρότερα πως δεν υπάρχει αντικειμενικά. Θα πρέπει όμως να κάνει πιο προσεκτικούς όσους ασχολούνται επαγγελματικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί η ψυχική ασθένεια στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και στον κοινωνικό περίγυρό του. Παρατηρείται ότι υπάρχει μια δυσκολία στο να περιγράψεις και να ορίσεις την έννοια, η οποία προκύπτει περισσότερο λόγω της αδυναμίας των λέξεων να περιγράψουν με ακρίβεια, όλο το φάσμα της ανθρώπινης ύπαρξης. Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Είναι συνθήκες υγείας όπου συνεπάγονται αλλαγές στο συναίσθημα, τη σκέψη ή τη συμπεριφορά ή και συνδυασμός . [18].

Δεν θα πρέπει να υποτιμήσουμε ότι η ψυχική διαταραχή η οποία αντανακλά μια κοινωνική παθολογία και είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων του ψυχολογικού υποστρώματος και του φυσικού περιβάλλοντος, αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και κοινωνικής κρίσης όπως αυτή που διανύουμε στην εποχή μας. Δυστυχώς, όμως, η κοινωνία μας δεν έχει την κατάλληλη γνώση και ενημέρωση όσο αναφορά το πλήθος των ψυχικών διαταραχών, τις πολλαπλές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για τη θεραπεία και πως πρέπει να μεταχειρίζεται τους ψυχικά ασθενείς. Σαν αποτέλεσμα όλων των παραπάνω η οικογένεια αυτών των ιδιαίτερα ασθενών αναλαμβάνει όλο ένα και μεγαλύτερες ευθύνες οι οποίες είναι ισάξιες με τις υπηρεσίες που χορηγούνται από τους επαγγελματίες υγείας και άλλων κοινωνικών φορέων. Η φροντίδα αυτών των ιδιαίτερων ασθενών είναι μια κοπώδη διαδικασία που συχνά ο φροντιστής επιφορτίζεται με όλη την ευθύνη της φροντίδας με αποτέλεσμα να φορτώνεται σε πολλούς τομείς της ζωής του.

Η πιο γνωστή ψυχική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, είναι συνήθης με επιπολασμό 1% σε όλη τη διάρκεια της ζωής, αρχίζει σε πρώιμη ενηλικίωση (τυπική έναρξη κατά τη δεύτερη έως τρίτη δεκαετία) και μπορεί να επιμείνει σε όλη τη ζωή. Επίσης, ειδικοί αναφέρουν ότι περίπου 1 στους 10 ανθρώπους του γενικού πληθυσμού θα νοσήσει κάποια στιγμή από κατάθλιψη. Η ψυχική ασθένεια

είναι κοινή και συνδέεται με δυσκολίες ή προβλήματα που λειτουργούν σε κοινωνικές, εργασιακές ή οικογενειακές δραστηριότητες. Σε ένα δεδομένο έτος σχεδόν ένας στους πέντε (19%) ενήλικες των ΗΠΑ αντιμετωπίζουν κάποια μορφή ψυχικής ασθένειας, ένας στους 24 (4,1%) έχει σοβαρή ψυχική ασθένεια και το ένα στους 12 (8,5%) έχει διαγνωστική διαταραχή χρήσης ουσιών. Η ψυχική ασθένεια είναι θεραπευτική και η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εξακολουθούν να λειτουργούν στην καθημερινή τους ζωή. Η ψυχική υγεία είναι η βάση για τα συναισθήματα, τη σκέψη, την επικοινωνία, τη μάθηση, την ανθεκτικότητα και την αυτοεκτίμηση. Είναι επίσης σημαντική για τις σχέσεις, την συναισθηματική και προσωπική ευεξία και συμβάλλει στην κοινότητα ή στην κοινωνία.

Πολλοί άνθρωποι που έχουν κάποιο ψυχικό νόσημα ή τα μέλη της οικογένειας αυτών των ανθρώπων δεν θέλουν να μιλήσουν γι 'αυτό. Αλλά η ψυχική ασθένεια δεν είναι τίποτα για να ντρέπεται! Είναι μια ιατρική κατάσταση, όπως ακριβώς και η καρδιακή νόσος ή ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με τις οικογένειες μπορεί να είναι χρήσιμες για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους νέους που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ψύχωσης, αλλά οι παρεμβάσεις αυτές απαιτούν ακόμη σημαντική επικύρωση. Και οι συνθήκες ψυχικής υγείας είναι θεραπευτικές. Γίνονται συνεχόμενες έρευνες για τον ανθρώπινο εγκέφαλο και πως αυτός λειτουργεί, καθώς και ποιες είναι διαθέσιμες θεραπείες για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διαχειριστούν με επιτυχία τις συνθήκες ψυχικής ασθένειας.[18]

Η ψυχική ασθένεια δεν διαφοροποιεί μπορεί όμως να ασκήσει επιρροή σε οποιοδήποτε ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τη γεωγραφία, το εισόδημά, την κοινωνική θέση, τη φυλή, την εθνικότητα, τη θρησκεία τη πνευματικότητα, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, το ιστορικό ή άλλη πτυχή της πολιτισμικής ταυτότητας. Ενώ η ψυχική διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, τα τρία τέταρτα όλων των ψυχικών ασθενειών αρχίζουν από την ηλικία των 24 ετών. Οι ψυχικές ασθένειες παίρνουν πολλές μορφές. Μερικά είναι ήπια και παρεμβαίνουν μόνο σε περιορισμένους τρόπους με την καθημερινή ζωή, όπως ορισμένες φοβίες. Άλλες συνθήκες ψυχικής υγείας είναι τόσο σοβαρές που μπορεί να φτάσει το άτομο να χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ο ορισμός αλλά ακόμα και η κατάταξη των ψυχικών διαταραχών είναι σημαντικό ζήτημα για τους ερευνητές όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, όπως και για τους ίδιους τους ασθενείς. Ένα μεγάλο ποσοστό των παγκόσμιων κλινικών αρχείων χρησιμοποιούν τον όρο ψυχική "διαταραχή", ή "ασθένεια". Έχει σημειωθεί ότι χρησιμοποιώντας τον όρο "ψυχική", δε προμηνύει απαραίτητα ότι υπάρχει διαχωρισμός του μυαλού με το σώμα. Υπάρχει ένα ευρέως εδραιωμένο σύστημα το οποίο ταξινομεί τις ψυχικές διαταραχές. Αυτό το σύστημα ταξινόμησης παρέχει σταθερά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών.

ICD-10: Κεφάλαιο 5: Διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές, από το 1945 τμήμα της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών, που έχει δημιουργηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας,[23,24]

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και πολλές διαφορετικές πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς και προσωπικότητας που μπορούν να διαταραχθούν μερικές από τις οποίες είναι το άγχος ή ο φόβος που διαταράσσουν την λειτουργικότητα και ταξινομούνται ως αγχώδης διαταραχή. Επίσης, υπάρχει η διαταραχή του συναισθήματος που περιλαμβάνει ασυνήθιστα έντονη και παρατεινόμενη λύπη, μελαγχολία ή απόγνωση, είναι γνωστή ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η σχιζοφρένεια η οποία διαταράσσει την ομιλία και την αντίληψη της πραγματικότητας.

A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από βαθιές διαταραχές στη σκέψη, επηρεάζοντας τη γλώσσα, την αντίληψη και την αίσθηση του εαυτού. Περιλαμβάνει συχνά ψυχωτικές εμπειρίες, όπως ακρόαση φωνών ή αυταπάτες. Η σχιζοφρένεια αρχίζει συνήθως στην εφηβική ηλικία ή στην πρόωμη ενηλικίωση. Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για τη σχιζοφρένεια και τα άτομα που επηρεάζονται από αυτό μπορούν να οδηγήσουν μια παραγωγική ζωή και να ενταχθούν στην κοινωνία.[21]

Η ψυχική αυτή διαταραχή επηρεάζει τους άντρες και τις γυναίκες με υψηλότερο ποσοστό στους άντρες. Η σχιζοφρένεια μπορεί να φέρει μια τυπική αναλογία θνησιμότητας συνήθως από αυτοκτονία ή καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια διαταραχή του εγκεφάλου που επηρεάζει λιγότερο από το ένα τοις εκατό του πληθυσμού των ΗΠΑ. Όταν η σχιζοφρένεια είναι ενεργή, τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις, προβλήματα με τη σκέψη και τη συγκέντρωση και την έλλειψη κινήτρων ακόμα και παραληρητικές ιδέες. Ωστόσο, με τη θεραπεία, τα περισσότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά.

Ενώ δεν υπάρχει θεραπεία για τη σχιζοφρένεια, η έρευνα οδηγεί σε νέες, ασφαλέστερες θεραπείες. Οι ειδικοί εξαλείφουν επίσης τα αίτια της νόσου με τη μελέτη της γενετικής, τη διεξαγωγή έρευνας συμπεριφοράς και τη χρήση προηγμένης απεικόνισης για να εξετάσουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτές οι προσεγγίσεις έχουν την υπόσχεση για νέες, πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Η πολυπλοκότητα της σχιζοφρένειας μπορεί να σας βοηθήσει να εξηγήσετε γιατί υπάρχουν παρανοήσεις σχετικά με την ασθένεια. Η σχιζοφρένεια δεν σημαίνει αποσπασματική προσωπικότητα ή πολλαπλή προσωπικότητα. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια δεν είναι επικίνδυνοι ή βίαιοι. Δεν είναι

επίσης άστεγοι ούτε ζουν σε νοσοκομεία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν με την οικογένεια, σε ομαδικά σπίτια ή με δική τους. [21]

Όταν η ασθένεια είναι ενεργή, μπορεί να χαρακτηριστεί από επεισόδια στα οποία ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ πραγματικών και εξωπραγματικών εμπειριών. Όπως και με οποιαδήποτε ασθένεια, η σοβαρότητα, η διάρκεια και η συχνότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλουν. Ωστόσο, σε άτομα με σχιζοφρένεια, η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ψυχωσικών συμπτωμάτων μειώνεται συχνά κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς. Η μη λήψη φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες, η χρήση οινόπνευματος ή παράνομων ναρκωτικών και οι καταστάσεις άγχους τείνουν να αυξάνουν τα συμπτώματα [21]

Όπως αναφέρθηκε η σχιζοφρένεια είναι μια ψύχωση, ένας τύπος ψυχικής ασθένειας που χαρακτηρίζεται από παραμορφώσεις στο συναίσθημα, την αντίληψη, την σκέψη, τη γλώσσα, την αίσθηση της συμπεριφοράς και του εαυτού. Τα βασικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαταράσσουν την ανάπτυξη όταν η διαταραχή εμφανίζεται στον νεαρό ενήλικα πληθυσμό. Τα παραδοσιακά θετικά συμπτώματα μεταβάλλουν την αίσθηση της πραγματικότητας του ασθενή και ο ίδιος παρουσιάζει ψευδαισθήσεις ακούγοντας, βλέποντας ή νιώθοντας πράγματα που δεν υπάρχουν. Τα αρνητικά συμπτώματα οδηγούν σε μειωμένες καθημερινές δραστηριότητες, όπως η αυτοφροντίδα, αυτο-παραμέληση ή εμφάνιση αδιάφορη όπως και αποδιοργανωμένη ομιλία, ασυνάρτητη ή άσχετη ομιλία και διαταραχές των συναισθημάτων έντονη απάθεια ή αποσύνδεση μεταξύ των αναφερόμενων συναισθημάτων και όσων παρατηρούνται όπως τη έκφραση του προσώπου ή η γλώσσα του σώματος, εμμονή στη δομημένη δραστηριότητα και η κοινωνικοποίηση. Τα αρνητικά συμπτώματα, μαζί με τα γνωστικά και εκτελεστικά συμπτώματα της λειτουργίας, εμποδίζουν την ακαδημαϊκή και επαγγελματική εξέλιξη. Μερικοί ασθενείς μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματά τους ως δυσάρεστοι και να αντιληφθούν την ασθένεια, ενώ άλλοι δεν αναγνωρίζουν από μόνα τους οποιαδήποτε μορφή διαταραχής που εμφανίζει έλλειψη διορατικότητας. [22]

Μια θεραπευτική συμμαχία επιτρέπει στους ενδιαφερόμενους κλινικούς ιατρούς να διερευνήσουν αυτές τις περιοχές και να τις συνδέσουν στη λειτουργική αποκατάσταση και επίτευξη αναπτυξιακά ορόσημα. Τελικά, η επανένταξη σε μια καριέρα έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί λιγότερο άγχος από την ανεργία. οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να προωθούν ενεργά τη συνεχή ανάκαμψη, συμπεριλαμβανομένης της βοήθειας για την πλοήγηση στο εκπαιδευτικό σύστημα. το παραπάτημα(σταθερές ψευδείς πεποιθήσεις ή υποψίες που δεν μοιράζονται άλλοι στην κουλτούρα του ατόμου και οι οποίες κρατούνται σταθερά ακόμη και όταν υπάρχουν ενδείξεις για το αντίθετο.[20,22]

Τα συμπτώματα αρχικά κάνουν την εμφάνισή τους στην πρώιμη εφηλικίωση. Οι άνδρες εμφανίζουν συχνά συμπτώματα στα τέλη της εφηβείας τους ή στις αρχές της δεκαετίας του '20 σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες εμφανίζουν συχνά τα πρώτα σημάδια στις δεκαετίες του '20 και στις αρχές της δεκαετίας του '30. Πιο νωρίς μπορεί να υπάρχουν πιο λεπτές ενδείξεις, συμπεριλαμβανομένων προβληματικών σχέσεων, κακής σχολικής επίδοσης και μειωμένου κινήτρου.

Ωστόσο, πριν γίνει η διάγνωση, ένας ψυχίατρος πρέπει να διενεργήσει εμπεριστατωμένη ιατρική εξέταση για να αποκλείσει την κατάχρηση ουσιών ή άλλες νευρολογικές ή ιατρικές ασθένειες των οποίων τα συμπτώματα μιμούνται τη σχιζοφρένεια.

2. Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή, επίσης γνωστή ως μανιοκαταθλιπτική νόσος, είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου που προκαλεί ακραίες μεταβολές της διάθεσης, της ενέργειας, στα επίπεδα δραστηριότητας και στην ικανότητα να εκτελούνται καθημερινές εργασίες. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης γνωστά ως μανία εναλλασσόμενα με επεισόδια κατάθλιψης. Είναι μια από τις πιο σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες που έχει καταταχθεί ως μία από τις 20 μεγαλύτερες ιατρικές αιτίες αναπηρίας. Η διπολική διαταραχή έχει αποδειχθεί ότι είναι η ψυχική διαταραχή με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας. Σε ένα διακρατικό αντιπροσωπευτικό δείγμα, ένα στα τέσσερα άτομα που διαγνώστηκαν με διπολική διαταραχή ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας. Τα ποσοστά υποτροπής παραμένουν υψηλά παρά τις διαθέσιμες θεραπείες και το έτος μετά από νοσηλεία για μανιακό επεισόδιο, τα δύο τρίτα των ασθενών δεν επιστρέφουν στην εργασία. Η φτώχεια, η έλλειψη στέγης και η φυλάκιση είναι πάρα πολύ συνηθισμένα.[1].

Η διπολική διαταραχή ταξινομείται σε 4 βασικούς τύπους σύμφωνα με το σύστημα κατάταξης ICD-10. Όλα αυτά περιλαμβάνουν σαφείς αλλαγές στη διάθεση, την ενέργεια και τα επίπεδα δραστηριότητας. Οι εναλλαγές αυτές στην διάθεση κυμαίνονται από περιόδους ενθουσιασμού και ενεργητικής συμπεριφοράς (γνωστές ως μανιακά επεισόδια) έως πολύ λυπημένες, ή περιόδους απελπισίας (γνωστές ως καταθλιπτικά επεισόδια). Ως υπομανικά επεισόδια χαρακτηρίζουμε τις λιγότερο σοβαρές περιόδους μανίας.

2.1 Διπολική διαταραχή I: Χαρακτηρίζεται από μανιακά επεισόδια που η διάρκεια τους είναι τουλάχιστον 7 ημέρες, ή από μανιακά συμπτώματα που είναι τόσο σοβαρά ώστε το άτομο να χρήζει άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη. Συνήθως, συνοδεύονται από καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία συνήθως διαρκούν περίπου 2 εβδομάδες. Τα επεισόδια κατάθλιψης με μικτά χαρακτηριστικά που συνδιάζουν κατάθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα ταυτόχρονα είναι επίσης δυνατά.[23]

2.2 Διαταραχή διπολικής II: Καθορίζεται από ένα πρότυπο καταθλιπτικών επεισοδίων και υπομανιακών επεισοδίων, αλλά όχι τα πλήρη μανιακά επεισόδια που περιγράφηκαν παραπάνω. [23]

2.3 Κυκλοθυμική Διαταραχή (που ονομάζεται επίσης κυκλοθυμία): Ορίζεται από πολυάριθμες περιόδους υπομανιακών συμπτωμάτων καθώς και πολυάριθμες περιόδους καταθλιπτικών συμπτωμάτων που η διάρκεια τους είναι τουλάχιστον 2 χρόνια (1 έτος σε παιδιά και εφήβους). Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα δεν πληρούν τις διαγνωστικές απαιτήσεις για ένα υπομανιακό επεισόδιο και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο.[23]

2.4 Άλλες συγκεκριμένες και μη καθορισμένες διπολικές και σχετικές διαταραχές: Χαρακτηρίζονται από συμπτώματα διπολικής διαταραχής που δεν ταιριάζουν με τις τρεις κατηγορίες που αναφέρθηκαν παραπάνω.[23]

3. Διαταραχή της προσωπικότητας

Η προσωπικότητα είναι ένα σύνολο από ιδιαίτερα πνευματικά και ψυχικά χαρακτηριστικά και από τρόπους συμπεριφοράς που κάνουν ένα άτομο διαφορετικό από τους άλλους ανθρώπους. Η προσωπικότητα ενός ανθρώπου συνήθως επηρεάζεται από εμπειρίες, από το περιβάλλον, από καταστάσεις ζωής ακόμα και από κληρονομικά χαρακτηριστικά και συνήθως η προσωπικότητα ενός ατόμου παραμένει η ίδια με την πάροδο του χρόνου. Μια διαταραχή της προσωπικότητας είναι ένας τρόπος σκέψης, αίσθησης και συμπεριφοράς που διαφέρει από τις προσδοκίες του πολιτισμού, προκαλεί δυσφορία ή προβλήματα που λειτουργούν και διαρκεί με την πάροδο του χρόνου. Ο επιπολασμός της διαταραχής της προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 2 έως 3%. Είναι δυνατόν οι άνθρωποι να έχουν περισσότερες από μία διαταραχές της προσωπικότητας με τις γυναίκες να έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να διαγνωσθούν με μια διαταραχή προσωπικότητας από τους άνδρες.[24]

Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά αποτέλεσαν τη βάση για την ταξινόμηση των διαφόρων διαταραχών προσωπικότητας. Η διαταραχή της προσωπικότητας είναι μια χρόνια διαταραχή και περιλαμβάνει διάφορους τύπους σύμφωνα με το ICD-10:

3.1 Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας: Είναι μια διαταραχή η οποία προσδιορίζεται στην έντονη ευαισθησία στις αποτυχίες, τα άτομα να έχουν την τάση να θίγονται εύκολα και να μη συγχωρούν, να χαρακτηρίζονται από καχύποπτες σκέψεις και να παρερμηνεύουν κάθε ουδέτερη ή φιλική ενέργεια των άλλων ως εχθρικές ή υποτιμητικές. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν υποψίες για την σεξουαλική πίστη των συντρόφων τους ή των συζύγων τους χωρίς λόγο. Αυτά τα άτομα συχνά περηφανεύονται για τις πράξεις τους και πιστεύουν πως είναι σημαντικά.[24,25]

3.2 Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας: Πρόκειται για μια διαταραχή της προσωπικότητας η οποία παρουσιάζεται με απόσυρση από οποιαδήποτε κοινωνική, συναισθηματική ή και άλλη επαφή. Αυτά τα άτομα φαίνεται να έχουν προτίμηση για φαντασίωση, μοναχικές δραστηριότητες και ενδοσκόπηση. Υπάρχει περιορισμός στην έκφραση των συναισθημάτων και βίωσης χαράς.[24,25]

3.3 Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας: Είναι μια διαταραχή της προσωπικότητας η οποία εμφανίζει αδισφορία για διάφορες υποχρεώσεις όπως οι κοινωνικές και χαρακτηρίζεται από αναισθησία για τα συναισθήματα των άλλων. Παρουσιάζεται μεγάλη απόκλιση μεταξύ της συμπεριφοράς αυτών των ατόμων και των καθιερωμένων κοινωνικών κανόνων. Αυτή η συμπεριφορά δεν αλλάζει ούτε μετά από τιμωρία. Αυτά τα άτομα είναι ευερέθιστα και παρουσιάζουν επιθετικότητα και συχνά προκαλούν βίαιες πράξεις Έχουν την τάση να κατηγορούν άλλα άτομα ή να αντιπαραθέτουν αληθοφανείς δικαιολογίες για τη συμπεριφορά τους.[24,25]

3.4 Διαταραχή της συναισθηματικά ασταθούς προσωπικότητας: Είναι μια διαταραχή της προσωπικότητας η οποία κάνει το άτομο να συμπεριφέρεται με αυθορμητισμό , χωρίς να σκεφτεί τις συνέπειες των πράξεων του. Πρόκειται για μια απρόβλεπτη και ιδιότροπη διάθεση. Τις περισσότερες φορές υπάρχει η προδιάθεση το άτομο να ξεσπά συναισθηματικά και να έχει αδυναμία ελέγχου των εκρήξεων της συμπεριφοράς. Συχνά το άτομο αυτό εμπλέκεται σε καβγάδες και διενέξεις, με άλλα άτομα ιδιαίτερα όταν οι παρορμητικές ενέργειές του ανακόπτονται. Διακρίνονται δύο τύποι: ο **παρορμητικός τύπος**, ο οποίος εκδηλώνεται κυρίως από συναισθηματική αστάθεια και έλλειψη του ελέγχου των παρορμητικών πράξεων και ο **μetailχμιακός τύπος** χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην εικόνα του εαυτού, στους στόχους και τις προτιμήσεις, από χρόνια αισθήματα κενού και από έντονες και ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και από αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, στην οποία περιλαμβάνονται και απόπειρες αυτοκτονίας.[24,25]

3.5 Οιστριονική (δραματική) διαταραχή της προσωπικότητας: Πρόκειται για μια διαταραχή της προσωπικότητας η οποία εκδηλώνεται από ρηχό και ασταθές συναίσθημα, δραματοποίηση, θεατρινισμούς και έκφραση των συναισθημάτων με υπερβολικό τρόπο, εγωκεντρισμό. Τα άτομα αυτά δεν τους ενδιαφέρει για τους άλλους, τα συναισθήματα τους πληγώνονται εύκολα και συνεχώς ζητούν το ενδιαφέρον, την προσοχή και την εκτίμηση των άλλων.[24,25]

3.6 Ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας: Είναι μια διαταραχή της προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από το αίσθημα της αμφιβολίας , της τελειομανίας, το υπερβολικό αίσθημα ευθύνης καθώς έχουν την τάση για επαναλαμβανόμενους ελέγχους και λεπτομερείς ενασχολήσεις από επιμονή και πείσμα. Συνήθως ,μπορεί να εμφανίζονται ανεπιθύμητες και επίμονες παρορμήσεις ή σκέψεις , οι οποίες όμως δεν είναι τόσο σοβαρές όσο στην ψυχαναγκαστική νεύρωση.

3.7 Αγχώδης (αποφευκτική) διαταραχή της προσωπικότητας: Είναι η διαταραχή της προσωπικότητας η οποία χαρακτηρίζεται από αίσθημα κατωτερότητας, ανασφάλειας, άγχος και φόβο. Αυτό το άτομο ζητάει συνεχώς να γίνεται αποδεκτό και αρεστό, είναι αρκετά ευαίσθητο στην απόρριψη, στην κριτική και δημιουργεί λίγους προσωπικούς δεσμούς. Τέλος, πολλές φορές κάνει προσπάθειες να αποφεύγει ορισμένες δραστηριότητες, τονίζοντας με υπερβολικό τρόπο τους πιθανούς κινδύνους σε καθημερινές καταστάσεις [24,25]

3.8 Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας: Η διαταραχή αυτή αφορά άτομα που στηρίζονται περισσότερο σε άλλα άτομα όταν χρειάζεται να πάρουν αποφάσεις είτε αυτές είναι για μικρά θέματα είτε για μεγαλύτερα θέματα και συνήθως παρουσιάζουν φόβους εγκατάληψης, αίσθημα απελπισίας και ανικανότητας υποταγή στις επιθυμίες μεγαλύτερων και άλλων ατόμων και μικρής ανταπόκρισης τις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Η απουσία ενεργητικότητας παρουσιάζεται τόσο διανοητικά όσο και συναισθηματικά. Παρουσιάζεται συχνά η τάση να μεταφέρουν τις ευθύνες σε άλλους. [24,25]

4. Αγχώδη διαταραχή

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή στον γενικό πληθυσμό. Η επίπτωση αυτής της διαταραχής είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, στον αστικό πληθυσμό και σε νεαρές ηλικίες, μεταξύ 22 και 44 ετών. Ως αγχώδη διαταραχή χαρακτηρίζεται μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται από σημαντικά αισθήματα άγχους και φόβου. Το άγχος είναι μια φυσιολογική εφεδρεία του οργανισμού μας και πρόκειται για μια ανησυχία για τα μελλοντικά γεγονότα και ο φόβος είναι μια αντίδραση στα σημερινά γεγονότα. [24]. Το άγχος που προκαλεί μια παθολογική κατάσταση εμφανίζεται όταν ερμηνεύουμε ως επικίνδυνο ερεθίσματα κάτι που δεν είναι επικίνδυνο, όταν δηλαδή τα ερεθίσματα αυτά δεν είναι πραγματικά αλλά δημιουργήματα της φαντασίας μας ή όταν το άγχος που δημιουργείται είναι δυσανάλογα υπερβολικό για το ερέθισμα που το προκάλεσε. Σε αυτή την περίπτωση μιλάμε για παθολογικό άγχος. Όταν το παθολογικό άγχος γίνει ένα σταθερό κομμάτι της συμπεριφοράς μας τότε εμφανίζεται μια αγχώδης διαταραχή. Το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο καθώς και η παρουσία ψυχοπαιστικών παραγόντων ή διαπροσωπικών απωλειών είναι οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή τους, χωρίς βέβαια σε καμία περίπτωση αυτό να σημαίνει ότι η απουσία των παραγόντων αυτών μπορεί να αποτελέσει επαρκή προφύλαξη. Η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική, με βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες να αλληλεπιδρούν με ψυχολογικά χαρακτηριστικά τα οποία κάνουν ορισμένους ανθρώπους πιο ευάλωτους στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών. Τα συμπτώματα αλλάζουν ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής. Ορισμένα από αυτά χαρακτηρίζονται με έντονη και συνεχή ανησυχία, εκνευρισμός σε συνδιασμό με εμμονή για μικρά ή μεγάλα ζητήματα, κόπωση, δυσκολία στην συγκέντρωση και την μνήμη, ευαισθησία και ευερεθιστότητα, μυϊκή ένταση, άλγος και μούδιασμα, τρέμουλο, προβλήματα ύπνου, έντονη εφίδρωση, ναυτία και διάρροια, δύσπνοια και ταχυκαρδία.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαταραχών του άγχους σύμφωνα με την κατάταξη στο ICD-10:

4.1 Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή: Είναι η εμφάνιση γενικευμένου και επίμονου άγχους που δεν οφείλεται κυρίως σε καμία συγκεκριμένη περιβαλλοντική κατάσταση. Τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής ποικίλλουν, αλλά περιλαμβάνουν κυρίως αίσθημα μόνιμης νευρικής έντασης, τρόμο μυών, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ζάλη και επιγαστρικής δυσφορίας.

4.2 Διαταραχή πανικού: Η διαταραχή πανικού παρουσιάζεται με επεισόδια κρίσεων πανικού τα οποία εμφανίζονται χωρίς λόγο. Οι κρίσεις πανικού χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο που συνήθως κορυφώνεται μέσα στο διάστημα 10 λεπτών, αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός, τρίψιμο ή κούνημα, αίσθημα δύσπνοιας ή πνιγμού, άλγος στο στήθος ή δυσφορία, ναυτία ή εμετό, αίσθημα ζάλης, αίσθηση θερμότητας, παραισθήσεις και τέλος, φόβος ότι θα πεθάνει.

4.3 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι οι επαναλαμβανόμενες ιδεοληπτικές σκέψεις ή ψυχαναγκαστικές πράξεις. Οι παρατηρητικές σκέψεις είναι ιδέες, εικόνες ή παρορμήσεις που εισέρχονται επαναλαμβανόμενα στο μυαλό του ασθενούς με στερεότυπη μορφή. Αναγνωρίζονται, ωστόσο, ως δικές του σκέψεις, παρόλο που είναι ακούσιες και συχνά αποκρουστικές. Οι ψυχαναγκαστικές πράξεις ή τα τελετουργικά είναι στερεότυπες συμπεριφορές που επαναλαμβάνονται ξανά και ξανά. Δεν είναι από τη φύση τους ευχάριστες, ούτε έχουν ως αποτέλεσμα την ολοκλήρωση εγγενώς χρήσιμων εργασιών. Η λειτουργία τους είναι να αποφευχθεί κάποιο αντικειμενικά απίθανο γεγονός, το οποίο συχνά προκαλεί βλάβη ή προκαλείται από τον ασθενή, το οποίο φοβάται ότι θα μπορούσε διαφορετικά να συμβεί. Συνήθως, αυτή η συμπεριφορά αναγνωρίζεται από τον ασθενή ως άσκοπη ή αναποτελεσματική και γίνονται επαναλαμβανόμενες προσπάθειες να αντισταθεί. Το άγχος είναι σχεδόν πάντα παρόν. Εάν αντισταθούν οι ψυχαναγκαστικές πράξεις, το άγχος χειροτερεύει.

4.4 Διαταραχή μετατραυματικού στρες: Εκδηλώνεται ως ανταπόκριση με καθυστέρηση σε μια αγχωτική κατάσταση εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσης, η οποία είναι πιθανό να δημιουργήσει διάχυτη δυσφορία σε όποιον την βιώνει. Οι παράγοντες οι οποίοι έχουν την ευθύνη για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή το προηγούμενο ιστορικό νευρωτικής νόσου τα οποία μπορούν είτε να ελαχιστοποιήσουν το όριο για την ανάπτυξη του συνδρόμου ή είτε να επιδεινώσουν την πορεία του, αλλά δεν είναι ούτε απαραίτητα ούτε επαρκή για να εξηγήσουν την εμφάνισή του. Η διαταραχή χαρακτηριστικά περιλαμβάνει επεισόδια επαναλαμβανόμενης αναβίωσης του τραύματος σε παρεμβατικές αναμνήσεις ("flashbacks"), όνειρα ή εφιάλτες, που συμβαίνουν ενάντια στο συνεχές υπόβαθρο μιας αίσθησης μωδίασματος και συναισθηματικής άμβλυνσης, απόσπαση από άλλους ανθρώπους, μη απόκριση στο περιβάλλον, και την αποφυγή δραστηριοτήτων και καταστάσεων που θυμίζουν το τραύμα. Συνήθως, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται συνήθως με τα παραπάνω συμπτώματα και συμπτώματα όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν είναι σπάνιος. Η έναρξη ακολουθεί το τραύμα με μια περίοδο λανθάνουσας περιόδου που μπορεί να κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες έως μήνες. Το μάθημα κυμαίνεται αλλά η ανάκτηση μπορεί να αναμένεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων η πάθηση μπορεί να ακολουθήσει μια χρόνια πορεία επί πολλά χρόνια, με ενδεχόμενη μετάβαση σε μια διαρκή αλλαγή προσωπικότητας. Το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται συνήθως με τα παραπάνω συμπτώματα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Η έναρξη ακολουθεί το τραύμα με μια περίοδο

λανθάνουσας περιόδου που μπορεί να κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες έως μήνες.[24,25]

Τέλος, κατά την αξιολόγηση ενός ασθενούς για μια ύποπτη αγχώδη διαταραχή, είναι σημαντικό να αποκλειστούν παθολογικές καταστάσεις όπως για παράδειγμα κάποια ενδοκρινική κατάσταση όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός, καρδιαγγειακές καταστάσεις όπως αρρυθμία ή αποφρακτικές πνευμονικές ασθένειες, νευρολογικές ασθένειες όπως ο κροταφικός λοβός επιληψία ή παροδικές ισχαιμικές επιθέσει. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. άλλες διαταραχές άγχους, μεγάλη καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή) χρήση ουσιών όπως η καφεΐνη, η αλβουτερόλη, η λεβοθυροξίνη ή τα αποσυμφορητικά. ή η απόσυρση ουσιών μπορεί επίσης να παρουσιαστεί με παρόμοια συμπτώματα και πρέπει να αποκλειστεί. Η επιπλοκή της διάγνωσης είναι ότι πολλές καταστάσεις στη διαφορική διάγνωση είναι επίσης κοινές συννοσηρότητες. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς με κάποια διαταραχή πληρούν τα κριτήρια για άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της κοινωνικής φοβίας. Τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι συνήθως εμφανίζονται με τουλάχιστον μία άλλη ψυχιατρική διαταραχή, όπως διάθεση, άγχος ή διαταραχές χρήσης ουσιών. Όταν εμφανίζονται διαταραχές άγχους με άλλες καταστάσεις, τα ιστορικά, φυσικά και εργαστηριακά ευρήματα μπορεί να βοηθήσουν στη διάκριση κάθε διάγνωσης και στην ανάπτυξη κατάλληλων σχεδίων θεραπείας.[2]

5. Τρίτη ηλικία και ψυχικές διαταραχές

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων (>65) αλλά και των υπερήλικων (>90) και των αιωνόβιων (>100) είναι ιδιαίτερα εμφανής τόσο στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Η τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος κατά την οποία συμβαίνουν σημαντικές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές στην ζωή ενός ανθρώπου. Παράλληλα, με τις αλλαγές στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, σήμερα υπάρχουν και αλλαγές στον οικογενειακό ιστό, με ιδιαίτερη έμφαση στη νεότητα, την καλή σωματική κατάσταση, την παραγωγικότητα, ενώ ταυτόχρονα η κοινωνία απωθεί τους υπερήλικες στο περιθώριο της ζωής. Οι ίδιοι αισθάνονται συχνά ανεπιθύμητοι, ξένοι σε έναν κόσμο που προορίζεται μόνο για τους νέους, καθώς απορρίπτονται ως μη παραγωγικά άτομα. Οι ηλικιωμένοι αποξενώνονται από τον παραδοσιακό ρόλο με τη γρήγορη μετάβαση από τον ενεργό/παραγωγικό ρόλο στη συνταξιοδότηση, χωρίς κάποια προετοιμασία που να περιλαμβάνει επαναπροσδιορισμό των προσωπικών ρόλων, στόχων και προσδοκιών.[26] Ακριβής ορισμός για την γήρανση είναι δύσκολο να οριστεί διότι η φυσιολογική με τη χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Ωστόσο, μπορούμε να πούμε ότι το γήρας είναι η διαδικασία της γήρανσης δηλαδή γενικά η εξέλιξη υποστρωφής και εκφύλισης των κυττάρων και του ενδιάμεσου του ιστού , με

προοδευτική ελάττωση της ικανότητας κυτταρικού πολλαπλασιασμού , που οδηγεί τον οργανισμό από την γέννηση του στο θάνατο . Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες έννοιες για τη γήρανση. Τον ορισμό αυτόν είναι πιο εύκολο να τον περιγράψεις παρά να τον καθορίσεις με καθαρούς επιστημονικούς όρους. Οι περισσότεροι γνωρίζουμε και αισθανόμαστε τι σημαίνει γήρανση. Γενικά κατά τη γήρανση υπάρχει μια φθίνουσα πορεία όλων των φυσιολογικών λειτουργιών. Δεδομένου ότι αυτές οι λειτουργίες μειώνονται, μειώνεται και η ικανότητά μας να αντισταθούμε στις επιθέσεις από τις ασθένειες ή από το περιβάλλον. Έτσι, σε ολοένα περισσότερες χώρες, δημιουργούνται γηριατρικοί ή γεροντολογικοί κλάδοι των ιατρικών ειδικοτήτων. Όσον αφορά την ψυχιατρική, δημιουργούνται σταδιακά οι συνθήκες για μια ψυχιατρική τής τρίτης ηλικίας, την ψυχογηριατρική.

Σύμφωνα με τα βασικά στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) σε παγκόσμιο επίπεδο, ο πληθυσμός γερνά γρήγορα. Μεταξύ 2015 και 2050, υπολογίζεται να υπάρξει διπλασιασμός σχεδόν από 12% σε 22% στο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 60 ετών. Οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές σε ηλικιωμένους ενήλικες αντιπροσωπεύουν το 6,6% της συνολικής αναπηρίας για αυτήν την ηλικιακή ομάδα ενώ περίπου το 15% των ενηλίκων ηλικίας 60 ετών και άνω πάσχουν από ψυχική διαταραχή.[27].

Ο ηλικιωμένος σήμερα είναι αντιμέτωπος με τις παραπάνω δυσκολίες, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να αντιμετωπίζει και προβλήματα που περιλαμβάνουν τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Η ψυχική υγεία και η ευεξία είναι το ίδιο σημαντικές σε μεγαλύτερη ηλικία όπως σε οποιαδήποτε άλλη εποχή της ζωής. Η ανάπτυξη του γήρατος στον πληθυσμό σημαίνει άμεση αύξηση των ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία, όπως η άνοια και τα ανεπαρκή αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η αυτοκτονία και οι σοβαροί περιορισμοί στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Το γήρας είναι ένα φαινόμενο παγκόσμιο , που γενικά συνοδεύεται από μια σειρά προβλημάτων τα οποία θα πρέπει τα ηλικιωμένα άτομα να τα αντιμετωπίσουν και να εξοικειωθούν με αυτά τα πρόβλήματα. Υπάρχει ένα μεγάλο δείγμα αύξησης της νοσηρότητας, της θνησιμότητας, της νοσηλείας και της απώλειας λειτουργικής κατάστασης που σχετίζεται με τις κοινές ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η επικάλυψη της κατάθλιψης και του άγχους είναι πολύ συχνή στους μεγαλύτερους ενήλικες, ενώ σχεδόν οι μισοί ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.[3]

Σε οποιοδήποτε σημείο της ζωής μας μπορεί να εμφανιστούν πολλοί παράγοντες κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας. Στους ηλικιωμένους μπορεί να κάνουν την εμφάνισή τους στρεσογόνοι παράγοντες που είναι κοινές σε όλους τους ανθρώπους, αλλά και στρεσογόνοι παράγοντες που είναι πιο συνηθισμένοι στη μετέπειτα ζωή, όπως μια σημαντική συνεχιζόμενη απώλεια ικανότητας και μια

μείωση της λειτουργικής ικανότητας όπως για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν μειωμένη κινητικότητα, χρόνιο πόνο, αδυναμία για τα οποία χρειάζονται κάποια μορφή μακροχρόνιας περίθαλψης.[27]

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό αυξάνεται και η γήρανση είναι ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου άνοιας. Η άνοια είναι μια συλλογική ονομασία για τα προοδευτικά σύνδρομα του εγκεφάλου που επηρεάζουν τη μνήμη, τη σκέψη, τη συμπεριφορά και το συναίσθημα. Η άνοια είναι η κύρια αιτία αναπηρίας και εξάρτησης μεταξύ των ηλικιωμένων. Παρόλο που κάθε άτομο θα βιώσει άνοια με τον δικό του τρόπο, τελικά αυτοί που επηρεάζονται δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους και χρειάζονται βοήθεια με όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής. Οι αρχικές ενδείξεις της άνοιας μπορεί να είναι ανεπαίσθητες, αόριστες και μπορεί να μην είναι άμεσα φανερές. Ορισμένα συνηθισμένα συμπτώματα μπορεί να είναι η προοδευτική και συχνή απώλεια μνήμης, η σύγχυση, η αλλαγή της προσωπικότητας, η απάθεια και απόσυρση και η απώλεια της ικανότητας να εκτελεί καθημερινά πράγματα [28]

5.1 Κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας

Το γήρας είναι μια διαδικασία που δεν μπορούμε αν την αποφύγουμε και εκπροσωπεί τη συσσώρευση σωματικών αλλαγών με την πάρα του χρόνου. Οι αλλαγές αυτές συμπεριλαμβάνουν την σωματική αλλά και την συναισθηματική ωριμότητα. Παρόλα αυτά, όμως, πολλές παθολογικές διεργασίες εμφανίζονται επίσης ως μέρος της διαδικασίας γήρανσης μέχρι το σημείο ότι το τελευταίο είναι ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για τις περισσότερες ασθένειες.[30]

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Μια συστηματική ανασκόπηση των διεθνών μελετών δείχνει ότι περίπου το 19% των ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι εμφανίζουν κατάθλιψη ενώ η επίπτωση είναι διπλάσια για αυτούς που ζουν σε κάποιο ίδρυμα. Στους ηλικιωμένους μπορεί να υπάρχουν διάφορες αιτίες κατάθλιψης. Επιπλέον, η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Οι εμπειρίες απώλειας, η μοναξιά και οι σωματικές ασθένειες μπορούν να κάνουν τους ηλικιωμένους ευάλωτους σε καταθλιπτικές ασθένειες. Μελέτες δείχνουν έως και το 50% της νόσου Alzheimer πάσχει από καταθλιπτικές διαταραχές. Ωστόσο, αυτό μπορεί να διαφέρει. Είναι πιθανό ότι η αναλογία είναι υψηλότερη καθώς τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι δύσκολο να παρατηρηθούν σε ασθενείς με προχωρημένη άνοια.[29]

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης περιλαμβάνει την δυσθυμία με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση που επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη την συμπεριφορά του. Επίσης, αναφέρονται συμπτώματα όπως

άγχος, απόσυρση, άρνηση λήψης τροφής και επιθυμία θανάτου. Στα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για άλλους. Σε άλλους ηλικιωμένους η δυσθυμία εμφανίζεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικά ενοχλήματα όπως είναι η δυσκοιλιότητα, αδυναμία, πόνος, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας.[31] Σωματικές νόσοι, οι οποίες στατιστικά είναι συχνότερες στην τρίτη ηλικία μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου. Το άγχος του θανάτου μετατρέπεται σε φόβο ενός επικείμενου θανάτου. Ακόμη, πιο δυσάρεστη είναι η αίσθηση ότι ο ασθενής "γίνεται βάρος" στους συγγενείς που έχουν επιφορτιστεί με την φροντίδα.

Μια κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά υποξεία, δηλαδή σε εβδομάδες και μήνες ενώ η νόσος Alzheimer αναπτύσσεται αργά σε αρκετά χρόνια. Επομένως, η συγκριτική πληροφόρηση και το ιστορικό της νόσου είναι πολύ σημαντικές. Οι ασθενείς με κατάθλιψη απαντούν συχνά στις ερωτήσεις με "δεν ξέρω", "δεν μπορώ" ή "δεν μπορώ να το κάνω". Έχουν την τάση να υποτιμούν τη μνήμη τους και να αναφέρουν περισσότερα προβλήματα μνήμης από εκείνους που έχουν μετρηθεί αντικειμενικά σε δοκιμές που παρατηρούνται στην καθημερινή ζωή.[29,31]

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο χρόνιος πόνος αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Καθώς, ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη επικρατούν στους ηλικιωμένους η συνύπαρξη των δυο οντοτήτων δεν είναι ασυνήθιστη και έχει αποδειχθεί ότι το 13% των ηλικιωμένων πάσχει από κατάθλιψη και χρόνια πόνος. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ασχέτως ηλικίας οι αυτοκτονίες είναι ένας σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή των καταθλιπτικών ασθενών. Στην τρίτη ηλικία οι αυτοκτονίες είναι δυο φορές συχνότερες από τις νεότερες ηλικίες και επίσης υπάρχει μεγαλύτερη αναλογία επιτυχημένων αυτοκτονιών στο σύνολο των αποπειρών από ότι στις νεαρές ηλικίες. Αυτό σημαίνει ότι ένας ηλικιωμένος που θέλει να αυτοκτονήσει είναι περισσότερο αποφασισμένος να το πετύχει τον σκοπό του. Έτσι εξηγείται γιατί οι ηλικιωμένοι επιλέγουν βιαιότερες και πιο αποτελεσματικές μεθόδους για να βάλουν τέλος την ζωή τους.

6.Φροντίδα και επιβάρυνση

Πριν από μερικές δεκαετίες, νοσοκομεία ή ψυχιατρικά ιδρύματα ήταν υπεύθυνα για τη φροντίδα ασθενών με ψυχικά νοσήματα. Ωστόσο, σήμερα το ρόλο αυτό τον έχουν αναλάβει οι συγγενείς του ασθενούς. Η οικογένεια είναι ο πιο βασικός πυλώνας που δίνει βοήθεια στα αδύναμα μέλη της και στους ψυχικά ασθενείς. Πολλά από τα στοιχεία δείχνουν ότι οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με με αρκετές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους. [4] Η φροντίδα που προσφέρουν τα μέλη της οικογενείας στους ψυχικά αρρώστους υπερβαίνει την φροντίδα που προσφέρεται στο πλαίσιο και στα όρια των συνηθισμένων οικογενειακών σχέσεων. Η φροντίδα ασθενών με ψυχικά νοσήματα

επιρεάζει την σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική, κοινωνική, οικονομική ζωή των φροντιστών. Οι περισσότερες κριτικές περιγράφουν τη σημασία της βελτίωσης της ποιότητας ζωής για καλύτερη κοινωνική επανέταξη και μείωση του στιγματισμού. Παρατηρείται ότι το 12% των φροντιστών είναι τα αδέρφια του ασθενούς και το 7% των φροντιστών είναι σύζυγος.[32]

Το βάρος του φροντιστή συνήθως συνοδεύεται με μεγάλο φόρτο εργασίας, διαταραχή στον ύπνο, οικονομικά προβλήματα, λιγότερος ελεύθερος χρόνος. Λόγω της απαιτούμενης έντονης φροντίδας, ορισμένοι συγγενείς αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους ή να μειώσουν το ωράριο εργασίας του. Οι φροντιστές μπορούν να αισθάνονται υπερφορτωμένοι διότι είναι συνηθισμένο να προσφέρουν για τους ασθενείς 24ωρη φροντίδα. Το σωρευτικό βάρος για τον φροντιστή είναι σημαντικό η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, οι ειδικές ανάγκες φροντίδας για τη λήψη φαρμάκων, οι προσπάθειες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί η διατροφή ή η σωματική υγεία συχνά υποτιμάται.[32] Η εκδήλωση του άγχους είναι συχνή για τον φροντιστή που προκύπτει από τη λειτουργική κατάσταση του ασθενή και συνεπάγεται από την συνδρομή του φροντιστή στις καθημερινές δραστηριότητες. Η επιβάρυνση μπορεί να επιδεινωθεί από περιορισμούς όπως τους οικονομικούς και τους υγειονομικούς. Επίσης, ο αριθμός, ο τύπος και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του φροντιστή. [5] Ωστόσο, ανεξάρτητα από την κοινωνική κατάσταση, όλες οι δημοσιεύσεις ανέφεραν μειωμένη ποιότητα ζωής για τον φροντιστή εάν και μειώθηκε επίσης και η ποιότητα ζωής του ασθενούς.[32] Η φροντίδα για έναν ψυχικά ασθενή μπορεί να είναι μια εξαιρετικά αγχωτική εμπειρία. Η νοημοσύνη του φροντιστή μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικές δυσκολίες, κακή υγεία και μειωμένη ποιότητα ζωής και επιπλέον μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις για τη θεσμοθέτηση των δικαιούχων φροντίδας[33] Έχει παρατηρηθεί στους φροντιστές η εμφάνιση δυσφορίας από την ανάληψη ευθύνης για επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, τη διαχείριση διαφόρων συμπτωμάτων του ασθενή, τη χορήγηση φαρμάκων, την εκτέλεση ιατρικών θεραπειών και την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς του ασθενή και συναισθηματικών αντιδράσεων και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή να εμφανίσει δυστυχία που εκδηλώνεται ως άγχος,κατάθλιψη,αδυναμία βάρος και φόβος.[5]

6.1 Στιγματισμός

Ο στιγματισμός και η κοινωνική απομόνωση από γείτονες ή άλλους γνωστούς ή ακόμα και συγγενείς μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικό μέρος του βάρους του φροντιστή, που αναφέρεται ως περιβαλλοντικό βάρος. Έχει αναφερθεί ότι πολλοί γείτονες φοβούνται τη βία που προκαλείται από ασθενείς με ψυχική νόσο. Το 32% των επιβαρύνσεων που σχετίζονται με τα προβλήματα φροντίδας προέρχονται από την ηλικία των νέων ασθενών, την ευαισθητοποίηση του αυτοκτονικού ιδεασμού

του ασθενούς και την ανησυχία για τους οικογενειακούς πόρους. [32] Παρά τις επιστημονικές εξελίξεις στις μεθόδους αντιμετώπισης και θεραπείας, η ψυχική ασθένεια εξακολουθεί να είναι συνώνυμη με την τρέλα, το ανεξήγητο, το μυστηριώδες, το τρομακτικό και να συνοδεύεται από πολλές λανθασμένες απόψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν τον χαρακτήρα του στίγματος. Ο στιγματισμός είναι μια κοινωνική διαδικασία που κάνει την έναρξή του από την απόδοση ενός έντονα μειωτικού χαρακτηρισμού, μιας ανεπιθύμητης, δυσφημιστικής ιδιότητας σε ένα άτομο ή σε μία ομάδα, από την οποία είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγούν. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το στίγμα δεν επηρεάζουν μόνο τα άτομα που νοσούν από ψυχικές ασθένειες αλλά και τις οικογένειες αυτών των ασθενών. Ο αρνητικός αντίκτυπος αυτής της μορφής στίγματος που θα αναφέρουμε ως «οικογενειακό στίγμα» μπορεί να είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικός σε χώρους όπου η οικογενειακή συνοχή είναι υψηλή. Σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο ζουν με τις οικογένειές τους και βασίζονται σε αυτές τόσο για οικονομική υποστήριξη όσο και για καθημερινή φροντίδα. Έτσι, τα μέλη της οικογένειας εμπλέκονται στενά στις περισσότερες πτυχές της φροντίδας των ψυχικών διαταραχών και συχνά διατηρούν τον έλεγχο των αποφάσεων αναζήτησης και θεραπείας, υποθέτοντας ότι πολλοί από τους ρόλους που καλύπτουν τα στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης ή της κοινωνικής φροντίδας σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Η υψηλή ποιότητα της οικογενειακής υποστήριξης που παρέχεται σε πολλές ψυχικές διαταραχές είναι πιθανό να αντικατοπτρίζει έναν ευρέως διαδεδομένο κοινωνικό κανόνα που κανείς δεν πρέπει να ζει μόνη λόγω της ασθένειάς του [6]. Οι οικογένειες αποτελούν την πρωταρχική πηγή φροντίδας και υποστήριξης για τους χρόνιους ασθενείς, συμβάλλοντας σε υπηρεσίες που σε διαφορετική περίπτωση θα κόστιζαν μεγάλο χρηματικό ποσό εάν υποτίθεται ότι ήταν ανατεθειμένες σε εξωτερικούς συνεργάτες. Ο ρόλος των φροντιστών της οικογένειας είναι πολύ απαιτητικός. Πρέπει να φροντίζουν τις καθημερινές ανάγκες του ασθενούς, να παρακολουθούν την εξέλιξη της ασθένειάς του, να εποπτεύουν τη θεραπεία και να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή εκτός από τα κανονικά οικογενειακά του καθήκοντα. Ο φροντιστής πλήρους απασχόλησης, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ψυχιατρικών ασθενών και ασθενών που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα πρέπει να εγκαταλείψει τις ώρες ύπνου, τον ελεύθερο χρόνο, να αγνοήσει την υγεία του, να αγνοήσει τα άλλα μέλη της οικογένειας, να υποστεί οικονομικούς περιορισμούς και σε ακραίες περιπτώσεις αφήστε τη δουλειά του να είναι μαζί με τον ασθενή. Το κύριο άγχος για τον φροντιστή περιλαμβάνει την έκταση των αναπηριών του ασθενούς. την αντίληψή του για τον πόνο του ασθενούς καθώς και την ποιότητα και την ποσότητα της περίθαλψης που πρέπει να παρέχεται. Αυτοί οι παράγοντες άγχους προκαλούν ψυχική καταπόνηση και εξασθενημένη υγεία στους φροντιστές που μπορεί να έχουν τη δυνατότητα να καταλήξουν σε σοβαρή ασθένεια και θνησιμότητα. Αυτοί οι παράγοντες άγχους επιβραδύνονται περαιτέρω από παράγοντες όπως η ηλικία και το φύλο τόσο του ασθενούς όσο και του φροντιστή του. την οικογενειακή κατάσταση και την

παιδεία του φροντιστή, την κοινωνική στήριξη που λαμβάνει ο φροντιστής, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας και τη στάση του θεράποντος ιατρού. Πολλές φορές, ο φροντιστής γίνεται ο αποδέκτης της απογοήτευσης και της κακής συμπεριφοράς του ασθενούς.

7.Ο ασθενής με ψυχωσικά συμπτώματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι ψυχωσικές διαταραχές δεν είναι σπάνιες, η συμπτωματολογία τους είναι πολυποίκιλη, η έκβαση γενικά μέτρια και η πρόκληση αναπηρίας συχνή. Για αρκετούς ασθενείς η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μια μεγάλη ευκαιρία να προσεγγίζουν το σύστημα υγείας. Όπως, αναφέρθηκε στα παραπάνω κεφάλαια οι ψυχωσικές διαταραχές(σχιζοφρένεια,συναισθηματικές διαταραχές)είναι σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές παθήσεις που προκαλούν σημαντική νοσηρότητα στους ασθενείς και συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά αναπηρίας. Δυστυχώς,η πρόγνωση των ασθενών είναι γενικά μέτρια με ένα μικρό ποσοστό ασθενών να παραμένει μόνιμα σε κάποιο ίδρυμα και ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών να είναι ανήμποροι να εργαστούν και να τίθεται σε πρόωρη συνταξιοδότηση.[35,38].

Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας λόγω σωματικής ασθένειας. Εν μέρει, αυτό συμβαίνει επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μερικές φορές κάνουν αποφάσεις αντίθετες με τα τυπικά πρότυπα φροντίδας. Οι ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές πολλές φορές δέχονται διακρίσεις και είναι αποδέκτες στιγματισμού.Αυτό επιβεβαιώνεται και με τα αποτελέσματα μιας μελέτης της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής εταιρείας που συμπεριλάμβανε και την χώρας μας. Στις συνεντεύξεις οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ανέφεραν διακρίσεις σε βάρος τους όταν απευθύνθηκαν σε μονάδα υγείας για κάποιο σωματικό νόσημα. Είναι φανερό ότι τέτοιες αντιληψεις συμβάλλουν στην αίσθηση στιγματισμού των ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές και πιθανό συνιστούν εμπόδιο στην παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας από άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός από εκείνους του χώρου της ψυχικής υγείας.[38] Η αντιμετώπιση των ψυχωσικών διαταραχών είναι πολύπλευρη και αποτελεί πρόκληση ακόμη και για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επομένως, δεν αναμένεται από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αναλάβουν τη θεραπεία τέτοιων ασθενών. Αφού όμως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επιτρέπει την άμεση πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας είναι σημαντική η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με την αναγνώριση των περιστατικών με ψυχωσικά συμπτώματα και η ετοιμότητα να παρέχουν άμεσα βασική φροντίδα τόσο για κάποια σωματική νόσο όσο και για κάποια ψυχική νοσο.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη μοναδική πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ιδιαίτερα για

πολλούς ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα, ειδικά για όσους διαμένουν μακριά από αστικές περιοχές. Παρά τις ανάγκες ψυχικής υγείας των οικογενειών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, λίγοι έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Υπάρχει όλο και πιο επείγουσα ανάγκη να αναπτυχθούν μοντέλα περίθαλψης για την ψυχική υγεία τα οποία να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες αυτών των ευάλωτων παιδιών και των οικογενειών τους. Οι ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα και οι οικογένειες τους που ζουν σε συνθήκες φτώχειας αντιμετωπίζουν μια σειρά εμποδίων που μειώνουν την ικανότητά τους να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να διατηρούν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και να επιτυγχάνουν ευνοϊκά θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι ιατροί και οι υπόλοιποι που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να προσφέρουν και να παρέχουν τις ίδιες ευκαιρίες και δυνατότητες περίθαλψης σε αυτή την ομάδα ασθενών παραμένοντας ανεπηρέαστοι από στιγματισμό και προκαταλήψεις. Το στίγμα της θεραπείας για την ψυχική υγεία μπορούν να προκαλέσουν αυτοπεποίθηση και αυτοαπομόνωση, που μπορεί να εμποδίσει τις οικογένειες να αναζητήσουν φροντίδα. Η ολοκληρωμένη συμπεριφορική υγειονομική περίθαλψη στο ιατρείο με επίκεντρο τον ασθενή είναι μια ιδιαίτερα ελπιδοφόρα στρατηγική για τη μείωση των φραγμών και την αύξηση της πρόσβασης στην ψυχική υγεία σε όλους. Ο ρόλος των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να ανιχνεύουν νέα περιστατικά ψύχωσης, να παραπέμπουν τους ασθενείς σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να έχει άμεση συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας, να υπάρχει συνεχή επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας και να αντιμετωπίζεται ο στιγματισμός και οι διακρίσεις στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, η βέλτιστη υλοποίηση απαιτεί αλλαγές στις πολιτικές, την ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού, τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, την υποδομή του κοινοτικού συστήματος παροχής υπηρεσιών, την κλινική ροή εργασιών και τις πρακτικές παροχής.[34,37]

B.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Σκοπός

Βασικός σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διερευνήσουμε τους παράγοντες που επιβαρύνουν τις καθημερινές δραστηριότητες των φροντιστών, την σωματική τους υγεία, το συναισθηματικό τους επίπεδο και την κρίση των οικογενειακών σχέσεων.

2.Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

Στην παρακάτω έρευνα η συμμετοχή των φροντιστών ήταν 50 άτομα από την ηλικία των 20 έως 60 , τους οποίους ο τόπος κατοικίας τους ήταν στον Δήμο Λάρισας και Τυρνάβου. Η επαφή με τους φροντιστές έγινε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, ιδιωτικά ιατρεία και σε κατ οίκον φροντιστές. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Φεβρουάριος-Απρίλιος 2019 και είχε την μορφή ερωματολογίου. Το δείγμα αποτελούνταν από 50 μέλη οικογενείων με ψυχωσικά συμπτώματα. Η προτίμηση του δείγματος ήταν τυχαία και αφορούσε σε όλους τους τομείς των φροντιστών χωρίς να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην εκπαιδευτική ή την επαγγελματική τους κατάσταση. Η έρευνα έλαβε χώρα στους παραπάνω τοποθεσίες που αναφέρθηκαν και το κάθε ένα ερωτηματολόγιο απαιτούσε από 15 έως 20 λεπτά για να συμπληρωθεί , λαμβάνοντας φυσικά υπόψη και τις δυσκολίες που μπορεί να είχε κάθε άτομο. Από την ιδιωτική ψυχιατρική κλινική συμπληρώθηκαν 20 ερωτηματολόγια, από τα ιδιωτικά ιατρεία πάρθηκαν επιπλέον 20 ερωτηματολόγια και τέλος 10 ερωτηματολόγια από τις επισκέψεις κατ'οίκον.

Η παρακάτω έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι ποσοτική και ως κύριο μέσο πληροφοριών για τα αποτελέσματα το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και έγινε ανάλυση των αποτελεσμάτων με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (σύστημα στατιστικής ανάλυσης δεδομένων). Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε πέντε ερωτηματολόγια τα οποία αφορούσαν:

- Κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία
- Επισκόπηση της υγείας που αφορά τις βασικές και τις επικουρικές δραστηριότητες της καθημερινής συμβίωσης
- Αξιολόγηση στην ποιότητα ζωής των φροντιστών που αφορά την επιβάρυνση, την πνευματικότητα και την οικογενειακή κρίση .

Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν ευρύτερα τους φροντιστές στην καθημερινή τους ζωή κατά πόσο νιώθουν ενεργοί και δραστήριοι, πόσο επιβαρύνονται στις καθημερινές τους δραστηριότητες από την

φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου, πως αξιολογούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, πως αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που εμφανίζονται (σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές).

Αναλυτικότερα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συγκέντρωση των κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, όπως πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

2. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η πνευματική- ψυχική υγεία.

3. Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης

Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλαμβάνει 22 ερωτήσεις, 22 σημεία/δηλώσεις που αντανακλούν τα συναισθήματα των ατόμων τα οποία φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια. Η επιβάρυνση αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν όλες τις ερωτήσεις: Την ένταση του ρόλου, την προσωπική ένταση, την αποστέρηση σχέσεων και τη διαχείριση της φροντίδας. Η κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε σε ελληνικό πληθυσμό από την Παπασταύρου και συν. (2006).

4. Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με την κλίμακα SpREUK-sf-10 του Bussing. Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις : α) Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}), β) Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {in Higher Guidance / Source}) και γ) Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας} (Reflection {Positive Interpretation of Disease}). Το ερωτηματολόγιο είναι προσαρμοσμένο και έχει σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τους Gouva et al. (2017).

5. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και δημιουργήθηκε από τον McCubbin et al. (2001). Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τους Gouva et al. (2016). Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, τους:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

3. Περιορισμοί της Έρευνας

Οι αδυναμία εύρεσης του δείγματος αλλά και η διαθεσιμότητα του είναι από τους παράγοντες που επηρέασαν τη συλλογή των απαντήσεων αλλά και την αξιοπιστία τους. Το μορφωτικό επίπεδο ορισμένων φροντιστών ήταν ο βασικός περιορισμός διότι επηρέαζε την κατανόηση των ερωτήσεων και των απαντήσεων. Παρόλα αυτά το θετικό στη χρήση του ερωτηματολογίου είναι ότι δεν απαιτούσε εξειδικευμένη εκπαίδευση για την συμπλήρωσή κάποιος και η κρυφή ταυτότητα επίσης πρόσφερε σημαντική βοήθεια συγκαταβατικότητα στην συμπλήρωση των ερωτήσεων. Η διάρκεια της έρευνας ήταν περισσότερο από ότι είχε υπολογιστεί διότι έλαβε χώρα σε 3 διαφορετικά μέρη, στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, σε ιδιωτικό ιατρείο καθώς και σε κατ'οίκον φροντίδα όπως έχει ξανά αναφερθεί. Η πρόσβαση σε κάθε σημείο, ο συγχρονισμός με τους φροντιστές αλλά και η προσφορά του κάθε ατόμου να συμμετέχει έδρασαν ανασταλτικά χρονικά στην πραγματοποίηση της έρευνας. Η πρόσβαση στους παραπάνω χώρους έχει με γραπτό αίτημα πράγμα το οποίο μας καθυστέρησε χρονικά διότι η χρονική διάρκεια της έγκρισης ήταν μεγάλος. Το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά μεγάλο και το περιεχόμενο των ερωτήσεων δεν μπορούσαν ευκολά να το κατανοήσουν και να απαντήσουν. Αυτό ήταν ακόμη ένα αποτέλεσμα δυσκολίας που αντιμετωπίσαμε. Χρειάστηκε επεξήγηση των ερωτήσεων για να αποφύγουμε την μη κατανόηση της κάθε ερώτησης. Τέλος, άλλη μια δυσκολία που προέκυψε ήταν οι εύρεση βιβλιογραφίας που αφορούσε την οικογενειακή κρίση των φροντιστών ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα και φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας διότι ήταν ακρετά περιορισμένη.

4.Αποτελέσματα έρευνας.

4.1 Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη την συμμετοχή είχαν άντρες και γυναίκες που έχουν τον ρόλο του φροντιστή. Στο τρέχον κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε τα δημογραφικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον **πίνακα 1** θα παρατηρήσουμε ότι στην έρευνα έλαβαν μέρος 50 συγγενείς ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα από την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. Από αυτούς οι 28 ήταν γυναίκες (56,0%) και οι 22 ήταν άντρες (44,0%). Όσον αφορά την καταγωγή των συμμετεχόντων το 68% ήταν από πόλη και το 32% ήταν από χωριό. Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο το 6% ήταν αναλφάβητοι, το 4% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 16% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 22% απόφοιτοι λυκείου, το 36% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, το 14% είχαν μεταπτυχιακό και μόλις 2% είχαν διδακτορικό. Αναφορικά με τη κατάσταση υγείας το 22% είχαν εξαιρετική, το 38% πολύ καλή, το 30% καλή, το 6% μέτρια και το 4% κακή. Όσο αναφορά αν η κατάσταση υγείας περιορίζει κάποιες καθημερινές δραστηριότητες στο 24% των φροντιστών περιορίζεται πολύ, στο 74% περιορίζεται λίγο και στο 2% δεν περιορίζεται καθόλου. Τέλος, η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο τις πιο πολλές φορές για το 26%, μερικές φορές για το 12%, όχι συχνά για το 34% και ποτέ για το 28%.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικά	Συμμετέχοντες (n=50)	N	%
Φύλο	Γυναίκες	28	56,0
	Άνδρες	22	44,0
Καταγωγή	Πόλη	34	68,0
	Χωριό	16	32,0
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Αναλφάβητος	3	6,0
	Απόφοιτος Δημοτικού	2	4,0
	Απόφοιτος Γυμνασίου	8	16,0
	Απόφοιτος Λυκείου	11	22,0
	Απόφοιτος ΑΕΙ	18	36,0
	Μεταπτυχιακά	7	14,0
	Διδακτορικό	1	2,0
Κατάσταση Υγείας	Εξαιρετική	11	22,0

	Πολύ καλή	19	38,0
	Καλή	15	30,0
	Μέτρια	3	6,0
	Κακή	2	4,0
Περιορισμός Καθημερινών δραστηριοτήτων	Ναι περιορίζομαι πολύ	12	24,0
	Ναι περιορίζομαι λίγο	37	74,0
	Όχι, δεν περιορίζομαι καθόλου	1	2,0
Σημάδια Εξάντλησης	Τις πιο πολλές φορές	13	26,0
	Μερικές φορές	6	12,0
	Όχι συχνά	17	34,0
	Ποτέ	14	28,0

4.2 Περιγραφική στατιστική

Τον υψηλότερο μέσο όρο τον παρουσίασε το ερωτηματολόγιο της κρίσης στην οικογένεια «f-copes» (Μ.Ο.=3,45 , Τ.Α.=1,47), ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος παρουσιάστηκε στο ερωτηματολόγιο της επιβάρυνσης «Zarit» (Μ.Ο.=1,30, Τ.Α.=1,57). Στον **Πίνακα 2** μπορούμε να δούμε αναλυτικά για όλα τα ερωτηματολόγια.

4.3 Διερεύνηση αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων του εργαλείου όπως παρατηρούμε στον **πίνακα 2** υπολογίστηκε ο συνολικός συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α ο οποίος ήταν καλός με $\alpha=0.80$ και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α για το κάθε ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο της κρίσης στην οικογένεια(f-copes) είχε $\alpha=0.73$, που σημαίνει αποδεκτή αξιοπιστία, το ερωτηματολόγιο για την πνευματικότητα και θρησκευτικότητα στην οικογένεια(SpREUK) είχε $\alpha=0.86$, που σημαίνει, πολύ υψηλή αξιοπιστία, το ερωτηματολόγιο για την επιβάρυνση(Zarit) είχε $\alpha=0.83$, που δείχνει πολύ υψηλή αξιοπιστία και τέλος, το ερωτηματολόγιο που αφορά την

συναισθηματική και κοινωνική κλίμακα μαναξίας είχε $\alpha=0.52$ που δείχνει φτωχή αλλά αποδεκτή αξιοπιστία.

Πίνακας 2: Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Cronbacha των ερωτηματολογίων

Υποκλίμακες	Cronbach α	Mean	Std.Dev.
f-copes	0.73	3.45	1.47
SpREUK	0.86	2.57	1.31
Zarit	0.83	1.30	1.57
Emotional and social loneliness scale	0.52	1.83	1.41
Total	0.80		

4.4 Ανάλυση δεδομένων

Για τη σύγκριση των κοινωνικοψυχολογικών χαρακτηριστικών των μελών των οικογενειών ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα ως προς την κάθε μία από τις παρακάτω συγκρίσεις θέτουμε για διάστημα εμπιστοσύνης το 95% χρησιμοποιώντας τον έλεγχο για δύο ανεξάρτητα δείγματα (T-test) και για παραπάνω από δύο ανεξάρτητα δείγματα ανάλυση διακύμανσης (One – wayANOVA).

Να σημειωθεί επίσης ότι για τον υπολογισμό του κάθε ερωτηματολογίου υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία για το κάθε ένα ξεχωριστά και το συνολικό score όλων.

4.5 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και του φύλου

Όπως διαπιστώνουμε στον **πίνακα 3** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για τα δύο φύλα βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το εργαλείο μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-copes), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes) δε εξαρτάται από το φύλο.

Πίνακας 3: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο για το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια F-copes)

	Άνδρας	Γυναίκα	t	df	p-value
Fcopes_overall	3.34±0.38	3,54±0,40	-1.83	48	0,08

--	--	--	--	--	--

Όπως προσέχουμε στον **πίνακα 4** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για τα δύο φύλα βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το εργαλείο μέτρησης της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK) δε εξαρτάται από το φύλο.

Πίνακας 4: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο για το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK)

	Άνδρας	Γυναίκα	t	df	p-value
SpREUK_overall	2.59±0.61	2,71±0,68	-0.66	48	0,52

Στον **πίνακα 5** θα παρατηρήσουμε ότι από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για τα δύο φύλα βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης (Zarit), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit) δε εξαρτάται από το φύλο.

Πίνακας 5: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο για το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit)

	Άνδρας	Γυναίκα	t	df	p-value
Zarit_overall	1.40±0.65	1,22±0,77	0.86	48	0,40

Όπως προκύπτει στον **πίνακα 6** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για τα δύο φύλα βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale) επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale) δε εξαρτάται από το φύλο.

Πίνακας 6: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο για το εργαλείο της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale)

	Άνδρας	Γυναίκα	t	df	p-value
Emotional_overall	1.91±0.62	1,77±0,35	0.98	48	0,33

--	--	--	--	--	--

Τέλος, από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για τα δύο φύλα βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το συνολικό εργαλείο μέτρησης, επομένως για αυτό τον πληθυσμό το συνολικό εργαλείο δε εξαρτάται από το φύλο (πίνακας 7).

Πίνακας 7: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο για το συνολικό εργαλείο

	Ανδρας	Γυναίκα	t	df	p-value
Total_overall	2.30±0.36	2,31±0,34	-0.03	48	0,97

4.6 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και της καταγωγής

Στον **πίνακα 8** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για τον τόπο καταγωγής βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με p-value=0.00 για το εργαλείο μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-copes), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes) εξαρτάται από την καταγωγή.

Πίνακας 8: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις καταγωγής για το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes)

	Πόλη	Χωριό	t	df	p-value
Fcopes_overall	3.34±0.36	3,68±0,41	-3.03	48	0,00

Στον **πίνακα 9** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για την καταγωγή βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με p-value=0.08 για το εργαλείο μέτρησης της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK) εξαρτάται από την καταγωγή.

Πίνακας 9: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις καταγωγής για το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK)

	Πόλη	Χωριό	t	df	p-value
SpREUK_overall	2.77±0.69	2,42±0,46	1.80	48	0,08

--	--	--	--	--	--

Στον **πίνακα 10** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για την καταγωγή βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης (Zarit), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit) δε εξαρτάται από την καταγωγή.

Πίνακας 10: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις καταγωγής για το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit)

	Πόλη	Χωριό	t	df	p-value
Zarit_overall	1.37±0.78	1,15±0,54	1.04	48	0,31

Στον **πίνακα 11** από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για την καταγωγή βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale) , επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale) δε εξαρτάται από την καταγωγή.

Πίνακας 11: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις καταγωγής για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale)

	Πόλη	Χωριό	t	df	p-value
Emotional_overall	1.80±0.51	1,90±0,44	-0.70	48	0,49

Τέλος, από τον έλεγχο t-test που πραγματοποιήθηκε για την καταγωγή βρέθηκε ότι οι μέσοι όροι δε διαφέρουν για το συνολικό εργαλείο μέτρησης , επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το συνολικό εργαλείο δε εξαρτάται από την καταγωγή.

Πίνακας 12: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά καταγωγή για το συνολικό εργαλείο.

	Πόλη	Χωριό	t	df	p-value
Total_overall	2.32±0.39	2,29±0,21	0.29	48	0,77

4.7 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με $p\text{-value}=0.01$ για το εργαλείο μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-copes) , επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes), εξαρτάται από τον εκπαιδευτικό επίπεδο (πίνακας 13) .

Πίνακας 13: ANOVA εκπαιδευτικό επίπεδο για το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes)

	F	p-value
Fcopes_overall	3.09	0,01

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK) , επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK), δεν εξαρτάται από τον εκπαιδευτικό επίπεδο (πίνακας 14).

Πίνακας 14: ANOVA εκπαιδευτικό επίπεδο για το το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK)

	F	p-value
SpREUK_overall	0.78	0,59

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-wayANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης (Zarit) , επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit) δεν εξαρτάται από τον εκπαιδευτικό επίπεδο (**πίνακας 15**).

Πίνακας 15: ANOVA εκπαιδευτικό επίπεδο για το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit)

	F	p-value
Zarit_overall	0.56	0,76

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-wayANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με $p\text{-value}=0.04$ το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale) εξαρτάται από τον εκπαιδευτικό επίπεδο (**πίνακας 16**).

Πίνακας 16: ANOVA εκπαιδευτικό επίπεδο για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακας μοναξιάς (emotional and social loneliness scale)

	F	p-value
Emotional_overall	2.52	0,04

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-wayANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το συνολικό εργαλείο μέτρησης, επομένως για αυτό τον πληθυσμό το συνολικό εργαλείο δεν εξαρτάται από τον εκπαιδευτικό επίπεδο (**πίνακας 17**).

Πίνακας 17: ANOVA εκπαιδευτικό επίπεδο για το συνολικό εργαλείο

	F	p-value
Total_overall	0.89	0,51

4.8 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και η κατάσταση υγείας

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για την κατάσταση υγείας παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με $p\text{-value}=0.00$ για το εργαλείο μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-copes), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes) εξαρτάται από την κατάσταση υγείας (**πίνακας 18**).

Πίνακας 18: ANOVA κατάσταση υγείας για το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes)

	F	p-value
F-copes_overall	4.96	0,00

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για την κατάσταση υγείας παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με $p\text{-value}=0.00$ για το εργαλείο μέτρησης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (SpREUK), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (SpREUK) εξαρτάται από την κατάσταση υγείας (**πίνακας 19**).

Πίνακας 19: ANOVA κατάσταση υγείας για το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK)

	F	p-value
SpREUK_overall	5.33	0,00

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για την κατάσταση υγείας δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης (Zarit), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit) δεν εξαρτάται από την κατάσταση υγείας (**πίνακας 19**).

Πίνακας 19: ANOVA κατάσταση υγείας για το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit)

	F	p-value
Zarit_overall	0.61	0,66

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για την κατάσταση υγείας παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με $p\text{-value}=0.01$ για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα

μοναξίας (emotional and social loneliness scale), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξίας (emotional and social loneliness scale) εξαρτάται από την κατάσταση υγείας (**πίνακας 20**).

Πίνακας 20: ANOVA κατάσταση υγείας για το εργαλείο της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξίας (emotional and social loneliness scale)

	F	p-value
Emotional_overall	3.77	0,01

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν την κατάσταση υγείας παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με $p\text{-value}=0.00$ μεταξύ των ομάδων για το συνολικό εργαλείο μέτρησης, επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το συνολικό εργαλείο εξαρτάται από την κατάσταση υγείας (**πίνακας 21**).

Πίνακας 21: ANOVA κατάσταση υγείας για το συνολικό εργαλείο

	F	p-value
Total_overall	4.43	0,00

4.9 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και ο περιορισμός της καθημερινότητας

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τον περιορισμό στην καθημερινότητα δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-copes), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes) δεν εξαρτάται από τον περιορισμό στην καθημερινότητα (**πίνακας 22**).

Πίνακας 22: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes)

	F	p-value
Fcopes_overall	0.19	0,83

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που

εξετάστηκαν για τον περιορισμό στην καθημερινότητα δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (SpREUK), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (SpREUK) δεν εξαρτάται από τον περιορισμό στην καθημερινότητα (**πίνακας 22**)

Πίνακας 22: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK)

	F	p-value
SpREUK_overall	1.49	0,24

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τον περιορισμό στην καθημερινότητα δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης (Zarit), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit) δεν εξαρτάται από τον περιορισμό στην καθημερινότητα (**πίνακας 23**).

Πίνακας 23: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit)

	F	p-value
Zarit_overall	1.98	0,15

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τον περιορισμό στην καθημερινότητα παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με $p\text{-value}=0.04$ μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξιάς (emotional and social loneliness scale), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξιάς (emotional and social loneliness scale) εξαρτάται από τον περιορισμό στην καθημερινότητα (**πίνακας 24**).

Πίνακας 24: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξιάς (emotional and social loneliness scale)

	F	p-value
Emotional_overall	3.42	0,04

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-wayANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τον περιορισμό στην καθημερινότητα παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με $p\text{-value}=0.06$ μεταξύ των ομάδων για το συνολικό εργαλείο μέτρησης, επομένως για αυτό τον πληθυσμό το συνολικό εργαλείο εξαρτάται από τον περιορισμό στην καθημερινότητα (**πίνακας 24**).

Πίνακας 24: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το συνολικό εργαλείο

	F	p-value
Total_overall	2.96	0,06

4.10 Διαφοροποιήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ των φροντιστών που ερωτήθηκαν του δείγματος και τα σημάδια εξάντλησης.

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τα σημάδια εξάντλησης δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-copes), επομένως για αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes) δεν εξαρτάται από τα σημάδια εξάντλησης (**πίνακας 25**).

Πίνακας 25: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο της κρίσης στην οικογένεια (F-copes).

	F	p-value
Fcopes_overall	0.09	0,97

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τα σημάδια εξάντλησης δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας

(SpREUK), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (SpREUK) δεν εξαρτάται από τα σημάδια εξάντλησης (πίνακας 26).

Πίνακας 26: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (SpREUK)

	F	p-value
SpREUK_overall	0.69	0,56

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τα σημάδια εξάντλησης παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με $p\text{-value}=0.08$ μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης (Zarit), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit) εξαρτάται από τα σημάδια εξάντλησης (πίνακας 27).

Πίνακας 27: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο της επιβάρυνσης (Zarit)

	F	p-value
Zarit_overall	2.44	0,08

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-way ANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τα σημάδια εξάντλησης παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με $p\text{-value}=0.07$ μεταξύ των ομάδων για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξιάς (emotional and social loneliness scale), επομένως γι αυτό τον πληθυσμό το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξιάς (emotional and social loneliness scale), εξαρτάται από τα σημάδια εξάντλησης (πίνακας 28).

Πίνακας 28: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής κλίμακα μοναξιάς (emotional and social loneliness scale).

	F	p-value
Emotional_overall	2.50	0,07

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς (One-wayANOVA) λόγω των πολλαπλών ομάδων που εξετάστηκαν για τα σημάδια εξάντλησης δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για το συνολικό εργαλείο μέτρησης, επομένως για αυτό τον πληθυσμό το συνολικό εργαλείο δεν εξαρτάται από τα σημάδια εξάντλησης (πίνακας 29).

Πίνακας 29: ANOVA περιορισμός καθημερινότητας για το συνολικό εργαλείο

	F	p-value
Total_overall	1.38	0,26

5.Συζήτηση

Στα πλαίσια αυτής της μελέτης έγινε προσπάθεια έκθεσης με ποιον τρόπο και πόσο οι φροντιστές των ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα επιβαρύνονται από την παροχή φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάστηκε το προφίλ των φροντιστών ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα στην περιοχή του νομού Λαρίσης. Βρέθηκε ότι το υψηλότερο ποσοστό των φροντιστών είναι γυναίκες με 56%, το μεγαλύτερο ποσοστό ζει σε πόλη με 68% και οι περισσότεροι από τους φροντιστές είναι απόφοιτοι ΑΕΙ με ποσοστό 36%. Όσο αναφορά τη κατάσταση της υγείας τους το 38% βρίσκεται σε καλή κατάσταση, το 74% περιορίζεται σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες ενώ τα σημάδια εξάντλησης των τελευταίων 4 εβδομάδων δεν είναι συχνά για το 34%. Έγινε σύγκριση των κοινωνικοψυχολογικών χαρακτηριστικών των μελών των οικογενειών ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα στην κλίμακα της οικογενειακής κρίσης και παρατηρείται ότι δεν υπάρχει διαφορά ως προς το φύλο, τον περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων και στα σημάδια εξάντλησης, ενώ, υπάρχουν διαφορές ως προς την καταγωγή, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την κατάσταση της υγείας. Στην κλίμακα της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας παρατηρούνται διαφορές όσο αναφορά την καταγωγή και την κατάσταση υγείας, ενώ, δεν υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων και τα σημάδια εξάντλησης. Παρατηρούμε, επίσης, ότι στην κλίμακα της επιβάρυνσης υπάρχουν διαφορές μόνο ως προς τα σημάδια εξάντλησης. Τέλος, στην κλίμακα συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς παρατηρούνται διαφορές στην κατάσταση της υγείας, στον περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων και στα σημάδια εξάντλησης και δεν έχουν παρατηρηθεί διαφορές ως προς το φύλο, την καταγωγή και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Παρά τις διαφορές μεταξύ των χωρών, οι μελέτες που διεξάγονται σε διάφορα μέρη του κόσμου παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα. Αρκετές μελέτες ανέφεραν ότι η εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων και η πορεία της νόσου παράγουν σημαντικό επίπεδο επιβάρυνσης. Η υγεία των φροντιστών επιδυνώνεται σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση πολλών προβλημάτων όπως είναι το

άγχος, το stress και η κατάθλιψη. Μια ανασκόπηση στη βιβλιογραφία της φροντίδας επικεντρώνεται στις σχέσεις ανάμεσα στο βάρος των φροντιστών και της κατάθλιψης. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το βάρος των φροντιστών και η κατάθλιψη είναι σχεδόν συνώνυμα. Έχοντας τον ρόλο του φροντιστή συνδέεται άμεσα με μεγάλο βάρος. Αντίστροφα, όμως, ένα σωστό περιβάλλον υποστήριξης στην οικογένεια, μια καλύτερη οικογενειακή συμφωνία και μια μεγαλύτερη αυτο-αποτελεσματικότητα διαχείρισης της φροντίδας μπορούν να συνδεθούν με χαμηλότερη επιβάρυνση.

Οι παρεμβάσεις για την μείωση του βάρους του φροντιστή μπορούν να είναι πιο αποτελεσματικές εάν περιλαμβάνουν προσεγγίσεις που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την οικογενειακή υποστήριξη, την βελτίωση της οικογενειακής συμφωνίας και την αύξηση της αυτοπεποίθησης των φροντιστών.

Οι παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής υγειονομικής περίθαλψης για τους ψυχικά ασθενείς πρέπει να υιοθετεί ως έναν από τους στόχους τους τη μείωση των επιπτώσεων του κοινωνικού στιγματισμού, την ενημερωμένη από την προοπτική του «τι έχει σημασία» στην αίσθηση της αξίας και την κοινωνική αποδοχή των ανθρώπων στο τοπικό τους πλαίσιο.

Τέλος, αν και η διαχείριση των ασθενών με ψυχωσικά προβλήματα δεν είναι πάντα εφικτή στο περιβάλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο τομέας αυτός μπορεί να παρέχει σημαντικές υπηρεσίες στους ασθενείς. Ο εντοπισμός και η παραπομπή νέων περιπτώσεων ψυχωσικών συμπτωμάτων, η φροντίδα της σωματικής υγείας των ασθενών και η συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ένα μέρος του πολυδιάστατου ρόλου των επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην φροντίδα των ασθενών με ψυχωσικά προβλήματα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Isabela M.M. Lima, Andrew D. Peckham, Sheri L. Johnson, Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion, 2017 Nov 21.
2. Locke AB , Kirst N , Shultz CG , Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults, 2015 May 1;91(9):617-24.
3. Shubhangi R. Parkar , Elderly Mental Health: Needs , 2015 Jan-Dec; 13(1): 91–99.
4. Alejandra Caqueo-Urizar, José Gutiérrez-Maldonado, and Claudia Miranda-Castillo, Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review, Health Qual Life Outcomes. 2009; 7: 84.Published online 2009 Sep 11.
5. Barbara Given, Ph.D., R.N., F.A.A.N., University Distinguished Professor, Gwen Wyatt, Ph.D., R.N, Associate Professor, Charles Given, Ph.D, Professor, Audrey Gift, Ph.D., R.N., F.A.A.N, Professor and Associate Dean, P. Sherwood, Ph.D.-c, R.N, C.N.R.N, Doctoral Candidate, Danielle DeVoss, Ph.D., Assistant Professor, and Mohammad Rahbar, Ph.D., Biostatistician, Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life, Oncol Nurs Forum. Author manuscript; available in PMC 2005 Dec 15.Published in final edited form as:Oncol Nurs Forum. 2004 Nov 16; 31(6): 1105–1117.Published online 2004 Nov 16.
6. Mirja Koschorke, R. Padmavati, Shuba Kumar, Alex Cohen, Helen A. Weiss, Sudipto Chatterjee, Jesina Pereira, Smita Naik, Sujit John, Hamid Dabholkar, Madhumitha Balaji, Animish Chavan, Mathew Varghese, R. Thara, Vikram Patel,ⁿand Graham Thornicroft , Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India, Soc Sci Med. 2017 Apr; 178: 66–77.
7. Murray PS , Kumar S , Demichele-Sweet MA , Sweet RA . Psychosis in Alzheimer's disease. 2014 Apr 1;75(7):542-52.biopsych.2013.08.020. Epub 2013 Oct 6.

8. Chan V. Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. 2017 Apr;26(2):341-366. doi: 10.1016/j.chc.2016.12.014.
9. Tschacher W, Giersch A, Friston K. Embodiment and Schizophrenia: A Review of Implications and Applications. . 2017 Jul 1;43(4):745-753. doi: 10.1093/schbul/sbw220.
10. Tondo L, Vázquez GH , Baldessarini RJ. Depression and Mania in Bipolar Disorder. 2017 Apr;15(3):353-358. doi: 10.2174/1570159X14666160606210811.
11. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. 2017 Apr 30;51(2):169-195. doi: 10.12740/PP/69660. Epub 2017 Apr 30.
12. Al-Diwani AAJ, Pollak TA, Irani SR, Lennox BR Psychosis: an autoimmune disease? 2017 Nov;152(3):388-401. doi: 10.1111/imm.12795. Epub 2017 Aug 3.
13. Addington J, Addington D, Abidi S, Raedler T, Remington G. Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. 2017 Sep;62(9):656-661. doi: 10.1177/0706743717719895. Epub 2017 Jul 21.
14. Sampogna G ICD-11 - Draft diagnostic guidelines for mental disorders: A report for WPA Membership. 2017 Jun 18;51(3):397-406. doi: 10.12740/PP/73721. Epub 2017 Jun 18.
15. Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. 2017 Sep;62(9):662-672. doi: 10.1177/0706743717719900.
16. Sullivan S, Northstone K, Gadd C, Walker J, Margelyte R, Richards A, Whiting P Models to predict relapse in psychosis: A systematic review. 2017 Sep 21;12(9):e0183998. doi: 10.1371/journal.pone.0183998. eCollection 2017
17. Veling W, Sommer IEC, Bruggeman R, de Haan L. [Personalised medicine for psychosis]. Tijdschr Psychiatr. 2018;60(3):161-165.

18. Θεodorής Π. Δασκαλόπουλος, Copyright 2006 - 2019, Η έννοια της ψυχικής ασθένειας, Πρόσβαση στις 10 Μαρτίου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html

19. World Health Organization, Mental Health, Schizophrenia, Πρόσβαση στις 10 Μαρτίου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

20. American psychiatric association, What Is Schizophrenia?, Πρόσβαση στις 9 Μαρτίου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>

21. Chan V, Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth, 2017 Apr;26(2):341-366

22. National institute of mental health, Bipolar disorder, Πρόσβαση στις 16 Μαρτίου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>

23. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems World Health Organization 2009

24. World Health Organization, icd-10, Πρόσβαση στις 10 Μαρτίου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/F41>

25. Αντώνιος Μ. Πολίτης, Ψυχική Υγεία *Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί, Ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία*, 2011, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών(Ε.Ι.Ε.)

26. World Health Organization, icd-10, Πρόσβαση στις 5 Μαΐου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

27. Alzheimer Diseases International Πρόσβαση στις 5 Μαΐου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.alz.co.uk/about-dementia>

28. Bystad M, Pettersen K, Grønli OK. [Depression or Alzheimer-type dementia?] Tidsskr Nor Laegeforen. 2014 Mar 11;134(5):525-8. doi: 10.4045/tidsskr.13.0364. eCollection 2014 Mar 11.
29. Πλατή Χρυσάνθη Γεροντολογική νοσηλευτική Αθήνα 2018 Έκδοση Η Αναθεωρημένη
30. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G⁴, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. Clin Interv Aging. 2017 Apr 21;12:709-720. doi: 10.2147/CIA.S113576. eCollection 2017.
31. Millier A , Schmidt U , Angermeyer MC , Chauhan D , Murthy V , Toumi M , Cadi-Soussi N ⁷, Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. 2014 Jul;54:85-93
32. Casado B, Sacco P, Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans, 2012 May;67(3):331-6
33. Stacy Hodgkinson, PhD, Leandra Godoy, PhD, Lee Savio Beers, MD, and Amy Lewin, PsyD^b, Improving Mental Health Access for Low-Income Children and Families in the Primary Care Setting, 017 Jan; 139(1)
34. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group, Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, 2009 Jan 31;373(9661):408-15
35. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, Sullivan G, Mental health stigma and primary health care decisions, 2014 Aug 15;218(1-2):35-8.
36. Nayelhi Saavedra Solano Shoshana Berenzon Gorn Jorge Galván Reyes, Mental health and primary care in Mexico. Opportunities and challenges, , April 2016, Pages 258-264 April 2016, Pages 258-264
37. Β. Περιτογιάννης, Χ. Ληξουριώτης, Β. Μαυρέας, *Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(4):446-453
38. Carlos Augusto de Mendonça Lima, Gabriel Ivbijaro, Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges, 2013 Sep; 10(3): 125–127.

39. Patel V, Prince M, Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India, 2001 Jan;31(1):29-38.
40. Raymond L. Ownby, MD, PhD, MBA, Elizabeth Crocco, MD, Amarelis Acevedo, PhD, Vineeth John, MD, and David Loewenstein, PhD, Depression and Risk for Alzheimer Disease, 2006 May; 63(5): 530–538.
41. Panagiotis Zis, Argyro Daskalaki, Iliia Bountouni, Panagiota Sykioti, Giustino Varrassi, and Antonella Paladini , Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges, 2017; 12: 709–720.
42. Laura B. Zahodne, BS, Graduate Student and Hubert H. Fernandez, MD, Director, A Review of the Pathophysiology and Treatment of Psychosis in Parkinson’s Disease, 2008; 25(8): 665–682.
43. Στυλιανή Κοτρώτσιου, Θεοδόσιος Παραλίκας, Ιωάννα Παπαθανασίου, Ελένη Λαχανά, Γεωργία Κυπαρίση, Ανδρέας Ριζούλης ,
Η έννοια της φροντίδας, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο , Ιανουάριος – Μάρτιος 2008
44. Palmstierna T, Personality disorders, violence and criminal behaviour, 2016 Dec 6;113.
45. Andrea Amerio , Suicide Risk in Comorbid Bipolar Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review, 019 Mar-Apr; 41(2): 133–137.
46. Parellada M, Gomez-Vallejo S, Burdeus M, Arango C , Developmental Differences Between Schizophrenia and Bipolar Disorder, 2017 Oct 21;43(6):1176-1189
47. Locke AB, Kirst N, Shultz CG, Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults, 2015 May 1;91(9):617-24.
48. Lisa Ekselius, Personality disorder: a disease in disguise, 2018 Dec; 123(4): 194–204.
49. Jennifer H. French; Sangam Shrestha, Histrionic Personality Disorder, May 15, 20

50. Leonardo Tondo, Gustavo H. Vázquez, and Ross J. Baldessarini , Depression and Mania in Bipolar Disorder, 2017 Apr; 15(3): 353–358.