



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ψυχωσικών ασθενών και της σχέσης τους με τη διάρκεια νοσηλείας

ΒΕΛΕΛΕΚΟΥ ANNA (Α.Μ.) 7018047

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φραδέλος Ευάγγελος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Επιβλέπων
Παπαθανασίου Ιωάννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής
Τσάρας Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



**An investigation of the psychosocial characteristics of patients
with psychotic disorders and their relationship with the duration
of hospitalization**

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	7
Περίληψη.....	8
Summary	9
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1 ^ο -Γενικό Μέρος.....	12
1.1 Ψυχική υγεία και ψυχική νόσος	12
1.2 Ψυχικές διαταραχές και Ψυχωτικές διαταραχές-Επιδημιολογικά στοιχεία.....	14
1.3 Ορισμός ψυχώσεων και ταξινόμησή τους.....	15
1.3.1 Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας.....	17
1.3.2 Παραληρητική διαταραχή	18
1.3.3 Βραχεία ψυχωτική διαταραχή	19
1.3.4 Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή	20
1.3.5 Σχιζοφρένεια.....	20
1.3.6 Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.....	22
1.3.7 Δευτερογενείς ψυχωτικές διαταραχές	22
1.3.8 Κατατονία.....	23
1.3.9 Σύνδρομο εξασθενημένης ψύχωσης.....	24
1.4 Θεραπεία ψύχωσης.....	24
1.5 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τις ψυχωτικές διαταραχές.....	25
1.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων	27
Κεφάλαιο 2ο -Ειδικό μέρος.....	29
2.1 Σχεδιασμός.....	29
2.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	29
2.3 Δείγμα της έρευνας.....	29
2.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	30
2.4.1 ΝΕΟ Ερωτηματολόγιο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας (NEO-FFI).....	30
2.4.2 Κλίμακα Κόνορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC25)	31
2.4.3 Πολυδιάστατη Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS).....	31
2.4.4 Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS).....	32
2.4.5 Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF)	32
2.5 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	32

2.6	Στατιστική μεθοδολογία.....	33
2.7	Αποτελέσματα της έρευνας.....	34
2.7.1	Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	34
2.7.2	Περιγραφική Στατιστική	36
2.8	Συζήτηση.....	86
2.9	Συμπεράσματα.....	91
	Βιβλιογραφία.....	93
	Παράρτημα: Άδεια διεξαγωγής έρευνας.....	102

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά	34
Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά νοσηλείας.....	35
Πίνακας 3: Περιγραφικά Μέτρα για την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου.....	36
Πίνακας 4: Περιγραφικά Μέτρα για το NEO Five Factor Inventory.....	38
Πίνακας 5: Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης.....	42
Πίνακας 6: Περιγραφικά μέτρα για την κλίμακα ανθεκτικότητας.....	43
Πίνακας 7: Συσχέτιση Θετικής υποκλίμακας.....	46
Πίνακας 8: Συσχέτιση Αρνητικής υποκλίμακας.....	47
Πίνακας 9: Συσχέτιση Γενική υποκλίμακας.....	47
Πίνακας 10: Συσχέτιση Νευρωτισμού.....	48
Πίνακας 11: Συσχέτιση Εξωστρέφειας.....	48
Πίνακας 12: Συσχέτιση Καινοτομίας / Εφευρετικότητας.....	49
Πίνακας 13: Συσχέτιση Προσήνεια / Συμπόνια.....	49
Πίνακας 14: Συσχέτιση Ευσυνειδησία.....	50
Πίνακας 15: Συσχέτιση Οικογένειας.....	50
Πίνακας 16: Συσχέτιση Φίλοι.....	51
Πίνακας 17: Συσχέτιση Σημαντικοί.....	51
Πίνακας 18: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με φύλο.....	52
Πίνακας 19: Συσχέτιση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με ηλικία.....	52
Πίνακας 20: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με οικογενειακή κατάσταση.....	53
Πίνακας 21: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με διαμονή στο σπίτι.....	53
Πίνακας 22: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με εκπαιδευτικό επίπεδο.....	54
Πίνακας 23: Συσχέτιση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας.....	55
Πίνακας 24: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με νοσηλεία στο παρελθόν.....	56

Πίνακας 25: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με αριθμό προηγούμενων νοσηλειών.....	56
Πίνακας 26: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με Διάρκεια ασθένειας.....	57
Πίνακας 27: Σύγκριση Εξωστρέφειας με ύπαρξη προβλημάτων υγείας.....	58
Πίνακας 28: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με είδος νοσηλείας.....	58
Πίνακας 29: Σύγκριση Θετικής υποκλίμακας με Κλινοστατισμό.....	58
Πίνακας 30: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με ημέρες Κλινοστατισμού.....	59
Πίνακας 31: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με Επισκεπτήριο.....	59
Πίνακας 32: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με Συχνότητα Επισκεπτηρίου.....	60
Πίνακας 33: Γραμμικό Μοντέλο Θετικής υποκλίμακας.....	61
Πίνακας 34: Γραμμικό Μοντέλο Αρνητικής υποκλίμακας.....	63
Πίνακας 35: Γραμμικό Μοντέλο Γενικής υποκλίμακας.....	64
Πίνακας 36: Γραμμικό Μοντέλο Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας.....	65
Πίνακας 37: Γραμμικό Μοντέλο Νευρωτισμού.....	67
Πίνακας 38: Γραμμικό Μοντέλο Εξωστρέφειας.....	69
Πίνακας 39: Γραμμικό Μοντέλο Δεκτικότητα στις εμπειρίες.....	70
Πίνακας 40: Γραμμικό Μοντέλο Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα.....	71
Πίνακας 41: Γραμμικό Μοντέλο Ευσυνειδησίας.....	73
Πίνακας 42: Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια.....	75
Πίνακας 43: Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους.....	77
Πίνακας 44: Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους.....	79
Πίνακας 45: Γραμμικό Μοντέλο Ανθεκτικότητας.....	81
Πίνακας 46: Γραμμικό Μοντέλο Διάρκειας τρέχουσας νοσηλείας(a).....	83
Πίνακας 47 : Γραμμικό Μοντέλο Διάρκειας τρέχουσας νοσηλείας(b).....	85

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος στην «Ψυχική Υγεία» του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ως την ελάχιστη δυνατή μνεία, οφείλω να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Ιδιαίτερα επιθυμώ να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και επιβλέποντα την παρούσα διπλωματική εργασία, κ. Φραδέλο Ευάγγελο, για την πολύτιμη υποστήριξή του, για όλες τις υποδείξεις και συμβουλές του που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας καθώς και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στην εκπόνησή της.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην κ. Παπαθανασίου Ιωάννα και στον κ. Τσάρα Κωνσταντίνο που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής εργασίας καθώς και για τις χρήσιμες υποδείξεις και τις εύστοχες παρατηρήσεις τους στο σύνολο της διπλωματικής μου εργασίας.

Νιώθω επιπλέον υποχρεωμένη έναντι του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, το οποίο ενέκρινε τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, καθώς επίσης και έναντι του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου και κυρίως έναντι του Δρ Δημόπουλου Νικόλαου της κλινικής «Αγία Μαρκέλλα», για την ευγενική βοήθεια που μου προσέφεραν κατά την διαδικασία συγκέντρωσης του μεγάλου όγκου των πρωτογενών δεδομένων της εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος συνοδεύονται από υψηλά επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας και σχετίζονται με ακραία προσωπική δυσφορία και υψηλό κοινωνικό κόστος. Δεδομένου του υψηλού ποσοστού των ημερών νοσηλείας και του υψηλού κόστους που συνδέεται με τη φροντίδα των ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές, η καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν τη διάρκεια νοσηλείας του πληθυσμού αυτού είναι επιτακτική.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ψυχωσικών ασθενών, νοσηλευόμενων σε δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, και της σχέσης των χαρακτηριστικών αυτών με τη διάρκεια νοσηλείας.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης στην οποία συμμετείχαν 103 ψυχωσικοί ασθενείς. Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία, προσαρμοσμένα στην ελληνική πραγματικότητα: ΝΕΟ Ερωτηματολόγιο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας (NEO-FFI), Κλίμακα Κόνωρ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC25), Πολυδιάστατη Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS), Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANS S), Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF) και ένα και ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας λογισμικό SPSS v.25.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 40,7 ημέρες. Στους παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη διάρκεια νοσηλείας, στο συνολικό δείγμα, περιλαμβάνονται ο αριθμός προηγούμενων νοσηλείων ($p=0,010$) και το είδος της νοσηλείας ($p=0,017$), ο κλινοστατισμός ($p=0,043$) και οι ημέρες κλινοστατισμού ($p=0,002$) ύπαρξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και συγκεκριμένα η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους ($p=0,018$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα εργασία τονίζει και υποστηρίζει τη σημασία ενός πλήθους ψυχοκοινωνικών μεταβλητών για την πρόβλεψη της διάρκειας νοσηλείας ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές. Τέτοιου είδους πληροφορίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη ασθενών με αυξημένο κίνδυνο για μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, αλλά και για το σχεδιασμό κατάλληλων υπηρεσιών και παρεμβάσεων προκειμένου να μειωθεί η διάρκεια νοσηλείας και το κόστος τους.

Λέξεις κλειδιά: Ψύχωση, διάρκεια νοσηλείας, προγνωστικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Summary

Introduction: Psychotic spectrum disorders are accompanied by high levels of morbidity and mortality are associated with extreme personal discomfort and high social costs. Given the very high rate for days of hospitalization for the psychotic patients and the high cost for treating psychotic illnesses, a better understanding of the factors that determine the length of hospital stay in this population is imperative.

Purpose: The purpose of the present study is to investigate the psychosocial characteristics of patients admitted to a public psychiatric hospital with psychotic illness, and the relationship between these characteristics and the duration of hospitalization.

Material and methods: This is a cross-sectional and correlation study. A total of 103 psychotic patients were enrolled in this study. The following instruments, adapted to the Greek reality, were used: NEO-Five Factor Inventory, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC25), Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning scale (GAF) and a questionnaire for assessing the socio demographic characteristics of a population. All statistical analysis was performed using SPSS v.25.

Results: The median length of stay was 40,7 days. Factors found to be significantly associated with length of stay in the overall sample include number of previous admissions ($p=0,010$) and type of admission (compulsory or voluntary)($p=0,017$), bed rest ($p=0,043$) and duration of bed rest ($p=0,002$) existence of social support networks and in particular social support from friends ($p=0,018$).

Conclusions: The present work highlights and supports the importance of a range of psychosocial variables for predicting the length of stay for patients with psychotic disorders. Such information could be used to predict patients at increased risk for longer length of stay but also for designing appropriate services and interventions, in order to reduce their length of stay and cost.

Keywords: Psychosis, Length of stay, Predictors, Psychosocial factors

Εισαγωγή

Οι διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος όπως η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διπολική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά αποτελούν ασθένειες που συνοδεύονται από υψηλά επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας (Breitborde et al., 2017), ενώ σχετίζονται επίσης με ακραία προσωπική δυσφορία και υψηλό κοινωνικό κόστος (Bessaha et al., 2017).

Υπό τα συνηθισμένα συστήματα φροντίδας, οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από επανειλημμένες συμπτωματικές υποτροπές, αυξημένα ποσοστά ψυχιατρικών συνοσηρότητων, μειωμένους ρυθμούς συμμετοχής σε ανταγωνιστικές επαγγελματικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες, σοβαρά ελλείμματα στις γνωστικές ικανότητες, αυξημένα ποσοστά θανάτων από αυτοκτονίες τα οποία είναι ως 12 φορές υψηλότερα συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό, καθώς και μειωμένο προσδόκιμο ζωής κατά 25 έτη κυρίως λόγω καρδιαγγειακών, μολυσματικών και πνευμονικών ασθενειών (Breitborde et al., 2017).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες παρουσιάζεται μια τάση μετατόπισης της παροχής της φροντίδας της ψυχικής υγείας από τον εγκλεισμό στα ψυχιατρικά ιδρύματα σε κοινοτικό επίπεδο. Ειδικότερα, επειδή η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί την πιο δαπανηρή συνιστώσα των ψυχιατρικών υπηρεσιών ασκείται ολοένα μεγαλύτερη πίεση προς τους κλινικούς ιατρούς για μείωση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών. Παρόλα αυτά μια ανησυχία σχετιζόμενη με τη μικρότερη διάρκεια νοσηλείας και την πρόωρη έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο αποτελεί η αναμενόμενη αύξηση των ποσοστών επανεισδοχής των ασθενών, αν και κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι μια σύντομη διάρκεια νοσηλείας δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και υποτροπή σε όλους τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, η παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο μπορεί να είναι αντιθεραπευτική, να αποδυναμώνει την κοινωνική στήριξη και να απειλεί τις συνθήκες διαβίωσης και τη συνεχή απασχόληση των ασθενών (Gopalakrishna et al., 2015).

Δεδομένου του υψηλού ποσοστού των ημερών νοσηλείας και του υψηλού κόστους που συνδέεται με τη φροντίδα των ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές, η καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών αυτών είναι επιτακτική για τον σχεδιασμό συστημάτων πληρωμών (Jacobs et al., 2015).

Όσον αφορά τη διάρκεια νοσηλείας, έχει παρατηρηθεί ότι η διάρκεια νοσηλείας για ορισμένους ασθενείς τείνει να είναι πιο μακροχρόνια συγκριτικά με άλλους ασθενείς (Gopalakrishna et al., 2015). Παρά όμως τη σημασία της νοσοκομειακής φροντίδας για τα συστήματα ψυχικής υγείας και τους διαγνωσθέντες με ψυχωσική διαταραχή, ελάχιστες έρευνες έχουν τεκμηριώσει τόσο τους σχετιζόμενους με το άτομο όσο και τους νοσοκομειακούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια της νοσηλείας. Μεταξύ των παραγόντων που έχουν συσχετιστεί με τη διάρκεια της νοσηλείας συμπεριλαμβάνονται κλινικοί παράγοντες, όπως οι γενικές ιατρικές συνοσηρότητες, η ηλικία και η σοβαρότητα της νόσου,

προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως η ασφάλιση και το καθεστώς στέγασης, αλλά και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η φυλή και η εθνικότητα(Bessaha et al., 2017). Όσον αφορά τη σχέση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τη διάρκεια νοσηλείας, μελέτη των Chen et al. (2017) κατέδειξε ότι οι ασθενείς που ήταν παντρεμένοι ή είχαν σύντροφο είχαν μικρότερης διάρκειας νοσηλείας κατά 27,6 ημέρες και κατά 1,6 ημέρες στα ψυχιατρικά και γενικά νοσοκομεία αντίστοιχα. Ακόμα, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με επίπεδο εκπαίδευσης γυμνασίου ή υψηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας είχαν μικρότερη διάρκεια νοσηλείας κατά 29,2 ημέρες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και κατά 0,6 ημέρες στα γενικά νοσοκομεία. Εκτίμησαν ακόμα ότι οι ασθενείς που είχαν κάποια απασχόληση παρέμεναν 58,1 ημέρες λιγότερες στα ψυχιατρικά ή 4,6 ημέρες λιγότερες στα γενικά νοσοκομεία(Chen et al., 2017).

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα άλλων μελετών για τη διερεύνηση των κοινωνικοδημογραφικών εκείνων χαρακτηριστικών που σχετίζονται με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και οι οποίες διαπίστωσαν ότι στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται το να είναι κάποιος άγαμος ή ελεύθερος, το να έχει προβλήματα στέγασης, το να είναι ασφαλισμένος στο εθνικό σύστημα υγείας ή να είναι δικαιούχος προνοιακών παροχών. Από την άλλη αντικρουόμενα ήταν τα αποτελέσματα μελετών αναφορικά με την επίδραση της ηλικίας, της ύπαρξης οικογενειακών δεσμών και κοινωνικής υποστήριξης καθώς και του φύλου, με άλλες μελέτες να διαπιστώνουν μεγαλύτερη και άλλες μικρότερη διάρκεια νοσηλείας σε μετανάστες, σε άτομα μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, σε άρρενες ασθενείς και σε ασθενείς που διέθεταν οικογενειακούς δεσμούς και ελάμβαναν κοινωνική υποστήριξη(Jacobs et al., 2015).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω η παρούσα μελέτη θα επιχειρήσει να διερευνήσει τη σχέση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ψυχωτικών ασθενών με τη διάρκεια νοσηλείας και να σκιαγραφήσει το προφίλ των ασθενών αυτών. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την παρούσα έρευνα προσδοκούμε πως θα συμβάλλουν στην κατανόηση των καθοριστικών για τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών αυτών παραγόντων στην χώρα μας, δεδομένου ότι οι περισσότερες μελέτες που αφορούν το συγκεκριμένο ζήτημα έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό και ιδίως στις ΗΠΑ(Newman et al., 2018).

Επιπρόσθετα, θεωρούμε ότι ο εντοπισμός και η αναγνώριση των παραγόντων εκείνων που σχετίζονται με τη διάρκεια νοσηλείας των ψυχωτικών ασθενών θα συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, ενώ μπορεί και να συμβάλλει και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων με σκοπό την ταχύτερη σταθεροποίηση και έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, την απελευθέρωση των αναγκαίων ψυχιατρικών κλινών και τη μείωση των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης(Barnett et al., 2019).

Κεφάλαιο 1^ο -Γενικό Μέρος

1.1 Ψυχική υγεία και ψυχική νόσος

Ένα σημαντικό εμπόδιο για την ενσωμάτωση των πρωτοβουλιών για την ψυχική υγεία σε παγκόσμια προγράμματα υγείας και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί η έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της ψυχικής υγείας. Η ψυχική υγεία μπορεί να οριστεί ως η απουσία ψυχικής νόσου ή ως μια κατάσταση ύπαρξης που περιλαμβάνει τους βιολογικούς, ψυχολογικούς ή κοινωνικούς εκείνους παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχική κατάσταση ενός ατόμου αλλά και στην ικανότητά του να λειτουργεί μέσα στο περιβάλλον (Manwell et al., 2015). Ένας τέτοιος ορισμός της καλής υγείας που περιλαμβάνει τους ψυχικούς και κοινωνικούς τομείς ποικίλλει ανάλογα με τα συστήματα, τους πολιτισμούς και τις κλινικές πρακτικές (Fusar-Poli et al., 2020).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει αναγνωρίσει την ψυχική υγεία ως ουσιαστική πτυχή της ευημερίας και της ανάπτυξης ατόμων, των κοινωνιών και των χωρών, ενώ μέσω του συνθήματος «Δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία» τόνισε την ανάγκη ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας σε όλες τις πτυχές της υγείας και της κοινωνικής πολιτικής. Η ανάγκη αυτή ανακύπτει τόσο λόγω των σχετιζόμενων με την ψυχική ασθένεια μέγεθος των προβλημάτων που προκύπτουν, όπως το κόστος για τα συστήματα περίθαλψης όσο και για τον αντίκτυπό τους σε ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό και κοινωνικό επίπεδο (Jaramillo Estrada and Restrepo-Ochoa, 2015). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει την ψυχική υγεία ως «Μια κατάσταση ευημερίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντεπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του», με τον ορισμό αυτό να υποδεικνύει ότι η απουσία ψυχικής διαταραχής δεν αρκεί για να βιώσει το άτομο καλή ψυχική υγεία (Fusar-Poli et al., 2020).

Οι Galderisi et al (2015), αφού έλαβαν υπόψιν τους τις υπάρχουσες διαφορές μεταξύ των χωρών ως προς τις αξίες, την κουλτούρα και το κοινωνικό υπόβαθρο, οι οποίες μπορούν να δράσουν ανασταλτικά παρεμποδίζοντας την επίτευξη μιας γενικής συναίνεσης σχετικά με την έννοια της ψυχικής υγείας, διατύπωσαν ένα νέο περιεκτικό ορισμό, αποφεύγοντας όσο το δυνατόν περισσότερες περιοριστικές και σχετιζόμενες με τον πολιτισμό δηλώσεις. Σύμφωνα με τον ορισμό που πρότειναν, η ψυχική υγεία μπορεί να οριστεί ως «μια δυναμική κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας που επιτρέπει στα άτομα να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους σε αρμονία με τις οικουμενικές αξίες της κοινωνίας. Βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, η ικανότητα αναγνώρισης, έκφρασης και διαμόρφωσης των συναισθημάτων του ατόμου, καθώς και η ικανότητα εμπίωσης της κατάστασης του άλλου, η ευελιξία και η ικανότητα αντιμετώπισης των δυσμενών γεγονότων ζωής και άσκησης κοινωνικών ρόλων, καθώς και η αρμονική σχέση μεταξύ σώματος και νου αντιπροσωπεύουν σημαντικά συστατικά της ψυχικής

υγείας τα οποία συμβάλλουν, σε διάφορους βαθμούς, στην κατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας»(Galderisi et al., 2015).

Στενά συνδεδεμένο με τους δείκτες ψυχικής υγείας είναι και το νόημα στη ζωή, το οποίο περιλαμβάνει δύο επιμέρους παράγοντες, αφενός την αναζήτηση νοήματος και αφετέρου την παρουσία νοήματος. Η αναζήτηση νοήματος ορίζεται ως η προθυμία και η προσπάθεια να βρει κάποιος νόημα στη ζωή του, ενώ η παρουσία νοήματος ορίζεται ως υποκειμενική αντίληψη ότι η ζωή κάποιου είναι σημαντική. Το νόημα στη ζωή έχει βρεθεί πως έχει σημαντική επίδραση στην ψυχολογική ευεξία, συμπεριλαμβανομένων της αίσθησης της αυτονομίας, του αυτοσεβασμού και της προσωπικής ανάπτυξης, ενώ συγχρόνως έχει βρεθεί πως έχει θετική επίδραση στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας των νοσηλευόμενων με ψυχική διαταραχή ασθενών(Jun and Yun, 2020).

Όσον αφορά την ψυχική ασθένεια ή διαταραχή, η ύπαρξη ενός επίσημου ορισμού αυτής είναι απαραίτητη για πλήθος λόγων. Ειδικότερα, είναι απαραίτητη προκειμένου να γνωρίζουμε ποια διάγνωση πρέπει ή όχι να συμπεριληφθεί στις διάφορες χρησιμοποιούμενες ταξινομήσεις, προκειμένου να είναι δυνατός ο διαχωρισμός των τομέων τομείς ευθύνης του ιατρικού από άλλα κοινωνικά συστήματα, προκειμένου να αποφευχθεί η επικίνδυνη ιατροκοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων αλλά και για να είναι εφικτή η διάκριση μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού. Η ύπαρξη ενός επίσημου και κοινά αποδεκτού ορισμού είναι απαραίτητη ώστε να είναι δυνατός ο προσδιορισμός και η αναγνώριση των καταστάσεων των οποίων οι αρνητικές συνέπειες, απαιτούν την ανάληψη δράσης από τους ψυχιάτρους, για τον προσδιορισμό των περιπτώσεων εκείνων που δικαιολογούν την αναγνώριση από την κοινωνία της καταλληλότητας του ρόλου του ασθενούς, αλλά και για την κατανόηση των καταστάσεων εκείνων οι οποίες μπορούν να αποτρέψουν νομικό καταλογισμό πράξεων. Τέλος, είναι χρήσιμη προκειμένου να αποφευχθούν προβλήματα, όπως η υπερβολική ιατρική παρέμβαση και η σπατάλη πόρων αλλά και για να καθοριστεί η θέση της ψυχιατρικής ως ειδική ιατρική ειδικότητα(Telles-Correia et al., 2018).

Οι ορισμοί για τις ψυχικές ασθένειες έχουν αλλάξει κατά τη διάρκεια του τελευταίου μισού αιώνα, με τους επίσημους κλινικούς ορισμούς να περιλαμβάνουν πλέον περισσότερες πληροφορίες και να έχουν μετακινηθεί από μια μερική σε μια πιο ολιστική προοπτική, ενώ η εστίασή τους έχει επίσης μετακινηθεί από την ασθένεια στην υγεία. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1960 και 1970, ένα άτομο με ψυχική ασθένεια ορίζονταν μόνο με βάση τη διάγνωση και υπήρχαν λίγες ευρείες τάξεις ψυχικών διαταραχών, ενώ οι πάσχοντες ήταν συνήθως στιγματισμένοι και ιδρυματοποιημένοι. Ακολούθως, κατά τη δεκαετία 1980 και 1990 η αναπηρία αναφερόταν σε σημαντικούς περιορισμούς στις προσωπικές δραστηριότητες του ατόμου, με τη διάρκεια της αναπηρίας είχε ένα ελάχιστο όριο 1 έτους. Αυτές οι έννοιες οδήγησαν και στην ενημέρωση ενός ορισμού για τα άτομα με «σοβαρές και επίμονες ψυχικές ασθένειες», ο οποίος εξακολουθεί να χρησιμοποιείται στην ψυχική υγεία(Manderscheid et al., 2009).

Στις μέρες μας, σύμφωνα με το DSM-5 ο όρος ψυχική διαταραχή αναφέρεται σε «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταραχή στη γνωστική λειτουργία ενός ατόμου, στη ρύθμιση των συναισθημάτων ή τη συμπεριφορά, η οποία αντικατοπτρίζει μια δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διαδικασίες που διέπουν την ψυχική λειτουργικότητα. Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως σχετίζονται με σημαντική δυσφορία ή αναπηρία στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες. Μια αναμενόμενη ή πολιτισμικά αποδεκτή απόκριση σε έναν κοινό στρεσογόνο παράγοντα ή απώλεια, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή. Οι κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές (π.χ. πολιτικές, θρησκευτικές ή σεξουαλικές) και οι συγκρούσεις, κυρίως μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας, δεν είναι ψυχικές διαταραχές εκτός εάν η απόκλιση ή η σύγκρουση προκύπτει από μια δυσλειτουργία στο άτομο, όπως περιγράφεται παραπάνω»(Bingham and Banner, 2014).

1.2 Ψυχικές διαταραχές και Ψυχωτικές διαταραχές-Επιδημιολογικά στοιχεία

Υπολογίζεται πως περίπου το 14% της παγκόσμιας επιβάρυνσης όλων των ασθενειών μπορεί να αποδοθεί σε ψυχικές, νευρολογικές και σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών διαταραχές. Μεταξύ των διαταραχών αυτών, οι ψυχικές διαταραχές αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο ποσοστό των προσαρμοσμένων ετών ζωής λόγω ανικανότητας (DALYs) (56,7%), ακολουθούμενες από τις νευρολογικές διαταραχές (28,6%) και τις σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών διαταραχές (14,7%). Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις, οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται πολύ νωρίτερα από πολλές άλλες ασθένειες, καθώς υπολογίζεται ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν το 10-20% των παιδιών και των εφήβων, παγκοσμίως(Lindert et al., 2017).

Η επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών δείχνει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που βιώνουν μια τέτοια διαταραχή ζουν σε περιβάλλον κοινότητας και όχι σε ιδρύματα, ενώ το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πολύ διαφοροποιημένο, με τις υπηρεσίες αυτές να λειτουργούν χωριστά από τις γενικές υπηρεσίες υγείας(Goldman and Grob, 2006). Παρά το γεγονός αυτό, οι ψυχωτικές διαταραχές συνδέονται με μια σημαντική επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως με περίπου το ήμισυ του κόστους να οφείλεται σε νοσηλεία των πασχόντων. Ορισμένες μελέτες έχουν αναφέρει ότι έως και 30% των ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο νοσηλεύονται τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της πορείας της ασθένειάς τους, ενώ κατ' άλλους έχει διαπιστωθεί ότι το 90% των περιστατικών έχρηζε νοσοκομειακής φροντίδας μετά την πρώτη τους επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρομοίως, μεγάλες διακυμάνσεις έχουν καταγραφεί και όσον αφορά τη διάρκεια νοσηλείας σε μονάδες ψυχικής υγείας, με τη μέση διάρκεια να κυμαίνεται από 20 ημέρες έως 740 ημέρες στις διάφορες μελέτες(Ajnakina et al., 2019).

Παράλληλα με τα παραπάνω υπολογίζεται ότι περίπου ένα στα 150 άτομα θα διαγνωστεί με ψυχωτική διαταραχή κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του (Moreno-Küstner et al., 2018) και πως περίπου το 3% του γενικού πληθυσμού εμφανίζει κάποια ψυχωτική διαταραχή (Griswold et al., 2015; Moreno et al., 2013), με το 0,21% των περιπτώσεων να αντιπροσωπεύουν την ψύχωση λόγω γενικής ιατρικής πάθησης (Griswold et al., 2015). Ωστόσο, ο επιπολασμός των ψυχωτικών συμπτωμάτων σε μελέτες σε πληθυσμούς είναι σημαντικά υψηλότερος, καθώς κυμαίνεται από 0,7 έως 45,8% για την παρουσία τουλάχιστον ενός ψυχωτικού συμπτώματος (Moreno et al., 2013). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η ψύχωση εμφανίζεται ως ένα οξύ επεισόδιο, του οποίου η διαχείριση απαιτεί εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ σε περισσότερες από το ήμισυ των περιπτώσεων, εμφανίζεται μια υποτροπή μέσα στο πρώτο έτος της διάγνωσης. Η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο αντιπροσωπευτικό σύνδρομο, με τα ποσοστά επικράτησής της να κυμαίνονται μεταξύ 1,4 και 4,6 ανά 1.000 άτομα, σε όλες τις ηλικίες και η συχνότητά της μεταξύ 0,16 και 0,42 ανά 1.000 άτομα και ανά έτος (Peiró et al., 2004).

Όσον αφορά την παιδική ηλικία, η έναρξη κατά τη διάρκεια αυτής είναι ασυνήθιστη, με τον επιπολασμό των ψυχωτικών διαταραχών να κυμαίνεται από 0,2 έως 0,4 ανά 10.000 άτομα. Παρόλα αυτά, τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν δευτερογενή ψυχωτικά συμπτώματα από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, τοξικότητα φαρμάκων ή δηλητηρίων, μεταβολικά ελαττώματα, αυτοάνοσες διαταραχές ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Griswold et al., 2015).

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου σε αυτούς περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων διάφορα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής (Mansueto and Faravelli, 2017), το χαμηλότερο IQ, τα χαμηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα, η εξάρτηση από κάνναβη, η εξάρτηση από το αλκοόλ, η θυματοποίηση και τα νευρωτικά συμπτώματα (Broome et al., 2005).

1.3 Ορισμός ψυχώσεων και ταξινόμησή τους

Ο όρος «ψύχωση» βρίσκεται στην καρδιά της σύγχρονης ψυχιατρικής, χρησιμοποιείται συχνά τόσο από ειδικούς όσο και από απλούς ανθρώπους και στις μέρες μας έχει τη γενική έννοια της «παράνοιας». Σύμφωνα με το αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης η ψύχωση ορίζεται ως «οποιοδήποτε είδος ψυχικής διαταραχής και ειδικά μιας που δεν μπορεί να αποδοθεί σε οργανική βλάβη ή νεύρωση», ενώ στη σύγχρονη χρήση, ορίζεται ως «κάθε ψυχική ασθένεια ή διαταραχή που συνοδεύεται από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες ή ψυχική σύγχυση και απώλεια επαφής με την εξωτερική πραγματικότητα, που είτε οφείλεται είτε όχι σε οργανική βλάβη» (Beer, 1996).

Η ψύχωση είναι ένα κλινικό σύνδρομο αποτελούμενο από πολλά συμπτώματα, με τις παραισθήσεις, τις ψευδαισθήσεις και τη διαταραχή της σκέψης να θεωρούνται ως βασικά κλινικά χαρακτηριστικά αυτής.

Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο και όχι για μια νοσολογική οντότητα, ενώ μια «νοσολογία» της ψύχωσης θα πρέπει να βασίζεται στη γνώση των αιτιών και της παθοφυσιολογίας των «ψυχωτικών» αυτών συμπτωμάτων(Gaebel and Zielasek, 2015).

Οι κλινικοί ιατροί χρησιμοποιούν τις διαγνωστικές ταξινομήσεις του DSM και του ICD, τα οποία βοηθούν στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συναδέλφους τους καθώς και στον προγραμματισμό της θεραπείας. Τα δύο αυτά κύρια συστήματα ταξινόμησης εμφανίζουν αρκετές ανακολουθίες ως προς τον προτεινόμενο ορισμό, την χρησιμοποιούμενη ορολογία καθώς και ως προς τα κριτήρια για ψυχωτικές διαγνώσεις, ανακολουθίες που προκαλούν μεν σύγχυση, αλλά τονίζουν ότι όλοι οι ορισμοί είναι απλώς έννοιες ή λειτουργικές υποθέσεις και ενδέχεται να αλλάξουν(Lawrie et al., 2016).

Σύμφωνα με την Πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), οι ψυχωτικές διαταραχές ορίζονται από την παρουσία ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, διαταραχή της οργάνωσης της σκέψης και έντονα αποδιοργανωμένη ή / και μη φυσιολογική κινητική συμπεριφορά, ενώ μπορεί να περιλαμβάνουν αρνητικά συμπτώματα(de Toffol et al., 2018). Στο δε Διεθνές Στατιστικό Σύστημα Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας ICD-10 αναφέρεται πως ο όρος ψυχωτικός «υποδηλώνει απλώς την παρουσία ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών ή έναν περιορισμένο αριθμό διαφόρων ανωμαλιών συμπεριφοράς, όπως κατάφορου ενθουσιασμού και υπερδραστηριότητας, έντονη ψυχοκινητική καθυστέρηση και κατατονική συμπεριφορά»(Beer, 1996).

Όσον αφορά την ταξινόμηση των ψυχωτικών διαταραχών, η ομάδα εργασίας DSM-5 για αυτές, η οποία αποτελούνταν από 12 εμπειρογνώμονες στον τομέα της σχιζοφρένειας και σχετικών ψυχωτικών διαταραχών, εξέτασε τη βιβλιογραφία και τα διαθέσιμα στοιχεία που καθοδηγούν τις αναθεωρήσεις στη διάγνωση των διαταραχών αυτών και πρότεινε αρκετές ενημερώσεις για την ταξινόμησή τους σε ένα κεφάλαιο του DSM-5 με τίτλο «Φάσμα Σχιζοφρένειας & Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές». Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνονται οι διαγνώσεις παραληρητική διαταραχή, βραχεία ψυχωτική διαταραχή, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα ψυχωτική διαταραχή, ψυχωτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής πάθησης, κατατονία, άλλες καθορισμένες διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές και μη καθορισμένες διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές(Bhati, 2013).

1.3.1 Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας

Η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας νοείται ως μια «ηπιότερη» μορφή της χρόνιας σχιζοφρένειας, που φέρει παρόμοιες φαινομενολογικές, γνωστικές, γενετικές, φυσιολογικές, νευροχημικές, νευροανατομικές και νευρολειτουργικές ανωμαλίες, αν και σε μικρότερο βαθμό τις αντίστοιχες παρατηρούμενες στη σχιζοφρένεια καθεαυτή (Fervaha and Remington, 2013). Έχουν περιγραφεί δύο τύποι σχιζοτυπίας, η νευροαναπτυξιακή η οποία εμφανίζει σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά και σημαντικές εγκεφαλικές και νευρογνωστικές διαταραχές που προδιαθέτουν στη σχιζοφρένεια και η ψευδοσχιζοτυπία, μια έντονη ψυχοκοινωνική οντότητα με μεγαλύτερη διακύμανση των συμπτωμάτων που δεν σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια (Kirchner et al., 2018).

Η διάγνωση της σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας πραγματοποιείται με βάση τις παρατηρούμενες ανωμαλίες στη σκέψη, τη συμπεριφορά και την εμφάνιση των ασθενών, οι οποίοι εκδηλώνουν μια σειρά ασυνήθιστων τάσεων και εμπειριών. Οι παράδοξες πεποιθήσεις, η μαγική σκέψη, οι ιδέες αναφοράς, οι παραισθήσεις και η αποπραγματοποίηση αποτελούν συχνά μέρος των εμπειριών ζωής ενός του σχιζότυπου ατόμου. Τα άτομα με σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας χρησιμοποιούν συχνά άμυνες που στρεβλώνουν την πραγματικότητα, όπως η μαγική σκέψη, η φαντασία, οι υπερτιμημένες ιδέες και οι ακραίες στρεβλώσεις (Pattamanusorn et al., 2020). Στο DSM-5, η διάγνωση της διαταραχής ορίζεται από τις ακόλουθες κατηγορίες συμπτωμάτων: (1) γενικές διαταραχές της προσωπικότητας, της αυτό-λειτουργικότητας και της διαπροσωπικής λειτουργίας (ενσυναίσθηση, οικειότητα), (2) ειδικά σχετιζόμενα με τη διαταραχή παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία περιγράφονται ως ψυχωτισμός, εκκεντρότητα, γνωστική και αντιληπτική δυσλειτουργία καθώς και ασυνήθιστες πεποιθήσεις και εμπειρίες, (3) αποστασιοποίηση χαρακτηριζόμενη από περιορισμένη συναισθηματικότητα και απόσυρση και (4) αρνητική συναισθηματικότητα χαρακτηριζόμενη από καχυποψία. Στο ICD-10, η σχιζότυπη διαταραχή (F21) χαρακτηρίζεται από εκκεντρική συμπεριφορά και αλλαγές στον τρόπο σκέψης με επιδράσεις παρόμοιες με αυτές της σχιζοφρένειας. Η εξέλιξη και η πορεία της νόσου μοιάζουν με εκείνες μιας διαταραχής της προσωπικότητας (Kirchner et al., 2018).

Στην παθογένεση της νόσου εμπλέκονται κληρονομικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες. Ειδικότερα, έχει καταδειχθεί ότι η διαταραχή είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των βιολογικών συγγενών ασθενών με σχιζοφρένεια, ενώ μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει μέτρια κληρονομικότητα και γενετική συσχέτιση για την κληρονομικότητα της διαταραχής μέσω της χρήσης γονιδιακών διασυνδέσεων (Zhang et al., 2015).

Επιπρόσθετα, μοναδικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρείται ότι συμμετέχουν στην ανάπτυξη της διαταραχής. Για παράδειγμα, προγεννητικές περιβαλλοντικές προσβολές όπως η έκθεση στη γρίπη κατά τον 6ο μήνα της κύησης έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά σχιζοτυπικών χαρακτηριστικών σε

ενήλικους πληθυσμούς αρρένων. Με την εμφάνιση της διαταραχής έχουν επίσης συσχετιστεί και ορισμένες μορφές ψυχολογικού τραύματος καθώς και το χρόνιο στρες, αν και η επίδραση του τραύματος στην ανάπτυξη σχιζοτυπικών συμπτωμάτων φαίνεται να εξαρτάται από το γενετικό υπόβαθρο(Rosell et al., 2014).

Η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας εμφανίζει σημαντική συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται η οριακή διαταραχή προσωπικότητας, ορισμένες διαταραχές του Άξονα Ι όπως μείζονα κατάθλιψη, διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία, άλλες διαταραχές προσωπικότητας όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή καθώς και άλλες διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας όπως είναι η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας και η παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας. Εκτός από τα παραπάνω υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν μια σχέση μεταξύ σχιζοτυπικής προσωπικότητας και προβλημάτων εξωτερικευσης συμπεριφοράς(Raine, 2006).

Όσον αφορά τη θεραπεία της διαταραχής η γνωσιακή θεραπεία μπορεί να επιφέρει αλλαγές τόσο στη γνωστική όσο και στην κοινωνική ανικανότητα που βιώνουν οι ασθενείς. Όσον αφορά τη χορήγηση αντιψυχωσικής φαρμακευτική αγωγής παρόλο που οι ασθενείς παρουσιάζουν κάποια βελτίωση στη συνολική σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους, η αναλογία κινδύνου προς όφελος επί του παρόντος είναι ασαφής(Bateman et al., 2015).

1.3.2 Παραληρητική διαταραχή

Η παραληρητική διαταραχή θεωρείται μια σπάνια ψυχιατρική κατάσταση, με τον επιπολασμό της σε κλινικά δείγματα να υπολογίζεται σε 0,03% και σε ποσοστά ανερχόμενα έως 0,18% σε δείγματα του γενικού πληθυσμού(Díaz-Caneja et al., 2019). Το ιστορικό κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών είναι αρκετά σύνηθες μεταξύ των πασχόντων, ενώ η κατάχρηση τέτοιων ουσιών αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση παραληρητικών εμπειριών τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς(Peralta and Cuesta, 2016).

Σύμφωνα με το DSM-5, η παραληρητική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση επί τουλάχιστον 1 μήνα ψευδαισθήσεων χωρίς την παρουσία άλλων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να μην είναι πάντα εμφανείς, αν και σε κάθε περίπτωση σχετίζονται μόνο με το παραληρητικό θέμα. Σύμφωνα με το DSM-5 δεν είναι απαραίτητο οι ψευδαισθήσεις αυτές να είναι αλλόκοτες. Η συμπεριφορά των ασθενών με παραληρητική διαταραχή μπορεί να επηρεαστεί από το περιεχόμενο της παραληρητικής ιδέας, ενώ οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές μπορεί να είναι πιο περιορισμένες από τις παρατηρούμενες σε άλλες ψυχωτικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια. Ακόμα,

σύμφωνα με το εγχειρίδιο, η διάγνωση της διαταραχής είναι γενικά σταθερή, αν και ένα ποσοστό ασθενών στη συνέχεια αναπτύσσει σχιζοφρένεια (Opjordsmoen, 2014).

Οι πάσχοντες από παραληρητική διαταραχή δεν θεωρούν τον εαυτό τους ψυχικά ασθενή και αντιτίθενται ενεργά στην παραπομπή τους σε ειδικούς ψυχικής υγείας, επειδή παραμένουν σχετικά λειτουργικοί και παρουσιάζουν μικρή εξασθένηση της λειτουργικότητας. Συνήθως οι ασθενείς εξακολουθούν να λειτουργούν και να ζουν στην κοινότητα χωρίς να προσφεύγουν σε αναζήτηση κλινικής παρέμβασης, ενώ εύκολα μπορεί να τεθεί εσφαλμένη διάγνωση καθώς μπορεί να παρουσιάζουν ελάχιστα εμφανή χαρακτηριστικά για την αναγνώριση της νόσου (Grover et al., 2007).

Όσον αφορά τη θεραπεία της διαταραχής τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της χρησιμοποιούμενης φαρμακολογικής θεραπείας ενώ και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί επίσης να διαδραματίσουν ένα πολλά υποσχόμενο ρόλο στη θεραπεία αυτής. Χρήσιμες μπορεί επίσης να είναι και η ψυχοεκπαίδευση και οι ψυχολογικές θεραπείες που στοχεύουν στη βελτίωση της ικανότητας ενδοσκόπησης, της επίγνωσης της νόσου και της συμμόρφωσης προς τη θεραπεία, αλλά και η νωστική-συμπεριφορική θεραπεία, η οποία έχει αποδειχθεί ότι έχει μέτρια επίδραση στη βελτίωση των δευτερογενών μεταβλητών όπως η κοινωνική αυτοεκτίμηση των ασθενών αυτών (Muñoz-Negro and Cervilla, 2017).

1.3.3 Βραχεία ψυχωτική διαταραχή

Σύμφωνα με το DSM-5 τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής περιλαμβάνουν την ξαφνική έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία και εξαιρετικά αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά που διαρκεί τουλάχιστον 1 ημέρα αλλά λιγότερο από 1 μήνα και την ενδεχόμενη πλήρη επιστροφή στην προ της νόσου λειτουργική κατάσταση (Castagnini and Fusar-Poli, 2017; Pillmann et al., 2002). Επίσης, θα πρέπει να αποκλειστούν οι διαγνώσεις της σχιζοφρένειας, των διαταραχών της διάθεσης και της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Pillmann et al., 2002). Η ετήσια επίπτωση της διαταραχής κυμαίνεται από 4 έως 10 ανά 100.000 άτομα, ενώ η μέση ηλικία έναρξης είναι τα μέσα της δεκαετίας των 30, αν και η έναρξη μπορεί να συμβεί καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (Sher, 2015).

Τα συμπτώματα της διαταραχής μπορεί να εμφανιστούν λίγο μετά και προφανώς ως απόκριση σε συμβάντα τα οποία θα ήταν έντονα αγχωτικά για σχεδόν οποιοδήποτε υπό παρόμοιες συνθήκες στην κουλτούρα του ατόμου. Ειδικότερα, σε αυτού του είδους τα συμβάντα και στρεσογόνους παράγοντες, που προκαλούν σύντομη ψυχωτική διαταραχή, περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων οι οικιακές διαμάχες, τα εργασιακά προβλήματα, τα ατυχήματα, η εμφάνιση κάποιας ασθένειας καθώς και ο θάνατος κάποιου

μέλους της οικογένειας(Onishi et al., 2003). Επίσης μπορεί να υπάρχει μια γενετική, νευρολογική, ή περιβαλλοντική συνιστώσα στην εκδήλωση της διαταραχής(Stephen and Lui, 2020).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφασιστεί το κατάλληλο επίπεδο φροντίδας για τον εκάστοτε ασθενή και εάν απαιτείται νοσηλεία ή εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση αυτού. Οι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία θα πρέπει βασίζονται σε πλήθος παραγόντων, όπως τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, την κοινωνικοοικονομική σταθερότητα, την παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και την παρουσία αυτοκτονικών ή δολοφονικών ενορμήσεων. Οι τρέχουσες συστάσεις για τη θεραπεία της διαταραχής βασίζονται σε φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που είναι γνωστό ότι είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς με άλλες ψυχωσικές διαταραχές. Όσον αφορά τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, τα αντιψυχωσικά, ειδικά τα δεύτερης γενιάς, αποτελούν τη θεραπεία πρώτης γραμμής για τη βραχεία ψυχωτική διαταραχή(Stephen and Lui, 2020).

1.3.4 Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Η έννοια της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής εισήχθη από τον Langfeldt (1939), ο οποίος διέκρινε τη διαταραχή αυτή από την τυπική σχιζοφρένεια με βάση την έκβαση, η οποία ήταν καλύτερη στους ασθενείς με σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή. Με μικρές παραλλαγές, η έννοια που διατυπώθηκε από τον Langfeldt διατηρήθηκε μέχρι σήμερα(Naz et al., 2003).Ειδικότερα, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή είναι παρόμοια με τη σχιζοφρένεια, εκτός από τη διάρκειά της από την έναρξη των συμπτωμάτων, η οποία είναι μικρότερη των 6 μηνών. Στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, η ασθένεια υποχωρεί εντελώς σε λιγότερο από 6 μήνες, με τους ασθενείς να επιστρέφουν στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας τους, ενώ τα υπόλοιπα δύο τρίτα των ασθενών εκδηλώνουν συνήθως μια άλλη ψυχωτική διαταραχή, συνήθως σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή(Schrimpf et al., 2018).

1.3.5 Σχιζοφρένεια

Παρόλο που η σχιζοφρένεια επηρεάζει περίπου το 1% του πληθυσμού, η κατανόηση της αιτιολογίας της παραμένει ατελής(Tomasik et al., 2016). Ειδικότερα, πιστεύεται ότι ένας συνδυασμός τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας και πως πλήθος επιβλαβών περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να δράσουν είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό για την αύξηση του άγχους. Το άγχος αποτελεί γνωστό αιτιολογικό παράγοντα για ψυχωτικές ασθένειες, καθώς μπορεί να προκαλέσει την έναρξη, να επιδεινώσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και να οδηγήσει σε υποτροπή των ασθενειών αυτών. Από την άλλη

πλευρά, οι κυτταρικοί μηχανισμοί με τους οποίους το στρες δρα και επιδεινώνει την ψύχωση είναι άγνωστοι(Lee et al., 2019).

Επί του παρόντος, η σχιζοφρένεια δεν θεωρείται ως μια μεμονωμένη διαταραχή αλλά ως μια ομάδα καταστάσεων με εκδηλώσεις κοινές σε άλλες ψυχιατρικές και μη διαταραχές. Οι εκδηλώσεις αυτές περιλαμβάνουν κλινικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, διαταραχές του συναισθήματος, κοινωνική απόσυρση(Tomasik et al., 2016), απάθεια και γνωστική εξασθένηση(Zafar U. Khan and Elisa Martin-Montañez and E. Chris Muly, 2013), αποδιοργανωμένη ομιλία, κακή υγιεινή, μειωμένα κίνητρα, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων και μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικοποίηση με φίλους και με την οικογένεια. Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί επίσης να εμφανίσουν συμπτώματα μανίας, κατάθλιψης ή άγχους ή να έχουν προβλήματα με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ και τσιγάρων. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και η χρήση παράνομων ουσιών τείνουν να επιδεινώνουν τη νόσο(Borelli and Solari, 2019). Στη νόσο εμπλέκονται επίσης και βιολογικοί μηχανισμοί, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών του ανοσοποιητικού, μεταβολικού και ενδοκρινικού συστήματος. Ελλείψει βιολογικού δείκτη, η τρέχουσα διάγνωση της νόσου και η θεραπεία της βασίζονται κυρίως σε κλινικά ερωτηματολόγια(Tomasik et al., 2016).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια γενικά αντιμετωπίζουν σοβαρές διαταραχές σε πολλούς τομείς της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένων της ικανότητας διατήρησης των κοινωνικών σχέσεων, διατήρησης της απασχόλησης και ανεξάρτητης διαβίωσης. Τα ελλείμματα αυτά συνήθως παραμένουν και αφού επιτευχθεί ύφεση των ψυχωτικών συμπτωμάτων(Kahn et al., 2015). Σε όλη την Ευρώπη υπολογίζεται ότι λιγότερο από το 20% των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει κάποια εργασιακή απασχόληση, ενώ μια μεγάλη μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι σχεδόν 20% των ασθενών ήταν άστεγοι σε ένα χρόνο παρακολούθησης. Επίσης, μια πρόσφατη έκθεση από μια ομάδα υπεράσπισης των ασθενών ανέφερε ότι στις ΗΠΑ τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είχαν τριπλάσιες πιθανότητες να βρεθούν στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης από ό, τι στα νοσοκομεία(Insel, 2010). Η ικανότητα ανεξάρτητης διαβίωσης μπορεί να επιτευχθεί για τη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών που χρησιμοποιούν συνδυασμό αντιψυχωσικών φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, οι οποίες αυξάνουν την ποιότητα ζωής, αν και έχουν μικρή επίδραση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Αντίθετα, τα λειτουργικά αποτελέσματα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία και τη σοβαρότητα των γνωστικών και αρνητικών συμπτωμάτων κατά την έναρξη της νόσου(Kahn et al., 2015).

1.3.6 Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή αποτελεί μια χρόνια και σοβαρή ασθένεια που συνίσταται στην ταυτόχρονη εκδήλωση συμπτωμάτων σχιζοφρένειας και συναισθηματικών διαταραχών (κατάθλιψη ή / και μανία)(Pacchiarotti et al., 2019). Θεωρείται δε ως μια ψυχωτική διαταραχή, που τοποθετείται στο ενδιάμεσο μεταξύ της σχιζοφρένειας και των διαταραχών της διάθεσης και θεωρείται πως έχει καλύτερη πρόγνωση από τη σχιζοφρένεια, αλλά χειρότερη από τις διπολικές διαταραχές, αν και αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Διακρίνονται δύο τύποι της διαταραχής, ο μονοπολικός και ο διπολικός τύπος, ενώ υπάρχει μια αυξανόμενη συζήτηση και προβληματισμός σχετικά με το κατά πόσο ο μονοπολικός τύπος πρέπει να απορροφηθεί από τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και ο διπολικός τύπος από εκείνη της διπολικής διαταραχής, αν και στο DSM-5, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και οι δύο υπότυποι αυτής παρέμειναν ουσιαστικά αμετάβλητοι(Vardaxi et al., 2018).

Ειδικότερα, σύμφωνα με το DSM-5 για τη διάγνωση της διαταραχής απαιτείται η από κοινού ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής και ψυχωτικών συμπτωμάτων, ενώ απαραίτητη είναι και η παρουσία των ψυχωτικών συμπτωμάτων επί τουλάχιστον δύο εβδομάδες, όταν δεν υπάρχουν συναισθηματικά συμπτώματα. Η διαταραχή διακρίνεται σε δύο υποτύπους, το διπολικό και τον καταθλιπτικό. Τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι δυνατό να συνοδεύουν τα συμπτώματα κατάθλιψης στο σχιζοκαταθλιπτικό τύπο, ενώ τα συμπτώματα μανίας μπορούν να συνοδεύουν το διπολικό τύπο. Κάποιες φορές είναι δυνατό τα συναισθηματικά συμπτώματα να είναι τόσο ισχυρά και τα ψυχωτικά συμπτώματα τόσο αδύναμα ώστε να είναι δύσκολη η διάκριση της διαταραχής από μια διαταραχή της διάθεσης(Kalayci et al., 2012).

1.3.7 Δευτερογενείς ψυχωτικές διαταραχές

Στην Πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) αναφέρεται και η κοινή συνύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων σε άτομα με νευρογνωστικές διαταραχές, οφειλόμενες μεταξύ άλλων σε καταστάσεις όπως η νόσος Αλτσχάιμερ, η νόσος του Πάρκινσον, η διάχυτη νόσος σωματίων Lewis, ο εκφυλισμός του μετωπιαίου λοβού, η νόσος του Huntington, η ασθένεια prion, η εγκεφαλοαγγειακή νόσος, η τραυματική εγκεφαλική βλάβη, η HIV λοίμωξη και η χρήση ουσιών ή φαρμάκων. Στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες τα ψυχωτικά συμπτώματα αναπτύσσονται σε συνδυασμό με γνωστικές διαταραχές λόγω των παραπάνω καταστάσεων, το DSM-5 προτείνει τη διάγνωση της νευρογνωστικής διαταραχής με τον χαρακτηρισμό «με διαταραχή της συμπεριφοράς (ψύχωση)». Όταν οι ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή, δεν αποτελούν απλώς συμπτώματα παραληρήματος, λειτουργικά βλάπτουν ή ενοχλούν και υπάρχουν ενδείξεις ότι η εμφάνισή τους

συνδέεται παθοφυσιολογικά με νευρολογική ή ιατρική κατάσταση ή κατάχρηση ουσιών ή με κάποια φαρμακευτική αγωγή, τότε μπορεί να γίνει η διάγνωση «ψυχωτικής διαταραχής λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης» ή «ψυχικής διαταραχής που προκαλείται από ουσίες / φάρμακα» αντίστοιχα(Arciniegas, 2015).

1.3.8 Κατατονία

Η κατατονία είναι δυνατό να εντοπιστεί σε έναν στους επτά ασθενείς με ψύχωση και σε έναν στους πέντε ασθενείς με επεισόδιο μείζονος διαταραχής της διάθεσης, ενώ σε περιβάλλοντα επείγουσας ιατρικής φροντίδας, ο επιπολασμός της κυμαίνεται από 1,6% έως 6,3%(Oldham and Lee, 2015). Παρόλο που η κατατονία, έχει περιγραφεί από το 1874 από τον Kahlbaum, ο εντοπισμός της σε κλινικές συνθήκες αλλά και η έρευνα για την παθοφυσιολογία της εξακολουθούν να αποτελούν πρόκληση. Σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με την κατατονία έχουν αναφερθεί σε διάφορες ψυχιατρικές καταστάσεις όπως η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές της διάθεσης, οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, ενώ έχει επίσης αναφερθεί ότι αποτελούν εκδηλώσεις του κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου και προκαλούμενων από φάρμακα εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων(Aandi Subramaniyam et al., 2020).

Το νευροψυχιατρικό σύνδρομο της κατατονίας περιλαμβάνει ένα πλήθος ψυχοκινητικών φαινομένων, όπως διαταραχές της βούλησης (π.χ. αρνητισμός, αυτόματη υπακοή), διαταραχές της κινητικής δραστηριότητας (π.χ. ενθουσιασμός, διέγερση, λήθαργο, μορφασμούς, κηρώδης ευελιξία) καθώς και δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. υπερθερμία, ταχυκαρδία). Παρόλο που η κατατονία έχει συσχετιστεί συχνά με τη σχιζοφρένεια, εμφανίζεται επίσης σε διάφορες ψυχιατρικές και ιατρικές καταστάσεις, γεγονός το οποίο αναγνωρίστηκε από το DSM-5(Viher et al., 2020).

Η κατατονία αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, που συχνά απαιτεί ενδονοσοκομειακή ιατρική ή ψυχιατρική θεραπεία. Ιατρικά, η κατατονία μπορεί να οδηγήσει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, στη δημιουργία ελκών κατάκλισης, μυϊκή σύσπαση αλλά και ραβδομυόλυση που μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια. Για το λόγο αυτό απαιτείται η λήψη μέτρων για την πρόληψη και αποφυγή των παραπάνω εκδηλώσεων(Walther et al., 2019).

Παρά το πλήθος των αιτιών που σχετίζονται με την κατατονία, για την αντιμετώπισή της υπάρχει μια συγκεκριμένη θεραπεία, με τις βενζοδιαζεπίνες να αποτελούν πρώτης γραμμής θεραπευτική επιλογή για το σύνδρομο. Το επόμενο θεραπευτικό βήμα όταν οι φαρμακολογικές θεραπείες αποτύχουν, είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)(Appiani and Castro, 2018).

1.3.9 Σύνδρομο εξασθενημένης ψύχωσης

Σύμφωνα με το DSM -5 το σύνδρομο εξασθενημένης ψύχωσης αποτελεί μια κατάσταση που χρήζει περαιτέρω μελέτης, ενώ για τη διάγνωσή του απαιτείται η παρουσία ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων ή αποδιοργανωμένης ομιλίας σε ήπια μορφή, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Η παρουσία των συμπτωμάτων αυτών θα πρέπει να μην δύναται να εξηγηθεί καλύτερα από κάποια άλλη διάγνωση και να μην υπήρξαν ποτέ αρκετά σοβαρές ώστε ο ασθενής να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για μια ψυχωτική διαταραχή (Ribolsi et al., 2017).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων κατά την ανίχνευση του συνδρόμου φαίνεται να υπάρχει σημαντική γνωστική εξασθένηση, ενώ οι ασθενείς εκείνοι που παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης κατά τη στιγμή της διάγνωσης, μαζί με τα κλινικά συμπτώματα του συνδρόμου, διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο μετατροπής αυτού σε ψύχωση (Harvey and Jones, 2019).

Όσον αφορά τη θεραπεία του συνδρόμου τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών για τη θεραπεία αυτού μέσω της χρήσης ψυχοκοινωνικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων είναι αισιόδοξα. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association) και η Διεθνής Ομάδα Εργασίας για τη διαμόρφωση των Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για την Πρώιμη Ψύχωση (International Early Psychosis Association Writing Group) έχουν εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες, με τη μεν πρώτη να συμβουλεύει μια συντηρητική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία οι θεράποντες θα πρέπει να παρακολουθούν και να αξιολογούν τους ασθενείς έως ότου τα συμπτώματα επανέλθουν ή εξελιχθούν σε μια διαγνώσιμη και θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή. Από την άλλη πλευρά διεθνής ομάδα προτείνει την παρακολούθηση των συμπτωμάτων, τη θεραπεία των συνδρόμων που συνυπάρχουν και την εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων, αντιτιθέμενη παράλληλα στη χρήση φαρμακολογικής θεραπείας με αντιψυχωσικά φάρμακα, καθώς οι βλάβες από τη χρήση αυτών ενδέχεται να υπερτερούν των πιθανών οφελών (Jacobs et al., 2012).

1.4 Θεραπεία ψύχωσης

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για τους ασθενείς με ψύχωση διακρίνονται σε φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές, με τις πρώτες να στοχεύουν στη σταθεροποίηση και τον έλεγχο των οξέων συμπτωμάτων και συμπεριφορών που σχετίζονται με την ψύχωση και τις δεύτερες στο να παρέχουν στον ασθενή και την οικογένειά του υποστήριξη, εκπαίδευση, αλλά και τις απαραίτητες εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες για να ζήσει και να λειτουργήσει στην κοινότητα. Ειδικότερα, μόλις διαπιστωθεί η ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, απαραίτητος είναι ο εντοπισμός των συμπτωμάτων και των συμπεριφορών-στόχων, τα οποία και παρακολουθούνται προκειμένου να προσδιοριστεί τόσο η ανταπόκριση στη θεραπεία όσο και η ανάγκη περαιτέρω παρέμβασης. Ακολουθώντας, αφού

σταθεροποιηθούν τα οξεία συμπτώματα, ο ασθενής παρακολουθείται για συμπτώματα και συμπεριφορές που υποδηλώνουν πιθανή υποτροπή. Απαραίτητη για το σκοπό αυτό είναι η συνεργασία με την οικογένεια, η οποία αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών αναφορικά με την κατάσταση του ασθενούς. Ακόμη και μέτριες αλλαγές στη συμπεριφορά, τη διάθεση ή τις σκέψεις μπορεί να υποδηλώνουν πιθανή υποτροπή(Ferran et al., 2002).

Ασθενείς με σταθερή χρόνια ασθένεια μπορεί να χρειάζεται να υποβληθούν σε όχι συχνές, αλλά τακτικά προγραμματισμένες εξετάσεις με σκοπό την αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών των λαμβανόμενων φαρμάκων, τον έλεγχο της συμμόρφωσης και την υποβολή σε αιματολογικές εξετάσεις. Τέλος, τα ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να αποτρέψουν τους ασθενείς από το να ακολουθήσουν τις ιατρικές συστάσεις για υπάρχουσες σωματικές ασθένειες και αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους οι ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, σχετιζόμενη με ποικιλία φυσικών καταστάσεων, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό(Ferran et al., 2002).

1.5 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τις ψυχωτικές διαταραχές

Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που εμπλέκονται στις ψυχικές διαταραχές μπορεί συμβάλλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων ή ακόμη και στην πρόληψη των διαταραχών αυτών. Όσον αφορά τις ψυχωτικές διαταραχές, οι παράγοντες κινδύνου διακρίνονται συνήθως σε βιολογικούς και σε ψυχοκοινωνικούς, με τη σημασία των τελευταίων συχνά να είναι υποτιμημένη. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές έχουν επισημάνει τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στην αιτιολογία της ψύχωσης αλλά και τη δυνατότητα αξιοποίησης διαφόρων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο σχεδιασμό παρεμβάσεων για τη θεραπεία και την πρόληψη της διαταραχής αυτής(Heslin et al., 2016). Ειδικότερα, όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σε αυτούς περιλαμβάνονται όλοι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που περιστρέφονται γύρω από ένα άτομο για να συνθέσει την προσωπικότητά του. Συγκεκριμένα, στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ ενός ατόμου μαζί με όλα τα γεγονότα της ζωής τα οποία επηρεάζουν την ψυχολογία του(Patel and Patel, 2018).

Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο της ψύχωσης των Garety et al. υπάρχουν αρκετοί πιθανοί παράγοντες ευπάθειας για την ανάπτυξη της ψύχωσης όπως ασυνήθιστες εμπειρίες, ανεπιθύμητα γεγονότα της ζωής και τραύματα και γνωστικές προκαταλήψεις. Οι παράγοντες αυτοί υπάρχουν στο γενικό πληθυσμό και δεν είναι από μόνοι τους παθογνομικοί, αλλά μπορεί να συνδυάζονται για να αυξήσουν την πιθανότητα ψυχωτικής ασθένειας. Στο πλαίσιο δηλαδή των αγχωτικών γεγονότων που προκαλούν στρες και της συναισθηματικής διαταραχής, και μέσω της επιρροής των γνωστικών προκαταλήψεων,

πραγματοποιούνται βοηθητικές εξωτερικές, προσωπικές και απειλητικές εκτιμήσεις των εμπειριών, οι οποίες οδηγούν στην ανάπτυξη θετικών συμπτωμάτων ψύχωσης (Ames et al., 2014).

Ένας οικογενειακός παράγοντας που έχει συσχετιστεί με την ψύχωση είναι η προχωρημένη πατρική ηλικία. Ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την επεξήγηση του αποτελέσματος αυτού. Για παράδειγμα, τα παιδιά που γεννιούνται από μεγαλύτερους γονείς είναι πιο πιθανό να βιώσουν το θάνατο ενός γονέα νωρίς στη ζωή, μια τραυματική επίδραση που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για ψύχωση. Παρόλα αυτά, η πιθανή αυτή εξήγηση, περιπλέκεται από τα ευρήματα ότι η προχωρημένη πατρική ηλικία σχετίζεται με τον κίνδυνο ψύχωσης, ενώ η μητρική ηλικία δεν έχει το ίδιο αποτέλεσμα, ενώ δεν έχει βρεθεί αντίστοιχη επίδραση ούτε σε περιπτώσεις θετών πατέρων. Όσον αφορά τους κοινωνικο-περιβαλλοντικούς παράγοντες, επανειλημμένα έχει αναγνωριστεί μια σημαντική σχέση μεταξύ του παιδικού διαπροσωπικού τραύματος και της ψύχωσης. Αν και μεγάλο μέρος της έρευνας έχει επικεντρωθεί στη σεξουαλική κακοποίηση της παιδικής ηλικίας, υπάρχουν ενδείξεις ότι η διακοπή της γονικής μέριμνας μέσω του αποχωρισμού ή του θανάτου αυξάνει τον κίνδυνο ψύχωσης ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου. Η τοποθέτηση σε θεσμική ή τοπική αρχή φροντίδας έχει επίσης συσχετιστεί με την ψύχωση (Shevlin et al., 2016).

Εκτός από τους πρώιμους αυτούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, διάφορα αγχωτικά γεγονότα ζωής στην ενηλικίωση, όπως η ανεργία, το πένθος, τα οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα σχετιζόμενα με την εργασία έχουν συσχετιστεί με ψυχικές διαταραχές, όπως η ψύχωση και η κατάθλιψη. Η κατάσταση της μετανάστευσης και το ανήκει κάποιος σε εθνοτική μειονότητα έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης των ψυχικών αυτών διαταραχών, πιθανώς λόγω της αυξημένης εμπειρίας διακρίσεων και άλλων ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων (Dahoun et al., 2019).

Τέλος, η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει κρίσιμο ψυχολογικό ρόλο στην έναρξη της ψύχωσης. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ενσωμάτωση σε οικείες κοινωνικές σχέσεις ή η αντίληψη ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι διαθέσιμη σε περίπτωση ανάγκης μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία και ακόμη και στην επιβίωση ενός ατόμου. Συγκεκριμένα, η πτωχή αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και η μοναξιά σχετίζονται με την ψύχωση και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ και η έλλειψη αντιληπτής υποστήριξης, ειδικά από τους συνομηλίκους, μπορεί να είναι σημαντική για την ανάπτυξη της ψύχωσης (Huang et al., 2019).

1.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων

Η σοβαρή ψυχική ασθένεια περιλαμβάνει μια σειρά χρόνιων και συχνά συνοδευόμενων από αναπηρία καταστάσεων, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και οι ψυχώσεις, οι οποίες σχετίζονται με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, αυξημένο κόστος θεραπείας και αυξημένα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θεραπείας και νοσηλείας, με τους πάσχοντες από τέτοιου είδους ασθένειες να αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό της χρήσης των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα κίνητρα που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι των υπηρεσιών αυτών έχουν αλλάξει ριζικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, καθώς τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις δυτικές χώρες υιοθέτησαν στρατηγικές αποϊδρυματοποίησης και έχουν μετατοπίσει τη θεραπεία από το περιβάλλον δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο επίπεδο κοινότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές μειώσεις της μέσης διάρκειας νοσηλείας αλλά και του συνολικού αριθμού των ψυχιατρικών κλινών (Jacobs et al., 2015).

Παρά τις μειώσεις της διάρκειας νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ορισμένοι ασθενείς εξακολουθούν να βρίσκονται αντιμέτωποι με την προοπτική μιας παρατεταμένης διάρκειας νοσηλείας στα νοσοκομεία αυτά (Newman et al., 2018). Η ικανότητα αναγνώρισης καθοριστικών της διάρκειας νοσηλείας παραγόντων κατά την εισαγωγή και κατ' επέκταση η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που είναι πιθανό να χρειάζονται μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας μπορεί να βοηθήσει στον σχεδιασμό της θεραπείας (Baeza et al., 2018). Έτσι, προς την κατεύθυνση αυτή έχει βρεθεί ότι ορισμένοι από τους παράγοντες που είναι χρήσιμοι για την εκτίμηση της διάρκειας νοσηλείας είναι διαθέσιμοι κατά την εισαγωγή των ασθενών και πως οι μεταβλητές αυτές θα μπορούσαν να αξιολογηθούν συστηματικά και να ενσωματωθούν στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Ithman et al., 2014).

Για παράδειγμα, η κατάχρηση ουσιών έχει συσχετιστεί με μικρότερη διάρκεια νοσηλείας και υψηλότερα ποσοστά επανεισδοχής των ασθενών. Αντίστοιχα στους παράγοντες που έχει βρεθεί πως που τείνουν να παρατείνουν τη διάρκεια νοσηλείας περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία, όπως ο αριθμός προηγούμενων νοσηλειών και η ανάγκη χρήσης περιορισμών λόγω εκδηλώσεων βίαιης συμπεριφοράς καθώς και παράγοντες σχετιζόμενοι με τη διάγνωση, όπως η σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, ύπαρξη συνοδών παθολογικών παθήσεων, η εξωνοσοκομειακή θεραπεία και η λειτουργικότητα των ατόμων κατά την εκτέλεση των καθημερινών τους έργων και δραστηριοτήτων κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (Ithman et al., 2014). Διάφορα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών έχουν επίσης συσχετιστεί με παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας. Στα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η διάγνωση της ψύχωσης, η ακούσια εισαγωγή, η ανεργία, η έλλειψη κατοικίας ή τόπου σταθερής διαμονής και το γυναικείο φύλο (Newman et al., 2018).

Μελέτη των Baeza et al. (2017), στην οποία μελετήθηκε τελικό δείγμα 385 ασθενών διαπίστωσε πως οι ασθενείς χωρίς εισόδημα, με ιστορικό ψυχιατρικών εισαγωγών κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 2 ετών, με υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες CGI και BPRS, ή με διάγνωση σχιζοφρένειας ή σχετικών διαταραχών βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων κατά ICD-10, εμφάνιζαν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας(Baeza et al., 2018). Άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η μεγαλύτερη ηλικία και η πιο πρόσφατη επανεισδοχή μετά την έξοδο από προηγούμενη ψυχιατρική νοσηλεία συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, ενώ αντίθετα, η πρόσφατη εμπειρία αρνητικών γεγονότων της ζωής και η κατάχρηση ουσιών συσχετίστηκαν με μικρότερη διάρκεια νοσηλείας(Chen et al., 2017).

Μελέτη των Dimitri et al. (2018), για την αξιολόγηση των προγνωστικών της διάρκειας νοσηλείας παραγόντων σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες, διαπίστωσε μεταξύ άλλων ότι άτομα σε κατάσταση έλλειψης στέγης, άτομα που λαμβάνουν οφέλη από το κράτος, άτομα υπό συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης και ασθενείς με διάγνωση ψύχωσης, με μεγαλύτερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, που έκαναν χρήση ουσιών, με ιστορικό προηγούμενης εισαγωγής και με ακούσια εισαγωγή είχαν περισσότερες πιθανότητες μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας(Dimitri et al., 2018). Άλλη μελέτη που διεξήχθη με σκοπό τον προσδιορισμό των μεταβλητών εκείνων που μπορεί να σχετίζονται με τη διάρκεια της νοσηλείας, διαπίστωσε ότι η ηλικία είχε σημαντική επίδραση στη διάρκεια της νοσηλείας. Ακόμα διαπίστωσαν πως οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία καθώς και σε εργοθεραπεία και οι ασθενείς με προηγούμενη νοσηλεία είχαν μακρότερη διάρκεια νοσηλείας(Mohammadi et al., 2018).

Τέλος, τα ευρήματα της μελέτης των Gigantesco et al. (2009) κατέδειξαν μεταξύ άλλων ότι για πολλούς ασθενείς δεν είναι μόνο η ψυχική διαταραχή, αλλά ένας συνδυασμός συμπεριφορικών και λειτουργικών παραγόντων που οδηγεί σε παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας. Για παράδειγμα, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με κακή ψυχοκοινωνική λειτουργία είχαν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, αν και όπως επισημαίνουν είναι ασαφές αν η αυξημένη αυτή διάρκεια σχετίζεται με πιθανές δυσκολίες στον προγραμματισμό της εξόδου από το νοσοκομείο και των προσπαθειών επανεγκατάστασης στην κοινότητα ή εάν η παραμονή στο νοσοκομείο οδηγεί σε απώλεια των βασικών καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης και σε εξασθένηση της ικανότητας λειτουργίας σε κοινωνικά περιβάλλοντα. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, είναι πιθανό και οι δύο παράγοντες να επηρεάζουν τη μακροχρόνια παραμονή των ασθενών, καθώς οι ασθενείς με κακή ψυχοκοινωνική λειτουργία τείνουν να παραμένουν στο νοσοκομείο περισσότερο, και η κατάσταση αυτή με τη σειρά της διευκολύνει την περαιτέρω απώλεια των καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης, αυξάνει την εξάρτηση και αποδυναμώνει τα κοινωνικά δίκτυα(Gigantesco et al., 2009).

Κεφάλαιο 2ο -Ειδικό μέρος

2.1 Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης συγχρονικού τύπου σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο με διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής.

2.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ψυχωσικών ασθενών, νοσηλευόμενων σε δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, και της σχέσης των χαρακτηριστικών αυτών με τη διάρκεια νοσηλείας.

Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι:

1. Ποια είναι τα δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά νοσηλευόμενων ψυχωσικών ασθενών;
2. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας νοσηλευόμενων ψυχωσικών ασθενών; Και ποια η σχέση τους με τη διάρκεια νοσηλείας;
3. Ποια η σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων ψυχωσικών ασθενών με τη διάρκεια νοσηλείας;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας των νοσηλευόμενων ψυχωσικών ασθενών και της διάρκειας νοσηλείας;
5. Υπάρχει σχέση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης των νοσηλευόμενων ψυχωσικών ασθενών και της διάρκειας νοσηλείας;
6. Υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου λειτουργικότητας των νοσηλευόμενων ψυχωσικών ασθενών και της διάρκειας νοσηλείας;

2.3 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της παρούσας εργασίας αποτέλεσαν 103 πάσχοντες από ψυχωσική συνδρομή (F.20) ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο το χρονικό διάστημα μεταξύ Ιανουαρίου – Μαρτίου. Η επιλογή των ασθενών για συμμετοχή στην παρούσα μελέτη βασίστηκε σε κάποια συγκεκριμένα κριτήρια.

Συγκεκριμένα, κριτήρια εισδοχής αποτελούν:

- α) Ενήλικες ασθενείς με κύρια διάγνωση με ψυχωσική συνδρομή.

β) Ασθενείς και των δύο φύλων.

γ) Νέες περιπτώσεις νοσηλείας καθώς και περιπτώσεις επανεισαγωγής λόγω υποτροπής.

δ) Γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, για την κατανόηση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Περιπτώσεις ασθενών που δεν πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια εισδοχής αποκλείστηκαν. Τέλος, η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία.

2.4 Ερευνητικά εργαλεία

Στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων, περιλαμβάνονται ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις αναφορικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου καθώς και με τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτού, το NEO Ερωτηματολόγιο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας (NEO-FFI), η Κλίμακα Κόνορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC25), και η πολυδιάστατη κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) τα οποία και συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, οι θεράποντες των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη πραγματοποίησαν αξιολόγηση των ασθενών με την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS) καθώς και με τη χρήση της Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF).

2.4.1 NEO Ερωτηματολόγιο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας (NEO-FFI)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο, κατασκευάστηκε από τους Costa & McCrae, το 1989 (Aluja et al., 2005) με σκοπό την αξιολόγηση των βασικών παραγόντων της προσωπικότητας, στους οποίους περιλαμβάνονται: (α) ο νευρωτισμός (neuroticism), δηλαδή η τάση του να βιώνει κανείς αρνητικά συναισθήματα και ψυχολογική δυσφορία ως απόκριση σε στρεσογόνους παράγοντες, (β) η εξωστρέφεια (extraversion), δηλαδή ο βαθμός της κοινωνικότητας, της θετικής συναισθηματικότητας και της γενικής δραστηριότητας, (γ) η δεκτικότητα στις εμπειρίες (openness to experience), η οποία αναφέρεται στα επίπεδα περιέργειας, της ανεξάρτητης κρίσης και της συντηρητικότητας, (δ) καλή προαίρεση/συνεργατικότητα (agreeableness), που αναφέρεται στην αλτρουιστική, συμπαθητική και συνεργατική τάση και (ε) ευσυνειδησία (conscientiousness) (Rosellini and Brown, 2011). Περιλαμβάνει 60 στοιχεία, δηλαδή 12 στοιχεία για καθένα από τους 5 βασικούς παράγοντες της προσωπικότητας, με τη μέτρηση καθενός από τα στοιχεία αυτά να πραγματοποιείται με μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων τύπου Likert, στην οποία οι απαντήσεις κυμαίνονται από 0 ("Διαφωνώ απόλυτα") έως 4 ("Συμφωνώ

απόλυτα"). Σχεδόν τα μισά (28 από 60) στοιχεία της κλίμακας έχουν αντίστροφη διατύπωση (Gooding et al., 2017). Η αρχική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έχει αποδειχθεί εντός των πλαισίων της Βορείου Αμερικής, με τιμές εσωτερικής συνοχής που κυμαίνονται από 0,68 έως 0,86, ενώ το ίδιο ισχύει για τις προσαρμογές που αναπτύχθηκαν για άλλους πολιτισμούς. Πρόκειται για ένα διαπολιτισμικά σταθερό ερωτηματολόγιο (Magalhães et al., 2014). Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Δημητριάδου και Σταλικά (Papastylianou, 2013).

2.4.2 Κλίμακα Κόνορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC25)

Πρόκειται για μια σύντομη, αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα για την αξιολόγηση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, αποτελούμενο από 25 προτάσεις, τις οποίες οι συμμετέχοντες αξιολογούν σε μία με μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων τύπου Likert, με τις απαντήσεις να κυμαίνονται από 0 έως 4. Οι συνολικές βαθμολογίες της κλίμακας κυμαίνονται από 0 έως 100, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν υψηλότερη ανθεκτικότητα. Η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της κλίμακας για τον ελληνικό πληθυσμό έχει αποδειχθεί (Fradelos et al., 2017; Tsigkaropoulou et al., 2018).

2.4.3 Πολυδιάστατη Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS)

Η πολυδιάστατη κλίμακα της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης είναι ένα συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο 12 στοιχείων, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Zimet et al. προκειμένου να αξιολογήσει την υποκειμενική επάρκεια της κοινωνικής υποστήριξης ενός ατόμου. Από το 1988 που πρωτοδημοσιεύτηκε το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς πληθυσμούς για την αξιολόγηση της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης των ερωτηθέντων (Wittenborn et al., 2020). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας έχουν ελεγχθεί σε πλήθος χωρών, με την κλίμακα παρουσιάζει καλά ποσοστά εσωτερικής συνοχής (Gabardo-Martins et al., 2017). Το ερωτηματολόγιο παρέχει αξιολόγηση τριών πηγών αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, στις οποίες περιλαμβάνονται η οικογένεια, οι φίλοι και οι σημαντικοί άλλοι. Κάθε στοιχείο της κλίμακας βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το 1 (διαφωνώ πολύ έντονα) έως 7 (συμφωνώ απόλυτα), για να δώσει συνολικά βαθμολογία πάνω από 84. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη. Η μετάφραση, στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά έχει γίνει από τη Theofilou (2015) (Theofilou, 2015).

2.4.4 Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS)

Πρόκειται για μια κλίμακα αξιολόγησης 30 παραμέτρων, η οποία σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση ασθενών με σχιζοφρένεια και χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες, μια θετική κλίμακα με επτά θετικά συμπτώματα, μια αρνητική κλίμακα με επτά αρνητικά συμπτώματα και μια κλίμακα αξιολόγησης της γενικής ψυχοπαθολογίας αποτελούμενης από 16 στοιχεία. Οι βαθμολογίες κάθε υπο-κλίμακας έχει αποδείχθει ότι είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Για καθεμία από τις 30 εξεταζόμενες παραμέτρους υπάρχει ένας ορισμός και επτά πιθανά σημεία αξιολόγησης, τα οποία αντιπροσωπεύουν αυξανόμενα επίπεδα σοβαρότητας της ψυχοπαθολογίας (1 = απουσία, 2 = ελάχιστο, 3 = ήπιο, 4 = μέτριο, 5 = μέτριο-σοβαρό, 6 = σοβαρό, 7 = Ακραίο). Η βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών μεταξύ των παραμέτρων, με τα πιθανά εύρη των βαθμολογιών να εκτείνονται σε 7–49 για τις θετικές και αρνητικές κλίμακες και σε 16–112 για την κλίμακα αξιολόγησης της γενικής ψυχοπαθολογίας (Jelastorulu et al., 2014). Η μετάφραση και προσαρμογή της κλίμακας στα ελληνικά έχει γίνει από τους Λύκουρας και συν (Πατελάρος et al., 2015).

2.4.5 Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF)

Πρόκειται για μια κλίμακα που χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες με σκοπό την αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου σε ψυχικά ασθενείς. Είναι κατασκευασμένη ως ένα παγκόσμιο μέτρο για την αξιολόγηση της ψυχολογικής, κοινωνικής, και επαγγελματικής λειτουργικότητας, καλύπτοντας το εύρος από τη θετική ψυχική υγεία έως τη σοβαρή ψυχοπαθολογία (Aas, 2011). Είναι μια αριθμητική κλίμακα, εκτεινόμενη από 1 - 100 και αξιολογείται σε ένα συνεχές που κυμαίνεται από το αποτέλεσμα 1, το οποίο αντιπροσωπεύει τους υποθετικά ασθενέστερους, έως και 100, βαθμολογία που αντιπροσωπεύει το υποθετικά πιο υγιές άτομο (Pedersen et al., 2018).

2.5 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Προκειμένου να διεξαχθεί η παρούσα έρευνα ζητήθηκε η έγκρισή του Επιστημονικού Συμβουλίου και η θετική εισήγηση από το Διοικητικό Συμβούλιο του ΨΝΑ Δρομοκαΐτειου. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη και η διανομή και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε κατόπιν ενημέρωσης και εξασφάλισης έγγραφης συγκατάθεσης των ασθενών. Τέλος, οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, διασφαλίζοντας την εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα των δεδομένων και με σεβασμό στους προβλεπόμενους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα.

2.6 Στατιστική μεθοδολογία

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους ασθενείς εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Επιπλέον, αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα και διεξήχθησαν τα τελικά συμπεράσματα.

Τα βήματα που ακολουθήθηκαν στην ενέργεια αυτή ήταν τα εξής:

A) Περιγραφική Ανάλυση

Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων που αφορούσαν τους ασθενείς. Συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους και τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά, καθώς επίσης και οι απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων.

B) Έλεγχοι Υποθέσεων

Στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Τα δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν τα παραμετρικά τεστ. Συγκεκριμένα, για μεταβλητές δίτιμες πραγματοποιήθηκε το Student's t-Test και για μεταβλητές με 3 και άνω τιμές η ανάλυση διακύμανσης (Analysis of variances).

Γ) Ανάλυση Συσχέτισης

Για την αξιολόγηση ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης με τη χρήση του συντελεστή Pearson's correlation coefficient . Για την ερμηνεία των εν λόγω συντελεστών χρησιμοποιήθηκαν οι οδηγίες του Cohen (1998), οι οποίες επισημαίνουν πως η συσχέτιση 0,10 είναι μικρή, 0,30 είναι μέτρια και 0,50 μεγάλη.

Δ) Ανάλυση Παλινδρόμησης

Στοχεύοντας στην ανάλυση ύπαρξης σχέσης μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών νοσηλείας του δείγματος, και των παραγόντων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η μέθοδος Enter. Επίσης, πραγματοποιήθηκε γραμμικό μοντέλο για την ανάλυση ύπαρξης σχέσης μεταξύ της διάρκειας της τρέχουσας νοσηλείας σε συνάρτηση με τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών με τη μέθοδο Backward.

2.7 Αποτελέσματα της έρευνας

2.7.1 Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η πλειοψηφία του δείγματος (67%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 43,9 έτη. Το 77,7% ήταν άγαμοι και 27,2% έμεναν μόνοι τους. Το 40,8% είχε ολοκληρώσει το Γυμνάσιο, και 55,3% ήταν συνταξιούχοι.

Πίνακας 1: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

	Αριθμός	Ποσοστό
Φύλο		
Ανδρας	69	67,0
Γυναίκα	34	33,0
Μέση τιμή ηλικίας: 43,9 ±11.4		
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	80	77,7
Έγγαμος	6	5,8
Διαζευγμένος	17	16,5
Μένετε μόνος/η;		
Ναι	28	27,2
Όχι	75	72,8
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό	23	22,3
Γυμνάσιο	42	40,8
Λύκειο	17	16,5
ΑΕΙ/ΤΕΙ	18	17,5
Μεταπτυχιακό/διδασκτορικό	3	2,9
Επάγγελμα		
Αγρότης	2	1,9
Ελ. Επαγγελματίας	6	5,8
Ιδ. Υπάλληλος	12	11,7
Δημ. Υπάλληλος	10	9,7
Ανεργος	13	12,6
Οικιακά	2	1,9
Συνταξιούχος	57	55,3

Το 87,4% των ασθενών είχαν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν, ενώ η μέση τιμή των συνολικών ημερών τρέχουσας νοσηλείας ήταν 40,7 ημέρες. Το 46,6% είχε νοσηλευτεί στον παρελθόν περισσότερες από 4 φορές. Η μέση διάρκεια των ετών της ασθένειας ήταν 19 έτη. Το 28,2% είχε και άλλα προβλήματα

υγείας και συγκεκριμένα το 10,7% έπασχε από καρδιολογικά νοσήματα και το ίδιο ποσοστό από θυρεοειδοπάθεια, ενώ το 6,8% από σακχαρώδη διαβήτη. Η πλειοψηφία των ασθενών (70,6%) εισήχθη με ακούσια νοσηλεία. Στο 75,7% δεν χρειάστηκε κλινοστατισμός, ενώ σε όσους χρειάστηκε παρέμειναν για 1,3 ημέρες. Το 83,5% είχε επισκεπτήριο, με το 42,7% να το επισκέπτονται σε καθημερινή βάση και το 40,8% ανά εβδομάδα.

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά νοσηλείας

	Αριθμός	Ποσοστό
Έχετε νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν		
Ναι	90	87,4
Όχι	13	12,6
Μέση τιμή συνολικών ημερών τρέχουσας νοσηλείας: 40.7 ± 16,2		
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών		
Όχι	13	12,6
≤ 4	42	40,8
> 4	48	46,6
Έτη από την πρώτη διάγνωση: 19 ± 10 έτη		
Άλλα προβλήματα υγείας		
Ναι	29	28,2
Όχι	74	71,8
Εάν Ναι		
Καρδιολογικά	11	10,7
Σ.Δ.	7	6,8
Θυρεοειδοπάθεια	11	10,7
Είδος νοσηλείας		
Ακούσια	72	70,6
Εκούσια	30	29,4
Κλινοστατισμός		
Ναι	25	24,3
Όχι	78	75,7
Αν Ναι για πόσες ημέρες: 1,3 ± 0,7		
Επισκεπτήριο		
Ναι	86	83,5
Όχι	17	16,5
Εάν Ναι		
Καθημερινά	44	42,7
Ανά εβδομάδα	42	40,8

2.7.2 Περιγραφική Στατιστική

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η περιγραφική στατιστική για τα ερωτηματολόγια της έρευνας.

❖ Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου PANSS

Η πλειοψηφία των ασθενών κατατάχθηκαν στην συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας από μέτρια έως σοβαρή.

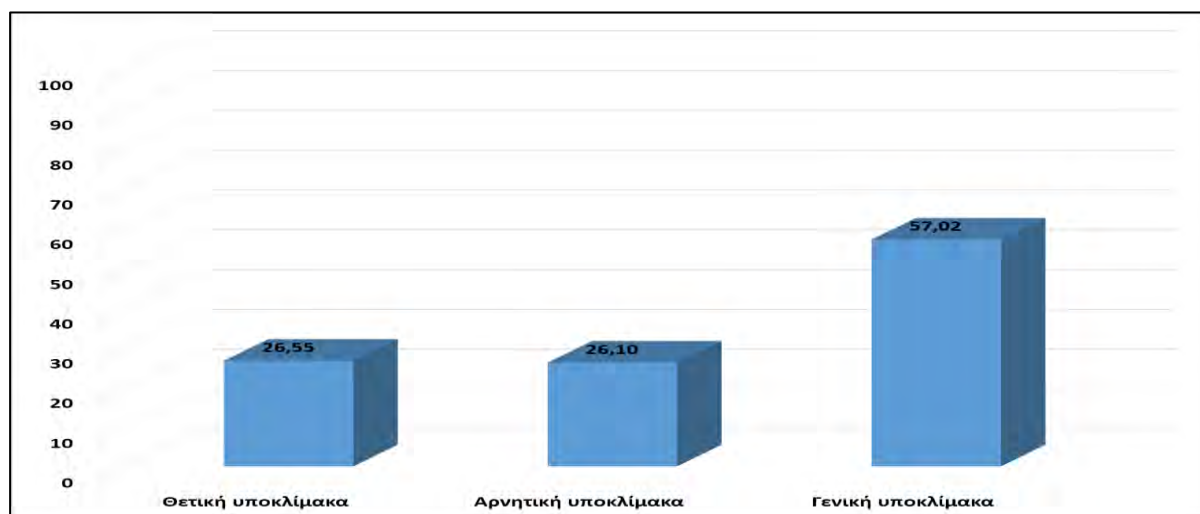
Πίνακας 3: Περιγραφικά Μέτρα για την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Παραληρητικές Ιδέες	103	2,00	7,00	5,61	1,19
Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	103	2,00	7,00	3,99	1,50
Ψευδαισθητική Συμπεριφορά	103	1,00	7,00	4,41	1,73
Διέγερση	103	1,00	7,00	3,50	1,76
Ιδέες Μεγαλείου	103	1,00	7,00	3,39	1,62
Καχυποψία/Ιδέες Δίωξης	103	1,00	7,00	5,65	1,13
Εχθρότητα	103	1,00	7,00	4,17	1,55
Αμβλύ Συναίσθημα	103	1,00	7,00	3,78	1,31
Συναισθηματική Απόσυρση	103	1,00	7,00	3,79	1,41
Πτωχή Συναισθηματική Σχέση	103	1,00	7,00	3,63	1,23
Παθητική/απαθής κοινωνική απόσυρση	103	1,00	7,00	3,72	1,41
Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη	103	1,00	7,00	3,92	1,36
Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής στην ομιλία	103	1,00	7,00	3,47	1,55
Στερεότυπη σκέψη	103	1,00	7,00	3,80	1,35
Σωματική ενασχόληση	103	1,00	7,00	3,03	1,69
Άγχος	103	1,00	7,00	5,24	1,20
Αισθήματα ενοχής	103	1,00	7,00	2,42	1,52
Ψυχική τάση	103	2,00	7,00	5,19	1,20
Ιδιοτροπισμοί και λήψη παράξενων στάσεων	103	1,00	6,00	1,68	1,08
Κατάθλιψη	103	1,00	6,00	2,48	1,24
Κινητική επιβράδυνση	103	1,00	7,00	2,67	1,65

Έλλειψη συνεργασίας	103	1,00	7,00	3,68	1,81
Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης	103	1,00	7,00	5,20	1,46
Διαταραχή του προσανατολισμού	103	1,00	7,00	1,76	1,12
Διαταραχή προσοχής	103	1,00	7,00	3,39	1,50
Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας	103	1,00	7,00	5,22	1,39
Διαταραχή της βούλησης	103	1,00	7,00	4,19	1,29
Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων	103	1,00	7,00	3,18	1,36
Ενασχόληση	103	1,00	7,00	3,92	1,26
Ενεργητική κοινωνική αποφυγή	103	1,00	7,00	3,76	1,42

Το άθροισμα των κλιμάκων της ψυχοπαθολογίας έδειξε ότι οι ασθενείς της έρευνας έχουν μέτρια θετική και αρνητική ψυχοπαθολογία όπως επίσης και γενική.

Διάγραμμα 1: Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου



❖ **Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας**

Η μέση τιμή της κλίμακας της συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας (GAF) ήταν $35,7 \pm 8,8$ που σημαίνει «Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. λόγος που μερικές φορές γίνεται παράλογος, ασαφής ή άσχετος) ή μείζων έκπτωση σε πολλούς τομείς, όπως στην εργασία ή το σχολείο, στις οικογενειακές σχέσεις, στην κρίση, τη σκέψη ή τη συναισθηματική διάθεση (π.χ. καταθλιπτικός που αποφεύγει τους φίλους του, παραμελεί την οικογένεια και αδυνατεί να εργαστεί. Παιδί που συχνά χτυπά μικρότερα παιδιά, είναι προκλητικό στο σπίτι κι αποτυγχάνει στο σχολείο)»

❖ NEO Five Factor Inventory

Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι οι δηλώσεις του ερωτηματολογίου NEO Five Factor Inventory σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ισχύουν λίγο ή ισχύουν αρκετά.

Πίνακας 4: Περιγραφικά Μέτρα για το NEO Five Factor Inventory

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Δεν ανησυχώ γενικά	103	0,00	4,00	2,17	0,99
Μου αρέσει να έχω πολύ κόσμο γύρω μου.	103	0,00	4,00	1,69	0,96
Δε μου αρέσει να χάνω το χρόνο μου ονειροπολώντας.	103	0,00	4,00	1,97	1,08
Προσπαθώ να είμαι ευγενικός/ -η με όλους.	103	1,00	4,00	2,96	0,92
Κρατώ τα πράγματα μου καθαρά και τακτοποιημένα.	103	0,00	4,00	1,94	1,00
Συχνά νιώθω κατώτερος/ -η από τους άλλους.	103	0,00	4,00	3,02	1,00
Γελάω εύκολα.	103	0,00	4,00	2,01	0,90
Όταν βρω το σωστό τρόπο να κάνω κάτι, τον χρησιμοποιώ	103	0,00	3,00	1,58	0,85
Συχνά τσακάνομαι με την οικογένεια και τους συνεργάτες μου.	103	1,00	4,00	2,40	1,02
Είμαι καλός/ -η στο να ρυθμίζω τον εαυτό μου για να συναντώ προθεσμίες.	103	0,00	4,00	1,89	1,10
Όταν βρίσκομαι κάτω από πολύ πίεση είναι φορές που νιώθω ότι θα διαλυθώ	103	0,00	4,00	1,85	1,12
Γενικά δε θεωρώ τον εαυτό μου ιδιαίτερα ξέγνοιαστο.	103	0,00	4,00	2,11	1,08
Γοητεύομαι με τα μοτίβα που υπάρχουν στην τέχνη και στην φύση	103	0,00	4,00	1,89	1,34
Κάποιοι θεωρούν ότι είμαι εγωιστής/ -στρια και εγωκεντρικός	103	1,00	4,00	2,97	1,06
Δεν είμαι καθόλου μεθοδικό άτομο.	103	0,00	4,00	2,20	1,01
Σπάνια νιώθω μοναξιά και θλίψη.	103	0,00	4,00	1,93	1,05
Πραγματικά απολαμβάνω να μιλάω με κόσμο	103	0,00	4,00	1,93	1,02

Πιστεύω ότι με το να αφήνουμε τα παιδιά να ακούν αμφίβολης ποιότητας ομιλητές μπορεί να τα μπερδέψει και να τα παραπλανήσει.	103	0,00	4,00	1,24	1,03
Προτιμώ να συνεργάζομαι με άλλους παρά να ανταγωνίζομαι	103	1,00	4,00	2,88	0,81
Προσπαθώ να εκπληρώνω ότι μου ανατίθεται με ευσυνείδητα	103	1,00	4,00	2,41	0,86
Συχνά νιώθω ένταση και νευρικότητα.	103	0,00	4,00	1,95	1,02
Μου αρέσει να βρίσκομαι όπου υπάρχει δράση	103	0,00	4,00	1,24	1,01
Η ποίηση με αγγίζει ελάχιστη ή καθόλου	103	0,00	14,00	1,98	1,97
Έχω την τάση να είμαι κυνικός/-η και σκεπτικός/-η όσον αφορά την πρόθεση των άλλων.	103	0,00	4,00	2,42	1,05
Έχω ξεκάθαρους στόχους και προσπαθώ να τους επιτύχω δουλεύοντας συστηματικά	103	0,00	4,00	1,73	0,99
Κάποιες φορές νιώθω τελείως ανάξιος.	103	0,00	4,00	1,10	1,01
Συνήθως προτιμώ να κάνω πράγματα μόνος μου.	103	0,00	4,00	1,52	0,92
Συχνά δοκιμάζω καινούρια και άγνωστα φαγητά.	103	0,00	4,00	1,12	1,13
Πιστεύω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα προσπαθήσουν να σε εκμεταλλευθούν αν τους αφήσεις.	103	0,00	4,00	2,00	1,06
Χάνω πολύ χρόνο προτού συγκεντρωθώ σε μια δουλειά.	103	0,00	4,00	1,98	0,95
Σπάνια νιώθω να είμαι φοβισμένος/-η ή αγχωμένος/-η.	103	0,00	4,00	2,22	0,98
Συχνά νιώθω να είμαι γεμάτος ενέργεια	103	0,00	3,00	1,66	0,89
Σπάνια προσέχω τη διάθεση που δημιουργούν «διαφορετικά» περιβάλλοντα	103	0,00	4,00	2,00	1,20
Οι περισσότεροι άνθρωποι που γνωρίζω με συμπαθούν.	103	0,00	4,00	2,67	0,92
Δουλεύω σκληρά για να πετύχω τους στόχους μου.	103	0,00	4,00	1,96	1,07

Συχνά θυμώνω με τον τρόπο με τον οποίον οι άνθρωποι με αντιμετωπίζουν	103	0,00	4,00	1,42	1,08
Είμαι ένα χαρούμενο, αισιόδοξο άτομο	103	0,00	4,00	1,97	0,92
Πιστεύω ότι θα έπρεπε να στρεφόμεστε στις Θρησκευτική μας Ηγεσία όταν παίρνουμε αποφάσεις ή για θέματα ηθικής τάξης	103	0,00	4,00	2,19	1,30
Κάποιοι με θεωρούν άτομο ψυχρό και υπολογιστικό	103	1,00	4,00	3,07	1,11
Όταν δεσμεύομαι προσωπικά για κάτι, αναλαμβάνω υπεύθυνα να το φέρω εις πέρας.	103	0,00	4,00	2,24	0,97
Πολύ συχνά, όταν τα πράγματα πάνε στραβά, νιώθω απογοητευμένος και θέλω να τα παρατήσω.	103	0,00	4,00	1,48	0,98
Δεν είμαι γενικά αισιόδοξος/-η.	103	0,00	4,00	2,78	1,05
Κάποιες φορές όταν βλέπω ένα έργο τέχνης ή διαβάζω ένα ποίημα νιώθω ένα ρίγος ενθουσιασμού να με διαπερνά	103	0,00	4,00	1,33	1,36
Είμαι πραγματιστής/τρια και διακατέχομαι από ψυχρή λογική στις θέσεις μου.	103	0,00	4,00	3,02	1,03
Κάποιες φορές δε είμαι τόσο σταθερός/η και υπεύθυνος/-η όσο θα έπρεπε.	103	0,00	4,00	1,96	0,85
Σπάνια είμαι θλιμμένος/η ή λυπημένος.	103	0,00	4,00	2,04	0,99
Η ζωή μου έχει γρήγορους ρυθμούς.	103	0,00	4,00	1,29	1,02
Δεν με ενδιαφέρει ιδιαίτερα η ενασχόληση με τη φύση του κόσμου ή τις συνθήκες του κόσμου.	103	0,00	4,00	2,09	1,30
Γενικά προσπαθώ να είμαι ευαίσθητος/η στις ανάγκες των άλλων.	103	1,00	4,00	2,24	0,89
Είμαι ένας παραγωγικό άτομο που ολοκληρώνει τη δουλειά που αναλαμβάνει	103	0,00	4,00	1,97	0,89
Συχνά νιώθω αβοήθητος/η και θέλω κάποιον άλλο να μου λύσει τα προβλήματα	103	0,00	4,00	1,77	1,15
Είμαι πολύ δραστήριο άτομο.	103	0,00	4,00	1,56	0,97
Έχω πολλά πνευματικά ενδιαφέροντα.	103	0,00	4,00	1,14	1,07

Εάν κάποιος δεν μου είναι συμπαθής τον/την αφήνω να το καταλάβει...	103	0,00	4,00	1,94	1,24
Ποτέ δεν τα καταφέρνω να οργανωθώ.	103	0,00	4,00	2,41	0,93
Κατά καιρούς ένιωσα τόση ντροπή που θα ήθελα να εξαφανιστώ.	103	0,00	4,00	0,86	1,06
Προτιμώ να κάνω γενικά το δικό μου, παρά να είμαι ο ηγέτης άλλων.	103	0,00	4,00	1,27	0,69
Συχνά με αρέσει να παίζω με ιδέες και με θεωρίες	103	0,00	4,00	1,18	1,12
Εάν είναι απαραίτητο, είμαι διατεθειμένος/η να «μανουβράρω» τους άλλους προκειμένου να πετύχω αυτό που θέλω.	103	0,00	4,00	2,76	1,05
Προσπαθώ να κάνω τέλεια ότι κάνω.	103	1,00	4,00	2,14	0,91

Ειδικότερα, όσον αφορά τους 5 επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Η μέση τιμή του παράγοντα νευρωτισμού ήταν 21,8 που σημαίνει ασθενείς που είναι πιθανό να είναι ασφαλείς, ανθεκτικοί και εν γένει χαλαροί ακόμα και κάτω από αγχωτικές συνθήκες.

Η μέση τιμή του παράγοντα της εξωστρέφειας ήταν 21,04, που σημαίνει άτομα που τείνουν να είναι εσωστρεφή, κρατημένα και σοβαρά και τα οποία προτιμούν να είναι μόνα ή με λίγους στενούς φίλους.

Η μέση τιμή του παράγοντα δεκτικότητα στις εμπειρίες ήταν 19,72 που σημαίνει άτομα παραδοσιακά, τα οποία προτιμούν το γνωστό στο μυθιστόρημα και οι συναισθηματικές τους απαντήσεις μπορεί να είναι σχετικά συγκαλυμμένες.

Η μέση τιμή του παράγοντα καλή προαίρεση/συνεργατικότητα ήταν 31,33 που σημαίνει άτομα που είναι πιθανό να είναι δύσκολα, δύσπιστα, περήφανα και ανταγωνιστικά. Τείνουν να εκφράζουν άμεσα την οργή τους.

Η μέση τιμή του παράγοντα ευσυνειδησία ήταν 24,84 που σημαίνει άτομα όχι πολύ καλά οργανωμένα και μερικές φορές απρόσεκτα, τα οποία προτιμούν να μην κάνουν σχέδια. Δεν έχουν απαραίτητως σχέδια ή ηθικές αρχές και είναι λιγότερο αυστηρά στο να τους κρατούν.

Όλοι οι παράγοντες χαρακτηρίστηκαν μέτριοι με εξαίρεση τον παράγοντα προαίρεση/συνεργατικότητα που ήταν υψηλότερος.

❖ **Multidimensional Scale Of Perceived Social Support – Κοινωνική Υποστήριξη**

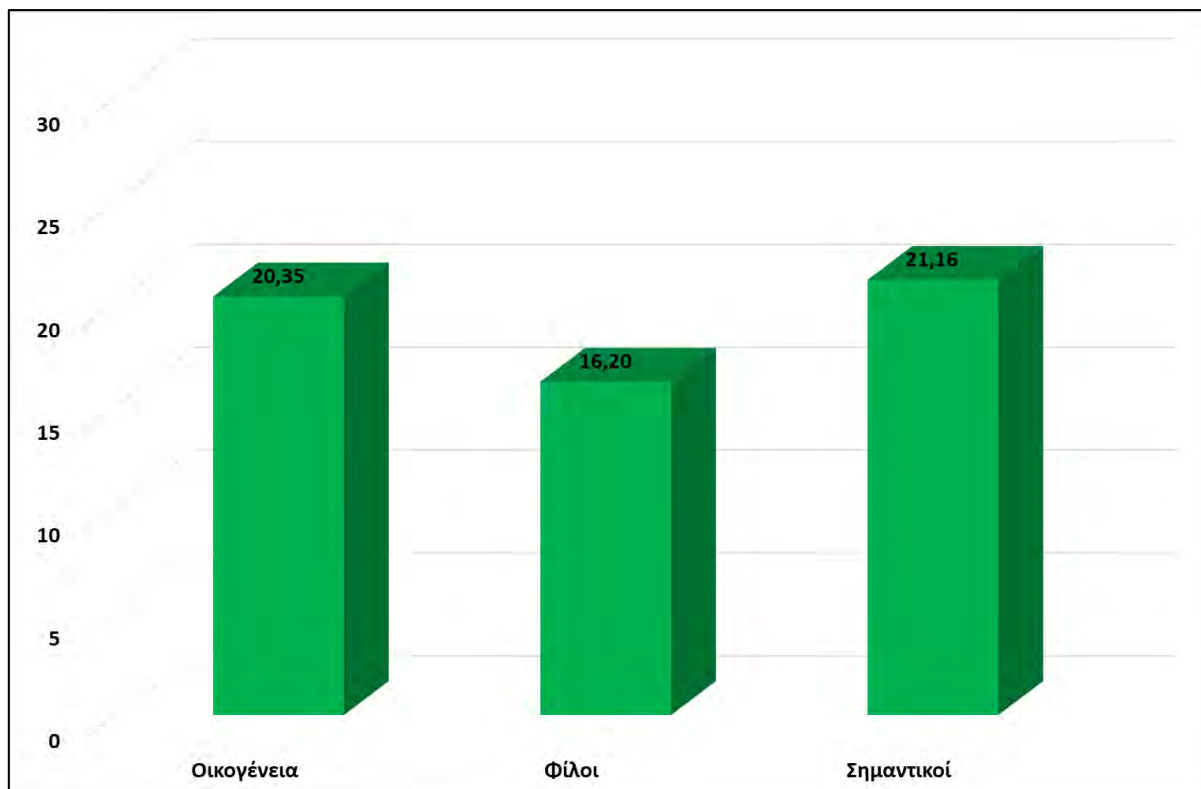
Η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί με τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου της Κοινωνικής Υποστήριξης.

Πίνακας 5: Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι	103	1,00	7,00	5,71	1,31
Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες	103	1,00	7,00	5,00	1,30
Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει.	103	1,00	7,00	5,26	1,36
Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.	103	1,00	7,00	5,06	1,27
Έχω έναν άνθρωπο ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για μένα.	103	1,00	7,00	5,02	1,36
Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν.	103	1,00	7,00	4,27	1,16
Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.	103	1,00	7,00	3,79	1,11
Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.	103	1,00	7,00	5,07	1,22
Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	103	1,00	7,00	4,17	1,28
Υπάρχει ένας άνθρωπος στη ζωή μου ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά μου.	103	1,00	7,00	5,43	1,49
Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να παίρνω αποφάσεις.	103	1,00	7,00	4,96	1,30
Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με τους φίλους μου.	103	1,00	6,00	3,98	1,19

Ειδικότερα, η μέση τιμή του παράγοντα οικογένεια ήταν 20,35, που σημαίνει υψηλή υποστήριξη από την οικογένεια. Η μέση τιμή του παράγοντα φίλοι ήταν 16,20 που σημαίνει μέτρια υποστήριξη και η μέση τιμή του παράγοντα σημαντικοί άλλοι ήταν 21,16 που σημαίνει υψηλή υποστήριξη.

Διάγραμμα 2: Κοινωνική Υποστήριξη



❖ **Κλίμακα ανθεκτικότητας**

Η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί μερικές φορές με τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου σχετικά με την ανθεκτικότητα. Η μέση τιμή της κλίμακας ανθεκτικότητας ήταν $2,2 \pm 0,5$ που σημαίνει ότι το δείγμα των ασθενών χαρακτηρίζεται από μέτρια ανθεκτικότητα.

Πίνακας 6: Περιγραφικά μέτρα για την κλίμακα ανθεκτικότητας

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Είμαι ικανός να προσαρμόζομαι όταν συμβαίνουν αλλαγές	103	0,00	4,00	2,33	0,97

Έχω τουλάχιστον μια στενή και ασφαλή σχέση που με βοηθάει όταν είμαι αγχωμένος	103	0,00	4,00	2,60	1,25
Όταν δεν διαφαίνονται καθαρές λύσεις στα προβλήματα μου η Μοίρα ή ο Θεός μπορεί να βοηθήσουν	103	0,00	4,00	2,15	1,32
Μπορώ να ανταποκριθώ σε οτιδήποτε συμβεί	103	0,00	4,00	1,78	0,86
Παλαιότερες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση στο να ανταποκριθώ σε νέες προκλήσεις και δυσκολίες	103	0,00	4,00	2,17	0,98
Προσπαθώ να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων όταν αντιμετωπίζω προβλήματα	103	0,00	4,00	1,84	0,99
Το να έχω να ανταποκριθώ στο άγχος μπορεί να με κάνει πιο δυνατό	103	0,00	5,00	1,79	1,04
Έχω την τάση να συνέρχομαι γρήγορα μετά από ασθένεια, τραυματισμό ή άλλες ταλαιπωρίες	103	0,00	4,00	2,52	0,83
Είτε καλώς, είτε κακώς πιστεύω ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν λόγο που συμβαίνουν	103	0,00	4,00	2,89	1,02
Δίνω τον καλύτερο εαυτό μου όποιο κι αν μοιάζει να είναι το αποτέλεσμα	103	0,00	4,00	2,43	0,91
Πιστεύω μπορώ να πετύχω τους στόχους μου, ακόμα και όταν υπάρχουν εμπόδια	103	0,00	4,00	2,18	0,89
Ακόμη και όταν τα πράγματα φαίνονται απέλπιδα, δεν τα παρατάω	103	0,00	4,00	2,23	0,83
Κατά την διάρκεια περιόδων άγχους/κρίσης, γνωρίζω πού μπορώ να απευθυνθώ για βοήθεια	103	0,00	4,00	2,56	1,17
Υπό καθεστώς πίεσης, παραμένω συγκεντρωμένος και σκέφτομαι καθαρά	103	0,00	4,00	1,31	0,98

Προτιμώ να αναλαμβάνω την ευθύνη στη λύση προβλημάτων παρά να αφήνω άλλους να λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις	103	0,00	4,00	2,43	0,99
Δεν απογοητεύομαι εύκολα από την αποτυχία	103	0,00	4,00	2,13	0,91
Θεωρώ τον εαυτό μου ως δυνατό άτομο όταν αντιμετωπίζω τις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής	103	0,00	4,00	2,27	0,95
Μπορώ να λαμβάνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις που επηρεάζουν άλλα άτομα, αν είναι απαραίτητο	103	0,00	4,00	1,61	1,00
Είμαι σε θέση να χειρίζομαι δυσάρεστα ή επίπονα συναισθήματα όπως λύπη, φόβο ή θυμό	103	0,00	4,00	1,95	0,88
Όταν αντιμετωπίζεις τα προβλήματα της ζωής κάποιες φορές πρέπει να ενεργείς διαισθητικά χωρίς να ξέρεις γιατί	103	0,00	4,00	2,57	0,91
Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού στη ζωή	103	0,00	4,00	2,06	0,95
Αισθάνομαι ότι έλεγχω τη ζωή μου	103	0,00	4,00	2,21	0,93
Μου αρέσουν οι προκλήσεις	103	0,00	4,00	1,70	0,97
Προσπαθώ να πετυχαίνω τους στόχους μου, όσα εμπόδια και να αντιμετωπίζω	103	0,00	4,00	2,34	0,88
Αισθάνομαι υπερήφανος για τα επιτεύγματά μου	102	0,00	5,00	2,30	0,99

Συσχετίσεις Κλιμάκων μεταξύ των Ερωτηματολογίων της Έρευνας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων των έρευνας.

Η Θετική υποκλίμακα της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου PANSS συσχετίσθηκε θετικά με την Εξωστρέφεια και αρνητικά με την προαίρεση / συνεργατικότητα του ερωτηματολογίου Five Factor Inventory. Όσο αυξάνει η ψυχοπαθολογία αυξάνει και η εξωστρέφεια και μειώνεται η προαίρεση/συνεργατικότητα.

Πίνακας 7: Συσχέτιση Θετικής υποκλίμακας

		Θετική υποκλίμακα
Γενική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,399**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Εξωστρέφεια	Pearson Correlation	0,249*
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	103
Προαίρεση/Συνεργατικότητα	Pearson Correlation	-0,194*
	Sig. (2-tailed)	0,049
	N	103

Η αρνητική υποκλίμακα της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου PANSS συσχετίσθηκε θετικά με την Γενική υποκλίμακα και την προαίρεση/συνεργατικότητα και αρνητικά με τους παράγοντες εξωστρέφεια, δεκτικότητα στις εμπειρίες και την ευσυνειδησία του ερωτηματολογίου NEO Five Factor Inventory , με την Κοινωνική υποστήριξη από Σημαντικούς άλλους της κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης και την Ανθεκτικότητα της Κλίμακας Κόνορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα. Όσο αυξάνει η ψυχοπαθολογία αυξάνει και η Γενική υποκλίμακα και η προαίρεση/συνεργατικότητα, ενώ μειώνονται η εξωστρέφεια, η δεκτικότητα στις εμπειρίες, η ευσυνειδησία, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 8: Συσχέτιση Αρνητικής υποκλίμακας

	Αρνητική υποκλίμακα	
Γενική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,375**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Εξωστρέφεια	Pearson Correlation	-0,272**
	Sig. (2-tailed)	0,005
	N	103
Δεκτικότητα στις εμπειρίες	Pearson Correlation	-0,308**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	103
Προαίρεση/Συνεργατικότητα	Pearson Correlation	0,217*
	Sig. (2-tailed)	0,027
	N	103
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	-0,319**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	-0,209*
	Sig. (2-tailed)	0,034
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	-0,330**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	103

Η Γενική υποκλίμακα συσχετίστηκε θετικά με τον Νευρωτισμό. Όσο αυξάνει η Γενική υποκλίμακα αυξάνει και ο Νευρωτισμός.

Πίνακας 9: Συσχέτιση Γενική υποκλίμακας

	Γενική υποκλίμακα	
Νευρωτισμός	Pearson Correlation	0,237*
	Sig. (2-tailed)	0,016
	N	103

Ο νευρωτισμός συσχετίστηκε αρνητικά με τους παράγοντες εξωστρέφεια, ευσυνειδησία, κοινωνική υποστήριξη από φίλους, κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και ανθεκτικότητα. Όσο αυξάνει ο νευρωτισμός μειώνονται τα ακόλουθα: εξωστρέφεια, ευσυνειδησία, κοινωνική υποστήριξη από φίλους, κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και ανθεκτικότητα.

Πίνακας 10: Συσχέτιση Νευρωτισμού

		Νευρωτισμός
Εξωστρέφεια	Pearson Correlation	-0,263**
	Sig. (2-tailed)	0,007
	N	103
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	-0,263**
	Sig. (2-tailed)	0,007
	N	103
Φίλοι	Pearson Correlation	-0,361**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	-0,257**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	-0,342**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Η εξωστρέφεια συσχετίστηκε θετικά με τη δεκτικότητα στις εμπειρίες, την ευσυνειδησία, την κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια, από Φίλους και από σημαντικούς άλλους καθώς και με την ανθεκτικότητα. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε πως όσο αυξάνει η εξωστρέφεια αυξάνει και η δεκτικότητα στις εμπειρίες, η ευσυνειδησία, η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, από φίλους και από σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 11: Συσχέτιση Εξωστρέφειας

		Εξωστρέφεια
Δεκτικότητα στις εμπειρίες	Pearson Correlation	0,295**
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	103
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	0,381**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Οικογένεια	Pearson Correlation	0,227*

	Sig. (2-tailed)	0,021
	N	103
Φίλοι	Pearson Correlation	0,332**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	0,301**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,633**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Η δεκτικότητα στις εμπειρίες συσχετίστηκε θετικά με ευσυνειδησία, την κοινωνική υποστήριξη από φίλους και την ανθεκτικότητα. Όσο αυξάνει η δεκτικότητα στις εμπειρίες αυξάνει και η ευσυνειδησία, η κοινωνική υποστήριξη από Φίλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 12: Συσχέτιση Καινοτομίας / Εφευρετικότητας

		Καινοτομία / Εφευρετικότητα
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	0,360**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Φίλοι	Pearson Correlation	0,348**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,347**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Η καλή προαίρεση/συνεργατικότητα συσχετίστηκε θετικά με τα ακόλουθα: ευσυνειδησία, κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους. Όσο αυξάνει η καλή προαίρεση/συνεργατικότητα αυξάνει και η ευσυνειδησία, η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και από σημαντικούς άλλους.

Πίνακας 13: Συσχέτιση Προσήνεια / Συμπόνια

		Προσήνεια / Συμπόνια
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	0,356**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Οικογένεια	Pearson Correlation	0,217*
	Sig. (2-tailed)	0,027

	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	0,202*
	Sig. (2-tailed)	0,040
	N	103

Η ευσυνειδησία συσχετίστηκε θετικά με κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και την ανθεκτικότητα. Όσο αυξάνει η ευσυνειδησία αυξάνει και η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 14: Συσχέτιση Ευσυνειδησία

	Ευσυνειδησία	
Οικογένεια	Pearson Correlation	0,250*
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	0,302**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,678**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια συσχετίστηκε θετικά με την κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους και από σημαντικούς άλλους, καθώς και με την ανθεκτικότητα. Όσο αυξάνει η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια αυξάνει και η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 15: Συσχέτιση Οικογένειας

	Οικογένεια	
Φίλοι	Pearson Correlation	0,311**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	0,761**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,402**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, συσχετίστηκε θετικά με την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και με την ανθεκτικότητα, δηλαδή όσο αυξάνει η κοινωνική υποστήριξη από φίλους αυξάνει και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 16: Συσχέτιση Φίλοι

		Φίλοι
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	0,595**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,420**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Τέλος, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους συσχετίστηκε θετικά με την ανθεκτικότητα. Όσο αυξάνει η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους αυξάνει και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 17: Συσχέτιση Σημαντικοί

		Σημαντικοί
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,560**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Σύγκριση Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών και Ερωτηματολογίων Έρευνας

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται σύγκριση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των ερωτηματολογίων της έρευνας.

Στατιστικά σημαντική διαφορά φάνηκε να υπάρχει στις γυναίκες που είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στον παράγοντα καλή προαίρεση/συνεργατικότητα της κλίμακας NEO Ερωτηματολόγιο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας καθώς και στην πηγή αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, της Πολυδιάστατης Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης που σχετίζεται με την οικογένεια, σε σύγκριση με τους άνδρες.

Πίνακας 18: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα	Άνδρας	69	30,3188	7,32540	0.039
	Γυναίκα	34	33,3824	6,24264	
Οικογένεια	Άνδρας	69	19,5942	4,87587	0.015
	Γυναίκα	34	21,8824	3,32816	

Η ηλικία συσχετίστηκε αρνητικά με την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, που σημαίνει πως όσο αυξάνει η ηλικία μειώνεται η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια.

Πίνακας 19: Συσχέτιση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με ηλικία

		Ηλικία
Οικογένεια	Pearson Correlation	-0,255**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	103

Οι έγγαμοι είχαν υψηλότερες τιμές στους παράγοντες της προσωπικότητας καλή προαίρεση/συνεργατικότητα και ευσυνειδησία σε σύγκριση με τους άγαμους και τους διαζευγμένους. Από την άλλη πλευρά, οι διαζευγμένοι είχαν υψηλότερες τιμές στην θετική υποκλίμακα της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου, σε σύγκριση με τους άγαμους και τους έγγαμους.

Πίνακας 20: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		Θετική υποκλίμακα	Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα	Ευσυνειδησία
Άγαμος	Μέση τιμή	26,30	31,58	23,28
	N	80,00	80,00	80,00
	Τυπική απόκλιση	6,37	6,70	7,21
Έγγαμος	Μέση τιμή	22,17	38,83	39,83
	N	6,00	6,00	6,00
	Τυπική απόκλιση	6,15	1,33	8,42
Διαζευγμένος	Μέση τιμή	29,29	27,53	26,88
	N	17,00	17,00	17,00
	Τυπική απόκλιση	5,38	7,91	6,76
P value		<i>0,004</i>	<i>0,002</i>	<i>0,001</i>

Τα άτομα που δεν μένουν μόνοι τους φάνηκαν να είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα της συνολικής εκτίμησης της Λειτουργικότητας, στον παράγοντα καλή προαίρεση/συνεργατικότητα του ερωτηματολογίου NEO-FFI, στην Κοινωνική υποστήριξη από την Οικογένεια και από Σημαντικούς άλλους και στην Ανθεκτικότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που μένουν μόνοι τους.

Πίνακας 21: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με διαμονή στο σπίτι

	Μένετε μόνος/η;	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
GAF	Ναι	28	32,68	7,61	<i>0.032</i>
	Όχι	75	36,84	8,98	
Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα	Ναι	28	28,79	7,13	<i>0.026</i>
	Όχι	75	32,28	6,90	
Οικογένεια	Ναι	28	16,79	5,27	<i>0.001</i>
	Όχι	75	21,68	3,42	
Σημαντικοί	Ναι	28	17,50	5,34	<i>0.001</i>
	Όχι	75	22,52	3,70	
Ανθεκτικότητα	Ναι	28	2,02	0,52	<i>0.051</i>
	Όχι	75	2,23	0,46	

Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, αυξάνουν τα σκορ για τους παράγοντες δεκτικότητα στις εμπειρίες, ευσυνειδησία, κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, από φίλους και από

σημαντικούς άλλους, καθώς και η ανθεκτικότητα, ενώ αντίθετα μειώνεται η αρνητική υποκλίμακα της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου και ο Νευρωτισμός.

Πίνακας 22: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με εκπαιδευτικό επίπεδο

		Εκπαιδευτικό επίπεδο
Αρνητική υποκλίμακα	Pearson Correlation	-0,214*
	Sig. (2-tailed)	0,030
	N	103
Νευρωτισμός	Pearson Correlation	-0,211*
	Sig. (2-tailed)	0,032
	N	103
Δεκτικότητα στις εμπειρίες	Pearson Correlation	0,501**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	0,339**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Οικογένεια	Pearson Correlation	0,236*
	Sig. (2-tailed)	0,017
	N	103
Φίλοι	Pearson Correlation	0,285**
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	0,273**
	Sig. (2-tailed)	0,005
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,270**
	Sig. (2-tailed)	0,006
	N	103

Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, αυξάνει η Θετική υποκλίμακα και η Γενική υποκλίμακα της κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου, ενώ αντίθετα μειώνεται η κλίμακα συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας, η ευσυνειδησία, η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, η κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 23: Συσχέτιση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας

		Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας
Θετική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,481**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Γενική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,312**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	103
GAF	Pearson Correlation	-0,508**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	-0,250*
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	103
Οικογένεια	Pearson Correlation	-0,517**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Φίλοι	Pearson Correlation	-0,233*
	Sig. (2-tailed)	0,018
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	-0,407**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	-0,350**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Τα άτομα που δεν είχαν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στους παράγοντες δεκτικότητα στις εμπειρίες, καλή προαίρεση/συνεργατικότητα και ευσυνειδησία, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν.

Πίνακας 24: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με νοσηλεία στο παρελθόν

	Έχετε νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Καινοτομία / Εφευρετικότητα	Ναι	90	18,92	5,71	0.001
	Όχι	13	25,23	6,06	
Προσήνεια / Συμπόνια	Ναι	90	30,78	7,24	0.037
	Όχι	13	35,15	4,67	
Ευσυνειδησία	Ναι	90	23,84	7,78	0.001
	Όχι	13	31,69	7,78	

Τα άτομα που είχαν ≤ 4 προηγούμενες νοσηλείες σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας, στην εξωστρέφεια, στην ευσυνειδησία, στην κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, στην κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και στην ανθεκτικότητα. Αντίθετα, τα άτομα που είχαν > 4 προηγούμενες νοσηλείες σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στην Θετική, στην Αρνητική και στην Γενική υποκλίμακα.

Πίνακας 25: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολογίων με αριθμό προηγούμενων νοσηλειών

	Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Θετική υποκλίμακα	≤ 4	42	25,12	5,68	0.037
	> 4	48	27,88	6,55	
Αρνητική υποκλίμακα	≤ 4	42	24,45	5,70	0.014
	> 4	48	27,90	7,07	
Γενική υποκλίμακα	≤ 4	42	54,76	8,97	0.015
	> 4	48	59,21	8,02	
GAF	≤ 4	42	38,36	9,32	0.001
	> 4	48	32,23	6,53	
Εξωστρέφεια	≤ 4	42	22,69	6,01	0.008
	> 4	48	19,13	6,37	
Ευσυνειδησία	≤ 4	42	26,31	7,19	0.004
	> 4	48	21,69	7,70	
Οικογένεια	≤ 4	42	21,67	3,29	0.001
	> 4	48	18,58	4,92	
Σημαντικοί άλλοι	≤ 4	42	22,52	3,49	0.002
	> 4	48	19,50	5,30	
Ανθεκτικότητα	≤ 4	42	2,30	0,39	0.002
	> 4	48	2,00	0,52	

Όσο αυξάνει η διάρκεια της ασθένειας, αυξάνει και η αρνητική υποκλίμακα, ενώ αντίθετα μειώνεται η κλίμακα συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας, η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία, η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, η κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και η ανθεκτικότητα.

Πίνακας 26: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με Διάρκεια ασθένειας

		Διάρκεια ασθένειας
Αρνητική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,212*
	Sig. (2-tailed)	0,031
	N	103
GAF	Pearson Correlation	-0,209*
	Sig. (2-tailed)	0,034
	N	103
Εξωστρέφεια	Pearson Correlation	-0,311**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	103
Ευσυνειδησία	Pearson Correlation	-0,296**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	103
Οικογένεια	Pearson Correlation	-0,453**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Φίλοι	Pearson Correlation	-0,273**
	Sig. (2-tailed)	0,005
	N	103
Σημαντικοί άλλοι	Pearson Correlation	-0,438**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	-0,442**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103

Τα άτομα που δεν είχαν άλλα προβλήματα υγείας σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στον παράγοντα εξωστρέφεια, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν και άλλα προβλήματα υγείας.

Πίνακας 27: Σύγκριση Εξωστρέφειας με ύπαρξη προβλημάτων υγείας

Άλλα προβλήματα υγείας	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ναι	29	18,90	5,92	0.034
Όχι	74	21,88	6,50	

Τα άτομα που εισήλθαν στο νοσοκομείο ακούσια σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στην Θετική υποκλίμακα και στην εξωστρέφεια, σε αντίθεση με τους ακουσίως εισελθόντες στο νοσοκομείο οι οποίοι σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας και στον νευρωτισμό.

Πίνακας 28: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με είδος νοσηλείας

	Είδος νοσηλείας	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Θετική υποκλίμακα	Ακούσια	72	27,99	6,09	0.001
	Εκούσια	30	23,33	5,77	
GAF	Ακούσια	72	34,42	7,79	0.027
	Εκούσια	30	38,63	10,46	
Νευρωτισμός	Ακούσια	72	20,86	4,28	0.002
	Εκούσια	30	24,07	5,44	
Εξωστρέφεια	Ακούσια	72	22,07	6,32	0.011
	Εκούσια	30	18,53	6,29	

Στα άτομα που πραγματοποιήθηκε κλινοστατισμός είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στην Θετική υποκλίμακα, σε σύγκριση με τα άτομα στα οποία δεν έγινε κλινοστατισμός.

Πίνακας 29: Σύγκριση Θετικής υποκλίμακας με Κλινοστατισμό

Κλινοστατισμός	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ναι	25	31,00	6,55	0.001
Όχι	78	25,13	5,61	

Όσο αυξάνουν οι ημέρες του κλινοστατισμού, αυξάνει και η Θετική υποκλίμακα, η γενική υποκλίμακα και η κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους.

Πίνακας 30: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με ημέρες Κλινοστατισμός

		Αν Ναι για πόσες ημέρες
Θετική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,446*
	Sig. (2-tailed)	0,022
	N	26
Γενική υποκλίμακα	Pearson Correlation	0,425*
	Sig. (2-tailed)	0,030
	N	26
Σημαντικοί	Pearson Correlation	-0,422*
	Sig. (2-tailed)	0,032
	N	26

Τα άτομα που είχαν επισκεπτήριο σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στην εξωστρέφεια, στην ευσυνειδησία, στην κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, στην κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και στην ανθεκτικότητα. Αντίθετα, εκείνοι που δεν είχαν επισκέψεις είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στην αρνητική υποκλίμακα.

Πίνακας 31: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με Επισκεπτήριο

	Επισκεπτήριο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Αρνητική υποκλίμακα	Ναι	86	25,03	5,78	0.001
	Όχι	17	31,47	8,28	
Εξωστρέφεια	Ναι	86	21,79	6,38	0.007
	Όχι	17	17,24	5,58	
Ευσυνειδησία	Ναι	86	25,65	7,98	0.022
	Όχι	17	20,71	8,11	
Οικογένεια	Ναι	86	21,22	3,97	0.001
	Όχι	17	15,94	4,76	
Σημαντικοί άλλοι	Ναι	86	22,08	3,97	0.001
	Όχι	17	16,47	5,65	
Ανθεκτικότητα	Ναι	86	2,25	0,47	0.001
	Όχι	17	1,80	0,42	

Τα άτομα που τα επισκέπτονται καθημερινά σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στην ευσυνειδησία, στην κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, στην κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και στην ανθεκτικότητα.

Πίνακας 32: Σύγκριση Κλίμακων Ερωτηματολόγιων με Συχνότητα Επισκεπτηρίου

	Εάν Ναι	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ευσυνειδησία	Καθημερινά	44	28,09	8,12	<i>0.003</i>
	Ανά εβδομάδα	42	23,10	7,04	
Οικογένεια	Καθημερινά	44	22,09	4,40	<i>0.037</i>
	Ανά εβδομάδα	42	20,31	3,28	
Σημαντικοί	Καθημερινά	44	22,98	4,12	<i>0.031</i>
	Ανά εβδομάδα	42	21,14	3,63	
Ανθεκτικότητα	Καθημερινά	44	2,35	0,47	<i>0.031</i>
	Ανά εβδομάδα	42	2,14	0,44	

Μοντέλα Γραμμικής Παλινδρομήσεις

Γραμμικό Μοντέλο Θετικής υποκλίμακας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη Θετική υποκλίμακα των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Θετική υποκλίμακα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 33: Γραμμικό Μοντέλο Θετικής υποκλίμακας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	19,922	11,568	0,089	-3,087	42,931
Φύλο	-0,874	1,232	0,480	-3,323	1,576
Ηλικία	0,039	0,059	0,506	-0,077	0,156
Οικογενειακή κατάσταση	1,529	0,730	0,039	0,077	2,980
Μένετε μόνος/η;	1,554	1,297	0,234	-1,026	4,134
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,738	0,550	0,183	-1,832	0,355
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	0,151	0,040	0,000	0,072	0,230
Νοσηλεία στο παρελθόν	3,069	2,420	0,208	-1,744	7,882
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	2,323	1,497	0,124	-0,654	5,300
Διάρκεια ασθένειας	-0,025	0,076	0,741	-0,177	0,126
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	3,208	2,871	0,267	-2,503	8,919
Άλλα προβλήματα υγείας	0,967	1,241	0,438	-1,502	3,436
Είδος νοσηλείας	-2,620	1,273	0,043	-5,152	-0,088
Κλινοστατισμός	-2,377	2,311	0,307	-6,972	2,219
Ημέρες Κλινοστατισμού	0,828	1,525	0,589	-2,206	3,862
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-4,424	2,583	0,091	-9,562	0,715
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-0,683	1,234	0,582	-3,137	1,771

$$R^2 = 0.483, R^2_{adj} = 0.377, F = 4.556, p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Τα έγγαμα άτομα, είχαν αυξημένες πιθανότητες θετικής υποκλίμακας, σε σύγκριση με τα άγαμα άτομα ($b=1,529$, $p= 0,039$).
- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, αυξάνονται και οι πιθανότητες επίτευξης υψηλών βαθμολογιών στη θετική υποκλίμακα ($b=0,151$, $p= 0,001$).
- Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν εκούσια έχουν μειωμένες πιθανότητες θετικής υποκλίμακας, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλευτήκαν ακούσια ($b=-2,620$, $p= 0,043$).

Γραμμικό Μοντέλο Αρνητικής υποκλίμακας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την Αρνητική υποκλίμακα της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Αρνητική υποκλίμακα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 34: Γραμμικό Μοντέλο Αρνητικής υποκλίμακας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	0,851	14,369	0,953	-27,728	29,429
Φύλο	2,800	1,530	0,071	-0,243	5,842
Ηλικία	-0,053	0,073	0,469	-0,198	0,092
Οικογενειακή κατάσταση	-1,482	0,906	0,106	-3,285	0,321
Μένετε μόνος/η;	1,640	1,611	0,312	-1,564	4,845
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,374	0,683	0,586	-1,732	0,985
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	0,006	0,049	0,900	-0,092	0,104
Νοσηλεία στο παρελθόν	2,253	3,006	0,456	-3,725	8,231
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	1,008	1,859	0,589	-2,689	4,706
Διάρκεια ασθένειας	0,170	0,095	0,076	-0,018	0,358
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	0,080	3,566	0,982	-7,014	7,173
Άλλα προβλήματα υγείας	-0,741	1,542	0,632	-3,807	2,325
Είδος νοσηλείας	2,857	1,581	0,074	-0,288	6,001
Κλινοστατισμός	1,453	2,870	0,614	-4,255	7,161
Ημέρες Κλινοστατισμού	2,012	1,895	0,291	-1,757	5,780
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	8,432	3,209	0,010	2,050	14,814
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	2,101	1,533	0,174	-0,947	5,149

$$R^2 = 0.272, R^2_{adj} = 0.123, F = 1.824, p = 0.038$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι τα άτομα που δεν είχαν επισκεπτήριο, είχαν αυξημένες πιθανότητες αρνητικής υποκλίμακας, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν επισκεπτήριο ($b=8,432, p=0,010$).

Γραμμικό Μοντέλο Γενικής υποκλίμακας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την Γενική υποκλίμακα της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Γενική υποκλίμακα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 35: Γραμμικό Μοντέλο Γενικής υποκλίμακας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	36,173	18,625	0,056	-0,872	73,219
Φύλο	3,119	1,983	0,120	-0,825	7,063
Ηλικία	0,129	0,094	0,174	-0,058	0,317
Οικογενειακή κατάσταση	-0,259	1,175	0,826	-2,595	2,078
Μένετε μόνος/η;	1,592	2,088	0,448	-2,561	5,746
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,648	0,885	0,466	-2,410	1,113
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	0,133	0,064	0,041	0,006	0,260
Νοσηλεία στο παρελθόν	3,689	3,896	0,346	-4,060	11,438
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	2,613	2,410	0,281	-2,180	7,406
Διάρκεια ασθένειας	-0,063	0,123	0,607	-0,307	0,180
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	-1,409	4,623	0,761	-10,604	7,786
Άλλα προβλήματα υγείας	-1,788	1,998	0,373	-5,763	2,186
Είδος νοσηλείας	4,286	2,049	0,040	0,210	8,362
Κλινοστατισμός	0,180	3,720	0,962	-7,220	7,579
Ημέρες Κλινοστατισμού	2,471	2,456	0,317	-2,414	7,356
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-0,699	4,159	0,867	-8,972	7,574
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-0,859	1,987	0,667	-4,810	3,092

$$R^2 = 0.256, R^2_{adj} = 0.104, F = 1.680, p = 0.05$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, αυξάνονται και οι πιθανότητες αυξημένων βαθμολογιών της γενικής υποκλίμακας ($b=0,133, p=0,006$).
- Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν εκούσια έχουν αυξημένες πιθανότητες υψηλών σκόρ για την παράμετρο της γενικής υποκλίμακας, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλευτήκαν ακούσια ($b=4,286, p=0,040$).

Γραμμικό Μοντέλο Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 36: Γραμμικό Μοντέλο Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	24,675	17,237	0,156	-9,608	58,958
Φύλο	-3,051	1,835	0,100	-6,701	0,599
Ηλικία	0,080	0,087	0,362	-0,094	0,254
Οικογενειακή κατάσταση	-0,483	1,087	0,658	-2,646	1,679
Μένετε μόνος/η;	2,057	1,933	0,290	-1,787	5,901
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,199	0,819	0,808	-1,829	1,430
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,217	0,059	0,000	-0,334	-0,099
Νοσηλεία στο παρελθόν	-2,601	3,606	0,473	-9,772	4,571
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	-4,922	2,230	0,030	-9,358	-0,486
Διάρκεια ασθένειας	-0,063	0,113	0,580	-0,289	0,163
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	1,109	4,278	0,796	-7,400	9,619
Άλλα προβλήματα υγείας	0,984	1,849	0,596	-2,694	4,663
Είδος νοσηλείας	1,646	1,897	0,388	-2,126	5,418
Κλινοστατισμός	5,820	3,443	0,095	-1,027	12,668
Ημέρες Κλινοστατισμού	2,485	2,273	0,277	-2,036	7,005
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	8,556	3,849	0,029	0,899	16,212
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	2,408	1,838	0,194	-1,248	6,065

$$R^2 = 0.393, R^2_{adj} = 0.269, F = 3,161, p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, μειώνονται τα σκορ της Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας ($b=-0,217, p= 0,001$).

- Τα άτομα που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν >4 φορές έχουν μειωμένες βαθμολογίες στην Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν <4 φορές ($b=-4,922$, $p= 0,030$).
- Τα άτομα που δεν είχαν επισκεπτήριο, είχαν αυξημένες πιθανότητες Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν επισκεπτήριο ($b= 8,556$, $p= 0,029$).

Γραμμικό Μοντέλο Νευρωτισμού

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη Κλίμακα του Νευρωτισμού των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Κλίμακα του Νευρωτισμού και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 37: Γραμμικό Μοντέλο Νευρωτισμού

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	5,298	10,242	0,606	-15,072	25,668
Φύλο	1,190	1,090	0,278	-0,979	3,359
Ηλικία	-0,012	0,052	0,824	-0,115	0,092
Οικογενειακή κατάσταση	-0,808	0,646	0,215	-2,093	0,477
Μένετε μόνος/η	2,364	1,148	0,043	0,080	4,648
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,657	0,487	0,181	-1,625	0,312
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,020	0,035	0,562	-0,090	0,049
Νοσηλεία στο παρελθόν	1,098	2,142	0,610	-3,163	5,359
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	0,801	1,325	0,547	-1,835	3,436
Διάρκεια ασθένειας	0,140	0,067	0,042	0,005	0,274
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	-1,237	2,542	0,628	-6,293	3,819
Άλλα προβλήματα υγείας	-1,181	1,099	0,285	-3,367	1,004
Είδος νοσηλείας	3,624	1,127	0,002	1,382	5,865
Κλινοστατισμός	3,770	2,046	0,069	-0,299	7,838
Ημέρες Κλινοστατισμού	2,271	1,350	0,096	-0,415	4,957
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	2,273	2,287	0,323	-2,276	6,822
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	1,552	1,092	0,159	-0,621	3,724

$$R^2 = 0.292, R^2_{\text{adj}} = 0.147, F = 2,014 \text{ } p = 0.019$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Τα άτομα που δεν μένουν μόνα τους είχαν αυξημένες πιθανότητες Νευρωτισμού, σε σύγκριση με τα άτομα που μένουν μόνα τους ($b=2,364, p=0,043$).
- Όσο αυξάνουν τα έτη διάρκειας της ασθένειας, αυξάνονται και οι πιθανότητες Νευρωτισμού ($b=0,140, p=0,042$).

- Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν εκούσια έχουν αυξημένες πιθανότητες Νευρωτισμού, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλευτήκαν ακούσια ($b=3,624$, $p= 0,002$).

Γραμμικό Μοντέλο Εξωστρέφειας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη Κλίμακα της Εξωστρέφειας των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Κλίμακα της Εξωστρέφειας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 38: Γραμμικό Μοντέλο Εξωστρέφειας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	43,533	13,579	0,002	16,524	70,542
Φύλο	-1,064	1,446	0,464	-3,940	1,811
Ηλικία	0,051	0,069	0,458	-0,086	0,188
Οικογενειακή κατάσταση	-0,867	0,857	0,314	-2,571	0,837
Μένετε μόνος/η;	0,437	1,523	0,775	-2,591	3,466
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,491	0,646	0,449	-1,775	0,793
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,051	0,047	0,274	-0,144	0,041
Νοσηλεία στο παρελθόν	-2,139	2,841	0,454	-7,789	3,511
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	-1,821	1,757	0,303	-5,315	1,674
Διάρκεια ασθένειας	-0,193	0,089	0,034	-0,371	-0,015
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	1,474	3,371	0,663	-5,230	8,178
Άλλα προβλήματα υγείας	0,209	1,457	0,886	-2,689	3,107
Είδος νοσηλείας	-5,286	1,494	0,001	-8,258	-2,315
Κλινοστατισμός	-0,095	2,712	0,972	-5,490	5,299
Ημέρες Κλινοστατισμού	0,454	1,791	0,800	-3,107	4,015
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-4,702	3,033	0,125	-10,733	1,330
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-2,098	1,448	0,151	-4,979	0,783

$$R^2 = 0.294, R^2_{adj} = 0.149, F = 2,034, p = 0.018$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

Όσο αυξάνουν τα έτη διάρκειας της ασθένειας, μειώνονται οι πιθανότητες Εξωστρέφειας ($b = -0,193, p = 0,034$).

- Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν εκούσια έχουν μειωμένες πιθανότητες Εξωστρέφειας, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλευτήκαν ακούσια ($b = -5,286, p = 0,001$).

Γραμμικό Μοντέλο Δεκτικότητα στις εμπειρίες

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τον παράγοντα της δεκτικότητας στις εμπειρίες των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η δεκτικότητα στις εμπειρίες και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 39: Γραμμικό Μοντέλο Δεκτικότητα στις εμπειρίες

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-17,964	10,837	0,101	-39,519	3,591
Φύλο	-2,846	1,154	0,016	-5,141	-0,551
Ηλικία	0,116	0,055	0,038	0,007	0,225
Οικογενειακή κατάσταση	-0,167	0,684	0,807	-1,527	1,192
Μένετε μόνος/η;	1,131	1,215	0,355	-1,286	3,548
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2,570	0,515	0,000	1,545	3,595
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,085	0,037	0,025	-0,159	-0,011
Νοσηλεία στο παρελθόν	2,217	2,267	0,331	-2,292	6,725
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	-1,917	1,402	0,175	-4,705	0,872
Διάρκεια ασθένειας	-0,063	0,071	0,382	-0,205	0,079
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	5,338	2,690	0,051	-0,013	10,688
Άλλα προβλήματα υγείας	2,013	1,163	0,087	-0,300	4,326
Είδος νοσηλείας	-1,702	1,192	0,157	-4,074	0,670
Κλινοστατισμός	6,349	2,165	0,004	2,044	10,654
Ημέρες Κλινοστατισμού	4,437	1,429	0,003	1,595	7,279
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	1,849	2,420	0,447	-2,964	6,663
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	0,727	1,156	0,531	-1,572	3,025

$$R^2 = 0.510, R^2_{adj} = 0.410, F = 5,092, p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Οι γυναίκες είχαν μειωμένες πιθανότητες δεκτικότητας στις εμπειρίες, σε σύγκριση με τους άνδρες ($b = -2,846, p = 0,016$).
- Όσο αυξάνει η ηλικία, αυξάνονται και οι πιθανότητες δεκτικότητας στις εμπειρίες ($b = 0,116, p = 0,038$).
- Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης, αυξάνονται και οι πιθανότητες δεκτικότητας στις εμπειρίες ($b = 2,570, p = 0,001$).

- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, μειώνονται οι πιθανότητες δεκτικότητας στις εμπειρίες ($b=-0,085$, $p= 0,025$).
- Στα άτομα στα οποία δεν έγινε κλινοστατισμός, είχαν αυξημένες πιθανότητες δεκτικότητας στις εμπειρίες, σε σύγκριση με τα άτομα που έγινε κλινοστατισμός ($b=6,349$, $p= 0,004$).
- Όσο αυξάνουν οι ημέρες κλινοστατισμού, αυξάνονται και οι πιθανότητες δεκτικότητας στις εμπειρίες ($b=4,437$, $p= 0,003$). Γραμμικό Μοντέλο Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τον παράγοντα της προσωπικότητας καλή προαίρεση/συνεργατικότητα των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε ο παράγοντας καλή προαίρεση/συνεργατικότητα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 40: Γραμμικό Μοντέλο Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-2,681	15,931	0,867	-34,368	29,005
Φύλο	2,049	1,696	0,231	-1,325	5,422
Ηλικία	0,011	0,081	0,888	-0,149	0,172
Οικογενειακή κατάσταση	-0,852	1,005	0,399	-2,851	1,147
Μένετε μόνος/η;	3,118	1,786	0,085	-0,435	6,671
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,226	0,757	0,766	-1,280	1,733
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,016	0,055	0,765	-0,125	0,092
Νοσηλεία στο παρελθόν	0,986	3,333	0,768	-5,643	7,614
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	-2,786	2,061	0,180	-6,886	1,314
Διάρκεια ασθένειας	-0,091	0,105	0,389	-0,299	0,118
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	3,631	3,954	0,361	-4,234	11,496
Άλλα προβλήματα υγείας	1,489	1,709	0,386	-1,911	4,889
Είδος νοσηλείας	-1,135	1,753	0,519	-4,622	2,351
Κλινοστατισμός	5,491	3,182	0,088	-0,837	11,820
Ημέρες Κλινοστατισμού	3,114	2,101	0,142	-1,064	7,292
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	7,855	3,558	0,030	0,779	14,931
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	1,803	1,699	0,292	-1,576	5,183

$$R^2 = 0.229, R^2_{adj} = 0.071, F= 1,447 p =0.136$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι τα άτομα τα οποία δεν είχαν επισκεπτήριο, είχαν αυξημένες πιθανότητες καλής προαίρεσης/συνεργατικότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν επισκεπτήριο ($b=7,855$, $p=0,030$).

Γραμμικό Μοντέλο Ευσυνειδησίας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τον παράγοντα της Ευσυνειδησίας στους ασθενείς, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε ο παράγοντας Ευσυνειδησία και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας του.

Πίνακας 41: Γραμμικό Μοντέλο Ευσυνειδησίας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	38,163	15,071	0,013	8,187	68,139
Φύλο	0,636	1,605	0,693	-2,555	3,827
Ηλικία	0,147	0,076	0,058	-0,005	0,298
Οικογενειακή κατάσταση	2,620	0,951	0,007	0,729	4,511
Μένετε μόνος/η;	-3,497	1,690	0,042	-6,858	-0,137
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,954	0,716	0,187	-0,471	2,379
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,121	0,052	0,021	-0,224	-0,018
Νοσηλεία στο παρελθόν	0,623	3,153	0,844	-5,648	6,893
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	-1,997	1,950	0,309	-5,876	1,881
Διάρκεια ασθένειας	-0,218	0,099	0,031	-0,415	-0,021
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	1,884	3,741	0,616	-5,556	9,324
Άλλα προβλήματα υγείας	1,433	1,617	0,378	-1,784	4,649
Είδος νοσηλείας	-2,174	1,658	0,193	-5,472	1,124
Κλινοστατισμός	-0,157	3,010	0,959	-6,144	5,830
Ημέρες Κλινοστατισμού	1,442	1,987	0,470	-2,510	5,395
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-4,416	3,366	0,193	-11,110	2,278
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-4,114	1,607	0,012	-7,311	-0,917

$$R^2 = 0.453, R^2_{adj} = 0.341, F = 4,049 \text{ } p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Τα έγγαμα άτομα είχαν αυξημένες βαθμολογίες για τον παράγοντα Ευσυνειδησία, σε σύγκριση με τους άγαμα άτομα ($b = 2,620, p = 0,007$).
- Τα άτομα που δεν μένουν μόνα τους, είχαν μειωμένα σκορ Ευσυνειδησίας, σε σύγκριση με τα άτομα που μένουν μόνα τους ($b = -3,497, p = 0,042$).

- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, μειώνεται η Ευσυνειδησία ($b=-0,121$, $p= 0,021$).
- Τα άτομα που είχαν επισκεπτήριο ανά εβδομάδα είχαν μειωμένες βαθμολογίες για τον παράγοντα Ευσυνειδησία, συγκριτικά με τα άτομα που είχαν επισκεπτήριο καθημερινά ($b= -4,114$, $p= 0,012$).

Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την Κοινωνική Υποστήριξη των ασθενών από την Οικογένεια, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Κοινωνική Υποστήριξη από την Οικογένεια και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 42: Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	27,936	7,710	0,001	12,601	43,272
Φύλο	1,048	0,821	0,205	-0,585	2,680
Ηλικία	-0,003	0,039	0,948	-0,080	0,075
Οικογενειακή κατάσταση	0,592	0,486	0,227	-0,376	1,559
Μένετε μόνος/η;	2,632	0,864	0,003	0,913	4,352
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,291	0,367	0,429	-1,020	0,438
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,105	0,026	0,000	-0,157	-0,052
Νοσηλεία στο παρελθόν	1,582	1,613	0,330	-1,626	4,790
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	1,006	0,998	0,316	-0,978	2,990
Διάρκεια ασθένειας	-0,105	0,051	0,041	-0,206	-0,004
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	-0,585	1,914	0,761	-4,391	3,222
Άλλα προβλήματα υγείας	-0,084	0,827	0,920	-1,729	1,562
Είδος νοσηλείας	-0,978	0,848	0,252	-2,665	0,710
Κλινοστατισμός	0,531	1,540	0,731	-2,533	3,594
Ημέρες Κλινοστατισμού	-0,368	1,017	0,718	-2,390	1,654
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-5,047	1,722	0,004	-8,471	-1,622
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-1,560	0,822	0,061	-3,196	0,075

$$R^2 = 0.552, R^2_{adj} = 0.460, F = 6.008, p = 0.025$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, μειώνονται οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια ($b = -0,105, p = 0,001$).
- Όσο αυξάνει η διάρκεια της ασθένειας, μειώνονται οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια ($b = -0,105, p = 0,041$).

- Τα άτομα που δεν είχαν επισκεπτήριο είχαν μειωμένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν επισκεπτήριο ($b = -5,047$, $p = 0,004$).

Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την Κοινωνική Υποστήριξη από τους Φίλους των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Κοινωνική Υποστήριξη από τους Φίλους και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 43: Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	4,476	8,823	0,613	-13,072	22,024
Φύλο	-1,882	0,939	0,048	-3,750	-0,014
Ηλικία	0,094	0,045	0,039	0,005	0,183
Οικογενειακή κατάσταση	0,765	0,557	0,173	-0,342	1,872
Μένετε μόνος/η;	1,045	0,989	0,294	-0,923	3,012
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,722	0,419	0,089	-0,113	1,556
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,039	0,030	0,201	-0,099	0,021
Νοσηλεία στο παρελθόν	-0,506	1,846	0,785	-4,176	3,165
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	-0,437	1,142	0,703	-2,707	1,834
Διάρκεια ασθένειας	-0,143	0,058	0,016	-0,259	-0,028
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	4,374	2,190	0,049	0,018	8,729
Άλλα προβλήματα υγείας	1,479	0,947	0,122	-0,404	3,361
Είδος νοσηλείας	-0,819	0,971	0,401	-2,750	1,111
Κλινοστατισμός	-1,108	1,762	0,531	-4,613	2,397
Ημέρες Κλινοστατισμού	-0,860	1,163	0,462	-3,174	1,454
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	1,572	1,970	0,427	-2,347	5,491
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	0,946	0,941	0,318	-0,926	2,818

$R^2 = 0.285$, $R^2_{adj} = 0.138$, $F = 1.943$ $p = 0.025$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Οι γυναίκες είχαν μειωμένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους, σε σύγκριση με τους άνδρες ($b = -1,882$, $p = 0,048$).

- Όσο αυξάνει η ηλικία, αυξάνουν και οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους ($b=-0,094$, $p= 0,039$).
- Όσο αυξάνει η διάρκεια της ασθένειας, μειώνονται οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους ($b=-0,143$, $p= 0,016$).
- Τα άτομα που δεν είχαν άλλα προβλήματα υγείας, είχαν αυξημένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν και άλλα προβλήματα υγείας ($b=4,374$, $p= 0,049$).

Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την Κοινωνική Υποστήριξη από τους Σημαντικούς άλλους των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Κοινωνική Υποστήριξη από τους Σημαντικούς άλλους και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 44: Γραμμικό Μοντέλο Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	25,417	8,206	0,003	9,095	41,738
Φύλο	-1,631	0,874	0,065	-3,369	0,107
Ηλικία	0,058	0,042	0,164	-0,024	0,141
Οικογενειακή κατάσταση	0,938	0,518	0,074	-0,092	1,968
Μένετε μόνος/η;	3,608	0,920	0,000	1,778	5,438
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,047	0,390	0,904	-0,729	0,823
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,059	0,028	0,041	-0,114	-0,003
Νοσηλεία στο παρελθόν	-0,296	1,717	0,864	-3,710	3,119
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	0,258	1,062	0,808	-1,854	2,370
Διάρκεια ασθένειας	-0,168	0,054	0,003	-0,275	-0,060
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	1,671	2,037	0,414	-2,380	5,722
Άλλα προβλήματα υγείας	1,185	0,880	0,182	-0,566	2,937
Είδος νοσηλείας	-1,434	0,903	0,116	-3,230	00,362
Κλινοστατισμός	-1,196	1,639	0,468	-4,456	2,064
Ημέρες Κλινοστατισμού	-1,561	1,082	0,153	-3,713	0,591
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-5,217	1,833	0,006	-8,862	-1,572
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-1,203	0,875	0,173	-2,944	0,538

$$R^2 = 0.524, R^2_{adj} = 0.426, F= 5,367 p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Τα άτομα που δεν μένουν μόνα τους είχαν αυξημένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους, σε σύγκριση με τα άτομα που μένουν μόνα τους ($b=3,608, p=0,001$).

- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, μειώνονται οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους ($b=-0,059$, $p= 0,041$).
- Όσο αυξάνει η διάρκεια της ασθένειας, μειώνονται οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους ($b=-0,168$, $p= 0,003$).
- Τα άτομα που δεν είχαν επισκεπτήριο, είχαν μειωμένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Σημαντικούς άλλους ($b=-5,217$, $p= 0,006$).

Γραμμικό Μοντέλο Ανθεκτικότητας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την Ανθεκτικότητα των ασθενών, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η Ανθεκτικότητα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας τους.

Πίνακας 45: Γραμμικό Μοντέλο Ανθεκτικότητας

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	2,645	0,847	0,002	0,960	4,330
Φύλο	-0,232	0,090	0,012	-0,411	-0,052
Ηλικία	0,014	0,004	0,002	0,005	0,022
Οικογενειακή κατάσταση	0,129	0,053	0,018	0,023	0,236
Μένετε μόνος/η;	0,078	0,095	0,412	-0,111	0,267
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,027	0,040	0,506	-0,053	0,107
Συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας	-0,011	0,003	0,000	-0,017	-0,005
Νοσηλεία στο παρελθόν	-0,048	0,177	0,788	-0,400	0,305
Αριθμός προηγούμενων νοσηλείων	-0,016	0,110	0,882	-0,234	0,202
Διάρκεια ασθένειας	-0,026	0,006	0,000	-0,038	-0,015
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	0,193	0,210	0,361	-0,225	0,612
Άλλα προβλήματα υγείας	0,080	0,091	0,381	-0,101	0,261
Είδος νοσηλείας	-0,287	0,093	0,003	-0,472	-0,101
Κλινοστατισμός	0,097	0,169	0,569	-0,240	0,433
Ημέρες Κλινοστατισμού	0,154	0,112	0,172	-0,068	0,376
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	-0,240	0,189	0,208	-0,616	0,136
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-0,145	0,090	0,112	-0,325	0,035

$$R^2 = 0.505, R^2_{adj} = 0.404, F = 4,980 \text{ } p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Οι γυναίκες είχαν μειωμένα σκορ Ανθεκτικότητας, σε σύγκριση με τους άνδρες ($b = -0,232, p = 0,012$).
- Όσο αυξάνει η ηλικία, αυξάνουν και οι βαθμολογίες της κλίμακας της Ανθεκτικότητας ($b = 0,014, p = 0,004$).

- Τα έγγαμα άτομα είχαν αυξημένες βαθμολογίες Ανθεκτικότητας, σε σύγκριση με τα άγαμα ($b=0,129$, $p= 0,018$).
- Όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, μειώνεται Ανθεκτικότητα ($b=-0,011$, $p= 0,001$).
- Όσο αυξάνει η διάρκεια της ασθένειας, η Ανθεκτικότητα μειώνεται ($b=-0,026$, $p= 0,001$).
- Τα άτομα που νοσηλευτήκαν εκούσια, είχαν μειωμένες βαθμολογίες Ανθεκτικότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλευτήκαν ακούσια ($b=-0,287$, $p= 0,003$).

Γραμμικό Μοντέλο Διάρκειας τρέχουσας νοσηλείας σε συνάρτηση με τα κοινωνικογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Προκειμένου να διερευνήσουμε τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ψυχωσικών ασθενών και την κατάσταση της υγείας τους και τη σχέση τους με τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάρκεια της τρέχουσας νοσηλείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ψυχωσικών ασθενών καθώς και σχετιζόμενες με την κατάσταση της υγείας τους μεταβλητές.

Πίνακας 46: Γραμμικό Μοντέλο Διάρκειας τρέχουσας νοσηλείας(α)

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-19,325	30,830	0,532	-80,604	41,954
Φύλο	3,916	3,261	0,233	-2,567	10,398
Ηλικία	-0,064	0,138	0,642	-0,339	0,210
Οικογενειακή κατάσταση	1,641	1,926	0,397	-2,187	5,468
Μένετε μόνος/η	-3,267	3,468	0,349	-10,159	3,625
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,112	1,467	0,939	-3,029	2,804
Νοσηλεία στο παρελθόν	10,987	6,461	0,093	-1,854	23,829
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών	9,383	3,554	0,010	2,320	16,447
Ύπαρξη προβλημάτων υγείας	7,162	7,379	0,334	-7,503	21,828
Άλλα προβλήματα υγείας	0,412	3,254	0,899	-6,055	6,880
Είδος νοσηλείας	-7,727	3,184	0,017	-14,054	-1,399
Κλινοστατισμός	12,635	6,147	0,043	0,417	24,854
Ημέρες Κλινοστατισμού	12,550	3,920	0,002	4,758	20,341
Ύπαρξη Επισκεπτηρίου	7,914	6,892	0,254	-5,786	21,613
Συχνότητα Επισκεπτηρίου	-1,642	3,339	0,624	-8,279	4,995

$R^2 = 0.629$, $R^2_{adj} = 0.396$, $F = 4,076$ $p = 0.001$

Από το μοντέλο αναδείχθηκε θετική σχέση μεταξύ του αριθμού των προηγούμενων νοσηλειών, της ύπαρξης κλινοστατισμού και της διάρκειας του τελευταίου με την διάρκεια της τρέχουσας νοσηλείας, καθώς επίσης και αρνητική σχέση μεταξύ του είδους της νοσηλείας με τη διάρκεια αυτής πιο συγκεκριμένα παρατηρούμαι τα εξής:

- Όσο αυξάνονται οι προηγούμενες νοσηλείες τόσο αυξάνονται και οι μέρες της τρέχουσας νοσηλείας.
- Τα άτομα τα οποία έχουν νοσηλευτεί εκουσίως είχαν μικρότερη διάρκεια νοσηλείας.

- Όσο αυξάνουν οι μέρες που κάποιος ασθενείς ήταν σε προστατευτικό κλινοστατισμός τόσο αυξάνονται και οι μέρες νοσηλείας.

Γραμμικό Μοντέλο Διάρκειας τρέχουσας νοσηλείας σε συνάρτηση με τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ψυχωσικών ασθενών και της σχέσης τους με τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάρκεια της τρέχουσας νοσηλείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ψυχωσικών ασθενών.

Πίνακας 47 : Γραμμικό Μοντέλο Διάρκειας τρέχουσας νοσηλείας(b)

	Unstandardized Coefficients		Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	57,759	11,644	0,000	34,649	80,870
Θετική υποκλίμακα	1,239	0,182	0,000	0,876	1,601
Νευρωτισμός	-0,555	0,246	0,027	-1,044	-0,066
Καλή προαίρεση/συνεργατικότητα	0,431	0,163	0,010	0,107	0,755
Κοινωνική Υποστήριξη από οικογένεια	-1,329	0,274	0,000	-1,872	-0,785
Ανθεκτικότητα	-11,287	2,683	0,000	-16,612	-5,961

$$R^2 = 0.743, R^2_{adj} = 0.552, F= 23,902 p =0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε ότι:

- Όσο αυξάνει η Θετική υποκλίμακα, θα αυξηθούν και οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών (b=1,239, p= 0,001).
- Όσο αυξάνει ο Νευρωτισμός, θα μειωθούν οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών (b= -0,555, p= 0,027).
- Όσο αυξάνει η καλή προαίρεση/συνεργατικότητα, θα αυξηθούν και οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών (b= 0,431, p= 0,010).
- Όσο αυξάνει η Κοινωνική Υποστήριξη από την οικογένεια, θα μειωθούν οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών (b= -1,329, p= 0,001).
- Όσο αυξάνει η Ανθεκτικότητα, θα μειωθούν οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών (b= -11,287, p= 0,001).

2.8 Συζήτηση

Η παρούσα εργασία είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών νοσηλευόμενων σε δημόσιο νοσοκομείο ψυχωσικών ασθενών καθώς και της σχέσης των χαρακτηριστικών αυτών με τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 103 ασθενείς. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών 69 άνδρες και 34 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 43,9 έτη. Έγγαμο ήταν μόνο το 5,8% των συμμετεχόντων, ενώ μόνο του ανέφερε πως έμενε σχεδόν το ένα τρίτο αυτών (27,2%). Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (55,3%) ανήκαν στην επαγγελματική ομάδα των συνταξιούχων, άνεργοι ή ασχολούμενοι με τα οικιακά δήλωσαν πως είναι το 12,6% και το 1,9% των ασθενών ενώ οι υπόλοιποι είχαν κάποια μορφή επαγγελματικής απασχόλησης. Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος (87,4%) είχε νοσηλευτεί περισσότερες από μια φορές, ενώ το 46,6% είχε ιστορικό με περισσότερες από 4 προηγούμενες νοσηλείες. Η μέση τιμή των συνολικών ημερών της τρέχουσας νοσηλείας ανερχόταν σε 40,7 ημέρες.

Από τη ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, αυξάνει η βαθμολογία για τη Θετική υποκλίμακα και τη Γενική υποκλίμακα, ενώ αντίθετα μειώνεται για την κλίμακα συνολικής εκτίμησης της Λειτουργικότητας ($b=-0,217$, $p=0,001$), την Ευσυνειδησία ($b=-0,121$, $p=0,021$), την Κοινωνική υποστήριξη από την Οικογένεια ($b=-0,105$, $p=0,001$), την Κοινωνική υποστήριξη από τους Φίλους, την Κοινωνική υποστήριξη από τους Σημαντικούς άλλους ($b=-0,059$, $p=0,041$) καθώς επίσης και η ανθεκτικότητα ($b=-0,011$, $p=0,001$). Αντίθετα, διαπιστώσαμε πως όσο αυξάνει το σκορ για το Νευρωτισμό, θα μειωθούν οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών ($b=-0,555$, $p=0,027$) σε αντίθεση με την αύξηση της βαθμολογίας του παράγοντα καλή προαίρεση/συνεργατικότητα, που συσχετίστηκε με αύξηση των ημερών νοσηλείας των ασθενών ($b=0,431$, $p=0,010$).

Ειδικότερα, όσον αφορά την ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις βαθμολογίες των ερωτήσεων της κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου PANSS, οι περισσότεροι ασθενείς βαθμολόγησαν τις ερωτήσεις της ψυχοπαθολογίας από μέτριο έως σοβαρό, ενώ το άθροισμα των κλιμάκων της ψυχοπαθολογίας έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ασθενείς έχουν μέτρια θετική και αρνητική ψυχοπαθολογία όπως επίσης και γενική.

Από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση που διενεργήσαμε για τη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη Θετική υποκλίμακα των ασθενών, διαπιστώθηκε ότι όσο αυξάνουν οι συνολικές ημέρες τρέχουσας νοσηλείας, αυξάνονται και οι βαθμολογίες της θετικής υποκλίμακας ($b=0,151$, $p=0,001$), με τα έγγαμα άτομα, να έχουν αυξημένες πιθανότητες θετικής υποκλίμακας, σε σύγκριση με τα άγαμα άτομα ($b=1,529$, $p=0,039$). Επιπρόσθετα, από τις βαθμολογίες της κλίμακας

Κόννορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα διαπιστώθηκε ότι τα έγγαμα άτομα είχαν αυξημένη Ανθεκτικότητα, σε σύγκριση με τα άγαμα ($b=0,129$, $p= 0,018$), ενώ από τις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου NEO-FFI βρέθηκε πως τα έγγαμα άτομα είχαν αυξημένες βαθμολογίες Ευσυνειδησίας, σε σύγκριση με τους άγαμα άτομα ($b= 2,620$, $p= 0,007$).

Αντίστοιχα με τα ευρήματα της δικής μας μελέτης η παρουσία θετικής συμπτωματολογίας έχει συσχετιστεί με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και σε άλλες μελέτες(Blais et al., 2003; Ithman et al., 2014).

Στην παρούσα μελέτη η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάρκεια νοσηλείας, σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων μελετών. Για παράδειγμα οι Tulloch et al. (2010), διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τη διάρκεια νοσηλείας ενήλικων ψυχιατρικών ασθενών νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές των ΗΠΑ καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Στη συστηματική αυτή ανασκόπηση συμπεριέλαβαν 20 μελέτες και διαπίστωσαν ότι η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια νοσηλείας(Tulloch et al., 2011). Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα των Gopalakrishna et al. (2015)(Gopalakrishna et al., 2015).

Όσον αφορά το φύλο, τα αποτελέσματα από τις βαθμολογίες για την Πολυδιάστατη Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης, υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες είχαν μειωμένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους, συγκριτικά με τους άνδρες ($b=-1,882$, $p= 0,048$), ενώ από τις βαθμολογίες της κλίμακας Κόννορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν μειωμένες πιθανότητες Ανθεκτικότητας, σε σύγκριση με τους άνδρες ($b=-0,232$, $p= 0,012$). Αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας, στην παρούσα μελέτη το φύλο δεν βρέθηκε να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών με ψύχωση. Παρομοίως, παλαιότερη μελέτη των Kirshner & Johnston (1983) για τη διερεύνηση των επιδράσεων του φύλου στην ψυχιατρική νοσηλεία, δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ διάρκειας νοσηλείας και φύλου(Kirshner and Johnston, 1983). Και τα αποτελέσματα όμως που προκύπτουν από άλλες μελέτες για την επίδραση του φύλου στη διάρκεια νοσηλείας είναι αντικρουόμενα. Ειδικότερα, πρόσφατη μελέτη των Newman et al. για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη διάρκεια νοσηλείας σε υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης ψυχικά πασχόντων του Ηνωμένου Βασιλείου, διαπίστωσε ότι το άρρεν φύλο σχετίζονταν με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας(Newman et al., 2018). Αντίθετα ήταν τα ευρήματα των Tulloch et al. (2010), που διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τη διάρκεια νοσηλείας ενήλικων ψυχιατρικών ασθενών νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές των ΗΠΑ καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Στη συστηματική αυτή ανασκόπηση συμπεριέλαβαν 20 μελέτες και διαπίστωσαν ότι σε κάθε μία από τις εννέα μελέτες με μέγεθος δείγματος 3.118 ή περισσότερους συμμετέχοντες, το θηλυκό φύλο συσχετίστηκε με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας, συσχέτιση που δεν διαπιστώθηκε στις 6 από τις 8 μελέτες με μικρότερο δείγμα ασθενών(Tulloch et al., 2011).

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε επίσης ότι τα άτομα που νοσηλεύτηκαν εκούσια είχαν μειωμένα σκορ θετικής υποκλίμακας, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλεύτηκαν ακούσια ($b=-2,620$, $p= 0,043$) αλλά αυξημένες βαθμολογίες γενικής υποκλίμακας συγκριτικά με τους τελευταίους ($b= 4,286$, $p= 0,040$). Επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα που νοσηλεύτηκαν εκούσια, είχαν μειωμένη Ανθεκτικότητα ($b=-0,287$, $p= 0,003$) αλλά και αυξημένες βαθμολογίες για τον παράγοντα Νευρωτισμό του ερωτηματολογίου των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσηλεύτηκαν ακούσια ($b=3,624$, $p= 0,002$). Τέλος, το είδος νοσηλείας βρέθηκε να σχετίζεται και με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.

Σχέση μεταξύ του είδους νοσηλείας (εκούσια-ακούσια) με τη διάρκεια νοσηλείας έχει καταδειχθεί και σε άλλες μελέτες. Οι Blais et al. (2003) διεξήγαγαν μια αναδρομική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 80 ασθενείς οι οποίοι είχαν λάβει εξιτήριο από μονάδα ψυχικής υγείας, με σκοπό την αναγνώριση των προγνωστικών της διάρκειας νοσηλείας παραγόντων. Οι ερευνητές διαπίστωσαν μεταξύ άλλων ότι η ακούσια νοσηλεία σχετιζόταν με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (Blais et al., 2003). Οι Balducci et al. (2017) συνέλεξαν δεδομένα 848 ασθενών, οι οποίοι είχαν λάβει εξιτήριο από μια ιταλική ψυχιατρική μονάδα εσωτερικών ασθενών. Συγκεκριμένα συνέλεξαν διάφορες κοινωνιοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές σχετιζόμενες με τους ασθενείς προκειμένου να διερευνήσουν τη σχέση τους με την ακούσια εισαγωγή των ασθενών για νοσηλεία. Από τη μελέτη τους διαπιστώθηκε μεταξύ άλλων μια πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης ακούσιας εισαγωγής και της διάρκειας νοσηλείας ($t = 5,35$, $df = 810$, $p < 0,001$) με τη διάρκεια αυτή να κυμαίνεται σε $14,3 \pm 10,6$ ημέρες νοσηλείας μεταξύ των ακουσίως εισαχθέντων, σε σύγκριση με $10,3 \pm 10,0$ ημέρες μεταξύ εκείνων που εισήλθαν εκουσίως (Balducci et al., 2017). Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα των Abdel-Fadeel et al. (2017) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η ακούσια εισαγωγή σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας κατά την τρέχουσα εισαγωγή σε σύγκριση με την ακούσια εισαγωγή ($P = 0,03$) (Abdel-Fadeel, n.d.).

Ένα ακόμα εύρημα της παρούσας μελέτης είναι πως τα άτομα που δεν είχαν άλλα προβλήματα υγείας, είχαν αυξημένες πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους, συγκριτικά με τα άτομα που είχαν και άλλα προβλήματα υγείας ($b=4,374$, $p= 0,049$). Επίσης, στην παρούσα μελέτη η αυξημένη Κοινωνική Υποστήριξη από Φίλους βρέθηκε να σχετίζεται με μειωμένη διάρκεια νοσηλείας ($p=,018$). Γενικά, έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχωτικοί ασθενείς τείνουν να έχουν λιγότερους φίλους και κοινωνικές σχέσεις συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό αλλά και συγκριτικά με πάσχοντες από άλλες ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Επίσης, είναι ευρέως αναγνωρισμένο πως η κατοχή φίλων παρέχει στους ψυχικά πάσχοντες συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη, βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν το στρες της ζωής, ενώ συγχρόνως οι σχέσεις με φίλους μπορεί να ασκήσουν θετική επίδραση και στη σωματική και ψυχική υγεία, βελτιώνοντας τις συμπεριφορές υγείας και διευκολύνοντας την αναζήτηση και παροχή ψυχολογικών ωφελειών για την κατάθλιψη, την αυτο-αποτελεσματικότητα, την αυτοεκτίμηση, τους

μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων καθώς και το ηθικό (Giacco et al., 2012). Τα παραπάνω θα μπορούσαν ενδεχομένως να αποδώσουν μια εξήγηση στη σχέση που διαπιστώσαμε στην παρούσα μελέτη μεταξύ Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους και της μειωμένης διάρκειας νοσηλείας.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώσαμε ακόμα ότι όσο αυξάνει η διάρκεια της ασθένειας, μειώνονται οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από την Οικογένεια ($b=-0,105$, $p=0,041$), από τους Φίλους ($b=-0,143$, $p=0,016$) και από Σημαντικούς άλλους ($b=-0,168$, $p=0,003$), ενώ επίσης μειώνονται οι βαθμολογίες της κλίμακας Ανθεκτικότητας ($b=-0,026$, $p=0,001$).

Άλλες μελέτες όπως για παράδειγμα εκείνη των Fong et al. (2010) διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα της διάρκειας νοσηλείας και συγκεκριμένα οι Fong et al. (2010) διαπίστωσαν ότι η διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των ασθενών που είχαν πτωχή οικογενειακή υποστήριξη ήταν τετραπλάσια συγκριτικά με εκείνους που απολάμβαναν καλή οικογενειακή υποστήριξη ($p<0,001$) (Fong et al., 2010). Έρευνες επίσης δείχνουν ότι όσον αφορά τις ψυχώσεις και κυρίως τη σχιζοφρένεια, τα άτομα με μακροχρόνια διαταραχή είναι πιθανότερο να έχουν περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα και κατ' επέκταση περιορισμένη πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη εκτός αυτών που παρέχονται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Gayer-Anderson and Morgan, 2013). Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά ορισμένων ψυχωτικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών συμπτωμάτων, μπορεί να αναγκάσουν τα άτομα να αποσυρθούν από τα κοινωνικά δίκτυα ή να δημιουργούν δυσκολίες στη διατήρηση σχέσεων. Η μείωση αυτή των κοινωνικών δικτύων μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερη ανθεκτικότητα κατά τη διάρκεια της κρίσης, συμβάλλοντας έτσι ενδεχομένως στην δημιουργία ενός φαύλου κύκλου επιδείνωσης των ψυχωτικών συμπτωμάτων και της κοινωνικής απόσυρσης (Morin et al., 2017).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης σωματικής και ψυχιατρικής συννοσηρότητας με τη διάρκεια νοσηλείας. Το εύρημα αυτό είναι σε ασυμφωνία με εκείνο άλλων μελετών, όπως για παράδειγμα εκείνη που διεξήχθη από τους Sloan et al. (1999), οι οποίοι εξέτασαν την επίδραση της σωματικής και ψυχιατρικής συννοσηρότητας στη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ 2323 νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών σε διάστημα 5 ετών και διαπίστωσαν ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη για τους ασθενείς με συνοδές σωματικές διαγνώσεις (μέσος όρος = 20,01 ημέρες) συγκριτικά με εκείνους χωρίς (μέσος όρος = 16,63 ημέρες) (Sloan et al., 1999). Το ίδιο διαπίστωσαν και οι Schubert et al. (1995) σε δείγμα 532 νοσηλευθέντων ψυχιατρικών ασθενών, καθώς βρήκαν ότι η διάρκεια νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη για όλους τους ασθενείς με συνοδά φυσικά νοσήματα (μέσος όρος = 19,31 ημέρες) συγκριτικά με εκείνους χωρίς (μέσος όρος = 13,13 ημέρες) (Schubert et al., 1995).

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώσαμε επίσης πως όσο αυξάνει η ηλικία, αυξάνουν και οι πιθανότητες Κοινωνικής Υποστήριξης από Φίλους ($b=-0,094$, $p= 0,039$), αλλά και η Ανθεκτικότητα ($b=0,014$, $p= 0,004$). Αντίθετα, η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με εκείνα άλλων μελετών. Για παράδειγμα οι McLay et al. (2005), μελέτησαν 6366 ψυχιατρικούς ασθενείς προκειμένου να διερευνήσουν τις μεταβλητές εκείνες οι οποίες ενδέχεται να επιδρούν στη διάρκεια νοσηλείας και διαπίστωσαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία (McLay et al., 2005). Παρομοίως και οι Jiménez et al. (2004) αναφέρουν πως οι Oiesvold et al. διαπίστωσαν πως η μεγαλύτερες ηλικίες συσχετίστηκαν με μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία σε ψυχιατρικούς ασθενείς σε νοσοκομεία της Σουηδίας και της Φινλανδίας και πως οι Huntley et al. κατέταξαν την ηλικία ως μία από τις πέντε μεταβλητές που αποτελούν σταθερό και ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της διάρκειας νοσηλείας με την πάροδο του χρόνου (Jiménez et al., 2004).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ή της συχνότητας του επισκεπτηρίου και της διάρκειας νοσηλείας, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με εκείνα άλλων μελετών. Ειδικότερα, μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι οικογενειακές επισκέψεις αλλά και οι επιθυμίες των οικογενειών για έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη διάρκεια της νοσηλείας. Μελέτη σε δείγμα μακροχρόνια νοσηλευόμενων ασθενών με σχιζοφρένεια στο Λονδίνο κατέδειξε μια θετική σχέση μεταξύ έλλειψης επισκέψεων κατά τους δύο πρώτους μήνες στο νοσοκομείο και της συνεχούς νοσηλείας των υπό μελέτη ασθενών για δύο χρόνια. Άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι το 75% των μακροχρόνια νοσηλευόμενων ασθενών σε ένα Κεντρικό Κυβερνητικό Νοσοκομείο στην Ανατολική Ινδία, δεν είχαν επισκέψεις από συγγενείς ή φίλους κατά τη διάρκεια 6 μηνών που προηγήθηκαν της μελέτης, ενώ σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 70% των ασθενών μακροχρόνια νοσηλευόμενων ασθενών δεν είχαν επισκέπτες για 6 μήνες ή περισσότερο και ότι το 80% των ασθενών με βραχεία διαμονή είχαν επισκέψεις από συγγενείς και φίλους. Τέλος, οι Sharma & Kurien (1987) διαπίστωσαν πως όλοι ανεξαιρέτως οι ασθενείς με βραχεία περίοδο νοσηλείας δέχονταν συχνά επισκέψεις από τους συγγενείς τους, σε αντίθεση με τους νοσηλευόμενους επί μακρόν το 65,81% εκ των οποίων δεν δέχτηκε ποτέ καμία επίσκεψη από το συγγενικό περιβάλλον από την εισαγωγή τους και έπειτα (Sharma and Kurien, 1987).

Ένα ακόμα εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι τα άτομα που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν >4 φορές έχουν μειωμένες πιθανότητες Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν <4 φορές ($b=-4,922$, $p= 0,030$) και πως ο αριθμός των προηγούμενων νοσηλειών αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της διάρκειας νοσηλείας. Το εύρημα αυτό είναι συμφωνεί με εκείνο των Huntley et al. (1998) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι ο αυξημένος

αριθμός προηγούμενων εισαγωγών αποτελεί προγνωστικό παράγοντα μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας (Huntley et al., 1998). Επίσης, σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα είναι και εκείνα των Bessaha et al. (2017) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η αύξηση της οφειλόμενης στην ψυχική διαταραχής απώλεια της λειτουργικότητας σχετίζεται με μεγαλύτερα διαστήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (Bessaha et al., 2017).

2.9 Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία αναδεικνύει και υποστηρίζει τη σημασία μιας σειράς ψυχοκοινωνικών μεταβλητών ως προγνωστικών της διάρκειας νοσηλείας πασχόντων από ψυχωτικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως ο αριθμός των προηγούμενων νοσηλείων ($p=0,010$) και το είδος της νοσηλείας ($p=0,017$), ο κλινοστατισμός ($p=0,043$) και οι ημέρες κλινοστατισμού ($p=0,002$) ύπαρξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και συγκεκριμένα η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους ($p=0,018$) αποτελούν προγνωστικούς της διάρκειας νοσηλείας παράγοντες. Η αυξημένη διάρκεια νοσηλείας βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με αυξημένες βαθμολογίες στη Θετική και Γενική υποκλίμακα του της κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου PANSS, με μειωμένη βαθμολογία της Ευσυνειδησίας και με αύξηση της Προσήνεια/ Συμπόνιας στο ερωτηματολόγιο NEO-FFI καθώς και της ανθεκτικότητας της κλίμακας Κόννορ-Ντέιβιντσον.

Οι πληροφορίες αυτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση των ασθενών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας, αλλά και για το σχεδιασμό κατάλληλων υπηρεσιών και παρεμβάσεων, προκειμένου να μειωθεί η διάρκεια νοσηλείας τους και να επέλθει μείωση του κόστους. Επίσης, η κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη μακρά διάρκεια νοσηλείας είναι σημαντική για την καλύτερη κατανόηση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ η παρατηρούμενη-προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης αναποτελεσματικότητας υπό την προϋπόθεση ότι έχουν επιλεγεί τα κατάλληλα όρια (Jiménez et al., 2004). Παρόλα αυτά η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι παράγοντες επηρεάζουν τη διάρκεια νοσηλείας αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων όπως η ψυχιατρική δομή που μελετάμε και την υπό μελέτη χρονική περίοδο παρακολούθησης, το μέγεθος και η σύνθεση του δείγματος, τη μεθοδολογία ανάλυσης καθώς και τον τρόπο ορισμού της μακράς διάρκειας νοσηλείας (Newman et al., 2018).

Η μελέτη μας έχει κάποιους περιορισμούς, που συνδέονται με το μικρό μέγεθος του δείγματος και το γεγονός ότι η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε μία μόνο ψυχιατρική δομή. Οι περιορισμοί αυτοί είναι πιθανό να έχουν αντίκτυπο στην ικανότητα γενίκευσης των ευρημάτων της μελέτης μας. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, τα ευρήματά μας βοηθούν στην αποσαφήνιση του περίπλοκου

χαρακτήρα της διάρκειας νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων. Επίσης, το γεγονός ότι τα ευρήματά μας αναπαράγουν αποτελέσματα προγενέστερων προσθέτει κάποιο βαθμό εμπιστοσύνης στα ευρήματά μας.

Βιβλιογραφία

- Aandi Subramaniam, B., Mulliyala, K.P., Suchandra, H.H., Reddi, V.S.K., 2020. Diagnosing Catatonia and its dimensions: Cluster analysis and factor solution using the Bush Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS). *Asian J. Psychiatry* 102002. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102002>
- Aas, I.M., 2011. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann. Gen. Psychiatry* 10, 2. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-10-2>
- Abdel-Fadeel, n.d. Clinical variables and factors affecting duration of hospitalization in a sample of patients with affective and nonaffective psychoses [WWW Document]. URL <http://new.ejpsy.eg.net/article.asp?issn=1110-1105;year=2017;volume=38;issue=2;spage=112;epage=119;aulast=Abdel-Fadeel;type=3#ft2> (accessed 5.20.20).
- Ajnakina, O., Stubbs, B., Francis, E., Gaughran, F., David, A.S., Murray, R.M., Lally, J., 2019. Hospitalisation and length of hospital stay following first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Med.* 1–11.
- Aluja, A., García, O., Rossier, J., García, L.F., 2005. Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short version of the NEO-PI-R (NEO-60) in Swiss and Spanish samples. *Personal. Individ. Differ.* 38, 591–604. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.014>
- Ames, C.S., Jolley, S., Laurens, K.R., Maddox, L., Corrigall, R., Browning, S., Hirsch, C.R., Hassanali, N., Bracegirdle, K., Kuipers, E., 2014. Modelling psychosocial influences on the distress and impairment caused by psychotic-like experiences in children and adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 23, 715–722.
- Appiani, F.J., Castro, G.S., 2018. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable. *Schizophr. Res., Neuromotor Pathology in Schizophrenia* 200, 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.030>
- Arciniegas, D.B., 2015. Psychosis. *Contin. Lifelong Learn. Neurol.* 21, 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Baeza, F.L., da Rocha, N.S., Fleck, M.P., Baeza, F.L., da Rocha, N.S., Fleck, M.P., 2018. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. *Braz. J. Psychiatry* 40, 89–96. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2155>
- Balducci, P.M., Bernardini, F., Pauselli, L., Tortorella, A., Compton, M.T., 2017. Correlates of Involuntary Admission: Findings from an Italian Inpatient Psychiatric Unit. *Psychiatr. Danub.* 29, 490–496. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.490>
- Barnett, B.S., Kusunzi, V., Magola, L., Borba, C.P., Udedi, M., Kulisewa, K., Hosseinipour, M.C., 2019. Factors associated with long length of stay in an inpatient psychiatric unit in Lilongwe, Malawi. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 54, 235–242.

- Bateman, A.W., Gunderson, J., Mulder, R., 2015. Treatment of personality disorder. *The Lancet* 385, 735–743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Beer, M.D., 1996. Psychosis: A history of the concept. *Compr. Psychiatry* 37, 273–291. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90007-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90007-3)
- Bessaha, M.L., Shumway, M., Smith, M.E., Bright, C.L., Unick, G.J., 2017. Predictors of hospital length and cost of stay in a national sample of adult patients with psychotic disorders. *Psychiatr. Serv.* 68, 559–565.
- Bhati, M.T., 2013. Defining Psychosis: The Evolution of DSM-5 Schizophrenia Spectrum Disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 15, 409. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0409-9>
- Bingham, R., Banner, N., 2014. The definition of mental disorder: evolving but dysfunctional? *J. Med. Ethics* 40, 537–542. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101661>
- Blais, M.A., Matthews, J., Lipkis-Orlando, R., Lechner, E., Jacobo, M., Lincoln, R., Gulliver, C., Herman, J.B., Goodman, A.F., 2003. Predicting Length of Stay on an Acute Care Medical Psychiatric Inpatient Service. *Adm. Policy Ment. Health Ment. Health Serv. Res.* 31, 15–29. <https://doi.org/10.1023/A:1026044106172>
- Borelli, C.M., Solari, H., 2019. Schizophrenia. *JAMA* 322, 1322–1322. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.11073>
- Breitborde, N.J., Moe, A.M., Ered, A., Ellman, L.M., Bell, E.K., 2017. Optimizing psychosocial interventions in first-episode psychosis: Current perspectives and future directions. *Psychol. Res. Behav. Manag.*
- Broome, M.R., Woolley, J.B., Tabraham, P., Johns, L.C., Bramon, E., Murray, G.K., Pariante, C., McGuire, P.K., Murray, R.M., 2005. What causes the onset of psychosis? *Schizophr. Res.*, 4th International Conference on Early Psychosis 79, 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.007>
- Castagnini, A.C., Fusar-Poli, P., 2017. Diagnostic validity of ICD-10 acute and transient psychotic disorders and DSM-5 brief psychotic disorder. *Eur. Psychiatry* 45, 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.028>
- Chen, S., Collins, A., Anderson, K., McKenzie, K., Kidd, S., 2017. Patient characteristics, length of stay, and functional improvement for schizophrenia spectrum disorders: a population study of inpatient care in Ontario 2005 to 2015. *Can. J. Psychiatry* 62, 854–863.
- Dahoun, T., Calcia, M.A., Veronese, M., Bloomfield, P., Reis Marques, T., Turkheimer, F., Howes, O.D., 2019. The association of psychosocial risk factors for mental health with a brain marker altered by inflammation: A translocator protein (TSPO) PET imaging study. *Brain. Behav. Immun.* 80, 742–750. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.05.023>

- de Toffol, B., Trimble, M., Hesdorffer, D.C., Taylor, L., Sachdev, P., Clancy, M., Adachi, N., Bragatti, J.A., Mula, M., Kanemoto, K., 2018. Pharmacotherapy in patients with epilepsy and psychosis. *Epilepsy Behav.* 88, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.09.001>
- Díaz-Caneja, C.M., Cervilla, J.A., Haro, J.M., Arango, C., de Portugal, E., 2019. Cognition and functionality in delusional disorder. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 55, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.010>
- Dimitri, G., Giacco, D., Bauer, M., Bird, V.J., Greenberg, L., Lasalvia, A., Lorant, V., Moskalewicz, J., Nicaise, P., Pfennig, A., Ruggeri, M., Welbel, M., Priebe, S., 2018. Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries? *Eur. Psychiatry* 48, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.001>
- Ferran, E., Barron, C., Chen, T., 2002. Psychosis. *West. J. Med.* 176, 263–266.
- Fervaha, G., Remington, G., 2013. Neuroimaging findings in schizotypal personality disorder: A systematic review. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 43, 96–107. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.11.014>
- Fong, C.L., Kar, P.C., Huei, L.T., Yan, O.L., Daud, T.I.M., Zakaria, H., Singh, S., Mohd, R., 2010. Factors influencing inpatient duration among insanity acquittees in a Malaysian mental institution. *Psychiatry* 11, 25–35.
- Fradelos, E.C., Papathanasiou, I.V., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S., Kourakos, M., 2017. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *Asian Pac. J. Cancer Prev. APJCP* 18, 2545–2550. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.9.2545>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D.H., Correll, C.U., Kessing, L.V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., van Amelsvoort, T., 2020. What is good mental health? A scoping review. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gabardo-Martins, L.M.D., Ferreira, M.C., Valentini, F., Gabardo-Martins, L.M.D., Ferreira, M.C., Valentini, F., 2017. Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Trends Psychol.* 25, 1873–1883. <https://doi.org/10.9788/tp2017.4-18pt>
- Gaebel, W., Zielasek, J., 2015. Focus on psychosis. *Dialogues Clin. Neurosci.* 17, 9–18.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., Sartorius, N., 2015. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 14, 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gayer-Anderson, C., Morgan, C., 2013. Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 22, 131–146. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000406>

- Giacco, D., McCabe, R., Kallert, T., Hansson, L., Fiorillo, A., Priebe, S., 2012. Friends and Symptom Dimensions in Patients with Psychosis: A Pooled Analysis. *PLoS ONE* 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050119>
- Gigantesco, A., de Girolamo, G., Santone, G., Miglio, R., Picardi, A., the PROGRES-Acute group, 2009. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge. *BMC Public Health* 9, 306. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-306>
- Goldman, H.H., Grob, G.N., 2006. Defining ‘Mental Illness’ In *Mental Health Policy*. *Health Aff. (Millwood)* 25, 737–749. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.737>
- Gooding, D.C., Padruitt, E.R., Pflum, M.J., 2017. The Predictive Value of the NEO-FFI Items: Parsing the Nature of Social Anhedonia Using the Revised Social Anhedonia Scale and the ACIPS. *Front. Psychol.* 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00147>
- Gopalakrishna, G., Ithman, M., Malwitz, K., 2015. Predictors of length of stay in a psychiatric hospital. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 19, 238–244.
- Griswold, K.S., Regno, P.A.D., Berger, R.C., 2015. Recognition and Differential Diagnosis of Psychosis in Primary Care. *Am. Fam. Physician* 91, 856–863.
- Grover, S., Biswas, P., Avasthi, A., 2007. Delusional disorder: Study from North India. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 61, 462–470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01694.x>
- Harvey, P.D., Jones, M.T., 2019. Functional deficits in attenuated psychosis syndrome and related conditions: Current and future treatment options. *Schizophr. Res. Cogn.* 17, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100152>
- Heslin, M., Desai, R., Lappin, J.M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus, U., Onyejiaka, A., Croudace, T., Jones, P.B., Murray, R.M., Fearon, P., Doody, G.A., Dazzan, P., Fisher, H.L., Demjaha, A., Craig, T., Morgan, C., 2016. Biological and psychosocial risk factors for psychotic major depression. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 51, 233–245. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1131-1>
- Huang, Z.-H., Hou, C.-L., Huang, Y.-H., He, X.-Y., Wang, Q.-W., Chen, X., Wang, Z.-L., Wang, S.-B., Jia, F.-J., 2019. Individuals at high risk for psychosis experience more childhood trauma, life events and social support deficit in comparison to healthy controls. *Psychiatry Res.* 273, 296–302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.060>
- Huntley, D.A., Cho, D.W., Christman, J., Csernansky, J.G., 1998. Predicting Length of Stay in an Acute Psychiatric Hospital. *Psychiatr. Serv.* 49, 1049–1053. <https://doi.org/10.1176/ps.49.8.1049>
- Insel, T.R., 2010. Rethinking schizophrenia. *Nature* 468, 187–193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>
- Ithman, M.H., Gopalakrishna, G., Beck, N.C., Das, J., Petroski, G., 2014. Predictors of length of stay in an acute psychiatric hospital. *J. Biosaf. Health Educ.*

- Jacobs, E., Kline, E., Schiffman, J., 2012. Defining ‘Treatment as Usual’ for Attenuated Psychosis Syndrome: A Survey of Community Practitioners. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* 63, 1252–1256. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200045>
- Jacobs, R., Gutacker, N., Mason, A., Goddard, M., Gravelle, H., Kendrick, T., Gilbody, S., 2015. Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: a regression analysis. *BMC Health Serv. Res.* 15, 439.
- Jaramillo Estrada, J.C., Restrepo-Ochoa, D.A., 2015. Normality and Mental Health: analysis of a multivalent relationship. *CES Psicol.* 8, 37–46.
- Jelastopulu, E., Giourou, E., Merekoulis, G., Mestousi, A., Moratis, E., Alexopoulos, E.C., 2014. Correlation between the Personal and Social Performance scale (PSP) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in a Greek sample of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 14, 197. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-197>
- Jiménez, R.E., Lam, R.M., Marot, M., Delgado, A., 2004. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Serv. Res.* 4, 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-4>
- Jun, W.H., Yun, S.H., 2020. Mental health recovery among hospitalized patients with mental disorder: Associations with anger expression mode and meaning in life. *Arch. Psychiatr. Nurs.* <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.001>
- Kahn, R.S., Sommer, I.E., Murray, R.M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D.R., Cannon, T.D., O’Donovan, M., Correll, C.U., Kane, J.M., van Os, J., Insel, T.R., 2015. Schizophrenia. *Nat. Rev. Dis. Primer* 1, 1–23. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
- Kalaycı, D., Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Kıroğlu, Y., Tümkaya, S., 2012. A proton magnetic resonance spectroscopy study in schizoaffective disorder: Comparison of bipolar disorder and schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 37, 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.01.010>
- Kirchner, S.K., Roeh, A., Nolden, J., Hasan, A., 2018. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *Npj Schizophr.* 4, 20. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>
- Kirshner, L.A., Johnston, L., 1983. Effects of gender on inpatient psychiatric hospitalization. *J. Nerv. Ment. Dis.* 171, 651–657. <https://doi.org/10.1097/00005053-198311000-00002>
- Lawrie, S.M., O’Donovan, M.C., Saks, E., Burns, T., Lieberman, J.A., 2016. Improving classification of psychoses. *Lancet Psychiatry* 3, 367–374. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00577-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00577-5)
- Lee, C.H., Sinclair, D., O’Donnell, M., Galletly, C., Liu, D., Weickert, C.S., Weickert, T.W., 2019. Transcriptional changes in the stress pathway are related to symptoms in schizophrenia and to

- mood in schizoaffective disorder. *Schizophr. Res., Stress and Schizophrenia* 213, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.06.026>
- Lindert, J., Bilsen, J., Jakubauskiene, M., 2017. Public mental health. *Eur. J. Public Health* 27, 32–35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx163>
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J.J., Costa, M.J., Costa, P., Lima, M.P. de, Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J.J., Costa, M.J., Costa, P., Lima, M.P. de, 2014. NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicol. Reflex. E Crítica* 27, 642–657. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427405>
- Manderscheid, R.W., Ryff, C.D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S., Strine, T.W., 2009. Evolving Definitions of Mental Illness and Wellness. *Prev. Chronic. Dis.* 7.
- Mansueto, G., Faravelli, C., 2017. Recent life events and psychosis: The role of childhood adversities. *Psychiatry Res.* 256, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.042>
- Manwell, L.A., Barbic, S.P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., McKenzie, K., 2015. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* 5, e007079. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>
- McLay, R.N., Daylo, A., Hammer, P.S., 2005. Predictors of length of stay in a psychiatric ward serving active duty military and civilian patients. *Mil. Med.* 170, 219–222. <https://doi.org/10.7205/milmed.170.3.219>
- Mohammadi, S., Yazdani-Charati, J., Zarghami, M., Alipour, N., Fendereski, A., 2018. Study of Factors Influencing the Length of Hospital Stay of Patients with Anxiety Disorders. *Iran. J. Psychiatry Behav. Sci.* 12, e11074.
- Moreno, C., Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Arango, C., Ayuso-Mateos, J.L., 2013. Psychotic symptoms are associated with physical health problems independently of a mental disorder diagnosis: results from the WHO World Health Survey. *World Psychiatry* 12, 251–257. <https://doi.org/10.1002/wps.20070>
- Moreno-Küstner, B., Martín, C., Pastor, L., 2018. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS ONE* 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>
- Morin, F., Dhir, A., Mitchell, E., Jones, A., 2017. Social support: A useful tool in the management of psychotic disorders. *UBC Med. J.* 8.
- Muñoz-Negro, J.E., Cervilla, J.A., 2017. The comprehensive treatment of delusional disorder. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment. Engl. Ed.* 10, 221–223. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.10.007>
- Naz, B., Bromet, E.J., Mojtabai, R., 2003. Distinguishing between first-admission schizophreniform disorder and schizophrenia. *Schizophr. Res.* 62, 51–58. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00332-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00332-8)

- Newman, L., Harris, V., Evans, L.J., Beck, A., 2018. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK. *Psychiatr. Q.* 89, 33–43. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9498-7>
- Oldham, M.A., Lee, H.B., 2015. Catatonia vis-à-vis delirium: the significance of recognizing catatonia in altered mental status. *Gen. Hosp. Psychiatry* 37, 554–559. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.06.011>
- Onishi, H., Onose, M., Yamada, T., Mizuno, Y., Ito, M., Sugiura, K., Kato, H., Nakayama, H., 2003. Brief psychotic disorder associated with bereavement in a patient with terminal-stage uterine cervical cancer: a case report and review of the literature. *Support. Care Cancer* 11, 491–493. <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0461-9>
- Opjordsmoen, S., 2014. Delusional Disorder as a Partial Psychosis. *Schizophr. Bull.* 40, 244–247. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt203>
- Pacchiarotti, I., Tiihonen, J., Kotzalidis, G.D., Verdolini, N., Murru, A., Goikolea, J.M., Valentí, M., Aedo, A., Vieta, E., 2019. Long-acting injectable antipsychotics (LAIs) for maintenance treatment of bipolar and schizoaffective disorders: A systematic review. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 29, 457–470. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.003>
- Papastylianou, A., 2013. Relating on the internet, personality traits and depression: research and implications. *Eur. J. Couns. Psychol.* 2, 65–78.
- Patel, K.G., Patel, M.K., 2018. Psychosocial Factors in First-Episode Psychosis. *Sch. J. Appl. Med. Sci.* 6, 4290–4296.
- Pattamanusorn, N., Wongpakaran, N., Thongpibul, K., Wongpakaran, T., Kuntawong, P., 2020. Pathogenic beliefs among patients with schizotypal personality disorder. *Heliyon* 6, e03870. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03870>
- Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T., Kvarstein, E.H., 2018. Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *Eur. Psychiatry* 51, 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.028>
- Peiró, S., Gómez, G., Navarro, M., Guadarrama, I., Rejas, J., for the Psychosp group*, 2004. Length of stay and antipsychotic treatment costs of patients with acute psychosis admitted to hospital in Spain. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 39, 507–513. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0776-y>
- Peralta, V., Cuesta, M.J., 2016. Delusional disorder and schizophrenia: a comparative study across multiple domains. *Psychol. Med.* 46, 2829–2839. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001501>
- Pillmann, F., Haring, A., Balzuweit, S., Blöink, R., Marneros, A., 2002. The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol. Med.* 32, 525–533. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005408>

- Raine, A., 2006. Schizotypal Personality: Neurodevelopmental and Psychosocial Trajectories. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2, 291–326. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318>
- Ribolsi, M., Lin, A., Wardenaar, K.J., Pontillo, M., Mazzone, L., Vicari, S., Armando, M., 2017. Clinical presentation of Attenuated Psychosis Syndrome in children and adolescents: Is there an age effect? *Psychiatry Res.* 252, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.050>
- Rosell, D.R., Futterman, S.E., McMaster, A., Siever, L.J., 2014. Schizotypal Personality Disorder: A Current Review. *Curr. Psychiatry Rep.* 16, 452. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>
- Rosellini, A.J., Brown, T.A., 2011. The NEO Five-Factor Inventory: Latent Structure and Relationships With Dimensions of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Clinical Sample. *Assessment* 18, 27–38. <https://doi.org/10.1177/1073191110382848>
- Schrimpf, L.A., Aggarwal, A., Lauriello, J., 2018. Psychosis. *Contin. Lifelong Learn. Neurol.* 24, 845. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000602>
- Schubert, D.S., Yokley, J., Sloan, D., Gottesman, H., 1995. Impact of the interaction of depression and physical illness on a psychiatric unit's length of stay. *Gen. Hosp. Psychiatry* 17, 326–334. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(95\)00065-y](https://doi.org/10.1016/0163-8343(95)00065-y)
- Sharma, S.D., Kurien, C., 1987. THE LENGTH OF STAY OF PSYCHIATRIC INPATIENTS. *Indian J. Psychiatry* 29, 315–323.
- Sher, L., 2015. Brief psychotic disorder and suicidal behavior. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 49, 578–578. <https://doi.org/10.1177/0004867415569804>
- Shevlin, M., McElroy, E., Christoffersen, M.N., Elklit, A., Hyland, P., Murphy, J., 2016. Social, familial and psychological risk factors for psychosis: A birth cohort study using the Danish Registry System. *Psychosis* 8, 95–105.
- Sloan, D.M., Yokley, J., Gottesman, H., Schubert, D.S., 1999. A five-year study on the interactive effects of depression and physical illness on psychiatric unit length of stay. *Psychosom. Med.* 61, 21–25. <https://doi.org/10.1097/00006842-199901000-00005>
- Stephen, A., Lui, F., 2020. Brief Psychotic Disorder, in: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- Telles-Correia, D., Saraiva, S., Gonçalves, J., 2018. Mental Disorder—The Need for an Accurate Definition. *Front. Psychiatry* 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00064>
- Theofilou, P., 2015. Translation and Cultural Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychol. Res.* 3. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.1061>
- Tomasik, J., Rahmoune, H., Guest, P.C., Bahn, S., 2016. Neuroimmune biomarkers in schizophrenia. *Schizophr. Res., Oxidative Stress and Inflammation in Schizophrenia* 176, 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.025>

- Tsigkaropoulou, E., Douzenis, A., Tsitas, N., Ferentinos, P., Liappas, I., Michopoulos, I., 2018. Greek Version of the Connor-Davidson Resilience Scale: Psychometric Properties in a Sample of 546 Subjects. *In Vivo* 32, 1629–1634. <https://doi.org/10.21873/invivo.11424>
- Tulloch, A.D., Fearon, P., David, A.S., 2011. Length of Stay of General Psychiatric Inpatients in the United States: Systematic Review. *Adm. Policy Ment. Health Ment. Health Serv. Res.* 38, 155–168. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0310-3>
- Vardaxi, C.Ch., Gonda, X., Fountoulakis, K.N., 2018. Life events in schizoaffective disorder: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 227, 563–570. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.076>
- Viher, P.V., Stegmayer, K., Federspiel, A., Bohlhalter, S., Wiest, R., Walther, S., 2020. Altered diffusion in motor white matter tracts in psychosis patients with catatonia. *Schizophr. Res.* <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.017>
- Walther, S., Stegmayer, K., Wilson, J.E., Heckers, S., 2019. Structure and neural mechanisms of catatonia. *Lancet Psychiatry* 6, 610–619. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30474-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30474-7)
- Wittenborn, A.K., Natamba, B.K., Rainey, M., Zlotnick, C., Johnson, J., 2020. Suitability of the multidimensional scale of perceived social support as a measure of functional social support among incarcerated adults with major depressive disorder. *J. Community Psychol.* 48, 960–976. <https://doi.org/10.1002/jcop.22315>
- Zafar U. Khan, Elisa Martin-Montañez and E. Chris Muly, 2013. Schizophrenia: Causes and Treatments. *Curr. Pharm. Des.* 19, 6451–6461. <https://doi.org/10.2174/1381612811319360006>
- Zhang, T., Li, HuiJun, Tang, Y., Li, Hui, Zheng, L., Guo, Q., Zhao, S., Zhuo, K., Qian, Z., Wang, L., Dai, Y., Chow, A., Li, C., Jiang, K., Wang, J., Xiao, Z., 2015. Screening schizotypal personality disorder for detection of clinical high risk of psychosis in Chinese mental health services. *Psychiatry Res.* 228, 664–670. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.049>
- Πατελάρος, Ε., Ζουρνατζής, Ε., Κωνσταντακόπουλος, Γ., 2015. Η σχέση της εναισθησίας με την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό στις ψυχωτικές διαταραχές. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* 26, 265–272.

Παράρτημα: Άδεια διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΤΤΙΚΗΣ
"ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"
Ν.Π.Δ.Δ.
ΙΕΡΑ ΟΔΟΣ 343 - 124 61 ΧΑΪΔΑΡΙ
ΤΗΛ.: 2132046100

ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
ΑΡΜΟΔΙΟΣ: Ε. ΝΙΚΟΛΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ
ΤΗΛ.: 2132046407
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 653/818453

Χαϊδάρη 19/2/2020

ΠΡΟΣ:

κ. Άννα Βελελέκου
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
του Π.Μ.Σ. «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σε απάντηση της από 14-1-2020 αιτήσεως σας, σας ενημερώνουμε ότι γίνεται δεκτό το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας με διανομή ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ψυχωσικών ασθενών και της σχέσης τους με τη διάρκεια νοσηλείας».



Ο ΔΙΟΙΚ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΕΜΜ. ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗΣ

ΕΣΩΤ. ΔΙΑΝΟΜΗ:

- Γρ. Προέδρου
- Διοικ. Δ/ση
- Νοσηλευτική Δ/ση
- Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- Γραμματεία Επιστημονικού Συμβουλίου
- Τμ. Γραμματείας