



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Επιβάρυνση και Επιπτώσεις στην υγεία φροντιστών ασθενών με
ψυχικές διαταραχές ενός Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής»*

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Γερογιαννάκη Αργυρώ
Ζερβουδάκη Αρτεμισία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:
Βασιλική Σαπουνά, ΜΡΗ,
Κοινωνική Λειτουργός

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας Βασιλική Σαπουνά, ΜΡΗ, Κοινωνική Λειτουργό που με την καθοδήγηση και το δημιουργικό σχολιασμό της συνέβαλλε ουσιαστικά στην εκπόνηση αυτής της μελέτης καθώς και για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια που μας πρόσφερε.

Ευχαριστούμε επίσης τον διευθυντή κ. Μακαρώνα Νικόλαο καθώς και το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής που υποστήριξαν τη μελέτη αυτή. Τους συγγενείς, φροντιστές που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και να μοιραστούν τις σκέψεις τους, τις ανησυχίες και τα συναισθήματα τους.

Επίσης, θα πρέπει να ευχαριστήσουμε την κ. Λουλούδη Μαρία-Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και την κ. Βολικού Κλαίρη-Νοσηλεύτρια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Ανταποκρίθηκαν με προθυμία στη διαδικασία της επιλογής των περιπτώσεων που θα συμμετείχαν στην έρευνα.

Τον κ. Μπάστα Χαράλαμπο, ψυχίατρο και τον κ. Μιχελάρκη Ευτύχιο, ψυχολόγο για την πολύτιμη και ουσιαστική βοήθειά τους καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Επίσης, τους ευχαριστούμε για την υπομονή τους και για τις γνώσεις που αποκομίσαμε κατά την διάρκεια της συνεργασίας μας.

Επίσης, θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους συντρόφους μας Χουχουλή Ιωάννη και Κυριακάκη Κυριάκο για την αγάπη, τη βοήθεια και την υπομονή τους.

ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ

Αντί προλόγου

"...η ψυχική υγεία -παραμελημένη επί μακρόν- είναι απαραίτητη για την ευημερία ατόμων, κοινωνιών και χωρών και πρέπει να αντιμετωπισθεί παγκοσμίως σε νέα βάση, με νέα αντίληψη, νέα ελπίδα"

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| Ευχαριστίες | 2 |
| <i>Αντί προλόγου</i> | 3 |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | 4 |
| Περίληψη..... | 6 |
| | |
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | |
| 1.1. Ψυχικές διαταραχές: Ορισμός. Το μέγεθος του προβλήματος | 8 |
| 1.2. Επιβάρυνση των ατόμων και των οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές..... | 20 |
| 1.3. Οι επιπτώσεις της επιβάρυνσης στην οικογένεια | 27 |
| 1.4. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα..... | 33 |
| 1.5. Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών..... | 39 |
| 1.6. Ανάδειξη σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της μελέτης..... | 43 |
| 1.7. Ερευνητικά ερωτήματα-Σκοπός και στόχοι της μελέτης..... | 44 |
| | |
| 2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ | |
| 2.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης..... | 45 |
| 2.2. Πληθυσμός μελέτης..... | 45 |
| 2.3. Ερωτηματολόγια..... | 46 |
| 2.3.1. Ερωτηματολόγιο για τις συνέπειες των φροντιστών..... | 46 |
| 2.3.2. Ερωτηματολόγιο για την ποιότητα της ζωής..... | 48 |
| 2.4. Συλλογή δεδομένων..... | 49 |
| 2.5. Στατιστική ανάλυση..... | 49 |
| 2.6. Τήρηση κανόνων βιοηθικής..... | 50 |
| | |
| 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | |
| 3.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων και οικογενειών και ασθενών με ψυχικές διαταραχές..... | 51 |
| 3.2. Συνέπειες στους φροντιστές από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές..... | 51 |

| | |
|--|-----|
| 3.2.1. Ένταση από τη φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές..... | 51 |
| 3.2.2. Επίβλεψη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές..... | 54 |
| 3.2.3. Ανησυχία από την φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές..... | 56 |
| 3.2.4. Προτροπή του φροντιστή προς τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές..... | 58 |
| 3.2.5. Συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης..... | 60 |
| 3.2.6. Ικανότητα του φροντιστή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή..... | 62 |
| 3.2.7. Οικονομική επιβάρυνση των συγγενών, φροντιστών..... | 63 |
| 3.2.8. Εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους συγγενείς, φροντιστές..... | 63 |
| 3.2.9. Συνέπειες για τα παιδιά του ασθενή με ψυχικές διαταραχές..... | 63 |
| 3.3. Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων και οικογενειών που φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές..... | 64 |
| 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ . ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 75 |
| 4.1. Περιορισμοί της μελέτης | 75 |
| 4.2. Κύρια ευρήματα | 79 |
| 4.3. Συμπεράσματα | |
| 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 80 |
| 6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι..... | 87 |
| ΠΙΝΑΚΕΣ..... | 88 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ..... | 100 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ | |
| Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Συμμετοχής (Involvement Evaluation Questionnaire-IEQ)..... | 112 |
| Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile- N.H.P.)..... | 129 |
| Έγκριση μελέτης από το Διοικητικό Συμβούλιο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Παράρτημα Ηρακλείου Κρήτης..... | 135 |

Περίληψη

Τίτλος Εργασίας: Επιπτώσεις στην υγεία φροντιστών ασθενών με ψυχικές διαταραχές ενός Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Των: Γερογιαννάκη Αργυρώ και
Ζερβουδάκη Αρτεμισία

Υπό την επίβλεψη της: Βασιλικής Σαπουνά, MPH, Κοινωνικής Λειτουργού

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσει τις επιπτώσεις στην υγεία των φροντιστών ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Η μελέτη ήταν συγχρονική και σε αυτή συμμετείχε επιλεγμένο δείγμα 50 συγγενών που φρόντιζαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και οι οποίοι ήταν καταγεγραμμένοι στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών στο Παράρτημα του Ν. Ηρακλείου στην Κρήτη.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με προσωπική συνέντευξη των φροντιστών μετά από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους.

Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ήταν το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Συμμετοχής (Involvement Evaluation Questionnaire) για την εκτίμηση της επιβάρυνσης των ατόμων και μελών οικογενειών ασθενών με ψυχικές διαταραχές και το δεύτερο το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων και μελών οικογενειών, που είχαν μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα.

Η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν έγγαμες γυναίκες, κυρίως μητέρες των ασθενών, με μέση ηλικία 57.4 έτη. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άντρες (28,56%) και συγκατοικούσαν με την οικογένειά τους (39,78%). Οι πιο κοινές ανησυχίες των συγγενών αφορούσαν την ασφάλεια του ασθενή, την γενική υγεία του, το μέλλον και την οικονομική του κατάσταση.

Οι επιπτώσεις που συνόδευαν τη φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές στην ποιότητα ζωής των γυναικών φροντιστών αφορούσαν την ενεργητικότητα, τον πόνο, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την κινητικότητα και τον ύπνο.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχικές διαταραχές, Επιβάρυνση, Ποιότητα ζωής, Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Συμμετοχής

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ψυχικές διαταραχές: Ορισμός - Το μέγεθος του προβλήματος

Ορισμός

Η ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές ή τις φοβίες, μέχρι την πιο σοβαρή διαταραχή, που είναι η σχιζοφρένεια. Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η διαταραγμένη συμπεριφορά, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ξαφνικά ή γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004).

Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στην διάθεση ή την συμπεριφορά και που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και/ή έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής διακύμανσης, αλλά αναφέρονται σε ανώμαλα ή παθολογικά αίτια. Αυτές οι εκδηλώσεις, για να κατηγοριοποιηθούν ως διαταραχές, πρέπει να έχουν διάρκεια, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν κάποιο βαθμό προσωπικής δυσφορίας ή έκπτωσης της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει αναπτύξει μια σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών

της συμπεριφοράς με κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες για χρήση στην κλινική πράξη και έρευνα (ICD-10, World Health Organization, 1993).

Στις κατά ICD-10 κατηγορίες ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών περιλαμβάνονται οι παρακάτω:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές.
- Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.
- Σχιζοφρένεια, σχιζότυπες και παραληρηματικές διαταραχές.
- Διαταραχές της διάθεσης.
- Νευρωσικές, σχετιζόμενες με το στρες και σωματόμορφες διαταραχές.
- Συμπεριφορικά σύνδρομα σχετιζόμενα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες.
- Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων.
- Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης.
- Συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία.
- Ακαθόριστες ψυχικές διαταραχές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1997).

Η μελέτη αυτή εστιάζει σε ορισμένες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες συνήθως προκαλούν σοβαρή ανικανότητα αν δεν θεραπευτούν και οι οποίες δημιουργούν μεγάλη επιβάρυνση στην δημόσια υγεία. Σύμφωνα με το Μάνο Ν.,1997, οι ψυχικές αυτές διαταραχές είναι οι:

• **Σχιζοφρένεια**

Σήμερα, θεωρούμε τη Σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας - ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας - παρουσιάζεται με διαταραχές:

- **της σκέψης**, π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους, ιδέες συσχέτισης και μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές και ακόμη, η φτώχεια του λόγου, συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, νεολεξίες, η εμμονή, ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, ηχολαλιά κ.ά.

- **της αντίληψης**, π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε αφού είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές, οι οποίες είναι επικίνδυνες διότι μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους. Οι φωνές θα πρέπει να διαρκούν για πολλές μέρες η εβδομάδες είτε συνέχεια είτε κατά διαστήματα. Ακόμη, σωματικές και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις.
- **του συναισθήματος**, π.χ. αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα (στον Παρανοϊκό Τύπο είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος).
- **της αίσθησης του εαυτού**, π.χ. απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κτλ.
- **της βούλησης**, η οποία εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μία πορεία ενεργειών έως τη λογική τους κατάληξη. Ακόμη αμφιθυμία που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές δράσεις.
- **της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο**, π.χ. δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο.
- **της ψυχοκινητικότητας** π.χ. αντίσταση σε εντολές, κατατονικός αρνητισμός, μαννερισμοί, ηχοπραξία.

Η εμφάνιση της Σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπάρχει όμως και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή αναπτύσσεται μετά τα 45. Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται. Σιγά-σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντά του.

Στην αρχή, το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαίσθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανιστούν αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου, προκαταλήψεις και παραισθήσεις. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της Σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Άσχετα με το αν εμφανιστεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι.

Σε αυτή τη φάση, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω κυριαρχούν στην κλινική πορεία. Η ενεργός φάση της Σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο για λίγες εβδομάδες. Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει, ο ασθενής μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα της πρόδρομης φάσης.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητα της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Έτσι, μολονότι δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλλει ευρύτατα, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα κ.α. Μέχρι σήμερα οι προβλέψεις δεν έχουν καταφέρει να γίνουν αξιόπιστες σε ότι αφορά ποια πορεία θα ακολουθήσει ο κάθε ασθενής.

Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια κατά το DSM-IV:

- A. χαρακτηριστικά συμπτώματα όπως: 1. παραληρητικές ιδέες, 2. ψευδαισθήσεις, 3. αποδιοργανωμένος λόγος(π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία), 4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, 5. αρνητικά συμπτώματα, όπως συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία
- B. κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία
- C. διάρκεια: συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες
- D. αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης, διότι είτε δεν έχει συμβεί κανένα μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο είτε αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με αυτή των ενεργών υπολειμματικών περιόδων.

Κλινικοί Τύποι Σχιζοφρένειας:

1. Παρανοϊκός Τύπος (α. έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, β. δεν υπάρχει αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα, γ. τον Τύπο αυτό τον χαρακτηρίζει το άγχος, ο θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαίσθησία στην διαπροσωπική επαφή, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου),
2. Αποδιοργανωμένος Τύπος (α. υπάρχει αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα, β. δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου),
3. Κατατονικός Τύπος (α. κινητική ακινησία, β. υπερβολική κινητική δραστηριότητα, γ. ακραίος αρνητισμός, δ. ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων (αλλόκοτες στάσεις του σώματος), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλοι μαννερισμοί ή έκδηλοι μορφασμοί, ε. ηχολαλία ή ηχοπραξία),
4. Αδιαφοροποίητος Τύπος (συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α αλλά όχι τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού Τύπου),
5. Υπολειμματικός Τύπος (α. απουσιάζουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, β. υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται με την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή αυτών που αναφέρονται στο κριτήριο Α για τη σχιζοφρένεια, παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Αιτιολογικοί παράγοντες: γενετική, περιβάλλον, νευροβιολογία.

• Διαταραχές της διάθεσης

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές), σύμφωνα πάντα με τον Μάνο, 1997, είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης ή απλά διάθεσης (mood). Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Η συναισθηματική διάθεση διακρίνεται από το συναίσθημα (affect), το οποίο αποτελεί την εξωτερική έκφραση της διάθεσης. Όμως, η εξωτερική έκφραση κάποιου καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν

είναι πάντοτε καταθλιπτική ή ευφορική. Δεν μπορεί κανείς να ξεχωρίσει μία «φυσιολογική» διάθεση από μία «παθολογική». Όλοι οι άνθρωποι έχουν περάσει κάποια περίοδο απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρεάζουν τη διάθεσή τους προς τη μία ή την άλλη πλευρά.

Ωστόσο, αναφέρεται ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα συμπτώματα, όπως αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή ενώ υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονίες τάσεις, τόσο η κατάσταση της οποίας γίνεται διάγνωση τείνει προς την παθολογική πλευρά.

Έτσι, σύμφωνα με το DSM-IV, οι Διαταραχές της Διάθεσης διαιρούνται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές («μονοπολική κατάθλιψη»), στις Διπολικές Διαταραχές και σε δυο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία τους, τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Επίσης, υπάρχει και η Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές, που είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς διακρίνονται από τις Διπολικές Διαταραχές από το γεγονός ότι δεν υπήρξε ποτέ ένα Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Οι Διπολικές Διαταραχές, που είναι η Διπολική I Διαταραχή, η Διπολική II Διαταραχή, η Κυκλοθυμική Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, χαρακτηρίζονται, σύμφωνα πάντα με τον Μάνο Ν.,1997, από την παρουσία Μανιακών, Μεικτών ή Υπομανιακών Επεισοδίων που συχνά συνοδεύονται από την παρουσία Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

Τα κριτήρια κατά DSM-IV λοιπόν, για τα επεισόδια Διαταραχής της Διάθεσης διακρίνονται από την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένων Επεισοδίων Διαταραχής της Διάθεσης – Μείζων Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό, Υπομανιακό Επεισόδιο.

Κριτήρια κατά DSM-IV για το Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό και Υπομανιακό Επεισόδιο:

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

- A. πέντε η περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν υπάρξει κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα. τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.
- (1) καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (νιώθει λυπημένος ή άδειος, φαίνεται δακρυσμένος).
 - (2) Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
 - (3) Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση βάρους ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
 - (4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
 - (5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα.
 - (6) Κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
 - (7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής σχεδόν κάθε μέρα.
 - (8) Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε μέρα.
 - (9) Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας ή κάποιο σχέδιο για αυτοκτονία.
- B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για Μεικτό Επεισόδιο
- C. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.
- D. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας(π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Μανιακό Επεισόδιο

- A. Μια περίοδος με διάρκεια τουλάχιστον 1 εβδομάδα όπου η συναισθηματική διάθεση ήταν παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη.
- B. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης 3 από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:
- (1) διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
 - (2) ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
 - (3) μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά
 - (4) φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
 - (5) διάσπαση της προσοχής
 - (6) αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση
 - (7) υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες
- C. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για Μεικτό Επεισόδιο
- D. Έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.
- E. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Μεικτό Επεισόδιο

- A. Πληρούνται τα κριτήρια και για Μανιακό και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο σχεδόν κάθε μέρα για τουλάχιστον 1 εβδομάδα.
- B. Έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.
- C. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Υπομανιακό Επεισόδιο

- A. Μια περίοδος με διάρκεια τουλάχιστον 4 ημερών με συναισθηματική διάθεση επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη που είναι διαφορετική από τη συνηθισμένη μη καταθλιπτική διάθεση του ατόμου.
- B. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης 3 από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:
- (1) διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
 - (2) ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
 - (3) μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά
 - (4) φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
 - (5) διάσπαση της προσοχής (έλκεται από ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα)
 - (6) αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση
 - (7) υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες
- C. το επεισόδιο συνδέεται με μια αδιαμφισβήτητη αλλαγή στη λειτουργικότητα που δεν χαρακτηρίζει το άτομο όταν είναι ασυμπτωματικό
- D. Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή της λειτουργικότητας έχουν παρατηρηθεί από άλλους
- E. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σημαντικό ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία και δεν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.
- F. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- **Καταθλιπτικές Διαταραχές:** σε έναν καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντοτε εμφανής. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι (όσον αφορά στο συναίσθημα) καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος, (όσον αφορά στο φυτικό νευρικό σύστημα) διαταραχή του ύπνου, διαταραχή της όρεξης, κόπωση, εξάντληση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση και

διέγερση, (όσον αφορά στην κινητοποίηση) απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημπορία, έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, (όσον αφορά στην σκέψη-αντίληψη) αισθήματα ενοχής ή αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ψύχωση και σωματικά ενοχλήματα.

- **Διπολικές διαταραχές:** ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Οι ασθενείς περνούν από φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με φάσεις βαθιάς κατάθλιψης.
- **Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση:** διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση.
- **Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες:** διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας όπως: μια ουσία κατάχρησης, ενός φαρμάκου, μιας τοξίνης ή μιας σωματικής θεραπείας για την κατάθλιψη. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση.
- **Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: διαταραχές με συμπτώματα:** διαταραχές με συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης και όπου είναι δύσκολο ο κλινικός να επιλέξει ανάμεσα σε Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών της διάθεσης: γενετικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και ψυχολογικοί παράγοντες, νευροβιολογικοί παράγοντες.

Το μέγεθος του προβλήματος

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ο ιδιαίτερος ρόλος των οικογενειών που φροντίζουν κάποιο μέλος τους που πάσχει από κάποια ψυχική

διαταραχή. Σ' αυτό συντελεί το γεγονός ότι οι οικογένειες, σπάζοντας το φράγμα της σιωπής και του στίγματος, αρχίζουν να διεκδικούν σημαντικά ζητήματα που τις αφορούν άμεσα και αναφέρονται στην ψυχική υγεία, που αποτελεί ένα μείζον θέμα δημόσιας υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Ο Π.Ο.Υ. στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 «Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα» τεκμηριώνει ότι οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική επιβάρυνση στη δημόσια υγεία, σε οικονομικό, κοινωνικό, οικογενειακό και προσωπικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, τονίζει ότι στις μέρες μας υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλές από τις ψυχικές διαταραχές, παρά την επιβάρυνση που προκαλούν και τους πόρους που διατίθενται για την αντιμετώπισή τους. Όμως, για να αξιοποιηθούν οι διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει ο τομέας της ψυχικής υγείας να βγει από το περιθώριο που βρίσκεται παγκοσμίως – κυρίως λόγω του στίγματος και των προκαταλήψεων που έχουν σαν αποτέλεσμα τη διάκριση και τον αποκλεισμό - και να πάρει τη θέση που του αναλογεί, έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσφέρει υπηρεσίες και ανακούφιση από τον τεράστιο ψυχικό πόνο που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές, σε όσους τις χρειάζονται και στις οικογένειές τους.

Σύμφωνα πάντα με τον Π.Ο.Υ., σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, το 10% του ενήλικου πληθυσμού υποφέρει από αυτές τις ασθένειες. Μία στις τέσσερις οικογένειες είναι πιθανό να έχει τουλάχιστο ένα μέλος με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτές οι οικογένειες δεν καλούνται να προσφέρουν μόνο υλική και συναισθηματική υποστήριξη στο πάσχον μέλος της, αλλά υφίστανται επίσης τα αρνητικά επακόλουθα του στίγματος και των διακρίσεων. Έχει υπολογιστεί πως στο άμεσο μέλλον η επιβάρυνση που θα προκαλέσουν οι διαταραχές αυτές θα γίνει ακόμη μεγαλύτερη.

Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές, προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις χώρες και κοινωνίες και παρουσιάζονται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, 450 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν σήμερα από κάποια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ενώ ο συνολικός αριθμός των διαταραχών εκτιμάται ότι είναι 10% στους ενήλικες, περίπου ίδιος μεταξύ ανδρών και γυναικών και ότι το 20-25% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής τους ήπιες ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές (World Health Organization 2001).

Επιδημιολογικές έρευνες στην κοινότητα διαπιστώνουν αυξητική τάση του μεγέθους της ψυχολογικής επιβάρυνσης και ψυχιατρικής νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη το 2002 ήταν 154 εκατομμύρια, τα άτομα με σχιζοφρένεια 25 εκατομμύρια, ενώ 95 εκατομμύρια έπασχαν από διαταραχές σχετιζόμενες με κατάχρηση αλκοόλ.

Σύμφωνα πάντα με το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, υπολογίζεται ότι περίπου 877.000 άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο και 1 στους 4 ασθενείς που επισκέπτονται κάποια υπηρεσία υγείας πάσχει από τουλάχιστον μία ψυχική, νευρολογική ή σχετιζόμενη με τη συμπεριφορά διαταραχή.

Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές στην ΕΕ είναι οι φοβίες και η κατάθλιψη, η αντιμετώπιση των οποίων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ των κρατών μελών όσο και στο εσωτερικό της κάθε χώρας, ενώ οι πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται είναι συχνά μεμονωμένες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Η κατάθλιψη, επισημαίνει ο Π.Ο.Υ, όχι μόνο δεσπόζει μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας αλλά κατέχει την τέταρτη θέση στο σύνολο των παθήσεων που επιβαρύνουν περισσότερο τη δημόσια υγεία.

Και οι προβλέψεις είναι δυσοίωνες: τις προσεχείς δεκαετίες η ψυχική αυτή ασθένεια αναμένεται να "αναρριχηθεί" στη δεύτερη θέση της λίστας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην Έκθεση του Οργανισμού για την Παγκόσμια Υγεία του 2001 στις ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Συγκεκριμένα σημειώνεται: "Αντίθετα από ότι πιστεύει ο κόσμος, οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι κοινές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Δεν δίδεται αρκετή προσοχή σε αυτή την περιοχή της ψυχικής υγείας. Επιπροσθέτως, πολλές διαταραχές που είναι συνηθέστερες μεταξύ ενηλίκων μπορεί να αρχίζουν κατά την παιδική ηλικία. Παράδειγμα είναι η κατάθλιψη, η οποία όλο και περισσότερο διαγιγνώσκεται στα παιδιά. Φαίνεται ότι το 10%-20% του συνόλου των παιδιών έχουν ένα ή περισσότερα ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα". Η μελανή αυτή εικόνα που έρχεται από το εξωτερικό αντικατοπτρίζει και την ελληνική πραγματικότητα. Στοιχεία της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δείχνουν ότι τα ψυχικά προβλήματα προσβάλλουν το 14%-18% των παιδιών και των εφήβων, με την

κατάθλιψη να εκδηλώνεται στο 2%-4% των παιδιών και στο 4%-8% των εφήβων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Ο Μαδιανός (1993) σε δείγμα 1.325 εφήβων από όλη την Ελλάδα διαπίστωσε πως το 29% των κοριτσιών και το 13% των αγοριών θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως καταθλιπτικές "περιπτώσεις" (Madianos et al, 1993).

Συγχρόνως, σύμφωνα με μελέτη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής που διεξήχθη σε 4.299 μαθητές ηλικίας 11-15 ετών στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Έρευνας για την Υγεία στον Μαθητικό Πληθυσμό (Μαρίνα Τερζίδου, Άννα Κοκκέβη, 2001), το 13% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι αισθάνονται δυστυχείς, με τα ποσοστά να είναι αισθητά μεγαλύτερα στους 15χρονους (23%) σε σύγκριση με τους 11χρονους (5%). Πρέπει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των κοριτσιών που ανέφεραν ότι είναι δυστυχή ήταν διπλάσιος σε σύγκριση με αυτή των αγοριών.

1.2. Επιβάρυνση των ατόμων και των οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

Οικογενειακή Επιβάρυνση

Οι αλλαγές στην κοινωνική πολιτική και η τάση για αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά πασχόντων, μετέφεραν την ευθύνη της καθημερινής φροντίδας των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Επιπρόσθετα, είχαν ως αποτέλεσμα την επιμήκυνση της διάρκειας παραμονής του ασθενή στο οικογενειακό περιβάλλον και την αύξηση της επαφής της οικογένειας με αυτόν, συνέπεια των οποίων ήταν η αύξηση της επιβάρυνσης της οικογένειας. Έτσι, αν και οι μελέτες αρχικά είχαν εστιαστεί στον αιτιολογικό ρόλο της οικογένειας, άρχισαν να θεωρούν και να αντιμετωπίζουν την οικογένεια ως το σύστημα που «αντιδρά» στην ψυχική ασθένεια ενός μέλους της. Η άποψη που άρχισε να διαμορφώνεται είναι ότι, δεν αποτελεί μόνο η συναισθηματική έκφραση, η συμπεριφορά και οι στάσεις της οικογένειας στρεσογόνο παράγοντα για τον ασθενή, αλλά και οι στάσεις και η συμπεριφορά του ίδιου του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορούν να έχουν στρεσογόνο επίδραση στην οικογένεια (Νέστορος, 2000α).

Από τη στιγμή που η οικογένεια άρχισε να θεωρείται το βασικό σύστημα φροντίδας του ατόμου που εμφανίζει μία ψυχική διαταραχή, το οποίο προσπαθεί να μάθει να ζει με το άτομο αυτό, να ανταποκρίνεται και να καλύπτει τις συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες και συμπεριφορές του, άρχισε να μελετάται όλο και περισσότερο η επίδραση που έχει η παρουσία του στην οικογένεια.

Οι όροι «φροντιστής», «πρωτοβάθμιος φροντιστής» και «οικογενειακός φροντιστής» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά και αναφέρονται στο άτομο το οποίο παρέχει φροντίδα σε κάποιο άλλο το οποίο είναι εξαρτώμενο από αυτό. Αν και δεν υπάρχει ένας ακριβής ορισμός της έννοιας «οικογενειακή φροντίδα» κατά γενική αποδοχή ο όρος αυτός περιλαμβάνει την παροχή ασυνήθιστης φροντίδας η οποία

ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού ή του συνηθισμένου στις οικογενειακές σχέσεις. Περιλαμβάνει την επένδυση χρόνου, ενέργειας και χρημάτων για μακρές χρονικές περιόδους. Εργασίες οι οποίες μπορεί να είναι δυσάρεστες, δύσκολες, κουραστικές και ψυχολογικά στρεσογόνες ή σωματικά εξαντλητικές (Schulz & Martire 2004).

Έτσι η φροντίδα μεταμορφώνεται από τη συνηθισμένη ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα σε ανθρώπους που βρίσκονται σε μια στενή σχέση μεταξύ τους, σε ένα εξαιρετικά μεγάλο και άνισα κατανομημένο βάρος που μπορεί να κυριαρχήσει τη σχέση (Carter & Carter 1994).

Η έννοια της επιβάρυνσης ως ερευνητική δομή αποτελεί μία από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μεταβλητές στην έρευνα της φροντίδας τόσο ως προβλεπτικός παράγοντας όσο και ως αποτέλεσμα της φροντίδας. Όμως, η έννοια δεν ορίζεται με σαφήνεια στη βιβλιογραφία, και χρησιμοποιείται ως εναλλακτικός όρος για άλλες έννοιες όπως το στρες της φροντίδας, η ποιότητα ζωής στη φροντίδα, τα προβλήματα, οι εντάσεις και οι επιπτώσεις της φροντίδας (Chou 2000). Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης έχει εισαχθεί πρώτα από τους Grad και Sainsbury (1966) κατά την εξέταση της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όταν η οικογένεια άρχισε να γίνεται «το ίδρυμα επιλογής» (Parker 1993) για τη φροντίδα αυτών των ασθενών. Οι συγγραφείς όρισαν την επιβάρυνση ως τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας στην οικογένεια. Έτσι ως οικογενειακή επιβάρυνση (family burden) ορίζονται «οι δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή και οι σημαντικοί άλλοι» (Platt et al., 1980).

Οι Hoenig & Hamilton (1966) πρότειναν τη διάκριση ανάμεσα στην υποκειμενική επιβάρυνση (subjective burden), η οποία αναφέρεται στην υποκειμενική αναστάτωση, το άγχος και την ανησυχία που βιώνουν οι συγγενείς και στην αντικειμενική επιβάρυνση (objective burden), δηλαδή τις πλευρές της καθημερινής ζωής της οικογένειας (οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, εργασία, οικονομικά) που επηρεάζονται από την παρουσία του ατόμου με μία ψυχική διαταραχή.

Ο Lefley (1996) ορίζει την αντικειμενική επιβάρυνση, ως τις απαιτήσεις που πρακτικά προκύπτουν από τη φροντίδα του ασθενή, ενώ την υποκειμενική επιβάρυνση, ως το άγχος που προέρχεται από τις απαιτήσεις αυτές. Η έρευνα στον τομέα αυτό προσπαθεί να ορίσει και να διαφοροποιήσει την επίδραση της επιβάρυνσης στην οικογένεια, με βάση το διαχωρισμό αυτό (Butzlaff & Hooley, 1998, McGilloway, Donnelly, & Mays, 1997).

Υπάρχουν λίγες μόνο αναφορές σχετικά με τη θετική επίδραση που έχει η παρουσία ενός ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα στην οικογένεια. Οι Holden & Lewine (1982) βρήκαν ότι, παρόλο που το 77% των οικογενειών παρουσίασε αυξημένη ένταση λόγω της παρουσίας του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα, το 18% των οικογενειών ανέφερε αύξηση της αλληλοϋποστήριξης και της εγγύτητας μεταξύ τους. Η Namyslowska (1986) βρήκε ότι ορισμένοι σύζυγοι παρατήρησαν ότι η ασθένεια του/της συντρόφου τους «ενδυνάμωσε την αγάπη τους» και οι Greenberg, Greenley & Benedict (1994) συμπέραναν ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή έχουν ένα θετικό ρόλο στην οικογένειά τους, καθώς το 59% των οικογενειών θεωρούσε τον ασθενή «συντροφιά».

Οι Yarrow et al. (1955a,b) ήταν οι πρώτοι που διερεύνησαν την αρνητική οικογενειακή επιβάρυνση. Σήμερα η βιβλιογραφία είναι πολύ πλούσια και οι σχετικές έρευνες έχουν επανειλημμένως επιβεβαιώσει ότι η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος συνεπάγεται μεγάλη επιβάρυνση στην οικογένεια που τον φροντίζει. Το 92% των γονέων των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα παραδέχτηκαν ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που σχετίζεται με υπερβολική επιβάρυνση, σε σύγκριση με το 25% των οικογενειών (Schulz et al., 1982).

Αντικειμενική επιβάρυνση

Η έρευνα για την οικογενειακή επιβάρυνση προσπάθησε κυρίως να ορίσει τους *τομείς* της ζωής της οικογένειας που έχουν διαταραχτεί εξαιτίας της φροντίδας του ασθενή, δηλαδή έχει εστιαστεί κύρια στην μελέτη της *αντικειμενικής* επιβάρυνσης.

Οι Winefield & Harvey (1994a) βρήκαν ότι έγιναν μεγάλες αλλαγές στην οικογένεια λόγω της φροντίδας του ασθενή, σε τομείς όπως οι διακοπές (24,8%), οι κοινωνικές σχέσεις (20,7%) και οι ενδοοικογενειακές τους σχέσεις (19,2%). Οι Veltro et al. (1994) επίσης, βρήκαν ότι το βασικό πρόβλημα των συγγενών ήταν οι περιορισμένες κοινωνικές σχέσεις (70%), ενώ κατά σειρά ακολουθούσαν, η ανάγκη να παραμελήσουν τα χόμπι τους εξαιτίας της φροντίδας του ασθενή (64%), η δυσκολία να πάνε διακοπές (53%) ή Κυριακάτικες εκδρομές (51%). Οι Holden & Lewine (1982)

βρήκαν ότι το 25% των οικογενειών με ένα μέλος με σχιζοφρενικά συμπτώματα παρουσίασε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα (όπως διαζύγιο), ενώ το 32% των οικογενειών παραπονέθηκε για το οικονομικό κόστος της ασθένειας. Ο Provencher (1996) μελέτησε δύο τύπους της αντικειμενικής επιβάρυνσης των συγγενών: τη *γενική*, η οποία αναφέρεται στις γενικές συνέπειες που έχει η φροντίδα του ατόμου στην οικογένεια, και τη *χαρακτηριστική*, η οποία αφορά στην απόδοση συγκεκριμένων συνεπειών του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διαταραχή του ατόμου. Οι γενικές αρνητικές συνέπειες που αναφέρονταν συχνότερα ήταν οι τεταμένες οικογενειακές σχέσεις και τα σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα του ατόμου που παρείχε τη φροντίδα, ενώ οι συνέπειες που αποδίδονταν στη διαταραχή του μέλους τους ήταν τα συναισθηματικά προβλήματα του ατόμου που παρείχε την φροντίδα, η διαταραχή στην απόδοσή του στην εργασία και η διαταραχή της ζωής των άλλων μελών της οικογένειας.

Υποκειμενική επιβάρυνση

Η επίδραση της επιβάρυνσης στην ψυχολογική λειτουργία των συγγενών (υποκειμενική επιβάρυνση) έχει επίσης εκτενώς μελετηθεί. Οι Veltro et al. (1994) βρήκαν ότι τα προβλήματα που ανέφεραν πιο συχνά οι συγγενείς ήταν η ανάγκη για ξεκούραση (82%), η κατάθλιψη (78%), τα προβλήματα υγείας (61%) και η αδυναμία να ανεχτούν την κατάσταση για περισσότερο καιρό (61%). Εκτιμώντας το επίπεδο του στρες που βιώνεται από τους

συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα, οι Winefield & Harvey (1994a) βρήκαν ότι 51% του άγχους που

αναφέρουν οι συγγενείς ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα, θεωρούν ότι προέρχεται από τον ασθενή. Μάλιστα, οι Oldridge & Hughes (1992) βρήκαν ότι το 36% των συγγενών είχαν τόσο έντονα διαταραχτεί λόγω της φροντίδας του ασθενή, που αποτελούσαν πιθανές ή σίγουρες ψυχιατρικές περιπτώσεις, ενώ η ερευνητική ομάδα για τη σχιζοφρένεια της Σκωτίας (1987) (The Scottish Schizophrenia Research Group, 1987) βρήκε ότι περισσότερο από το 75% των συγγενών ήταν πιθανό να αποτελέσουν ψυχιατρικές περιπτώσεις στο άμεσο μέλλον, με βασικό σύμπτωμα το άγχος. Το υπερβολικό άγχος (σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%) και τα νευρωσικά συμπτώματα (στο 1/5 του δείγματος) αξιολογήθηκαν ως τα σημαντικότερα προβλήματα των οικογενειών των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα από τους Grad & Sainsbury (1963). Η Salleh (1994) επίσης βρήκε ότι περίπου το 23% των συγγενών ανέπτυξε νευρωσικές διαταραχές (κυρίως νευρωσική κατάθλιψη) λόγω της επιβάρυνσης της φροντίδας του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Εκτός των διαφόρων σωματικών και άλλων προβλημάτων υγείας, έχουν αναφερθεί συναισθήματα, όπως ο θυμός, η ντροπή, η αμφιθυμία και οι ενοχές, ως συνέπεια της φροντίδας του ατόμου με μία ψυχική διαταραχή. Αντίθετα, ο Doll (1976) βρήκε ότι παρόλο που οι οικογένειες συχνά ανέφεραν έντονα συναισθήματα πόνου και πικρίας, έδειχναν μεγάλη ανοχή στη διαταραγμένη συμπεριφορά του/της και ένοιωθαν ελάχιστη ντροπή ή ενόχληση. Οι Lamb & Oliphant (1978) τόνισαν ότι οι οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως το να ζουν με το άτομο που εμφανίζει απρόβλεπτη, κοινωνικά αμήχανη και μερικές φορές, βίαιη συμπεριφορά

και να μάθουν να αντιμετωπίζουν την κοινωνική απόσυρση, την υποδραστηριότητα και τα άλλα συμπτώματα της διαταραχής.

Παράγοντες που καθορίζουν την επιβάρυνση

Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν τα *συμπτώματα ή τις συμπεριφορές του ασθενή* που είναι περισσότερο στρεσογόνες και προκαλούν την μεγαλύτερη επιβάρυνση στην οικογένεια. Βρέθηκε ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενή αποτελούσαν το 22,7% των συνολικών παραπόνων της οικογένειας και δόθηκε έμφαση στο στρες που

προκαλείται στα μέλη της οικογένειας λόγω της διαταραγμένης συμπεριφοράς του ατόμου με ψυχωσικά συμπτώματα. Άλλοι ερευνητές ανέφεραν ότι τα ψυχωσικά συμπτώματα είναι τα πιο στρεσογόνα για την οικογένεια (Hatfield, 1981) και από αυτά, περισσότερο στρες προκαλούν τα «αρνητικά» συμπτώματα (Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987. Veltro et al., 1994). Οι Mueser et al. (2001), συγκρίνοντας την επιβάρυνση που ένοιωθαν οι συγγενείς λόγω της συμπεριφοράς των ασθενών με σχιζοφρενικά συμπτώματα και διπολική διαταραχή, βρήκαν ότι τα μανιακά συμπτώματα είναι περισσότερο ενοχλητικά και επιβαρυντικά για τους συγγενείς των ατόμων με διπολική διαταραχή και ότι οι συγγενείς, τόσο των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα, όσο και οι συγγενείς των ατόμων με διπολική διαταραχή δε διέφεραν στην επιβάρυνση που ένοιωθαν λόγω των θετικών ή αρνητικών συμπτωμάτων.

Η επιθετικότητα (24%), οι παράλογες πεποιθήσεις (24%) και η απρόβλεπτη συμπεριφορά (16%) ήταν τα κύρια συμπτώματα που προκαλούσαν επιβάρυνση στους συγγενείς (Holden & Lewine, 1982). Οι Gopinath & Chaturvedi (1992) βρήκαν ότι στοιχεία της συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη δραστηριότητα και την φροντίδα του εαυτού (π.χ. ο ασθενής να μην εργάζεται, να μην συμμετέχει στις οικιακές εργασίες, να μη φροντίζει την προσωπική του υγιεινή, και η βραδύτητα της συμπεριφοράς του) ήταν περισσότερο επιβαρυντικά, σε σχέση με την επιθετικότητα ή την ψυχωσική συμπεριφορά. Οι Gubman, Tessler & Willis (1987) υποστήριζαν πως οι εκρήξεις θυμού και η παράξενη συμπεριφορά ήταν οι πιο επιβαρυντικές για την οικογένεια συμπεριφορές.

Πολλοί άλλοι παράγοντες έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με την επιβάρυνση της φροντίδας του ασθενή. Η *διάρκεια της ασθένειας*, ο *βαθμός επαφής με τον ασθενή*, η *απόρριψή του από τους συγγενείς*, το *φύλο του ασθενή*, η *ηλικία και το φύλο του ατόμου που φροντίζει τον ασθενή*, οι *στρατηγικές αντιμετώπισης των συγγενών* η *αντίληψη του ελέγχου* που οι συγγενείς θεωρούν ότι ο ασθενής έχει επί των συμπτωμάτων του. Για παράδειγμα, οι Greenberg, Kim & Greenley (1997) μελέτησαν την αντίληψη της υποκειμενικής επιβάρυνσης σε ένα δείγμα 165 αδερφών των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επιβάρυνση του υγιούς αδερφού σχετίζονταν με τη συμπτωματολογία του ασθενή και τα αδέρφια που θεωρούσαν ότι ο ασθενής δεν μπορούσε να ελέγξει τη συμπεριφορά του παρουσίαζαν λιγότερη υποκειμενική επιβάρυνση, σε σχέση με τα αδέρφια που θεωρούσαν ότι η συμπεριφορά ήταν ελεγχόμενη από τον ασθενή. Οι Bibou, Nakou, Dikaiou & Bairactaris (1997) επίσης μελέτησαν την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και στρατηγικές αντιμετώπισης) στην αντίληψη της

επιβάρυνσης και του στρες των μελών της οικογένειας, 52 ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα σε χρόνια ή υπολειμματική φάση. Ο παράγοντας του ελέγχου των συμπτωμάτων βρέθηκε ότι σχετίζεται με την οικογενειακή επιβάρυνση και το στρες.

Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι κυριότεροι παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την ευαλωτότητα του φροντιστή στην επιβάρυνση είναι τα χαρακτηριστικά του ιδίου, οι απαιτήσεις της φροντίδας όπως καθορίζονται από το λήπτη και η ανάμειξη στη φροντίδα (Pearlin 1990, Yee & Schulz 2000, Pinguart 2003). Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας ο οποίος αυξάνει την ευαλωτότητα του οικογενειακού φροντιστή στην επιβάρυνση είναι η σχέση που έχει με τον ασθενή. Επίσης πολλές στρεσογόνες εμπειρίες ανιχνεύονται πίσω στις κοινωνικές δομές και τη θέση του ατόμου μέσα στις δομές αυτές. Οι κοινωνικές θέσεις οι οποίες πιθανό να θέσουν τον οικογενειακό φροντιστή σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιβάρυνσης είναι το γυναικείο φύλο, το γήρας, η ανεργία, η ελλιπής μόρφωση και η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική υπόσταση.

Διάφορα προγράμματα υποστήριξης του ασθενή και της οικογένειας του έχουν αναπτυχθεί με σκοπό την μείωση της αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης (Carpentier et al., 1992, Winefield, 1994). Η βιβλιογραφία αναφέρει διάφορες προσεγγίσεις (π.χ. ομαδικές συναντήσεις, οικογενειακή υποστήριξη, επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες, ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, κ.ά.), τα αποτελέσματα των οποίων δείχνουν μείωση τόσο της αντικειμενικής, όσο και της υποκειμενικής επιβάρυνσης και μείωση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας των συγγενών (Grad & Sainsbury, 1968, Winefield & Harvey, 1994b).

Η Lefley (1996) προτείνει, ως βασικές στρατηγικές για την ανακούφιση των συγγενών από την οικογενειακή επιβάρυνση, την εστίαση των παρεμβάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ενδυνάμωση τους, στην αύξηση της αυτονομία τους και στην στήριξή τους μέσω ομάδων. Οι Francell, Conn, & Gray (1988) αναφέρουν ότι η εκπαίδευση οικογενειών, η συμμετοχή τους στις θεραπευτικές αποφάσεις, η αλλαγή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η δημιουργία κινητών μονάδων αντιμετώπισης των κρίσιμων περιστατικών, μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης (Καλαϊτζάκη Α.).

1.3. Οι επιπτώσεις της επιβάρυνσης στην οικογένεια

Στις μέρες μας, το συναισθηματικό βάρος αλλά και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του ψυχικά ασθενή έχει πέσει σχεδόν αποκλειστικά στην οικογένεια. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια με τον αποϊδρυματισμό και την αντιμετώπιση του ασθενή έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, ο ρόλος της οικογένειας γίνεται ακόμη πιο σημαντικός, αφού η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και τη βασική αλλά και μοναδική πηγή φροντίδας.

Έτσι, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές απολαμβάνουν παροχές σύγχρονης ψυχιατρικής περίθαλψης και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της ασθένειας λαμβάνοντας θεραπεία και υποστήριξη στην κοινότητα. Έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες να διατηρήσουν δεσμούς με την οικογένεια τους καθώς και μεγαλύτερες πιθανότητες να δημιουργήσουν δική τους οικογένεια. Σε περίπτωση νοσηλείας, παραμένουν για σύντομο χρονικό διάστημα σε νοσοκομεία και επιστρέφουν σπίτι τους ώστε να συνεχίσουν την θεραπεία τους στα πλαίσια της κοινότητας με τη βοήθεια της οικογένειας τους.

Ο ρόλος λοιπόν της οικογένειας στην θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών είναι πολύ σημαντικός. Παλαιότερα βέβαια, θεωρούσαν την οικογένεια ως αιτία της ψυχικής ασθένειας, σήμερα όμως, αποτελεί ένα σημαντικό συνεργάτη στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής. Η συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπεία, την αποκατάσταση και υποστήριξη συμβάλλει καθοριστικά στην πορεία του ασθενή, ιδιαίτερα όταν αυτή αναλαμβάνει την φροντίδα του. Όταν μάλιστα οι οικογένειες εκπαιδευτούν και υποστηριχτούν ώστε να φροντίσουν τον συγγενή τους, τότε επιτυγχάνεται καλύτερη θεραπεία και θετικότερη πορεία της ασθένειας.

Παράλληλα, το φορτίο της φροντίδας που αναλαμβάνουν τα μέλη της οικογένειας είναι αρκετά μεγάλο. Πολλά άτομα που φροντίζουν ένα συγγενή τους με ψυχική διαταραχή περνούν δύσκολες στιγμές όταν υπάρχουν υποτροπές ή ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Το αποτέλεσμα της ασθένειας του ατόμου στην οικογένεια είναι συνήθως επιβαρυντικό είτε το άτομο μόλις αρρώστησε, είτε έχει χρόνια ψυχική ασθένεια. Τα μέλη της οικογένειας επικεντρώνονται στις ανάγκες του συγγενή τους και συχνά παραμελούν την δική τους υγεία, διότι έχουν τέτοια συναισθηματική φόρτιση ώστε συχνά να μην είναι σε θέση να

αντιληφθούν τη συναισθηματική και ψυχική πίεση την οποία οι ίδιοι υφίστανται. Από την στιγμή που θα μάθουν ότι ο συγγενής τους είναι άρρωστος, αντιμετωπίζουν μια σειρά από συναισθήματα, τα οποία συνήθως δεν είναι σε θέση να μοιραστούν με κανένα. Κάποια από αυτά αναφέρονται παρακάτω:

- **ΑΠΟΔΟΧΗ:** Τόσο το άτομο, όσο και η οικογένειά του πρέπει να αποδεχτούν αυτό που έχει συμβεί, αλλά για να το συνειδητοποιήσουν απαιτείται μακρόχρονη διαδικασία. Όταν αυτή η συμφιλίωση επιτευχθεί, ακόμα και μικρές βελτιώσεις μπορούν να φέρουν αισιοδοξία και ικανοποίηση. Η γνώση της ασθένειας βοηθά στην κατανόηση και την αποδοχή. Αποδοχή δεν σημαίνει παραίτηση από την ελπίδα, αλλά ότι αποφεύγονται οι απογοητεύσεις που προκύπτουν από υπερβολικές ή μη ρεαλιστικές προσδοκίες.
- **ΕΝΟΧΗ:** Όταν ένα άτομο προσβληθεί από κάποια ψυχική ασθένεια, τα μέλη της οικογένειάς του αναρωτιούνται αρχικά τι ήταν αυτό που την προκάλεσε. Η κοινωνία, για αρκετά χρόνια, θεωρούσε πως η ψυχική ασθένεια σχετίζεται κυρίως με την ατμόσφαιρα μέσα στην οικογένεια ή με τα βιώματα του ασθενή στο παρελθόν. Έτσι, οι συγγενείς/φροντιστές αναρωτιούνται διαρκώς, μήπως ευθύνονται αυτοί για την ασθένεια του αγαπημένου τους προσώπου. Η οικογένεια δεν μπορεί να αποφύγει εντελώς αυτήν την πρώτη αντίδραση. Είναι απαραίτητο, όμως, να μπορέσει να την ξεπεράσει γρήγορα. Συμμετέχοντας σε μία ψυχοεκπαιδευτική ομάδα συγγενών, και αφού ενημερωθεί για τις ψυχικές ασθένειες και μιλώντας με μέλη άλλων οικογενειών που έχουν τα ίδια προβλήματα, η οικογένεια μαθαίνει και κατανοεί ότι δεν είναι αυτή η υπεύθυνη. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μία βιολογική διαταραχή στον εγκέφαλο η αιτία της οποίας είναι άγνωστη μέχρι τώρα. Η ενοχή που αισθάνεται κάποιος επειδή είναι καλά, ενώ ο αγαπημένος του είναι άρρωστος είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο, κυρίως ανάμεσα στα αδέρφια. Οι γονείς μοιάζουν να μην εκτιμούν τις επιτυχίες των άλλων παιδιών γιατί δεν θέλουν να ταράζουν το άρρωστο παιδί τους. Συνήθως, η υποστήριξη από φιλικά άτομα είναι ένας τρόπος για να ανακτήσει κανείς την αυτοεκτίμησή του και να μπορέσει να νιώσει χαρά και ικανοποίηση για ό,τι πέτυχε.
- **ΑΡΝΗΣΗ:** Όταν γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε ένα αγαπημένο πρόσωπο, κάποιοι από τους συγγενείς περνάνε μία φάση άρνησης. Η άρνηση αυτή δυσκολεύει πολύ τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Όταν έστω και ένα μέλος της οικογένειας δεν αποδέχεται τη διάγνωση, τότε οι προσπάθειες που

κάνουν οι άλλοι για το συμφέρον του ασθενή μπορεί να πάνε χαμένες. Η λύση σ' αυτό το πρόβλημα δεν είναι εύκολη. Ο χρόνος είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας για την αποδοχή της ασθένειας, ακόμα και στις οικογένειες που υπάρχει γνώση και υποστήριξη.

- **ΝΤΡΟΠΗ:** Για να συμφιλιωθεί κάποιος με το αίσθημα της ντροπής είναι απαραίτητο να σκεφτεί πώς αντιμετώπιζε την ψυχική ασθένεια πριν εμφανιστεί στο άμεσο περιβάλλον του. Αν αισθανόταν συμπόνια, τότε δεν θα έχει κανένα πρόβλημα ντροπής. Αν την αντιμετώπιζε με φόβο, τότε είναι δύσκολο να ξεπεραστεί το συναίσθημα της ντροπής. 30 χρόνια πριν οι άνθρωποι ένιωθαν ντροπή όταν ένας συγγενής τους πάθαινε καρκίνο. Παρέμενε μυστικό, γιατί τρομοκρατούσε τους ανθρώπους. Σήμερα, είναι αδιανόητο να ντρέπεται κανείς για τον καρκίνο. Με την εκπαίδευση, την κατανόηση και την ιατρική γνώση, η κοινωνία συμφιλιώθηκε με την ασθένεια αυτή. Με τον καιρό το ίδιο θα γίνει και με τις ψυχικές διαταραχές. Αν δεν μπορεί ο φροντιστής να πει τη συγκεκριμένη λέξη, μπορεί να αποκαλέσει τη σχιζοφρένεια "ψυχική ασθένεια" ή "διαταραχή της σκέψης". Καλό θα ήταν να ενταχθεί και σε μία ομάδα οικογενειών όπου θα μπορέσει ελεύθερα μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης να συζητήσει τα προβλήματα, τις εμπειρίες και τους φόβους του.
- **ΘΥΜΟΣ:** Όταν οι υποψίες του συγγενή/φροντιστή για τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας επιβεβαιωθούν, είναι φυσικό να δημιουργηθούν έντονα συναισθήματα. Πρέπει όμως να συνειδητοποιήσει ότι ο θυμός μπορεί να είναι καταστροφικός για τα μέλη της οικογένειας, για τον εαυτό του αλλά και για τον ασθενή που θα αισθανθεί την αυξημένη ένταση στο περιβάλλον του. Όταν ο θυμός καταβάλλει τον φροντιστή, θα πρέπει να διώξει το συναίσθημα αυτό μακριά από την οικογένειά του, κάνοντας κάποια έντονη φυσική άσκηση, μειώνοντας έτσι την ένταση.
- **ΕΥΤΥΧΙΑ:** Είναι δύσκολο να χαρεί κάποιος όταν γνωρίζει ότι ο συγγενής του πάσχει από ψυχική διαταραχή. Οι ανάγκες του συγγενή απασχολούν υπερβολικά την οικογένειά του, όμως για να μπορέσει να απολαύσει ένα ευτυχισμένο γεγονός, προσπαθεί να μην σκέπτεται για το τι μπορεί να συμβεί αύριο. Το χιούμορ έχει βοηθήσει πολλές οικογένειες. Το γέλιο είναι θεραπευτικό, κυρίως όταν γελάμε μαζί με άλλους. Το να απομακρύνεται η οικογένεια από τον συγγενή σε περιοδικά χρονικά διαστήματα θα βοηθήσει να "ξαναφορτίσει τις μπαταρίες". Πριν την εμφάνιση της ασθένειας, οι γονείς ίσως περνούσαν τις διακοπές τους συνεχώς μαζί. Ακόμα κι αν αυτό δεν είναι δυνατό

πλέον τώρα, κάθε μέλος της οικογένειας πρέπει να έχει τη δική του ώρα αναψυχής, μακριά από έγνοιες.

- **ΦΡΟΝΤΙΔΑ:** Μερικές φορές το άτομο που φροντίζει τον άρρωστο συγγενή του, προσπαθεί να αναπληρώσει ό,τι του έχει στερήσει η ασθένεια, με αποτέλεσμα να γίνεται υπερπροστατευτικό. Με αυτόν τον τρόπο, καταπραΰνει τον πόνο του. Αυτό όμως είναι καταστροφικό, όχι μόνο για το άτομο που παρέχει τη φροντίδα, αλλά και για τον ασθενή, στον οποίο η συμπεριφορά αυτή μπορεί να προκαλέσει καταπίεση και άγχος. Γι' αυτό λοιπόν χρειάζεται μέτρο.
- **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ:** Παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένεια που φροντίζει ένα άτομο με ψυχική διαταραχή, δεν πρέπει να παραμελεί τις φιλικές της σχέσεις. Οι φίλοι μπορούν να συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ισορροπιών που έχουν διαταραχθεί από την ασθένεια. Η οικογένεια θα πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο συγγενή ότι θα δεχτεί φίλους. Με αυτόν τον τρόπο, δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να τους συναντήσει εάν το επιθυμεί ή να αποφύγει να έρθει σε επαφή μαζί τους αν δεν το επιθυμεί. Εάν οι επισκέψεις των φίλων προκαλούν καβγάδες στην οικογένεια, θα ήταν προτιμότερο οι συναντήσεις με τους φίλους να γίνεται σε κάποιον άλλο χώρο μακριά απ' το σπίτι. Είναι άνωφελο να παραιτείται κανείς από τις κοινωνικές του σχέσεις επειδή κάποιο αγαπημένο του άτομο είναι άρρωστο.
- **ΓΝΩΣΗ:** Όσο πιο πολλά μαθαίνει κάποιος για τις ψυχικές διαταραχές τόσο πιο πολύ συνειδητοποιεί ότι δεν είναι μόνος. Υπολογίζεται ότι οι ψυχικές ασθένειες πλήττουν το 5% του πληθυσμού, ενώ η σχιζοφρένεια πλήττει περίπου 1 στους 100 ανθρώπους σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Η γνώση θωρακίζει τον άνθρωπο εναντίον της άγνοιας. Θα είναι μεγάλη ικανοποίηση για την οικογένεια να μπορεί να μεταδώσει ό,τι έχει μάθει.
- **ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ:** Όταν κάποιος έρθει αντιμέτωπος με την ψυχική διαταραχή, ο παλαιός τρόπος συμπεριφοράς του δεν επαρκεί. Χρειάζεται να προσαρμόσει τις συμπεριφορές του στην καινούργια πραγματικότητα και ιδιαίτερα τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί και εκφράζει τα συναισθήματα του. Οι ειδικοί μπορούν να βοηθήσουν την οικογένεια να βρει χρήσιμους και αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας τόσο με τον ασθενή όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τα οποία συνεχίζουν να χρειάζονται ένα ήρεμο περιβάλλον με αγάπη και σεβασμό (<http://www.xaraygi.gr>).

Το να υπάρχει λοιπόν, στην οικογένεια μέλος με ψυχική διαταραχή είναι αρκετά μεγάλο φορτίο και είναι πολύ σημαντικό να ζητηθεί εξωτερική βοήθεια. Η οικογένεια θα πρέπει να απευθυνθεί σε ειδικούς ψυχικής υγείας, όπως ψυχολόγους, ψυχιατρικούς, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχιατρικούς νοσηλευτές για συμβουλές σχετικά με την αντιμετώπιση του ατόμου με ψυχική διαταραχή.

Η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες ενδιαφέρεται για τις ανάγκες, τους περιορισμούς και τις ικανότητες της ομάδας όπου ανήκει το άτομο (Κατσορίδου-Παπαδόπουλου Χρ.,2002).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένα εκπαιδευμένο άτομο που βοηθά τους ασθενείς σε κοινωνικά ζητήματα. Μπορεί να συμβουλευεί ένα άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή ή την οικογένειά του πάνω σε κοινωνικά και συναισθηματικά θέματα που προκύπτουν από τη διαταραχή [Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία, (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) Ν. Σερρών].

Μετά τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας, ο ασθενής θα χρειαστεί βοήθεια ώστε να προσαρμοστεί στην ασθένεια. Διότι, για τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές, η παρακολούθηση του σχολείου, η εργασία, η αυτόνομη διαβίωση, ακόμη και η προσωπική του φροντίδα σπάνια μπορούν να γίνουν κατορθωτά χωρίς συμβουλευτική παρέμβαση/παρέμβαση Ομάδας Υγείας.

Η παρέμβαση αυτή, αλλιώς ψυχοκοινωνική θεραπεία, περιλαμβάνει ατομική συμβουλευτική ή εκπαίδευση, μηχανισμούς ομαδικής υποστήριξης, προγράμματα δραστηριοτήτων ή καθημερινή παρακολούθηση και επικοινωνία με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας.

Η ψυχιατρική ομάδα μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες όπως: α) συμβουλές σχετικά με την διαδικασία παροχής επιδομάτων ανικανότητας, β) βοήθεια στην εύρεση κατάλληλου καταλύματος σε περίπτωση που η οικογένεια του ασθενή νιώθει να επιβαρύνεται σε μεγάλο βαθμό από τους ασθενείς, γ) εξασφάλιση θέσεων εθελοντικής εργασίας σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εργαστεί επί πληρωμή, δ) ακόμη, η ψυχιατρική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) συνεργάζεται με την οικογένεια του ασθενή, ε) παρέχει πληροφορίες στον ασθενή και την οικογένειά του/τους συγγενείς του για την ίδια

την ασθένεια, στ) παροχή δυνατοτήτων στέγασής τους και οικονομικής βοήθειας, ζ) άμεση παραπομπή σε γιατρό.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα ήταν καλό να συμμετέχουν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ώστε να κατανοήσουν τα αίτια της ασθένειας και τις διάφορες θεραπευτικές στρατηγικές, να αντιληφθούν τις εμπειρίες τους με όρους της ασθένειας και το πως το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα θα μειώσει τα συμπτώματα και θα τους βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων τους, να κατανοήσουν

το πώς η ασθένεια θα μειώσει την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν, τον τρόπο ώστε να αντιμετωπίσουν τους αγχογόνους παράγοντες και την επίδρασή τους στα σχέδια τους για το μέλλον. Η εκπαίδευση παρέχεται είτε ατομικά είτε ομαδικά, ωστόσο οι βασικές αρχές της θεραπείας συνιστούν τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας αφού εκείνα φροντίζουν συνήθως τον ασθενή. Στην οικογένεια παρέχονται πληροφορίες για τα αίτια της ασθένειας όπου και διευκρινίζεται το γεγονός ότι εκείνοι δεν ευθύνονται για την ασθένεια.

Οι ομαδικές συναντήσεις διοργανώνονται από τα Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Συλλόγους οικογενειών και συγγενών με σκοπό οι οικογένειες να αποκτήσουν βασικές γνώσεις πάνω στην ασθένεια.

Η θεραπεία που απευθύνεται στην οικογένεια συνήθως περιλαμβάνει:

- α) βοήθεια στην οικογένεια για την ανάπτυξη αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης αυτής της ασθένειας,
- β) βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων,
- γ) στρατηγικές πρόληψης υποτροπής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένου του εντοπισμού των πρώιμων προειδοποιητικών συμπτωμάτων,
- δ) εκπαίδευση αντιμετώπισης του άγχους και
- ε) τρόπους αμοιβαίας υποστήριξης στην διάρκεια των περιόδων κρίσης.

Πάνω από 25 μελέτες, σύμφωνα με τον Σύλλογο Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία, έχουν δείξει ότι οι θεραπείες αυτές βοηθούν όλες τις οικογένειες και τους ασθενείς. Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία θεωρείται ότι έχει τα καλύτερα αποτελέσματα στις ψυχικές διαταραχές [Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία, (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) Ν. Σερρών].

Με τις οικογενειακές θεραπείες καταπολεμάται επίσης και η κοινωνική απομόνωση. Διότι, ένα μεγάλο μέρος των αρνητικών επιπτώσεων της σχιζοφρένειας στον ασθενή και στην οικογένειά του οφείλεται στην έλλειψη πληροφόρησης, στο στίγμα και στους μύθους που περιβάλλουν την συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Παρ' όλο τις δυσκολίες αυτές που παρουσιάζονται, η σχιζοφρένεια στις μέρες μας, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί σε μεγάλο βαθμό. Οι συνεχείς μάλιστα πρόοδοι στον επιστημονικό τομέα αφήνουν πολλά περιθώρια αισιοδοξίας για ακόμα καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στο μέλλον (<http://www.kantartzis-sotirios.gr/html/sxizofreneia.html>).

1.4. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην *Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική* και στην *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση* (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στην Ελλάδα με την ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα "Λέρος Ι" και "Λέρος ΙΙ") ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος 2071/92 αποτέλεσε έναν ακόμη σταθμό, αφού για πρώτη φορά έγινε εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρυθμίστηκαν σύμφωνα με σύγχρονες αντιλήψεις ζητήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Ο νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε για να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Τα τελευταία χρόνια "μιλάμε" για *ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας υποστηρίζοντας το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομέα και σε Τομείς εξειδικευμένους για ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Μέχρι το 2000, οι κυριότερες μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν στη χώρα μας σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας ήταν τα:

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας (13)
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες (8)
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους (6)
- Ψυχιατρικά Τμήματα (με κλίνες) Γενικού Νοσοκομείου (19)
- Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου για παιδιά – εφήβους (3)
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (3)

Σε αυτές προσθέτονται και ορισμένες άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες που είχαν δημιουργηθεί στην περίοδο έως το 2000 αλλά υπολειπούν, υποδομές που είχαν ετοιμαστεί και δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη λόγω μη στελέχωσής τους και τις μονάδες του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής), που παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε Αθήνα, Πειραιά, Αιγάλεω, Ηράκλειο Κρήτης, Λιβαδειά, Βόλο και Θεσσαλονίκη.

Ακόμη, άλλες μονάδες μη κερδοσκοπικού τομέα οι οποίες λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και τις παιδικές ψυχώσεις, κ.ά.

Έχοντας ως κύριο στόχο του την εφαρμογή των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει ξεκινήσει και υλοποιεί με σταθερούς ρυθμούς ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας.

Το σημαντικό αυτό πρόγραμμα χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους, και στόχο έχει την παροχή σύγχρονων, ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ειδικότερα:

- Την παροχή υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν την υγεία ως ολότητα, χωρίς διαχωρισμούς μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας και που δεν υποβοηθούν ή αναπαράγουν κοινωνικούς στιγματισμούς και αποκλεισμούς.
- Την αποασυλοποίηση, αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών.
- Την πρόληψη, μέριμνα, φροντίδα και περίθαλψη από εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό, κοντά στον τόπο διαμονής των ασθενών.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό υλοποιήθηκαν και υλοποιούνται δράσεις οι οποίες αφορούν:

- Στην ανάπτυξη κοινοτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την δημιουργία και τη στήριξη υποδομών και υπηρεσιών παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη στήριξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης με εξειδικευμένες μονάδες ενταγμένες στο υπάρχον σύστημα δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- Στην ενίσχυση της αποασυλοποίησης με την δημιουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Στην επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, με την λειτουργία εργαστηρίων κατάρτισης και απασχόλησης αλλά και κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) που στόχο έχουν την δημιουργία θέσεων απασχόλησης των ατόμων αυτών
- στην υλοποίηση του νέου αναθεωρημένου δεκαετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργώ», με βάση τις σύγχρονες ανάγκες αλλά και την εμπειρία που αποκομίστηκε από τις προηγούμενες εφαρμογές του

- στην ενεργοποίηση του θεσμού της τομεοποίησης με στόχο τη βελτιστοποίηση της εποπτείας και αξιολόγησης του έργου των Μονάδων Ψυχικής Υγείας
- στην ανάπτυξη επιδημιολογικού χάρτη της Ελλάδος για ενήλικες και ανηλίκους, για την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών νόσων, με στόχο την βελτιστοποίηση του σχεδιασμού της αντιμετώπισής τους
- στον εξορθολογισμό και στη χρηστή διαχείριση των πόρων, εθνικών και κοινοτικών, που διατίθενται για την ψυχική, με την ενεργοποίηση μηχανισμών ελέγχων.

Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα της προσπάθειας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά: το σύνολο των μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα έχουν υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το 2000, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις (ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία παιδών και εφήβων), η αύξηση φτάνει το 77%. Παράλληλα, οι δομές αποασυλοποίησης (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα) ανέρχονται σήμερα σε 452 (από 146 το 2000), ενώ τόσο ο αριθμός των ενοίκων των δομών αυτών, όσο και του απασχολούμενου σε αυτές προσωπικού παρουσιάζει κάθετη αύξηση (3689 ένοικοι και 4343 εργαζόμενοι το 2008 σε σχέση με μόλις 1289 και 1589 αντίστοιχα, έξι χρόνια νωρίτερα).

Παράλληλα, σύμφωνα πάντα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στον άξονα που αφορά στην επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνια ασθενών με ψυχικές νόσους, έχουν συσταθεί μέχρι σήμερα 13 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, σε διάφορες περιοχές της χώρας, με 162 συνολικά εργαζόμενους ασθενείς. Οι συνεταιρισμοί αυτοί συντελούν ουσιαστικά τόσο στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, όσο και στην ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο με ίσους όρους, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην ταχύτερη θεραπεία και αποκατάστασή τους.

Η κυβέρνηση κάθε χώρας, επισημαίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως τελικά υπεύθυνη για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμόζει πολιτικές που θα προφυλάσσουν και θα βελτιώνουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Οι πολιτικές θα πρέπει να κατοχυρώνουν το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες ευπαθών ομάδων.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία προς τις κοινοτικές υπηρεσίες, που θα είναι

ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα επήλθε μια μετατόπιση στα πρότυπα της ψυχικής υγείας με κύριες αιτίες τρεις ανεξάρτητους παράγοντες:

- α) την πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας,
- β) την ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και
- γ) την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της υγείας, όπως αυτή ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Αυτή η μετατόπιση επέδρασε στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται πλέον η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα. Η ιδρυματική πρόνοια δίνει τη θέση της στην κοινοτική φροντίδα.

Τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία είναι:

- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε Γενικά Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών, δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα.
- παρεμβάσεις που κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα.
- εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα
- ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- καλή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών
- ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον
- συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους
- υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κάνει από το 2001 συστάσεις στα κράτη μέλη του αναφορικά με τις δράσεις που πρέπει να αναλάβουν ώστε να προαχθεί η ψυχική υγεία των πολιτών. Αυτές οι συστάσεις (σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, Γενεύη 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα) είναι:

- η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών πρέπει να γίνεται -όσο το δυνατόν περισσότερο- στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)
- τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όποιον τα έχει ανάγκη
- τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν από κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές με διαθέσιμες κλίνες σε ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων καθώς και υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον
- έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στίγμα και τον αποκλεισμό
- οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές που πρέπει να ακολουθούνται και τις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται
- να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία
- να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς
- έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
- υποστήριξη της έρευνας

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του ΠΟΥ, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά *μεταρρύθμισης* του συστήματος.

Το χρονικό διάστημα 2000 – 2007, προβλεπόταν η δημιουργία νέων δομών αποασυλοποίησης και Κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», αναπτύσσεται σε δυο άξονες : Α) συνέχιση της αποασυλοποίησης, Β) στη δημιουργία μονάδων Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα.

Μέχρι το έτος 2006 προβλέπονταν να κλείσουν τα Νοσοκομεία: α) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, β) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, γ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, δ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, ε) Θεραπευτήριο Ψυχ. Παθήσεων Χανίων.

Επίσης προβλέπεται δραστική μείωση κλινών σε: α) Ψ.Ν. Αττικής, β) Ψ.Ν. Αττικής «Δρομοκαΐτειο», γ) Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης, δ) Κ.Θ. Λέρου.

Τα 4 αυτά Ψυχιατρεία θα κλείσουν μέχρι το 2015.

Όπως έχουν καταγραφεί από την Εθνική σχολή δημόσιας υγείας, Τομέας διοίκησης υπηρεσιών υγείας το χρονικό διάστημα 2008-2010, τα επιτεύγματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έως τώρα είναι τα εξής:

- Δημιουργία ενός δικτύου νέων υπηρεσιών.
- Ψυχιατρικά νοσοκομεία : βελτίωση κτηριακών υποδομών, προσαρμογή στις νέες ανάγκες, δραστική μείωση κλινών κατά 65%.
- Δημιουργήθηκαν 12 ψυχιατρικοί τομείς σε γενικά νοσοκομεία.
- Ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα.
- Κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία σε γενικά νοσοκομεία και ψυχιατρικές κινητές μονάδες για την επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης.
- Δημιουργία μικρού αλλά σημαντικού δικτύου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με προοπτικές εκπαίδευσης και εργασιακής ένταξης των ασθενών.
- Χάραξη στρατηγικής που προέκυψε από την συνεργασία Ελλήνων υπευθύνων και ειδικών στον κλάδο της ψυχιατρικής με τα μέλη της επιτροπής παρακολούθησης της Ε.Ε. και εισήγαγε ένα μείγμα ευρωπαϊκών εμπειριών οργάνωσης των υπηρεσιών.
- Προγράμματα εκπαίδευσης των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας από άλλες αντίστοιχες Ευρωπαϊκές ομάδες (π.χ. διακρατικά προγράμματα Horizon και Helios).
- Πρόοδος σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

1.5. Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών - Παράρτημα Ηρακλείου

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Παράρτημα Ηρακλείου) είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου και εξυπηρετεί το κοινό στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Ιδρύθηκε το 1956 στην Αθήνα από το Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα ως Τομέας Ψυχικής Υγιεινής. Το 1964, βάσει της υπ' αριθ. 20173/17.1.64 ιδρυτικής πράξεως, θεσμοθετήθηκε ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την ονομασία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. Επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής

Αλληλεγγύης και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο οριζόμενο από το Υπουργείο Υγείας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής αποτέλεσε την πρώτη θεσμοθετημένη προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα σε εποχές όπου η Δημόσια Ψυχιατρική πρακτική ήταν ο ασυλικός εγκλεισμός. Επίσης, εισήγαγε και εφάρμοσε το πνεύμα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής καθώς και της ψυχοδυναμικής σκέψης στην δημόσια περίθαλψη οργανώνοντας προοδευτικά εξωνοσοκομειακούς τομείς ψυχικής υγιεινής για την πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Σήμερα, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών αποτελεί το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα για παιδιά, εφήβους και ενήλικες με παραρτήματα στην Αττική, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Βόλο, Λιβαδειά, Ζάκυνθο και Ηράκλειο, όπου κάθε άτομο ή οικογένεια μπορεί να απευθύνεται στις υπηρεσίες του για ψυχιατρική, ψυχολογική ή συμβουλευτική και θεραπευτική βοήθεια.

Σκοποί του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών είναι οι παρακάτω:

- α) η πρόληψη και η αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων,
- β) η προαγωγή της πρόληψης μέσω της ανάπτυξης συνεργασιών με φορείς προγραμμάτων εκπαίδευσης σε ειδικές επαγγελματικές ομάδες και ευαισθητοποίησης του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας,
- γ) η εξειδίκευση και συνεχής επιμόρφωση στελεχών ψυχικής Υγείας,
- δ) η έρευνα και η μελέτη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων καθώς και φαινομένων που σχετίζονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών,
- ε) η ανάπτυξη και εφαρμογή ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων,
- στ) η παροχή φροντίδας μέσω της οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών στην κοινότητα για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών καθώς και δομών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων,
- ζ) η παροχή χρόνου ειδίκευσης σε γιατρούς (ειδικευόμενους ψυχιάτρους-παιδοψυχιάτρους-νευρολόγους) καθώς και πρακτικής άσκησης σε φοιτητές ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής, κ.ά.,
- η) η ανάπτυξη της ιδέας της εθελοντικής προσφοράς.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου στελεχώνεται από Ψυχίατρο, Παιδοψυχίατρο, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ειδικούς Παιδαγωγούς, Τεχνικούς Εκπαιδευτές, Διοικητικούς Υπαλλήλους, Ειδικούς Συνεργάτες, Νοσηλεύτρια, καθώς και βοηθητικό προσωπικό (συνολικά στο παράρτημα αυτό υπάρχουν 16 εργαζόμενοι).

Οι υπηρεσίες που λειτουργούν στο παράρτημα Ηρακλείου είναι τέσσερις και καλύπτουν περιστατικά από όλη την Κρήτη, αλλά και από τα Δωδεκάνησα:

- **Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία:** εξυπηρετεί παιδιά ηλικίας έως 16 ετών, τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα στη συμπεριφορά, στη σχέση τους με τους άλλους, στο σχολείο, εμφανίζουν δυσκολίες λόγου και ομιλίας, καθυστερούν στην ψυχοσυναισθητική τους εξέλιξη ή παρουσιάζουν διάφορα άλλα συμπτώματα, όπως άγχος, υπερβολικούς φόβους, επιθετικότητα, μαθησιακές δυσκολίες και σοβαρότερες διαταραχές όπως αυτισμός κλπ.
- **Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό τμήμα Ενηλίκων:** εξυπηρετεί άτομα από 17 ετών και άνω που εμφανίζουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα π.χ. άγχος, κατάθλιψη ή προβλήματα στις σχέσεις με τους άλλους (όπως στην οικογένεια, στο γάμο, στο περιβάλλον των σπουδών ή της εργασίας κ.λ.π.). Παράλληλα και ασθενείς με ψυχοπαθολογικές διαταραχές ή μετά την έξοδό τους από κλινική ή νοσοκομείο που πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματική παρακολούθηση.
- **Μονάδα ημερήσιας περίθαλψης:** στη μονάδα αυτή επιδιώκεται η θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών περιπτώσεων σε ημερήσια βάση με στόχους κυρίως την κοινωνικοποίηση και την κοινωνική αποκατάσταση και ένταξη.
- **Υπηρεσία επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης:** στα πλαίσια της υπηρεσίας αυτής λειτουργούν τρία εργαστήρια (γραμματειακή υποστήριξη-ηλεκτρονικοί υπολογιστές, υφαντική-πλέξιμο-κέντημα, είδη Λαϊκής Τέχνης). Απευθύνεται σε άτομα πάνω από 16 ετών που βρίσκονται σε ύφεση της ψυχιατρικής τους συμπτωματολογίας αλλά δεν είναι λειτουργικά αποκατεστημένα σε εργασιακό επίπεδο. Δηλαδή άτομα που κάποτε αρρώστησαν και δεν μπόρεσαν να εκπαιδευτούν και να ξεκινήσουν μια εργασία, ή διέκοψαν λόγω της νόσου. Τελικός στόχος της υπηρεσίας είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας σε τέτοιο σημείο ώστε μετά από δύο συνήθως χρόνια τα άτομα να μπορέσουν να εργαστούν και τα άτομα τα οποία αποφοιτούν, να ζήσουν μια αυτόνομη, ανεξάρτητη και κοινωνική ζωή.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, οι εξυπηρετούμενοι της Μονάδας ημερήσιας περίθαλψης συμμετέχουν σε εργαστήρια της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης.

Επίσης, κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πραγματοποιούνται και διάφορες ομάδες όπως:

- δύο φορές την εβδομάδα, πραγματοποιείται ομάδα των εξυπηρετούμενων, την οποία συντονίζει ο ψυχολόγος του Κέντρου με σκοπό την έκφραση συναισθημάτων, αναγκών, δυσκολιών και προβληματισμών των εξυπηρετούμενων, προσπάθεια επίλυσης τυχόν προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους,
- μία φορά την εβδομάδα πραγματοποιείται ομάδα μαγειρικής με σκοπό οι εξυπηρετούμενοι να μάθουν να μαγειρεύουν έτσι ώστε να καλύπτουν έτσι μόνοι τους βασικές καθημερινές τους ανάγκες,
- μία φορά την εβδομάδα πραγματοποιείται ομάδα δίαιτας-διατροφής. Σκοπός της ομάδας αυτής είναι να μάθουν να τρέφονται υγιεινά και να μην παίρνουν βάρος μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την πιθανότητα για διάφορα προβλήματα υγείας, όπως τα καρδιαγγειακά,
- μία φορά την εβδομάδα πραγματοποιείται ομάδα εφημερίδας με σκοπό να εξασκούνται οι εξυπηρετούμενοι διαβάζοντας εφημερίδα και σχολιάζοντας μεταξύ τους θέματα της επικαιρότητας,
- μία φορά την εβδομάδα πραγματοποιείται «έξοδος» των εξυπηρετούμενων σε διάφορες εκθέσεις, πολιτιστικές εκδηλώσεις ακόμα και για καφέ με σκοπό την κοινωνικοποίησή τους,
- ακόμα, μία φορά το μήνα πραγματοποιείται συνάντηση με τους γονείς των εξυπηρετούμενων, την οποία συντονίζει ο ψυχολόγος με σκοπό: 1) την ενημέρωση των γονέων για την πορεία των εξυπηρετούμενων, 2) την συζήτηση προβληματισμών και δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα μέλη του Νοσοκομείου Ημέρας, 3) προτάσεων και λύσεων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην επίλυση κάποιων απ' αυτών καθώς και 4) την ενεργοποίηση-ευαισθητοποίηση της οικογένειας έτσι ώστε να αποδεχτεί ότι το μέλος αυτό της οικογένειάς τους έχει μια ψυχική ασθένεια, 5) να τους δοθεί βοήθεια ώστε να μάθουν πώς να στηρίζουν και να ενδυναμώνουν το μέλος αυτό της οικογένειάς τους στην αντιμετώπιση της ασθένειας αλλά και στην προσπάθεια για κοινωνική ένταξη.

1.6. Ανάδειξη σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της μελέτης.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της σημερινής εποχής που απασχολούν τους ανθρώπους είναι αυτά που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές και τη φροντίδα των ατόμων που εμφανίζουν τέτοιου είδους διαταραχές.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατά τις επόμενες δεκαετίες η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών θα αυξηθεί και η προβολή για το 2020 δείχνει ότι η επιβάρυνση θα ξεπεράσει το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002). Η κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία ανικανότητας στον κόσμο (World Health Organization, 2001).

Από τη στιγμή που η οικογένεια του ατόμου με ψυχική διαταραχή άρχισε να θεωρείται το βασικό σύστημα φροντίδας του, το οποίο προσπαθεί να μάθει να ζει με το άτομο αυτό, να ανταποκρίνεται και να καλύπτει τις συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες και συμπεριφορές του, άρχισε να μελετάται όλο και περισσότερο η επίδραση που έχει η παρουσία του στην οικογένεια. Το δύσκολο καθήκον της φροντίδας του ασθενή, με τις ανάλογες συνέπειες στην οικογενειακή ζωή, όπως στον οικονομικό τομέα, την καθημερινή ζωή της οικογένειας κ.τ.λ.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται σε πλήθος ερευνών της οικογενειακής επιβάρυνσης. Όμως, στην Ελληνική βιβλιογραφία είναι σχετικά λίγες οι αναφορές για την επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι οι μελέτες ελλήνων συγγραφέων που αναφέρονται στην διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ατόμων και των μελών των οικογενειών, των αναγκών και των επιπτώσεων από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές είναι περιορισμένες (Madianos και Economou, 1994; Stefanis et al., 1995; Bibou-Nakou, 1997). Κρίνονται όμως απαραίτητες ώστε να διερευνηθούν πιθανές αιτίες πρόκλησης επιβάρυνσης στις οικογένειες, η αναγκαιότητα υποστήριξης και εκπαίδευσης των οικογενειών και των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και ο επαναπροσδιορισμός των ρόλων όσων παρέχουν φροντίδα στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Δεδομένης της κρίσιμης σπουδαιότητας των ανθρωπίνων πόρων στην παροχή θεραπειών και υπηρεσιών, τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να συνεκτιμηθούν με τα αντίστοιχα ερευνών, που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες και να συμβάλλουν στην περαιτέρω διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών και στον επαναπροσδιορισμό των ρόλων όσων παρέχουν φροντίδα στο χώρο της ψυχικής υγείας.

1.7. Ερευνητικά ερωτήματα - Σκοπός της μελέτης.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν:

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των φροντιστών ασθενών με ψυχικές διαταραχές;
2. Ποια η επιβάρυνση των μελών των οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές;
3. Ποιες οι συνέπειες της επιβάρυνσης στη γενική υγεία των μελών οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των συνεπειών από τη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές ενός Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, ενώ στους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης περιλαμβάνονται:

1. Η περιγραφή των χαρακτηριστικών των ατόμων που φροντίζουν τους ασθενείς αυτούς.
2. Η εκτίμηση της επιβάρυνσης των μελών εξαιτίας της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς αυτούς,
3. Η εκτίμηση του μεγέθους των συνεπειών στη γενική υγεία των μελών των οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη γεωγραφική περιφέρεια της Κρήτης και συγκεκριμένα στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Ηρακλείου, κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου – Σεπτεμβρίου του 2009.

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν μέλη οικογενειών ή άλλα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και ήταν εγγεγραμμένοι στο Αρχείο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου.

2.2. Πληθυσμός μελέτης

Σχεδιάστηκε μία περιγραφική συγχρονική επιδημιολογική μελέτη. Στη μελέτη συμμετείχαν τα μέλη οικογενειών ή άλλα άτομα που φρόντιζαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Μόνιμοι κάτοικοι της Κρήτης.
- Συγγενείς α΄ ή β΄ βαθμού ή άλλα άτομα μη συγγενικά που φροντίζουν ασθενείς με διάγνωση ψυχωσικές διαταραχές
- Καταγεγραμμένοι στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
- Μέλη οικογενειών ηλικίας >18 ετών
- Αποδέχτηκαν τους όρους της μελέτης, μετά από ενημέρωσή τους για τους σκοπούς της μελέτης.

Για κάθε ασθενή που συμμετείχε στην έρευνα ορίστηκε ένας φροντιστής και ήταν το άτομο που διέθετε τον περισσότερο χρόνο για την φροντίδα του ασθενή. Ο ορισμός του συγγενή-

φροντιστή ήταν: το άτομο που παρείχε φροντίδα σε ένα άλλο άτομο, το οποίο εξαρτιόταν από αυτό για βοήθεια (Oyebode, 2003).

Το σύνολο των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη, ήταν 80. Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά πενήντα (50) μέλη οικογενειών ή άλλα άτομα. Έγινε προσπάθεια τηλεφωνικής επικοινωνίας με όλες τις οικογένειες των ατόμων αυτών. Εξαιρέθηκαν 30 άτομα για τους παρακάτω λόγους:

Θάνατος: 10 ασθενείς

Εισαγωγή σε ίδρυμα ή ξενώνα: 5 ασθενείς

Άρνηση: 3 άτομα φροντίδας

Μη απάντηση στην τηλεφωνική κλήση: 12 άτομα φροντίδας.

2.3. Ερωτηματολόγια

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία/ερωτηματολόγια. Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Συμμετοχής (Involvement Evaluation Questionnaire/IEQ) για την εκτίμηση των συνεπειών από την φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές και το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile Health Profile/NHP) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

2.3.1.Ερωτηματολόγιο για τις συνέπειες των φροντιστών

Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Συμμετοχής (Involvement Evaluation Questionnaire - EUROPEAN VERSION/ IEQ - EU, AH Schene et al., 2001) σχεδιάστηκε από μία ομάδα Ολλανδών ερευνητών. Βασίστηκε σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1940 έως το 1992 και η ανάπτυξη του άρχισε το 1987 και διήρκησε 10 χρόνια. Η πρώτη έκδοση του IEQ χρησιμοποιήθηκε σε τέσσερις Ολλανδικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ του 1987 και 1990.

Οι ψυχομετρικές αναλύσεις των δεδομένων από τις πρώτες μελέτες και μια νέα βιβλιογραφική ανασκόπηση, οδήγησε στη δημιουργία της δεύτερης έκδοσης του ερωτηματολογίου στα Ολλανδικά, το 1992, το οποίο το ίδιο έτος μεταφράστηκε στα αγγλικά

και ακολούθησαν μεταφράσεις στα Ιταλικά, Ισπανικά, Πορτογαλικά, Γερμανικά, Γαλλικά, Φιλανδικά και Σουηδικά.

Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στη μελέτη των πέντε ευρωπαϊκών χωρών, Ολλανδία, Δανία, Αγγλία, Ιταλία, Ισπανία, EPSILON study (European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs) και έχει αναφερθεί υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Cronbach's alpha=0.90, Intra Class Correlations=0.90).

Το ΙEQ μπορεί να συμπληρωθεί από συγγενή ή άλλο άτομο. Βασική προϋπόθεση για να συμπληρωθούν όλες οι ενότητες του ΙEQ, είναι φροντιστής και ασθενής να έχουν τουλάχιστον μία ώρα ανά εβδομάδα προσωπική ή τηλεφωνική επικοινωνία, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων.

Το ερωτηματολόγιο που παρουσιάζεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ αποτελείται από 81 ερωτήσεις που δομούνται σε επτά ενότητες ως παρακάτω:

1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του ασθενή και της οικογένειας (ερωτήσεις 1-15)
2. Συνέπειες για τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές (ερωτήσεις 16-46)
3. Πρόσθετες οικονομικές δαπάνες (ερωτήσεις 47-54)
4. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας 12 (General Health Questionnaire 12) των ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές (ερωτήσεις 55-66)
5. Επαγγελματική βοήθεια για τους συγγενείς του ασθενή (ερωτήσεις 67-69)
6. Συνέπειες για τα παιδιά του ασθενή με ψυχικές διαταραχές (ερωτήσεις 70-80)
7. Ανοιχτή ερώτηση για σχόλια και παρατηρήσεις (ερώτηση 81)

Η δεύτερη ενότητα, που αποτελεί τη βασική ενότητα του ερωτηματολογίου ΙEQ, αναφέρεται στις συνέπειες των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές

διαταραχές. Αυτή σύμφωνα με τους κατασκευαστές μετρά στη πεντάβαθμη κλίμακα Likert ή σε διχοτόμο κλίμακα:

- α) Την ένταση (ερωτήσεις 29-35, 42-43), αναφέρεται στην τεταμένη ατμόσφαιρα μεταξύ ατόμων με ψυχικές διαταραχές και συγγενών (καυγάδες, ενοχλήσεις και περιστασιακές απειλές).

β) Την ανησυχία (ερωτήσεις 22-26, 29), αναφέρεται στην ανησυχία που αισθάνεται ο συγγενής για την ασφάλεια του ατόμου με ψυχικές διαταραχές, για την υγεία του και για το είδος της βοήθειας/θεραπείας που λαμβάνει.

γ) Την επίβλεψη (ερωτήσεις 37-41, 43), αναφέρεται στα καθήκοντα που έχει αναλάβει το μέλος της οικογένειας προς τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές, όπως να φροντίζει για τη λήψη του φαρμάκου, τον ύπνο, τη βίαιη συμπεριφορά.

δ) Την προτροπή (ερωτήσεις 16-21, 27-28), αναφέρεται στην παρακίνηση του φροντιστή προς τον ασθενή ώστε να περιποιείται τον εαυτό του, να τρώει αρκετά, να συμμετέχει σε δραστηριότητες.

Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του είναι υψηλές. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της Σαπουνά Β., μετά από έγγραφη άδεια από τον κατασκευαστή του (AH Schene) στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (Διευθυντής: Χ. Λιονής, Καθηγητής).

2.3.2. Ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής

Το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας του Nottingham (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ) αξιολογεί την υποκειμενική δυσφορία από προβλήματα υγείας και τον βαθμό στον οποίο τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τις φυσιολογικές δραστηριότητες του ατόμου. Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου ολοκληρώθηκε το 1981 από τους Hunt, McEven και McKenna. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, όπως Γαλλικά, Ισπανικά, Γερμανικά, Ιταλικά, Νορβηγικά, Σουηδικά. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία

του είναι υψηλές. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τους Α. Βιδάλη, Μ. Συγγελάκη (Vidalis et al. 2002).

Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος διερευνώνται με 38 διαπιστώσεις (statements) (ναι/όχι) έξι τομείς: κινητικότητα, πόνος, ύπνος, ενεργητικότητα, συναισθηματικές αντιδράσεις και κοινωνική απομόνωση. Τα αποτελέσματα σε κάθε κατηγορία εκφράζονται ως ποσοστό, μεταξύ 0 και 100.

Το δεύτερο μέρος περιέχει επτά γενικές ερωτήσεις (ναι/όχι) και διερευνά περιοχές της καθημερινής ζωής, εργασία, νοικοκυριό (και συναφείς δραστηριότητες), κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, σεξουαλικότητα, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και διακοπές και οι δυνατές βαθμολογίες είναι 0 ή 1. Τα δύο μέρη μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα.

2.4. Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά την διάρκεια προσωπικής συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα σπίτια των συμμετεχόντων μετά από τηλεφωνική ειδοποίησή τους, διάρκειας περίπου μίας ώρας.

2.5. Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, τα ερωτηματολόγια μετά την κωδικοποίησή τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων.

Για τη στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Δημιουργήθηκαν πίνακες δεδομένων για τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως $mean \pm SD$, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές και οι διατεταγμένες ως συχνότητες και ποσοστά. Για τη συσχέτιση των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$.

Οι μέθοδοι που επιλέχθηκαν ανάλογα με τον τύπο των δεδομένων, την ανάλυση της συσχέτισης ή τον έλεγχο της διαφοράς ήταν:

- Για συνεχείς μεταβλητές (όπως η ηλικία των ατόμων) ο δείκτης συσχέτισης Spearman's Rho
- Για την συσχέτιση μεταξύ διακριτών μεταβλητών (όπως το φύλο των ατόμων) χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 - statistic και ο ακριβής έλεγχος του Fisher (Fisher's exact test)
- Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των συνεχών μεταβλητών, με περισσότερες από δύο ομάδες έγινε χρήση των ελέγχων ανάλυσης της διακύμανσης (One – way ANOVA).

2.6. Τήρηση κανόνων βιοηθικής

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και η Διοίκηση της Μονάδας αυτής ενέκριναν το ερευνητικό πρωτόκολλο (21/07/2009) που υποβλήθηκε (Παράρτημα ΙΙ).

Η συμμετοχή των προαναφερόμενων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή συμφωνητικού αποδοχής συμμετοχής τους στη μελέτη σύμφωνα με τους κανόνες έρευνας βιοηθικής και δεοντολογίας για την προστασία των συμμετεχόντων.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων, μελών οικογενειών και ασθενών με ψυχικές διαταραχές

Στον Πίνακα 1 περιγράφονται αναλυτικά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών. Στη μελέτη μας συμμετείχαν 50 συγγενείς και άλλα άτομα που φρόντιζαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές με μέσο όρο ηλικίας τα 57,40 έτη. Από αυτούς, 37 ήταν γυναίκες (74%) και 13 (26%). Με βάση το επίπεδο της εκπαίδευσης, 2 μόνο από τους συγγενείς, φροντιστές ήταν αναλφάβητοι, το 50% περίπου (26 συγγενείς, φροντιστές) απόφοιτοι Δημοτικού, 6 απόφοιτοι Γυμνασίου, 5 απόφοιτοι Λυκείου και 11 απόφοιτοι Ανώτατων Σχολών. Η πλειοψηφία των συγγενών, φροντιστές ήταν έγγαμοι (33, 66%). 12 συγγενείς, φροντιστές (ποσοστό 24%) είχαν κατά προσέγγιση καθαρό εισόδημα από 500-800€ μηνιαίως και 29 (ποσοστό 58%) είχαν εισόδημα από 800-1400€ μηνιαίως. Το 92% (46) από τους συγγενείς, φροντιστές διέμεναν με τους συζύγους και /ή τα παιδιά τους. Στην πλειοψηφία τους ήταν συγγενείς, μητέρα /πατέρα (36, 72%), και κατοικούσαν στο ίδιο σπίτι με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (39, 78%).

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Η πλειοψηφία των ασθενών (28, 56%) ήταν άνδρες και 22 (44%) γυναίκες, με μέση ηλικία τα 37,18 έτη. Οι 19 από τους ασθενείς (38%) είχαν λάβει τη διάγνωση πριν από 15-25 έτη, 18 (36%) πριν από 5-15 έτη και το 20% (10 άτομα) είχαν τη διάγνωση της νόσου περισσότερο από 25 έτη.

3.2. Συνέπειες στους φροντιστές από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές

3.2.1. Ένταση από τη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Στον Πίνακα 3 περιγράφεται αναλυτικά η ένταση ως συνέπεια της φροντίδας που προσέφεραν οι συγγενείς, φροντιστές στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Τριάντα πέντε συμμετέχοντες (35, 70%) από τους 50 απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση που αναφέρεται στην ενόχληση τους κατά την διάρκεια του ύπνου από τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές.

Οι σχέσεις μεταξύ τους αναφέρθηκε ότι ήταν αρκετά καλές. Οι μισοί περίπου (26, 52%), στην ερώτηση αν η ατμόσφαιρα ήταν μεταξύ σας τεταμένη, απάντησαν ποτέ και δεκαεννέα (19, 38%) απάντησαν μερικές φορές.

Στην ερώτηση, πόσο συχνά ο συγγενείς /φίλος σας προκάλεσε καυγά, τριάντα τρεις απάντησαν (33, 66%) ποτέ και δέκα (10, 20%) μερικές φορές.

Δεκαέξι συγγενείς/φροντιστές (16, 32%) στην ερώτηση αν τους ενόχλησε η συμπεριφορά του ασθενή απάντησαν ποτέ και είκοσι (20, 40%) μερικές φορές.

Το 80% των συγγενών, φροντιστών (40) απάντησαν ποτέ, στην ερώτηση, αν είχαν ακούσει από άλλους ότι τους ενόχλησε η συμπεριφορά του ασθενή με ψυχικές διαταραχές.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (45, 90%) απάντησε αρνητικά στην ερώτηση αν αισθάνονται ότι απειλούνται από το άτομο με ψυχικές διαταραχές και ένα μεγάλο ποσοστό (76%) απάντησε αρνητικά στη σκέψη να φύγει από το σπίτι εξαιτίας της συμπεριφοράς του.

Το 50% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά (25) στην ερώτηση αν ανησυχούν για το δικό τους μέλλον, και στην ερώτηση, σε ποιο βαθμό τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή ήταν φορτίο για τους ίδιους, μόνο έντεκα απάντησαν (11, 22%) κανένα φορτίο.

Η συνολική βαθμολογία της έντασης στους συμμετέχοντες στη μελέτη έλαβε μέση τιμή 16.96 και σταθερή απόκλιση 5.56 (Πίνακας 6).

Σύμφωνα με τη μελέτη, οι γυναίκες φροντιστές φάνηκε να έχουν περισσότερη ένταση (μέση τιμή 17.67) από τους άντρες (μέση τιμή 14.92).

Σύμφωνα με τη μελέτη, οι γυναίκες ασθενείς φάνηκε να δημιουργούν περισσότερη ένταση (μέση τιμή 18.36) στους φροντιστές από ότι οι άντρες ασθενείς (μέση τιμή 15.85).

Όταν η ηλικία του ασθενή είναι μικρότερη ή ίση των 30 ετών, τότε η ένταση των φροντιστών είναι πιο αυξημένη με μέση τιμή 19.07. Ενώ όταν η ηλικία του ασθενή είναι από 31 έως 40 ετών, η ένταση των φροντιστών έχει μέση τιμή 18.17. Στην ηλικία από 41 και άνω η ένταση έχει μέση τιμή 14.31.

Επίσης όταν η νόσος του ασθενή έχει διάρκεια 10 ή λιγότερα έτη, η ένταση των φροντιστών έχει μέση τιμή 19.71, για 11 έως 20 χρόνια η έντασή τους έχει μέση τιμή 16.88 και για περισσότερα από 21 χρόνια, η μέση τιμή της έντασής τους είναι 14.88.

Σε ότι αφορά τη σχέση φροντιστή και ασθενή, η ένταση στον άλλο συγγενή είναι μικρότερη (μέση τιμή 10), από ότι στο γονιό (μέση τιμή 17.80), στο τέκνο (μέση τιμή 15), στον αδερφό/-ή (μέση τιμή 14.25), στο σύζυγο/ σύντροφο (μέση τιμή 13.50) και στο «άλλο» (μέση τιμή 26).

Όσον αφορά στο αν συγκατοικούν ο φροντιστής με τον ασθενή, αυτοί που απάντησαν όχι, η μέση τιμή της έντασής τους ήταν μικρότερη (13.54), από αυτούς που απάντησαν ναι (μέση τιμή 17.92).

Επίσης οι συγγενείς, φροντιστές ασθενών με ψυχικές διαταραχές με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 18.86) νιώθουν μεγαλύτερη ένταση από αυτούς με ηλικία 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 16.61) και από αυτούς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 15.42).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι είναι έγγαμοι φαίνεται να έχουν περισσότερη ένταση (μέση τιμή 17.39) από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 17.33), από αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 16) και από αυτούς που είναι χήροι (μέση τιμή 15.81).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση φαίνεται να έχουν περισσότερη ένταση (μέση τιμή 17.67) από αυτούς με Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 16,18) και αυτούς με Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 15.90).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι έχουν μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 20.50) φαίνεται να έχουν περισσότερη ένταση

από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 18.58), από αυτούς που έχουν λιγότερο από 500€ μηνιαίως (μέση τιμή 16.50), από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 16.37), από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 1400 έως 2400€ (μέση τιμή 16) και αυτούς που έχουν 2400-3500€ (μέση τιμή 12).

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας του φροντιστή και έντασης ($p=0.451$), μεταξύ έντασης και φύλου ($p=0.134$), έντασης και εκπαίδευσης ($p=0.723$), έντασης και σχέση φροντιστή-ασθενή ($p=0.090$) και μεταξύ έντασης και

οικογενειακής κατάστασης ($p=0.850$). Ενώ βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ έντασης και συγκατοίκησης των φροντιστών με τους ασθενείς ($p=0.011$) και έντασης και χρονικής διάρκειας της νόσου ($p=0.025$) (Πίνακας 4).

3.2.2. Επίβλεψη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές

Στον Πίνακα 5 περιγράφεται αναλυτικά η επίβλεψη ως συνέπεια της φροντίδας που προσέφεραν οι συγγενείς, φροντιστές στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Τριάντα τέσσερις συμμετέχοντες (68%) δεν χρειάστηκε να αποτρέψουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να διαπράξουν επικίνδυνες πράξεις (να βάλουν φωτιά, να αφήσουν αναμμένο το γκάζι, να ξεχάσουν να σβήσουν τα τσιγάρα κλπ.) και σαράντα ένας (82%) να τους αποτρέψουν από αυτοτραυματισμό.

Το 50% (25) των συγγενών/φροντιστών χρειάστηκε να βεβαιωθεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές κοιμήθηκαν αρκετά. Σαράντα τέσσερις συγγενείς/φροντιστές (44, 88%) δεν χρειάστηκε να τους εμποδίσουν από κατανάλωση αλκοόλ και σαράντα εννέα (49, 98%) από χρήση ναρκωτικών.

Τριάντα πέντε (35, 70%) συγγενείς/ φροντιστές δήλωσαν ότι δεν ενοχλήθηκαν κατά τη διάρκεια του ύπνου τους από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η συνολική βαθμολογία της επίβλεψης έλαβε μέση τιμή 10.72 και σταθερή απόκλιση 3.05 (Πίνακας 6).

Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επίβλεψης στους άνδρες φροντιστές καταγράφεται στο 9.69 και για τις γυναίκες φροντιστές στο 11.08.

Σύμφωνα με τη μελέτη, οι γυναίκες ασθενείς φάνηκε να δημιουργούν λιγότερη επίβλεψη (μέση τιμή 10.63) στους φροντιστές από ότι οι άντρες ασθενείς (μέση τιμή 10.78).

Επίσης, οι ασθενείς που έχουν ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 ετών δημιουργούν περισσότερη επίβλεψη (μέση τιμή 11.71) στους φροντιστές. Ενώ οι ασθενείς με ηλικία από 31 έως 40 ετών (μέση τιμή 10.35) και από 41 και άνω ετών (μέση τιμή 10.31) δημιουργούν λιγότερη επίβλεψη.

Οι φροντιστές των ασθενών που έχουν νοσήσει τα τελευταία 10 χρόνια ή λιγότερο έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή (12.42) σχετικά με την επίβλεψη, ενώ οι φροντιστές ασθενών που νοσούν από 11 έως 20 χρόνια (μέση τιμή 10) και πάνω από 21 έτη (μέση τιμή 10.11) εμφανίζουν μικρότερη μέση τιμή στην επίβλεψη.

Η επίβλεψη στον άλλο συγγενή έχει μέση τιμή 14, στο «άλλο» έχει μέση τιμή 13, στο γονιό έχει μέση τιμή 10.86, στον αδερφό/-ή έχει μέση τιμή 10.12, στο τέκνο έχει μέση τιμή 10 και στο σύζυγο/ σύντροφο έχει μέση τιμή 8.5.

Όταν συγκατοικούν ο φροντιστής με τον ασθενή η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επίβλεψης είναι 10.82 ενώ διαμορφώνεται η μέση τιμή στο 10.36 για τους φροντιστές που δεν συγκατοικούν με τους ασθενείς.

Επίσης, οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές με ηλικία 66 ετών και άνω έχουν μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επίβλεψης στο 12.26, με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών έχουν μέση τιμή 10.71 και με ηλικία 51 έως 65 ετών μέση τιμή 9.61.

Αυτοί που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 10.93) δείχνουν μεγαλύτερη επίβλεψη σε σύγκριση με αυτούς που είναι χήροι (μέση τιμή 10.54), από αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 10.33) και από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 9.33).

Οι φροντιστές της Ανώτερης/Ανώτατης εκπαίδευσης έχουν μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επίβλεψης στο 11, οι φροντιστές της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν μέση τιμή 10.75 και οι φροντιστές της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μέση τιμή 10.36.

Αυτοί που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 12) και αυτοί που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 2400-3500€ (μέση τιμή 12) δείχνουν μεγαλύτερη επίβλεψη σε σύγκριση με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 1400 έως 2400€ (μέση τιμή 11.75), από αυτούς που έχουν λιγότερο από 500€ μηνιαίως (μέση τιμή 11), από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 10.10) και από αυτούς που έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 9).

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ επίβλεψης και ηλικίας του φροντιστή ($p=0.676$), της εκπαίδευσης ($p=0.878$), της σχέσης φροντιστή/ασθενή ($p=0.529$), οικογενειακής κατάστασης ($p=0.640$) και συγκατοίκησης ($p=0.810$).

Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ επίβλεψης και φύλου ($p=0.043$) και μεταξύ επίβλεψης και χρονικής διάρκειας της νόσου των ασθενών ($p=0,041$) και (Πίνακας 4).

3.2.3. Ανησυχία από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές

Στον Πίνακα 6 περιγράφεται αναλυτικά η ανησυχία ως συνέπεια της φροντίδας των συγγενών/φροντιστών.

Στην ερώτηση που αναφέρεται στην ανησυχία των συγγενών, φροντιστών για την ασφάλεια του ασθενή, μόνο 3 συμμετέχοντες, ποσοστό 6% απάντησε ποτέ.

Στην ερώτηση, πόσο συχνά οι συγγενείς, φροντιστές ανησύχησαν για το είδος της βοήθειας/θεραπείας του ασθενή, 15 συμμετέχοντες, ποσοστό 30% απάντησε ποτέ.

Στην ερώτηση αν ανησυχούν για την γενική υγεία του ασθενή με ψυχικές διαταραχές, ποσοστό 2% (1 άτομο) απάντησε αρνητικά.

Τέσσερις συγγενείς/φροντιστές (8%) απαντούν ότι δεν ανησύχησαν για το πώς θα έβγαζε πέρα οικονομικά ο ασθενής, αν δεν τον ενίσχυαν οι ίδιοι, ενώ 3 από αυτούς (ποσοστό 6%) απάντησαν ότι δεν ανησυχούν για το μέλλον του ασθενή.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή δεν αποτελούν φορτίο για τους συγγενείς/φροντιστές σε ποσοστό 22% (11 άτομα).

Η συνολική βαθμολογία της ανησυχίας έλαβε μέση τιμή 22.86 και σταθερή απόκλιση 5.27 (Πίνακας 6).

Σύμφωνα με τη μελέτη, οι γυναίκες συγγενείς/φροντιστές δείχνει να ανησυχούν περισσότερο (μέση τιμή 23.78) από τους άντρες φροντιστές (20.23).

Οι φροντιστές των ασθενών με ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 ετών φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή στην ανησυχία 25.50 από τους φροντιστές ασθενών με ηλικία 31 έως 40 ετών, με μέση τιμή 22.52 και από τους φροντιστές που έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 41 ετών, με μέση τιμή 21.21.

Επίσης, στους φροντιστές των ασθενών που έχουν νοσήσει 10 έτη ή λιγότερο, η μέση τιμή της ανησυχίας είναι 25.28, από 11 έως 20 χρόνια η μέση τιμή είναι 22.27 και πάνω από 21 έτη, η ανησυχία τους έχει μέση τιμή 10.11.

Η ανησυχία, είναι πιο αυξημένη στο «άλλο» (μέση τιμή 28), από ότι στο τέκνο (μέση τιμή 24), στο γονιό (μέση τιμή 23.66), στον αδερφό/-ή (μέση τιμή 21.25), στο σύζυγο/ σύντροφο (μέση τιμή 17.50) και στον άλλο συγγενή (μέση τιμή 10).

Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της ανησυχίας των φροντιστών που συγκατοικούν με τον ασθενή είναι μεγαλύτερη (23.64) από τους φροντιστές που δεν συγκατοικούν με τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές (μέση τιμή 20.09).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές με ηλικία μεγαλύτερη των 66 ετών καταγράφουν μέση τιμή στην ανησυχία 23.66, οι συγγενείς, φροντιστές με ηλικία 51 έως 65 ετών έχουν μέση τιμή 22.85 και με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών μέση τιμή 22.

Αυτοί που είναι άγαμοι (μέση τιμή 26) δείχνουν να ανησυχούν περισσότερο από αυτούς που είναι χήροι (μέση τιμή 23.54), από αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 22.39) και από αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 22.33).

Όσοι συγγενείς/φροντιστές έχουν Πρωτοβάθμια εκπαίδευση δείχνουν να ανησυχούν περισσότερο (μέση τιμή 23.46) από αυτούς με Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 23.09) και με αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 21.09).

Αυτοί που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 23.41) δείχνουν να ανησυχούν περισσότερο από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 23.16), από αυτούς που έχουν λιγότερο από 500€ μηνιαίως (μέση τιμή 23), από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 1400 έως 2400€ (μέση τιμή 22.25), από αυτούς που έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 19.50) και από αυτούς που έχουν από 2400-3500€ (μέση τιμή 12).

Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ ανησυχίας και φύλου ($p=0.075$), ηλικίας ($p=0.676$), μορφωτικού επιπέδου ($p=0.541$), της σχέσης φροντιστή/ασθενή ($p=0.162$), οικογενειακής κατάστασης ($p=0.469$), συγκατοίκησης ($p=0.065$) και χρονικής διάρκειας της νόσου των ασθενών ($p=0,074$). (Πίνακας 4)

3.2.4. Προτροπή του φροντιστή προς τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές

Στον Πίνακα 7 περιγράφεται αναλυτικά η προτροπή, παρακίνηση του φροντιστή προς τον ασθενή.

Τον ασθενή δεν προτρέπουν να περιποιείται τον εαυτό του δέκα εννέα (19, 38%) συμμετέχοντες και τριάντα πέντε (35, 70%) δεν τον βοηθούν να περιποιείται τον εαυτό του.

Τον ασθενή δεν προτρέπουν να τρώει αρκετά είκοσι επτά (27, 54%) συμμετέχοντες.

Τον ασθενή δεν προτρέπουν για δραστηριότητες μόνο πέντε (10%) συμμετέχοντες και δέκα οκτώ (36%) δεν τον συνοδεύουν σε εξωτερικές δραστηριότητες.

Τον ασθενή χρειάστηκε μερικές φορές να ελέγξουν αν πήρε την απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή μόνο δύο (4%) συμμετέχοντες.

Καθήκοντα που κανονικά έπρεπε να κάνει ο ασθενής (δουλειές του σπιτιού, διευθέτηση οικονομικών θεμάτων), εκτελούσαν πάντα δέκα οκτώ (36%) συμμετέχοντες.

Τον ασθενή δεν προτρέπουν να ξυπνήσει το πρωί είκοσι εννέα (29,58%) συμμετέχοντες.

Η συνολική βαθμολογία της προτροπής έλαβε μέση τιμή 22.10 και τυπική απόκλιση 5.51 (Πίνακας 8).

Η μέση τιμή της προτροπής, παρακίνησης προς τον ασθενή είναι πιο αυξημένη στις γυναίκες φροντιστές (23.08) από ότι στους άνδρες φροντιστές (μέση τιμή 19.30).

Επίσης στη μελέτη μας οι φροντιστές ασθενών γένους θηλυκού εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (23.59) στην προτροπή, από τους άντρες ασθενείς (20.92).

Οι ασθενείς με ηλικία 41 ετών και άνω φαίνεται να αυξάνουν τη μέση τιμή της προτροπής (22.52) στους φροντιστές, από την ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 ετών (μέση τιμή 21.57) και την ηλικία 31 έως 40 ετών (μέση τιμή 22.05).

Οι ασθενείς που νοσούν 10 έτη ή λιγότερο, εμφανίζουν μέση τιμή της προτροπής στους φροντιστές 22.42. Για τους ασθενείς που νοσούν πάνω από 21 έτη, η προτροπή στους φροντιστές έχει μέση τιμή 20.22, και για εκείνους που νοσούν 11 έως 20 χρόνια η μέση τιμή είναι 23.72.

Οι φροντιστές με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών έχουν μέση τιμή 23.28, οι φροντιστές με ηλικία 66 ετών και άνω έχουν μέση τιμή 22.26 και οι φροντιστές με ηλικία 51 έως 65 ετών μέση τιμή 21.19.

Η προτροπή είναι μικρότερη στον αδερφό/-ή (μέση τιμή 18.25), από ότι στο γονιό (μέση τιμή 22.05), στο σύζυγο/ σύντροφο (μέση τιμή 23), στο «άλλο» (μέση τιμή 24), στον άλλο συγγενή (μέση τιμή 29) και στο τέκνο (μέση τιμή 33).

Η προτροπή σε εκείνους που δεν συγκατοικούν με τους ασθενείς (μέση τιμή 22.27) είναι μεγαλύτερος από αυτούς που συγκατοικούν μαζί τους (μέση τιμή 22.05).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 23) προτρέπουν περισσότερο από αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 22.69), από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 20.66) και από αυτούς που είναι χήροι (μέση τιμή 20.45).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 1400 έως 2400€ (μέση τιμή 26) προτρέπουν περισσότερο από αυτούς που έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 25), από αυτούς που έχουν λιγότερο από 500€ μηνιαίως (μέση τιμή 22.50), από αυτούς που έχουν από 2400-3500€ (μέση τιμή 22), από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 21.58) και από αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 21.55).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που έχουν Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση αναφέρουν μέση τιμή 24.18, στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση μέση τιμή 22.21 και στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση μέση τιμή 19.72.

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ προτροπής και εκπαίδευσης ($p=0.214$), της ηλικίας φροντιστή ($p=0.267$), το ίδιο και με τη διάρκεια της νόσου ($p=0.279$) και της σχέσης φροντιστή/ασθενή ($p=0.214$).

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ προτροπής και φύλου ($p=0.037$) (Πίνακας 4).

3.2.5 Συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης

Στον Πίνακα 8 περιγράφονται αναλυτικά η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης και των επιμέρους συνεπειών στις θεματικές ενότητες που αναφέρεται το ερωτηματολόγιο IEQ.

Η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης στους συμμετέχοντες στη μελέτη έλαβε μέση τιμή 68.58 και σταθερή απόκλιση 13.38.

Στις γυναίκες φροντιστές η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης έχει μέση τιμή 71.51 και 60.23 στους άνδρες φροντιστές.

Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης στους φροντιστές με ηλικία 66 ετών και άνω είναι 72.60, στους φροντιστές με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών έχουμε μέση τιμή 67.64 και στους φροντιστές με ηλικία από 51 έως 65 ετών 66.33.

Παρατηρείται η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης των φροντιστών όταν είναι γονείς να έχει μέση τιμή 70.13, όταν είναι παιδιά η μέση τιμή να είναι 78, άλλη συγγενική σχέση μέση τιμή 61, αδελφό/-ή μέση τιμή 60, σύζυγος/σύντροφος μέση τιμή 58.50.

Η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης των φροντιστών όταν συγκατοικούν έχει μέση τιμή 70.10 ενώ διαμορφώνεται η μέση τιμή στο 63.18 για τους φροντιστές που απάντησαν ότι δεν συγκατοικούν με τον ασθενή.

Η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης για τους φροντιστές Ανώτερης/Ανώτατης εκπαίδευσης έχει μέση τιμή 70.09, για τους φροντιστές της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έχει μέση τιμή 69.96 και στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχει μέση τιμή 63.54.

Η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης στους φροντιστές με εισόδημα από 1400 έως 2400€ μηνιαίως έχει μέση τιμή 71.25, στους φροντιστές με εισόδημα από 500 έως 800€ έχει μέση τιμή 71.16, σε αυτούς που έχουν λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€ έχει μέση τιμή 69.50, σε αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ έχει μέση τιμή 67.62, σε αυτούς που έχουν μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα από 3500€ έχει μέση τιμή 67.50 και στους φροντιστές που έχουν από 2400-3500€ εισόδημα μηνιαίως έχει μέση τιμή 55.

Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης για τα μέλη οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς γένους θηλυκού είναι 72.27 και για τους ασθενείς γένους αρσενικού 65.67.

Επίσης παρατηρούμαι ότι η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης των φροντιστών για ασθενείς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 ετών είναι 73.78, για

ασθενείς ηλικίας 31 έως 40 ετών η μέση τιμή διαμορφώνεται στο 68.47 και για τους ασθενείς ηλικίας 41 και πάνω η μέση τιμή είναι 64.84.

Η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης των φροντιστών ασθενών που νοσούν λιγότερο από 10 έτη έχει μέση τιμή 75.07, για τους ασθενείς που νοσούν από 11 έως 20 έτη η μέση τιμή είναι 68.61 και για τους ασθενείς που νοσούν πάνω από 21 έτη η μέση τιμή είναι 63.50.

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης (IEQ) και φύλου ($p=0.008$) και μεταξύ συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης (IEQ) και χρονικής διάρκειας της νόσου ($p=0.031$).

Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης (IEQ) και της ηλικίας του φροντιστή όταν είναι μεγαλύτερη ή ίση με 50 έτη (51-65 έτη, 66 έτη και πάνω) ($p=0.827$).

Επίσης, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης (IEQ) και εκπαίδευσης του φροντιστή (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Ανώτερη/Ανώτατη) ($p=0.529$), το ίδιο με τη σχέση φροντιστή/ασθενή ($p=0.529$), της συγκατοίκησης του συγγενή/φροντιστή με τον ασθενή ($p=0.210$) (Πίνακας 4).

3.2.6. Ικανότητα του φροντιστή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή.

Στον Πίνακα 9 περιγράφεται αναλυτικά η συχνότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση που αναφέρεται στο πόσο συχνά αισθάνονται ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή.

Η πλειοψηφία των φροντιστών απαντά θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. 18 από τους φροντιστές (36%) απαντούν ότι πάντα ή σχεδόν πάντα, 14 (28%) απαντούν συχνά και 16 (32%) απαντούν τακτικά, ότι είναι ικανοί να διαχειριστούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή.

3.2.7. Οικονομική επιβάρυνση των συγγενών, φροντιστών

Τα επιπλέον χρήματα που δαπάνησαν οι συγγενείς/ φροντιστές για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές αφορούσαν: επαγγελματική βοήθεια 14 άτομα (28%), ζημιά 4 άτομα (8%), πληρωμή μεγάλων δαπανών 5 άτομα (10%) και έξοδα ταξιδιού 12 άτομα (24), φάρμακα 3 άτομα (6%), πληρωμή χρεών 7 άτομα (14%), άλλες δαπάνες 4 άτομα (8%).

Από τον Πίνακα 10 φαίνεται ότι το κατά προσέγγιση ποσό που δαπανήθηκε για λογαριασμό του ατόμου με ψυχικές διαταραχές ήταν λιγότερο των 50€ για τριάντα δύο συγγενείς, φροντιστές (64%).

3.2.8. Εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους συγγενείς, φροντιστές

Μόνο έντεκα από τους συγγενείς/φροντιστές (22%) δεν πραγματοποίησαν επισκέψεις σε υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες.

Τριάντα εννέα συγγενείς/φροντιστές (ποσοστό 78%) ανέφεραν ότι επισκέφτηκαν γενικό/οικογενειακό γιατρό τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες, ενώ το 100% των συγγενών/φροντιστών επισκέφτηκαν κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο.

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής αναφέρθηκε από 37 (74%) συμμετέχοντες.

3.2.9. Συνέπειες για τα παιδιά του ασθενή με ψυχικές διαταραχές

Από τους 50 ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, οι 6 έχουν παιδιά (12%). Από αυτά, μόνο 2 παιδιά είναι μικρότερα από 16 ετών.

Και τα 2 παιδιά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες έχασαν την όρεξή τους, μόνο ένα από αυτά έμεινε άυπνο τη νύχτα (ο άλλος συγγενής/φροντιστής δεν γνωρίζει), κανένα από τα 2 δεν ήταν λιγότερο προσεκτικό στο σχολείο ή έδειξαν φόβο για τον πατέρα/μητέρα του.

Μόνο το ένα από τα παιδιά δεν πήγε κάποιες φορές σχολείο τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες.

Το ένα από τα δύο παιδιά δεν εμφάνισε άσχημη συμπεριφορά (ο άλλος συγγενής/φροντιστής δεν γνωρίζει).

Το ένα από τα παιδιά κάποιες φορές έπαιξε λιγότερο συχνά με φίλους ενώ στο άλλο δεν έχει συμβεί ποτέ.

Το ένα από τα παιδιά κάποιες φορές αισθάνεται ντροπή για τον πατέρα/μητέρα του ενώ στο άλλο δεν έχει συμβεί ποτέ.

Τέλος, κανένα από τα παιδιά δεν έμεινε τις τελευταίες εβδομάδες με γείτονες, συγγενείς και φίλους.

3.3 Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων και των οικογενειών που φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές.

(Αποτελέσματα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου N.H.P.)

Είκοσι έξι συμμετέχοντες (26, 52%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση εάν είναι συνέχεια κουρασμένοι και είκοσι τέσσερις θετικά (24, 48%). Στην ερώτηση εάν πονάνε τη νύχτα το 70% (35 άτομα) των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και στην ερώτηση εάν οι καταστάσεις τους καταβάλλουν απάντησε θετικά το 90% (45 άτομα).

Αφόρητους πόνους έχει το 86% των ατόμων (43 άτομα) και το 86% επίσης παίρνει χάπια για να κοιμηθεί.

Είκοσι ένας (42%) συμμετέχοντες απάντησαν θετικά στην ερώτηση εάν έχουν ξεχάσει πώς είναι να απολαμβάνουν τη ζωή και είκοσι εννέα (58%) απάντησαν αρνητικά. Από αυτούς, μόνο οι δέκα τρεις (26%) απάντησαν θετικά στο εάν τα νεύρα τους είναι πολύ τεταμένα και μόνο 18 (36%) στην ερώτηση εάν αισθάνονται μοναξιά.

Στην ερώτηση εάν πονούν όταν αλλάζουν στάση το 62% (31 άτομα) των συμμετεχόντων απάντησε αρνητικά και μόλις το 38% (19 άτομα) απάντησε θετικά.

Από τους 50 συγγενείς, φροντιστές οι σαράντα οκτώ (48, 96%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση εάν μπορούν να περπατήσουν μόνο μέσα στο σπίτι και μόνο δύο από αυτούς (2, 4%) απάντησαν θετικά. Στην ερώτηση εάν τους είναι δύσκολο να σκύβουν απάντησαν θετικά οι είκοσι επτά (27, 54%).

Το 94% (47 άτομα) των συγγενών, φροντιστών συμφωνεί ότι το κάθε τι χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια και το 90% (45 άτομα) ότι ξυπνά υπερβολικά νωρίς το πρωί.

Από τους 50 συγγενείς, φροντιστές μόνο οι τρεις (3, 6%) δεν μπορούν καθόλου να περπατήσουν και τέσσερις (4, 8%) δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με άλλους ανθρώπους.

Η πλειοψηφία των φροντιστών, 42 συμμετέχοντες, (84%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση εάν οι μέρες τους μοιάζουν ατελείωτες. Είκοσι επτά από αυτούς (27, 54%) δεν δυσκολεύονται να ανέβουν και να κατέβουν τις σκάλες, τριάντα πέντε συμμετέχοντες (35, 70%) δεν δυσκολεύονται να απλώσουν τα χέρια τους για να φτάσουν κάτι και τριάντα τρεις (33, 66%) δεν πονάνε όταν περπατούν.

Το 72% (36) των συμμετεχόντων δεν χάνει εύκολα την ψυχραιμία του, το 74% (37) δεν αισθάνεται ότι δεν υπάρχει κανείς να νοιώθει κοντά του, το 80% (40) δεν αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο και το 82% (41) των συμμετεχόντων δεν μένει ξύπνιο σχεδόν όλη τη νύχτα. Μόνο δεκαεπτά (17, 34%) από τους φροντιστές πονούν όταν στέκονται όρθιοι και μόνο δύο από αυτούς δυσκολεύονται να ντυθούν μόνοι τους.

Η πλειοψηφία των φροντιστών ασθενών με ψυχικές διαταραχές κουράζονται εύκολα (28, 56%) ενώ είκοσι επτά (27, 54%) ανέφεραν ότι δεν δυσκολεύονται να στέκονται για πολύ.

Το 88% (44 άτομα) των φροντιστών ανέφερε ότι δεν πονούν συνέχεια και το 56% (28) ότι δεν τους παίρνει εύκολα ο ύπνος.

Οι σαράντα πέντε (45, 90%) από τους 50 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν αισθάνονται ότι είναι βάρος σε άλλους, οι είκοσι τέσσερις (24, 48%) ότι οι έννοιες δεν τους αφήνουν να κοιμηθούν τη νύχτα και μόνο έξι (6, 12%) από αυτούς ότι αισθάνονται ότι η ζωή δεν έχει αξία.

Η πλειοψηφία των φροντιστών (47, 94%) ανέφεραν ότι δεν κοιμούνται άσχημα, (47, 94%) δεν δυσκολεύονται να τα πάνε καλά με τους ανθρώπους και (46,92%) δεν χρειάζονται βοήθεια όταν περπατούν έξω από το σπίτι.

Μόνο οι δέκα εννέα (19, 38%) από τους φροντιστές πονούν όταν ανεβοκατεβαίνουν τις σκάλες οι είκοσι (20, 40%) ξυπνούν με μελαγχολική διάθεση, οι δέκα (10,20%) πονούν όταν κάθονται.

Τριάντα τρεις φροντιστές (33, 66%) δεν ανέφεραν προβλήματα στην εργασία τους, τριάντα δύο (32, 64%) δεν ανέφεραν προβλήματα στη φροντίδα του σπιτιού τους, σαράντα ένας (41, 82%) δεν ανέφεραν προβλήματα στην κοινωνική ζωή τους, σαράντα πέντε φροντιστές (45, 90%) δεν ανέφεραν προβλήματα στην οικογενειακή τους ζωή, σαράντα συμμετέχοντες (40, 80%) δεν ανέφεραν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή, τριάντα επτά (37, 74%) δεν ανέφεραν προβλήματα στα ενδιαφέροντά τους και σαράντα δύο (42, 84%) δεν ανέφεραν προβλήματα στις διακοπές τους (Πίνακας 11).

Οι έξι κατηγορίες στους συμμετέχοντες της μελέτης έλαβαν:

Ενεργητικότητα, μέση τιμή 66 και σταθερά απόκλιση 30.48

Πόνος, μέση τιμή 27.5 και σταθερά απόκλιση 32.82

Κοινωνική απομόνωση, μέση τιμή 50 και σταθερά απόκλιση 33.38

Κινητικότητα, μέση τιμή 24.75 και σταθερά απόκλιση 24.15

Συναισθηματικές αντιδράσεις μέση τιμή 35.77 και σταθερά απόκλιση 25.91

Ύπνος, μέση τιμή 18.4 και σταθερά απόκλιση 18.44 (Πίνακας 12).

Περισσότερη επίπτωση στην ενεργητικότητα φαίνεται να έχουν οι φροντιστές ασθενών ηλικίας από 41 ετών και άνω (μέση τιμή 70.17), από ότι των ασθενών με ηλικία 31 έως 40 ετών (μέση τιμή 68,62) και από εκείνους με ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 (μέση τιμή 57.14).

Η ενεργητικότητα στους φροντιστές ασθενών που νοσούν 11 έως 20 έτη (μέση τιμή 68.51) είναι περισσότερο μειωμένη, από τους ασθενείς που νοσούν πάνω από 21 έτη (μέση τιμή 66.66) και από εκείνους που νοσούν 10 ή λιγότερα έτη (μέση τιμή 61.90).

Η ενεργητικότητα είναι πιο μειωμένη στους φροντιστές οι οποίοι είναι τέκνα των ασθενών (μέση τιμή 100) από τους φροντιστές οι οποίοι είναι γονείς των ασθενών (μέση τιμή 73.14),

από αυτούς που είναι άλλοι συγγενείς των ασθενών (μέση τιμή 66.66), από αυτούς που είναι αδέρφια των ασθενών (37.50) καθώς και από εκείνους που είναι σύζυγοι/σύντροφοι των ασθενών (μέση τιμή 33.33) αλλά και αυτών που ανήκουν στην κατηγορία «άλλο» (μέση τιμή 33.33).

Η ενεργητικότητα είναι πιο μειωμένη σε αυτούς που συγκατοικούν με τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές (μέση τιμή 70.94), από ότι σε αυτούς που δεν συγκατοικούν (μέση τιμή 48.48).

Όσον αφορά στην ενεργητικότητα, οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 84.44) εμφανίζουν μεγαλύτερες επιπτώσεις, κούραση και προσπάθεια για να διεκπαιρέωσουν τις καθημερινές τους δουλειές, από αυτούς με ηλικία 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 60.31) και από αυτούς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 54.76).

Επίσης, οι συγγενείς-φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 75) εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα από αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 66.66) και από αυτούς που ανήκουν στην Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 42.42).

Όσον αφορά στην ενεργητικότητα, οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που είναι χήροι (μέση τιμή 84.84) εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα από αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 62.62), από αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 55.55) και από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 44.44).

Όσον αφορά στην ενεργητικότητα, τόσο οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που έχουν λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€ (μέση τιμή 83.33) όσο και οι φροντιστές που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 83.33) εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα από αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 64.36), από αυτούς έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 50), από αυτούς από 1400 έως 2400€ μηνιαίως (μέση τιμή 33.33) και από αυτούς που έχουν από 2400-3500€ (μέση τιμή 33.33).

Οι φροντιστές ασθενών ηλικίας από 41 ετών και άνω (μέση τιμή 41.44), νιώθουν περισσότερο πόνο από ότι τους ασθενείς με ηλικία 31 έως 40 ετών (μέση τιμή 22.79) και από εκείνους με ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 (μέση τιμή 14.28).

Στους φροντιστές ασθενών που νοσούν πάνω από 21 έτη (μέση τιμή 34.02) ο πόνος είναι μεγαλύτερος, από τους ασθενείς που νοσούν εδώ και 10 έτη ή λιγότερο (μέση τιμή 21.42) και από εκείνους που νοσούν 11 έως 20 έτη (μέση τιμή 25.69).

Οι φροντιστές οι οποίοι είναι γονείς των ασθενών (μέση τιμή 33.33) νιώθουν περισσότερο πόνο από τους φροντιστές οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία «άλλο» (μέση τιμή 25), από εκείνους οι οποίοι είναι παιδιά, αδέρφια και άλλοι συγγενείς των ασθενών (μέση τιμή 12.50), καθώς και από εκείνους που είναι σύζυγοι των ασθενών (μέση τιμή 6.25).

Ο πόνος είναι περισσότερο αυξημένος (μέση τιμή 31.73) σε αυτούς που συγκατοικούν με τους ασθενείς, από ότι σε αυτούς που δεν συγκατοικούν μαζί τους (12.50).

Ο πόνος είναι αυξημένος στις γυναίκες φροντιστές (μέση τιμή 33.78), από τους άνδρες φροντιστές (μέση τιμή 9.61).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 50.83) νιώθουν περισσότερο πόνο από αυτούς με ηλικία 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 20.23) και από αυτούς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 13.39).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 39.28) νιώθουν περισσότερο πόνο από αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 15.90) και από αυτούς που ανήκουν στην Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 9.09).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών που είναι χήροι (μέση τιμή 59.09) νιώθουν περισσότερο πόνο από αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 50), από αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 17.04) και από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 4.16).

Οι συγγενείς, φροντιστές των ασθενών που έχουν λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€ (μέση τιμή 75) νιώθουν περισσότερο πόνο από αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500

έως 800€ (μέση τιμή 44.79), από αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 22.84), από αυτούς έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 6.25) και από αυτούς από 1400 έως 2400€ μηνιαίως (μέση τιμή 3.12).

Όσον αφορά την κοινωνική απομόνωση οι φροντιστές ασθενών ηλικίας από 41 ετών και άνω δείχνει να έχουν αυξημένη μέση τιμή (μέση τιμή 56.84) από αυτούς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 (μέση τιμή 47.14), και από εκείνους με ηλικία 31 έως 40 ετών (μέση τιμή 44.70).

Η κοινωνική απομόνωση είναι μεγαλύτερη (μέση τιμή 58.88) στους φροντιστές ασθενών που νοσοούν 11 έως 20 έτη, από ότι στους ασθενείς που νοσοούν 10 έτη ή λιγότερο (μέση τιμή 54.28) και από εκείνους που νοσοούν πάνω από 21 έτη (μέση τιμή 37.77).

Η κοινωνική απομόνωση είναι αρκετά αυξημένη στο «άλλο» (μέση τιμή 180), από τον σύζυγο/ σύντροφο (μέση τιμή 120), τον άλλο συγγενή (μέση τιμή 80), τον αδερφό/-ή (μέση τιμή 67), το τέκνο (μέση τιμή 60), και τον γονιό (37.22).

Η κοινωνική απομόνωση είναι περισσότερο αυξημένη (μέση τιμή 61.81) σε εκείνους που δεν συγκατοικούν με τους ασθενείς, από ότι σε αυτούς που συγκατοικούν μαζί τους (μέση τιμή 46.66).

Η κοινωνική απομόνωση είναι αυξημένη στις γυναίκες φροντιστές (μέση τιμή 50.81) από τους άνδρες φροντιστές (μέση τιμή 47.69).

Φαίνεται να έχουν περισσότερη κοινωνική απομόνωση οι φροντιστές με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 80) σε σχέση με τους φροντιστές με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 38.66) και από αυτούς με ηλικία από 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 38.09).

Επίσης, φαίνεται να έχουν περισσότερη κοινωνική απομόνωση οι φροντιστές που ανήκουν στην Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 69.09) σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 50.90) και από αυτούς που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 42.14).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερη κοινωνική απομόνωση είναι οι φροντιστές που είναι άγαμοι (μέση τιμή 66.66) σε σχέση με αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 50.30), από

αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 46.66) και από αυτούς που είναι χήροι (μέση τιμή 45.45).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερη κοινωνική απομόνωση είναι τόσο οι φροντιστές που έχουν λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€ (μέση τιμή 60) όσο και οι φροντιστές που έχουν από 2400-3500€ μηνιαίως (μέση τιμή 60) σε σχέση με αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 55.17), με αυτούς που έχουν από 1400 έως 2400€ μηνιαίως (μέση τιμή 45), με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 41.66) και με αυτούς έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 20).

Η κινητικότητα των φροντιστών ασθενών που νοσούν πάνω από 21 έτη είναι πιο περιορισμένη και έχει μέση τιμή 33.33, ενώ στους ασθενείς που νοσούν 11 έως 20 έτη η μέση τιμή είναι 21.52 και σε εκείνους που νοσούν 10 έτη και λιγότερο η μέση τιμή είναι 17.85.

Η κινητικότητα στον γονιό του ασθενή έχει μέση τιμή 29.16, ενώ στο τέκνο και στον άλλο φροντιστή του ασθενή έχει μέση τιμή 25. Τα αδέρφια φροντιστές των ασθενών έχουν επίσης μικρότερη κινητικότητα (μέση τιμή 12.50) από τους σύζυγους φροντιστές των ασθενών (μέση τιμή 6.25) καθώς και από τους φροντιστές που ανήκουν στην κατηγορία «άλλο» (μέση τιμή 0.00).

Η κινητικότητα είναι περιορισμένη (μέση τιμή 27.24) περισσότερο σε εκείνους που απάντησαν ότι συγκατοικούν με τους ασθενείς, από ότι σε αυτούς που απάντησαν όχι (μέση τιμή 15.90).

Η κινητικότητα είναι σημαντικά μειωμένη στις γυναίκες (μέση τιμή 30.40), από ότι στους άνδρες (μέση τιμή 8.65).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερα προβλήματα κινητικότητας είναι οι φροντιστές με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 40) σε σχέση με τους φροντιστές με ηλικία από 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 23.80) και από αυτούς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 9.82).

Επίσης αυτοί που φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίπτωση στην κινητικότητα είναι οι φροντιστές που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 30.35) σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 23.86) και από αυτούς που ανήκουν στην Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 11.36).

Οι φροντιστές που είναι χήροι (μέση τιμή 45,45) σε σχέση με αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 19.69), από αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 16,66) και από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 12.50).

Οι φροντιστές που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 35.41) σε σχέση με αυτούς που έχουν λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€ (μέση τιμή 25) και με αυτούς έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 25), με αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 24.13) και με αυτούς που έχουν από 1400 έως 2400€ μηνιαίως (μέση τιμή 3.12).

Οι επιπτώσεις στις συναισθηματικές αντιδράσεις φάνηκε να είναι αυξημένες στους φροντιστές ασθενών γένους αρσενικού (μέση τιμή 36.11) από ότι για τις γυναίκες ασθενείς (μέση τιμή 35.35).

Η μέση τιμή της συναισθηματικής αντίδρασης στους φροντιστές ασθενών που νοσούν 10 έτη ή λιγότερο είναι 43.65, ενώ στους ασθενείς που νοσούν 11 έως 20 έτη η μέση τιμή είναι 37.65 και σε εκείνους που νοσούν πάνω από 21 έτη η μέση τιμή είναι 27.77.

Η μέση τιμή στη συναισθηματική αντίδραση σε αυτούς που απάντησαν ότι δεν συγκατοικούν είναι 32.32, ενώ σε εκείνους που απάντησαν ότι συγκατοικούν είναι 36.75.

Οι επιπτώσεις στη συναισθηματική αντίδραση είναι μειωμένη στους άνδρες φροντιστές (μέση τιμή 20.51), από ότι στις γυναίκες φροντιστές (μέση τιμή 41.14).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις είναι οι φροντιστές με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 45.18) σε σχέση με τους φροντιστές με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 34.92) και από αυτούς με ηλικία από 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 29.62).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις είναι οι φροντιστές που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 38.88) σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 34.34) και από αυτούς που ανήκουν στην Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 29.29).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις είναι οι φροντιστές που είναι χήροι (μέση τιμή 41.41) σε σχέση με αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 37.03), από αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 34) και από αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 33.33).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις είναι οι φροντιστές που έχουν λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€ (μέση τιμή 44.44), σε σχέση με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 39.81), με αυτούς που έχουν εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 37.16), με αυτούς έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 33.33) και με αυτούς που έχουν από 1400 έως 2400€ μηνιαίως (μέση τιμή 19.44).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι φροντιστές ασθενών με ηλικία από 41 ετών και άνω (μέση τιμή 20) δηλώνουν περισσότερα προβλήματα στον ύπνο από τους φροντιστές ασθενών με ηλικία 31 έως 40 (μέση τιμή 18.82) και από εκείνους με ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 ετών με μέση τιμή 15.71.

Οι φροντιστές ασθενών που νοσούν 11 έως 20 έτη δηλώνουν περισσότερα προβλήματα στον ύπνο (μέση τιμή 18,88), από εκείνους που νοσούν 10 έτη ή και λιγότερο (μέση τιμή 18.57) και από αυτούς που νοσούν πάνω από 21 έτη (μέση τιμή 17.77).

Στον ύπνο η μέση τιμή στο γονιό είναι 22.22, στον άλλο συγγενή η μέση τιμή είναι 20, στον αδερφό και στο σύζυγο η μέση τιμή είναι 10 και στο «άλλο» και στο τέκνο είναι 0.

Αυτοί που φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες στον ύπνο είναι οι φροντιστές με ηλικία από 51 έως 65 ετών (μέση τιμή 21.90) σε σχέση τους φροντιστές με ηλικία 66 ετών και άνω (μέση τιμή 21.33) και από αυτούς με ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών (μέση τιμή 10).

Αυτοί που φαίνεται να δηλώνουν περισσότερα προβλήματα στον ύπνο είναι οι φροντιστές που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 22.85) σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (μέση τιμή 18.18) και από αυτούς που ανήκουν στην Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση (μέση τιμή 7.27).

Αυτοί που φαίνεται να δυσκολεύονται να κοιμηθούν περισσότερο είναι οι φροντιστές που είναι χήροι (μέση τιμή 38.18) σε σχέση με αυτούς που είναι διαζευγμένοι (μέση τιμή 13.33) και αυτούς που είναι άγαμοι (μέση τιμή 13.33) και από αυτούς που είναι έγγαμοι (μέση τιμή 12.72).

Αυτοί που φαίνεται να έχουν περισσότερα προβλήματα στον ύπνο είναι οι φροντιστές που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 800€ (μέση τιμή 25) σε σχέση με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 800-1400€ (μέση τιμή 18.62) και με αυτούς που έχουν εισόδημα λιγότερο μηνιαίο εισόδημα από 500€, από 1400 έως 2400€ μηνιαίως και με αυτούς έχουν μεγαλύτερο από 3500€ (μέση τιμή 10). Οι φροντιστές που έχουν από 2400-3500€ μηνιαίως έχουν μέση τιμή 0.

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και όλων των κατηγοριών, εκτός από την κοινωνική απομόνωση. Όσον αφορά την ενεργητικότητα (με μέση τιμή στους άντρες 69.04 και στις γυναίκες 62.12) ($p=0.006$), τον πόνο ($p=0.006$), τις συναισθηματικές αντιδράσεις ($p=0.012$), την κινητικότητα ($p=0.004$) και τον ύπνο ($p=0.033$). Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της κοινωνικής απομόνωσης ($p=0.536$) (Πίνακας 13).

Όσον αφορά στην ενεργητικότητα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ενεργητικότητας και της ηλικίας ($p=0.016$), της ενεργητικότητας και της εκπαίδευσης ($p=0.019$), μεταξύ της ενεργητικότητας και της σχέσης μεταξύ φροντιστή και ασθενή ($p=0.009$), καθώς και μεταξύ της ενεργητικότητας και της συγκατοίκησης ($p=0.050$) (Πίνακας 13).

Όσον αφορά στον πόνο, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της οικογενειακής κατάστασης ($p=0.001$) και της εκπαίδευσης ($p=0.036$) και πόνου και ηλικίας του φροντιστή ($p=0.002$) (Πίνακας 13).

Όσον αφορά στην κοινωνική απομόνωση, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της ηλικίας ($p=0.001$), μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της σχέσης μεταξύ φροντιστή και ασθενή ($p=0.001$), καθώς και της κοινωνικής απομόνωσης και της συγκατοίκησης ($p=0.016$) (Πίνακας 13).

Όσον αφορά στην κινητικότητα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κινητικότητας και της ηλικίας ($p=0.003$), μεταξύ της κινητικότητας και της οικογενειακής κατάστασης ($p=0.034$) (Πίνακας 13).

Όσον αφορά στις συναισθηματικές αντιδράσεις, δεν υπάρχει άλλη μεταβλητή που να σχετίζεται εκτός από το φύλο (Πίνακας 13).

Όσον αφορά στον ύπνο, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύπνου και της οικογενειακής κατάστασης ($p=0.006$) και της ηλικίας του ασθενή ($p=0.034$). Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ύπνου και της διάρκειας των ψυχικών διαταραχών του ασθενή ($p=0.946$) (Πίνακας 13).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πριν τη συζήτηση των κύριων αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής και τη διαμόρφωση ασφαλών συμπερασμάτων συζητούνται οι μεθοδολογικές δυσκολίες και οι περιορισμοί της επιδημιολογικής αυτής μελέτης.

4.1. Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη μας ήταν συγχρονική, με αποτέλεσμα να μην επιτρέπει την διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων. Επίσης, συμπεριέλαβε μικρό αριθμό μελών οικογενειών που φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές από ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και αυτό δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό της Κρήτης.

Ακόμη εξετάζεται το ενδεχόμενο “σφάλματα επιλογής”, ως συνέπεια της δειγματοληψίας από το προϋπάρχον αρχείο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Ηρακλείου να έχουν εισαχθεί και επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης μας.

4.2. Κύρια ευρήματα

Η παρούσα μελέτη εστίασε σε θέματα όπως, σχέση φροντίδας, επιβάρυνσης και χαρακτηριστικά ατόμων και μελών οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και της σχέσης τους.

Στη μελέτη μας σχεδόν όλοι οι φροντιστές ήταν συγγενείς (49, 98%) και κυρίως γονείς (36, 72%) των ασθενών, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τις περισσότερες μελέτες (Schene et al. 1988, Meijer et al, 2004).

Σε μεγάλο ποσοστό την φροντίδα των ασθενών είχαν αναλάβει οι γυναίκες (37, 74%), εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία. Το γυναικείο φύλο επικράτησε, αφού όπως γνωρίζουμε στην παραδοσιακή ελληνική οικογένεια, η γυναίκα είναι αυτή που αναλαμβάνει την ευθύνη της φροντίδας. Ακόμη, νεότερες μελέτες έδειξαν ότι η απασχόληση

της γυναίκας έξω από το σπίτι δεν την αποτρέπει/εμποδίζει να αναλάβει τη φροντίδα του άρρωστου μέλους της οικογένειας, συνδυάζοντας και τους δύο ρόλους (Couch και συν. 1999) αλλά αυξάνοντας το ρίσκο ανάπτυξης επιβάρυνσης. Στις γυναίκες φροντιστές η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης είχε μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες φροντιστές. Το φύλο του φροντιστή ($p < 0.008$) βρέθηκε να συσχετίζεται με την συνολική επιβάρυνση. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που ονομάζει τις γυναίκες στη φροντίδα ως «ευάλωτη ομάδα».

Η μέση ηλικία των φροντιστών, 57.40 έτη, στη μελέτη αυτή είναι παρόμοια με τις ηλικίες που αναφέρθηκαν σε άλλες μελέτες (Pinquart και Sorensen (2003). Παρατηρήθηκε ότι σε όλες σχεδόν τις συνιστώσες, ένταση, επίβλεψη, ανησυχία και στη συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης η ηλικιακή ομάδα των φροντιστών άνω των 60 ετών αναφέρει μεγαλύτερη μέση τιμή. Παρόλα αυτά η ηλικία του φροντιστή δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη συνολική επιβάρυνση.

Σε αρκετές μελέτες η μεγάλη ηλικία του φροντιστή φαίνεται πως επηρέαζε άμεσα την αίσθηση της επιβάρυνσης. Άλλες μελέτες αναφέρουν αντίθετες απόψεις, υποστηρίζοντας ότι περισσότερο ευάλωτοι στο στρες της φροντίδας είναι οι νέοι φροντιστές (Croog και συν. 2001). Έχει βρεθεί ότι οι οικογενειακοί φροντιστές ηλικίας κάτω από 65 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να αναπτύξουν επιβάρυνση και ψυχιατρική νοσηρότητα. Ενώ ο Greenberg (1995) αναφέρει ότι καθώς οι συγγενείς γερνούν μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν την ασθένεια επιτυχέστερα και δοκιμάζουν έτσι λιγότερη επιβάρυνση.

Η χρονική διάρκεια της ψυχικής διαταραχής του ασθενή φαίνεται πως είναι παράγοντας που αυξάνει τα προβλήματα και τα καθήκοντα φροντίδας του συγγενή σχετικά με τις συνιστώσες της έντασης, της επίβλεψης και τη συνολική επιβάρυνση. Η ηλικία και το φύλο του ασθενή στη μελέτη μας δε βρέθηκε να συσχετίζεται με την επιβάρυνση, ενώ σε άλλες μελέτες αναφέρονται ως παράγοντες που επηρεάζουν την επιβάρυνση (Croog και συν. 2001). Παρατηρήθηκε στη μελέτη μας μόνο, ότι η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της επιβάρυνσης των φροντιστών για ασθενείς με ηλικία μικρότερη των 30 ετών και για ασθενείς γένους θηλυκού, είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Η πλειοψηφία των συγγενών, φροντιστών (92%, 46) ζούσαν μαζί με τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές αποτέλεσμα το οποίο συμφωνεί με τα ευρήματα κυρίως μελετών στις ισπανικές

και ιταλικές περιοχές (Thornicroft et al, 2003). Ο χρόνος που αφιερώνει ο φροντιστής στον ασθενή με ψυχικές διαταραχές, φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την συγκατοίκηση, ποσοστό 78%, 37 φροντιστές είχαν περισσότερες από 32 ώρες την εβδομάδα προσωπική επαφή, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από άλλη μελέτη (Harvey et al, 2201). Η συγκατοίκηση δε βρέθηκε να επηρεάζει τη συνολική επιβάρυνση, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ έντασης και συγκατοίκησης.

Ένα ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης μας, που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, ήταν ότι η πλειοψηφία των Κρητών φροντιστών απαντά ότι παρά τις δυσκολίες και τα προβλήματα της φροντίδας, αισθάνονται ικανοί να διαχειριστούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή. Εύρημα που συναντάται και σε ανάλογη μελέτη στην Κρήτη, σε επιλεγμένο δείγμα μελών οικογενειών και άλλων ατόμων που φρόντιζαν ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές σε αστικές και αγροτικές περιοχές της Κρήτης (Σαπουνά, 2005). Εν μέρει θα μπορούσε το εύρημα αυτό να εξηγηθεί από το γεγονός ότι όλοι σχεδόν οι συγγενείς-φροντιστές ασθενών με ψυχικές διαταραχές στη μελέτη μας, δέχονταν βοήθεια από κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο, ψυχίατρο και σε μικρότερο ποσοστό από γενικό γιατρό.

Πιθανό να υπάρχουν άλλοι μεσολαβητικοί παράγοντες, που πρέπει να διερευνηθούν, περισσότερο ισχυροί που θα μπορούσαν να μετριάσουν το στρες της φροντίδας. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι σημαντικό μεσολαβητικό ρόλο μείωσης της επιβάρυνσης διαδραματίζει η κοινωνική υποστήριξη. Φροντιστές οι οποίοι ελάμβαναν περισσότερη πρακτική υποστήριξη από το κοινωνικό τους δίκτυο είχαν χαμηλή επιβάρυνση (Magliano και συν. 2000). Τα μέλη οικογενειών στη Κρήτη που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, πιθανό να διαθέτουν ένα ευρύτερο δίκτυο ανεπίσημης κοινωνικής στήριξης που τους βοηθάει να αισθάνονται ικανοί να φροντίσουν τους συγγενείς τους με ψυχικές διαταραχές. Σε ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας αναφέρεται ότι εθνικότητα και συγκεκριμένες πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν με άμεσο τρόπο την αξιολόγηση της φροντίδας ως στρεσογόνου (Aranda και Knight 1997). Επίσης σε άλλες μελέτες (Lim και συν.1996) εξετάστηκε και βρέθηκε ότι η θρησκευτικότητα είναι αυτή που βοηθάει τους φροντιστές να υπομένουν και να αντέχουν τα βάσανα και τον πόνο.

Η ποιότητα ζωής έχει συσχετισθεί με την επιβάρυνση των οικογενειών και βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Τα άτομα υψηλής επιβάρυνσης είχαν πολύ χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους φροντιστές χαμηλής επιβάρυνσης. Στη

μελέτη μας βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συνεπειών από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές και των επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής των φροντιστών. Αυτό συμφωνεί με άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Winefield 1994, Fadden 1987, , Lim και Zebrack 2004, Kornblith και συν.1994,), στην οποία δηλώνεται χρήση άλλων ερωτηματολογίων από το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας του Nottingham (N.H.P.), όπως: Camberwell High Contact Survey, Experience of Caregiving Inventory, Individual Quality of Life.

Όπως καταγράφηκε στο N.H.P., βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και ενεργητικότητας ($p=0.006$), πόνου ($p=0.006$), συναισθηματικών αντιδράσεων($p=0.012$), κινητικότητας ($p=0.004$) και ύπνου ($p=0.033$). Παρατηρούμαι ότι στις γυναίκες φροντιστές αναφέρθηκε ότι η ποιότητα της ζωής τους, σε όλες σχεδόν τις κατηγορίες, έχει επηρεασθεί από τη νόσο του συγγενή τους.

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ η ηλικίας του φροντιστή με την ενεργητικότητα ($p=0.016$), τον πόνο ($p=0.002$), την κοινωνική απομόνωση ($p=0.001$) και την κινητικότητα ($p=0.003$) δηλώνοντας μια τάση αύξησης των προβλημάτων με την ηλικία.

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ σχέση φροντιστή-ασθενή με την την ενεργητικότητα ($p=0.009$) και την κοινωνική απομόνωση ($p=0.001$). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή στους τομείς αυτούς δεν την παρουσιάζουν οι γονείς, αλλά τα παιδιά των ασθενών (ενεργητικότητα) και οι «άλλοι» (κοινωνική απομόνωση). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει το εύρημα μας, ότι η πλειοψηφία των φροντιστών που ήταν γονείς απαντά ότι παρά τις δυσκολίες και τα προβλήματα της φροντίδας, αισθάνονται ικανοί να διαχειριστούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή.

Ένας παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής είναι το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα των φροντιστών. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου με την ενεργητικότητα ($p=0.019$) και μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και πόνου ($p=0.036$). Οι περισσότερο μορφωμένοι και καλύτερα αμειβόμενοι παρουσίασαν χαμηλότερη τάση αύξησης της επίδοσης του N.H.P. σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους και με χαμηλότερο εισόδημα. Πιο πρόσφατες μελέτες (Sansoni & Vellone 2004) βρήκαν ότι οι φροντιστές με ψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν χαμηλότερη επίπτωση κατάθλιψης. Φαίνεται ότι η μόρφωση λειτουργεί σαν προστατευτικός παράγοντας

και ίσως οι φροντιστές με καλύτερη μόρφωση να έχουν αναπτύξει καλύτερες δεξιότητες διαχείρισης του στρες.

Επίσης, η πλειοψηφία των συγγενών, φροντιστών δεν ανέφερε πρόβλημα στην εργασία (33,66%), την κοινωνική ζωή (41,82%) και στην σεξουαλική ζωή (40,80%).

4.3. Συμπεράσματα

Με την παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί η επιβάρυνση που βιώνουν οι οικογενειακοί φροντιστές οι οποίοι φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Η κατανόηση της ευρύτερης έννοιας της επιβάρυνσης, των παραγόντων που την αυξάνουν και των επιπτώσεων στην υγεία των φροντιστών.

Το κυριότερο συμπέρασμα που προκύπτει είναι η αναγνώριση της ανάγκης για περαιτέρω διερεύνηση των επιπτώσεων της φροντίδας στη ποιότητα ζωής των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Η μελέτη μας, παρά τα μεθοδολογικά της προβλήματα που αντιμετωπίζει, έδειξε ότι υπάρχει επιβάρυνση στους συγγενείς που φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές και μάλιστα σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά που ανέφεραν Ευρωπαϊκές μελέτες (επιβάρυνση στην ανησυχία, ένταση, προτροπή, επίβλεψη). Η επιβάρυνση αυτή αφορά κυρίως γυναίκες και μοιάζει να επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Είναι σημαντική η στήριξη της οικογένειας, για την αποφυγή νοσηρότητας των οικογενειακών φροντιστών με τη δημιουργία προγραμμάτων κοινωνικής στήριξης της οικογένειας ή με τη βελτίωση των υφιστάμενων δομών, προκειμένου να προαχθεί η υγεία, η ευημερία και η ποιότητα ζωής του φροντιστή.

ΒΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ*Ελληνική βιβλιογραφία*

Καλαϊτζάκη Α., *Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής*, Ρέθυμνο 2000.

Καλαϊτζάκη Α., πακέτο σημειώσεων: *Θεωρητικές Προσεγγίσεις Της Οικογένειας, Συμβουλευτική Οικογένειας, Προσεγγίσεις Στην Οικογένεια, χ.χ.ε.*

Κατσορίδου-Παπαδόπουλου Χρ. *Κοινωνική Εργασία με Ομάδες. Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση*. Εκδόσεις Έλλην, 2η έκδοση, 2002.

Μάνος Ν. *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.

Νέστορος, Ι. Ν. *Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους*. Εκδόσεις: Gutenberg Αθήνα, 2000.

Οικονόμου Μ. *Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Προληπτική ψυχιατρική*. Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000; 69-76.

Παγκόσμια Έρευνα για την Υγεία στον μαθητικό πληθυσμό. Μαρίνα Τερζίδου, Άννα Κοκκέβη. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα Ιούνιος 2001.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, Γενεύη 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς*. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, 1997.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτιο Νοσοκομείο. *Οι Ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα*. ICD 10/Κεφάλαιο V. Χριστοδούλου Ν, Αλεβίζος Β, Μαυρέας Β. (Επιμ.) Εκδ. Βήτα. Αθήνα 1993.

Σαπουνά Β. *Επιβάρυνση οικογενειών και ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με μμείζονες ψυχικές διαταραχές στην Κρήτη*. Ηράκλειο, 2005.

Σύλλογος Οικογενειών και Φύλων για την Ψυχική Υγεία, (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) Ν. Σερρών. *Μαθαίνοντας για τη σχιζοφρένεια. Αχτίδες Ελπίδας. Σχιζοφρένεια, ένα ειδικό εγχειρίδιο για τις οικογένειες & τους φροντιστές*. Μετάφραση: Νομίδου Κατερίνα, Κουκμήσης Βασίλης.χ.χ. *Learning About Schizophrenia: Rays of Hope: A Reference Manual for Families and Caregivers*. Schizophrenia Society of Canada. 2000.

Τομαράς Β, Μαυρέας Β. *Σχιζοφρένεια και οικογένεια: Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας*. Ιατρική 1990; 57(3): 238-246.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», *ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: ΠΩΣ ΝΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ*, Αθήνα, 2004.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, *ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ 2001*, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα, 2002.

Ξένη βιβλιογραφία

Aranda MP, Knight BG.(1997). The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process:a sociocultural review and analysis. *Gerontologist*. Jun;37(3):342-54.

Bibou-Nakou I, Dikaiou M, Bairactaris C. Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:104-108.

Butzlaff, AM and Hooley, JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:547–552

Carter R.E., & Carter C.A.1222. Marital adjustment and effect of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family therapy*, 1994, 22, 315-326.

Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P., & Renaud, M. *Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives*. Hospital and Community Psychiatry, 1992, 43(1), 38-43.

Couch K.A., Daly M.C., Wolf D.A. Time? Money? Both? The allocation of resources to older parents. *Demography*, 1999, 36, 219-233.

Chou K.R. (2000). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of International Paediatric Nursing*, vol 15, no 6 (December).

Doll, W. Family coping with the mentally ill. An unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 1976, 27(3), 183-185.

Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. *The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family*. *British Journal of Psychiatry*, 1987; 150: 285-292.

Francell, C.G., Conn, V.S., & Gray, D.P. *Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives*. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988, 39(12), 1296-1300.

Gopinath, P.S., & Chaturvedi, S.K. *Distressing behavior of schizophrenics at home*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86, 185-188.

Grad, J., and Sainsbury, P. *The Effects that Patient Have on their Families in a Community Care and a Control Psychiatric Service-A Two Year Follow-Up*. *British Journal of Psychiatry*, 1968, 114, 265-278.

Greenberg, J.S., Greenley, J.R., & Benedict, P. Contributions of persons with serious mental illness to their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45(5), 475-480.

Gubman, Tessler, & Willis. *Living With the Mentally Ill: Factors Affecting Household Complaints*, 1987.

Hatfield A. B., *Families of the mentally ill*. Coping and Adaptation, 1981.

Hoening, J., & Hamilton, M.W. *The schizophrenic patient in the community and his effects on the household*. *International Journal of Social Psychiatry*, 1966, 12, 165-176.

Holden and Lewine. D.F. Holden and R.J. Lewine, *How families evaluate mental health professionals, resources, and the effects of illness*, Oxford University Press 1982.

Kornblith AB, Herr HW, Ofman US, Scher HI, Holland JC (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. *Cancer*;73:2791-802

Lamb, H.R., & Oliphant, E. *Schizophrenia through the eyes of families*. *Hospital and Community Psychiatry*, 1978, 29 (12), 803-806.

Lim Y.M., Luna I., Cromwell S., Philips L.(1996). Toward a cross-cultural understanding of family caregiving burden. *Western Journal of Nursing Research*. 18, 3, p.252

Lim J., Zebrack B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: A critical Review of care giver literature. *Health and Quality of Life outcomes*. 2:50

Lefley, P.H. *The Family's experience of schizophrenia in transcultural perspective*. Paper presented at Schizophrenia Conference, March, Portland, Oregon, 1996.

Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. *Depressive symptoms and suicidal behaviour among general population adolescents and young adults across Greece*. *Eur Psychiatry* 1993.

McGilloway S, Donnelly M, Mays N. *The experience of caring for former long-stay psychiatric patients*. Br. J. Clin. Psychol., 1997; 36, 149-151.

Magliano L., Fadden G, Economou M.Held T., Xavier M., Guarneri M., Malagnone C., Marasco C., Maj M. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 2000,Mar;35(3):109-15.

Mueser, Sengupta, Bellack, Glick, schooler, Xie & Keith. *Family Treatment and Medication Dosage Reduction in Schizophrenia : Effects on Patient Social Functioning, Family Attitudes, and Burden*, American Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2001, 3-12

Namyslowska I. *Social and emotional adaptation of the families of schizophrenic patients*, Poland 1986.

Oldridge M.L, Hughes I.C.T. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia: an investigation into longstanding problems. Br. J. Psychiatry, 1992; 161:249-251.

Östman M., Kjellin L. Stigma by association. *Psychological factors in relatives of people with mental illness*. British Journal of Psychiatry, 2002; 181: 494-498.

Parker B.A.(1993). Living with mental illness: the family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(3), 19-21.

Pearlin, L.I. Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M.M.(1990). Care givers and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30, 583-594.

Pinquart, M., Soerensen S (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregivers burden and depressed mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 58b(2). 112-128.

Platt, S. D., Hirsch, S. R., & Knights, A. C. (1981). *Effects of brief hospitalization on psychiatric patients' behaviour and social functioning*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1981.

Provencher, H.L. *Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia*, Schizophrenia Research, 1997, 26(1), 71-80.

Salleh, M.R. *The burden of care of schizophrenia in Malay families*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1994, 89, 180-185.

Sansoni J., Vellone E., Piras G (2004). Anxiety and depression in community-duelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*. 10:93-100.

Schene A. H., Van Wijngaarden B. *The Involvement Evaluation Questionnaire*. Amsterdam: Department of Psychiatry, University of Amsterdam, 1992.

Schene A.H. *Objective and subjective dimensions of family burden: Towards an integrative framework for research*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Utrecht, The Netherlands: Department of Ambulatory and Psychiatry, University of Utrecht, 1990.

Schulz, P.M., Schulz, S.C., Dibble, E., Targum, S.D., van Kammen, D.P., & Gershon, E.S. *Patient and family attitudes about schizophrenia: Implications for genetic counseling*, *Schizophrenia Bulletin*, 1982, 8(4), 504-513.

Schulz R., Martire L. Family care giving of persons with dementia. Prevalence, Health effects and support strategies. *The advanced Journal of Geriatric Psychiatry*; 2004, May/Jun 12,3; p.240-249

Tessler R. and Gamache G. *Family experiences with mental illness*. Auburn House, 2000.

The Scottish Schizophrenia Research Group. *The Scottish first episode schizophrenia study. IV. Psychiatric and social impact on relatives*. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, 340-344.

Veltro, F., Magliano, L., Lobraccio, S., & Morosini, P.L. *Severely and persistently mentally ill patients in Italy: an overview of epidemiological and psychosocial findings*, The International Journal of Social Psychiatry, 1993, 39, 4, 285-302.

Winefield R, Harvey J. *Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia*. Schizophr. Bull., 1994; 19: 619-625.

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Yarrow, M., Schwartz, C., Murphy, H., and Deast, L. *The psychological meaning of mental illness in the family*. Journal of Social Issues, 1955, 11, 12-24.

Yee JL., Schultz R.S.(2000). Gender differences in psychiatric morbidity among care givers: a review and analysis. *Gerontologist* , 31:67-75.

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία:

<http://www.xaraygi.gr>

<http://www.kantartzis-sotirios.gr/html/sxizofreneia.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

- ΠΙΝΑΚΕΣ
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά μελών οικογενειών και άλλων απόμων ασθενών με ψυχικές διαταραχές

| Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά | Συγγενείς/Φροντιστές (n=50) | |
|---|--------------------------------|------------|
| | Μέση τιμή 57,40 | |
| Ηλικία (έτη) | | |
| Φύλο | n | (%) |
| Γυναίκα | 37 | (74%) |
| Άνδρας | 13 | (26%) |
| Εκπαίδευση | | |
| Αναλφάβητοι | 2 | (4%) |
| Δημοτικό | 26 | (52%) |
| Γυμνάσιο | 6 | (12%) |
| Λύκειο | 5 | (10%) |
| Ανώτερες/Ανώτατεςτοχολές | 11 | (22%) |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Άγαμοι | 3 | (6%) |
| Έγγαμοι/Μακροχρόνια σχέση | 33 | (66%) |
| Διαζευγμένοι | 3 | (6%) |
| Χήροι | 11 | (22%) |
| Εισόδημα(μηνιαίως) | | |
| > 500€ μηνιαίως | 2 | (4%) |
| 500-800€ μηνιαίως | 12 | (24%) |
| 800-1400 €μηνιαίως | 29 | (58%) |
| 1400-2400 €μηνιαίως | 4 | (8%) |
| 2400-3500€μηνιαίως | 1 | (2%) |
| < 3500€ μηνιαίως | 2 | (4%) |
| Συγκατοίκηση του συγγενή,φροντιστή | | |
| Μόνοι | 3 | (6%) |
| Σύζυγοι/ σύντροφοι/παιδιά | 46 | (92%) |
| Γονείς/αδέρφια | 1 | (2%) |

Συνέχεια του Πίνακα 1.

| Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά | Συγγενείς/Φροντιστές (n= 65) | |
|---|---------------------------------|------------|
| Σχέση με το άτομο με ψυχικές διαταραχές | n | (%) |
| Μητέρα/πατέρας | 36 | (72%) |
| Κόρη/γιος | 2 | (4%) |
| Αδερφή/ αδερφός | 8 | (16%) |
| Άλλος συγγενής | 1 | (2%) |
| Σύζυγος/ σύντροφος | 2 | (4%) |
| Άλλο | 1 | (2%) |
| Συγκατοίκηση με το άτομο με ψυχικές διαταραχές | | |
| Όχι | 11 | (22%) |
| Ναι | 39 | (78%) |
| Συγκατοίκηση με το άτομο με ψυχικές διαταραχές τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες (ημέρες) | | |
| Καμία | 11 | (22%) |
| 4 | 1 | (2%) |
| 20 | 1 | (2%) |
| 28 | 37 | (74%) |
| Προσωπική ή τηλεφωνική επαφή με το άτομο με ψυχικές διαταραχές τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες | | |
| > από 1 ώρα την εβδομάδα | - | - |
| 1-4 ώρες την εβδομάδα | - | - |
| 5-8 ώρες την εβδομάδα | 1 | (2%) |
| 9-19 ώρες την εβδομάδα | 4 | (8%) |
| 17-32 ώρες την εβδομάδα | 8 | (16%) |
| < από 32 ώρες την εβδομάδα | 37 | (74%) |

Πίνακας 2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με ψυχικές διαταραχές

| Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά | Ασθενείς (n= 65) | |
|--|---------------------------|------------|
| Ηλικία (έτη) | Μέση τιμή 37,18 | |
| Φύλο | n | (%) |
| Γυναίκα | 22 | (44%) |
| Άνδρας | 28 | (56%) |
| Χρονολογία έναρξης ψυχικής διαταραχής | | |
| <5 έτη | 3 | (6%) |
| 5 - 15 έτη | 18 | (36%) |
| 15 - 25 έτη | 19 | (38%) |
| > 25 έτη | 10 | (20%) |

Πίνακας 3. Ένταση από τη φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές

| Προβλήματα συμπεριφοράς ατόμου με ψυχικές διαταραχές | Συγγενείς/Φροντιστές (n= 50) | | | | |
|---|------------------------------|------------------------|----------------------|------------------|--------------------|
| | ΠΟΤΕ n (%) | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ n (%) | ΣΥΧΝΑ n (%) | ΤΑΚΤΙΚΑ n (%) | ΠΙΑΝΤΑ n (%) |
| Ενόχληση κατά τη διάρκεια του ύπνου εξαιτίας του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 35(70%) | 10(20%) | 2(4%) | 2(4%) | 1(2%) |
| Τεταμένη ατμόσφαιρα | 26(52%) | 19(38%) | 4(8%) | - | 1(2%) |
| Καυγάδες που προξένησε το άτομο με ψυχικές διαταραχές | 33(66%) | 10(20%) | 6(12%) | 1(2%) | - |
| Ενόχληση του συγγενή από τη συμπεριφορά του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 16(32%) | 20(40%) | 5(10%) | 4(8%) | 5(10%) |
| Ενόχληση άλλων από τη συμπεριφορά του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 40(80%) | 10(20%) | - | - | - |
| Αίσθηση πως απειλείται από το άτομο με ψυχικές διαταραχές | 45(90%) | 3(6%) | 1(2%) | - | 1(2%) |
| Σκέψη να φύγετε από το σπίτι εξαιτίας της συμπεριφοράς του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 38(76%) | 10(20%) | 2(4%) | - | - |
| Ανησυχία από τους συγγενείς για το δικό τους μέλλον | 6(12%) | 11(22%) | 4(8%) | 4(8%) | 25(50%) |
| Φορτίο | ΚΑΝΕΝΑ | ΕΛΑΦΡΥ | ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΓΑΛΟ | ΜΕΓΑΛΟ | ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ |
| | 11(22%) | 18(36%) | 10(20%) | 3(6%) | 8(16%) |

Πίνακας 4. Συσχετίσεις της έντασης, της επίβλεψης, της ανησυχίας, της προτροπής και της συνολικής επιβάρυνσης των συγγενών, φροντιστών με άλλες μεταβλητές

| Μεταβλητές | Ένταση | Επίβλεψη | Ανησυχία | Προτροπή | Συνολική Επιβάρυνση |
|-------------------------------|----------------------|----------|----------|----------|------------------------|
| | Τιμή του P (P-value) | | | | |
| Φύλο | 0.134 | 0.043 | 0.075 | 0.037 | 0.008 |
| Ηλικία φροντιστή | 0.451 | 0.676 | 0.734 | 0.267 | 0.827 |
| Μορφωτικό Επίπεδο | 0.723 | 0.878 | 0.541 | 0.214 | 0.529 |
| Σχέση φροντιστή- ασθενή | 0.090 | 0.529 | 0.162 | 0.214 | 0.529 |
| Οικογενειακή κατάσταση | 0.850 | 0.640 | 0.469 | 0.618 | 0.992 |
| Συγκατοίκηση | 0.011 | 0.810 | 0.065 | 0.769 | 0.210 |
| Χρονική διάρκεια της νόσου | 0.025 | 0.041 | 0.074 | 0.279 | 0.031 |

Πίνακας 5. Επίβλεψη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές

| Προβλήματα συμπεριφοράς ατόμου με ψυχικές διαταραχές | Συγγενείς/Φροντιστές (n= 50) | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|----------------------------|
| | ΠΟΤΕ n (%) | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ n(%) | ΤΑΚΤΙΚΑ n(%) | ΣΥΧΝΑ n (%) | (Σχεδόν) ΠΑΝΤΑ n (%) |
| Προφύλαξη από το να διαπράξει επικίνδυνες πράξεις (να βάλει φωτιά, αναμμένο τσιγάρο) | 34 (68%) | 10 (20%) | 2 (4%) | 2 (4%) | 2 (4%) |
| Προφύλαξη από αυτοτραυματισμό | 41 (82%) | 6 (12%) | 1 (2%) | 2 (4%) | - |
| Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου στο άτομο με ψυχικές διαταραχές | 4 (8%) | 7 (14%) | 5 (10%) | 9 (18%) | 25 (50%) |
| Προφύλαξη από κατανάλωση αλκοόλ | 44 (88%) | - | - | 2 (4%) | 4 (8%) |
| Προφύλαξη από χρήση ναρκωτικών | 49 (98%) | - | - | - | 1 (2%) |
| Ενόχληση των συγγενών, φροντιστών από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια του ύπνου τους | 35 (70%) | 10 (20%) | 2 (4%) | 2 (4%) | 1 (2%) |

Πίνακας 6. Ανησυχία από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές

| Τομείς φροντίδας | Συγγενείς/Φροντιστές (n= 50) | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------|------------------|----------------|
| | ΠΟΤΕ n(%) | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ n(%) | ΤΑΚΤΙΚΑ n(%) | ΣΥΧΝΑ n(%) | ΠΑΝΤΑ n(%) |
| Ανησυχία για την ασφάλεια του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 3(6%) | 7(14%) | 1(2%) | 3(6%) | 36(72%) |
| Ανησυχία για το είδος βοήθειας/θεραπείας που λαμβάνει το άτομο με ψυχικές διαταραχές | 15(30%) | 9(18%) | 5(10%) | 7(14%) | 14(28%) |
| Ανησυχία για την γενική υγεία του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 1(2%) | 2(4%) | 4(8%) | 1(2%) | 42(84%) |
| Ανησυχία για το πώς το άτομο με ψυχικές διαταραχές θα αντεπεξέλθει οικονομικά, αν σταματήσει η βοήθεια από τον συγγενή | 4(8%) | 7(14%) | 1(2%) | 4(8%) | 34(68%) |
| Ανησυχία για το μέλλον του ατόμου με ψυχικές διαταραχές | 3(6%) | 5(10%) | 1(2%) | 3(6%) | 38(76%) |
| Φορτίο | ΚΑΝΕΝΑ ΦΟΡΤΙΟ | ΕΛΑΦΡΥ ΦΟΡΤΙΟ | ΜΕΓΑΛΟ ΦΟΡΤΙΟ | ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΓΑΛΟ | ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ |
| | 11(22%) | 18(36%) | 10(20%) | 3(6%) | 8(16%) |

Πίνακας 7. Προτροπή του φροντιστή προς τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές

| Τομείς φροντίδας | Συγγενείς/Φροντιστές (n= 50) | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| | ΠΟΤΕ n(%) | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ n(%) | ΤΑΚΤΙΚΑ n(%) | ΣΥΧΝΑ n(%) | ΠΑΝΤΑ n(%) |
| Προτροπή στο άτομο με ψυχικές διαταραχές να περιποιείται τον εαυτό του | 19 (38%) | 6 (12%) | 3 (6%) | 9 (18%) | 13 (26%) |
| Βοήθεια στο άτομο με ψυχικές διαταραχές να περιποιείται τον εαυτό του | 35 (70%) | 5 (10%) | 1 (2%) | 4 (8%) | 5 (10%) |
| Προτροπή στο άτομο με ψυχικές διαταραχές να τρώει αρκετά | 27 (54%) | 13 (26%) | 3 (6%) | 1 (2%) | 6 (12%) |
| Προτροπή στο άτομο με ψυχικές διαταραχές για δραστηριότητες | 5 (10%) | 12 (24%) | 8 (16%) | 8 (16%) | 17 (34%) |
| Συνοδεία του ατόμου με ψυχικές διαταραχές σε εξωτερικές δραστηριότητες | 18 (36%) | 18 (36%) | 1 (2%) | 4 (8%) | 9 (18%) |
| Εξασφάλιση δόσης απαιτούμενου φαρμάκου | - | 2 (4%) | 3 (6%) | 2 (4%) | 43 (86%) |
| Εκτέλεση καθηκόντων που κανονικά έπρεπε να κάνει το άτομο με ψυχικές διαταραχές (δουλειές του σπιτιού, διευθέτηση οικονομικών θεμάτων) | 7 (14%) | 14 (28%) | 3 (6%) | 8 (16%) | 18 (36%) |
| Προτροπή να ξυπνήσει το πρωί το άτομο με ψυχικές διαταραχές | 29(58%) | 12(24%) | 1(2%) | 7(14%) | 1(2%) |

Πίνακας 8. Μέση Τιμή και Σταθερή Απόκλιση της έντασης, επίβλεψης, ανησυχίας, προτροπής και συνολικής επιβάρυνσης

| | Μέση Τιμή | Σταθερή Απόκλιση |
|------------------------------------|-----------|------------------|
| Ένταση | 16.96 | 5.56 |
| Επίβλεψη | 10.72 | 3.05 |
| Ανησυχία | 22.86 | 5.27 |
| Προτροπή | 22.10 | 5.51 |
| Συνολική Βαθμολογία Επιβάρυνσης | 68.58 | 13.38 |

Πίνακας 9. Ικανότητα του φροντιστή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας του ασθενή

| Ικανότητα | Συγγενείς/Φροντιστές(n=50) n (%) |
|----------------|-------------------------------------|
| Ποτέ | - |
| Μερικές φορές | 2 (4%) |
| Τακτικά | 16 (32%) |
| Συχνά | 14 (28%) |
| (Σχεδόν) Πάντα | 18 (36%) |

Πίνακας 10. Οικονομική επιβάρυνση των συγγενών, φροντιστών

| Κατηγορίες δαπανών | Συγγενείς/Φροντιστές (n =50) n (%) |
|--|---------------------------------------|
| Επαγγελματική βοήθεια | 14 (28%) |
| Ζημιά | 4 (8%) |
| Πληρωμή μεγάλων δαπανών | 5 (10%) |
| Εξοδα ταξιδιού | 12 (24%) |
| Φάρμακα | 3 (6%) |
| Πληρωμή χρεών | 7 (14%) |
| Άλλες δαπάνες | |
| Κατά προσέγγιση ποσό που δαπανήθηκε | |
| > 50€ | 32 (64%) |
| 50 - 80€ | 3 (6%) |
| 80 - 200€ | 6 (12%) |
| 200 - 400€ | 4 (8%) |
| < 400€ | 5 (10%) |

Πίνακας 11. Διαπιστώσεις των έξι τομέων του ΝΗΡ

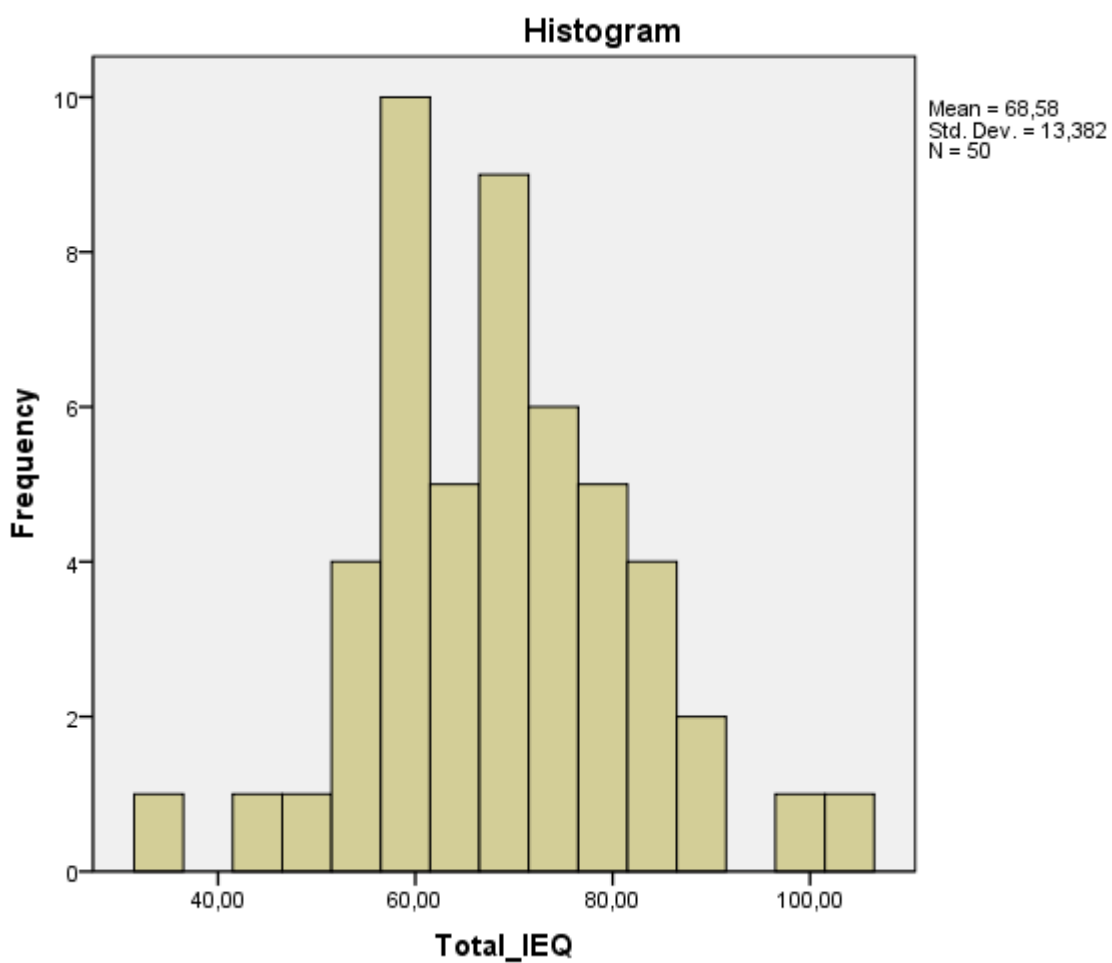
| ΤΟΜΕΙΣ | Συγγενείς/Φροντιστές (n= 50) | |
|---|------------------------------|----------|
| | Ναι | Όχι |
| Κινητικότητα | | |
| μπορώ να περπατώ μόνο μέσα στο σπίτι | 2 (4%) | 48 (96%) |
| μου είναι δύσκολο να σκύβω | 27 (54%) | 23 (46%) |
| δε μπορώ καθόλου να περπατήσω | 3 (6%) | 47 (94%) |
| δυσκολεύομαι να ανέβω και να κατέβω τις σκάλες | 23 (46%) | 27 (54%) |
| δυσκολεύομαι να απλώσω τα χέρια μου για να φτάσω κάτι | 15 (30%) | 35 (70%) |
| δυσκολεύομαι να ντυθώ μόνος | 2 (4%) | 48 (96%) |
| δυσκολεύομαι να στέκομαι για πολύ | 23 (46%) | 27 (54%) |
| χρειάζομαι βοήθεια όταν περπατάω έξω από το σπίτι | 4 (8%) | 46 (92%) |
| Πόνος | | |
| πονάω τη νύχτα | 15 (30%) | 35 (70%) |
| έχω αφόρητους πόνους | 7 (14%) | 43 (86%) |
| πονάω όταν αλλάξω στάση | 19 (38%) | 31 (62%) |
| πονάω όταν περπατάω | 17 (34%) | 33 (66%) |
| πονάω όταν στέκομαι όρθιος | 17 (34%) | 33 (66%) |
| πονάω συνέχεια | 6 (12%) | 44 (88%) |
| πονάω όταν ανεβοκατεβαίνω τις σκάλες | 19 (38%) | 31 (62%) |
| πονάω όταν κάθομαι | 10 (20%) | 40 (80%) |
| Ύπνος | | |
| παίρνω χάπια για να κοιμηθώ | 7 (14%) | 43 (86%) |
| ξυπνώ υπερβολικά νωρίς το πρωί | 5 (10%) | 45 (90%) |
| μένω ξύπνιος σχεδόν όλη τη νύχτα | 9 (18%) | 41 (82%) |
| δεν με παίρνει εύκολα ο ύπνος | 22 (44%) | 28 (56%) |
| κοιμάμαι άσχημα | 3 (6%) | 47 (94%) |
| Ενεργητικότητα | | |
| είμαι συνέχεια κουρασμένος | 24 (48%) | 26 (52%) |
| τα κάθε τι χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια | 47 (94%) | 3 (6%) |
| κουράζομαι εύκολα | 28 (56%) | 22 (44%) |
| Συναισθηματικές αντιδράσεις | | |
| οι καταστάσεις με καταβάλλουν | 45 (90%) | 5 (10%) |
| έχω ξεχάσει πως είναι να απολαμβάνω τη ζωή | 21 (42%) | 29 (58%) |
| τα νεύρα μου είναι πολύ τεντωμένα | 13 (26%) | 37 (74%) |
| οι μέρες μου μοιάζουν ατελείωτες | 8 (16%) | 42 (84%) |
| χάνω εύκολα την ψυχραιμία μου | 14 (28%) | 36 (72%) |
| οι έννοιες δεν με αφήνουν να κοιμηθώ τη νύχτα | 24 (48%) | 26 (52%) |
| αισθάνομαι ότι χάνω τον έλεγχο | 10 (20%) | 40 (80%) |
| αισθάνομαι ότι η ζωή δεν έχει αξία | 6 (12%) | 44 (88%) |
| ξυπνώ με μελαγχολική διάθεση | 20 (40%) | 30 (60%) |
| Κοινωνική απομόνωση | | |
| αισθάνομαι μοναξιά | 18 (36%) | 32 (64%) |
| δυσκολεύομαι να έρθω σε επαφή με άλλους ανθρώπους | 4 (8%) | 46 (92%) |
| αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κανείς να νοιώθω κοντά του | 13 (26%) | 37 (74%) |
| αισθάνομαι ότι είμαι βάρος σε άλλους | 5 (10%) | 45 (90%) |
| δυσκολεύομαι να τα πάω καλά με τους ανθρώπους | 3 (6%) | 47 (94%) |

Πίνακας 12. Μέση τιμή των τομέων του ερωτηματολογίου N.H.P

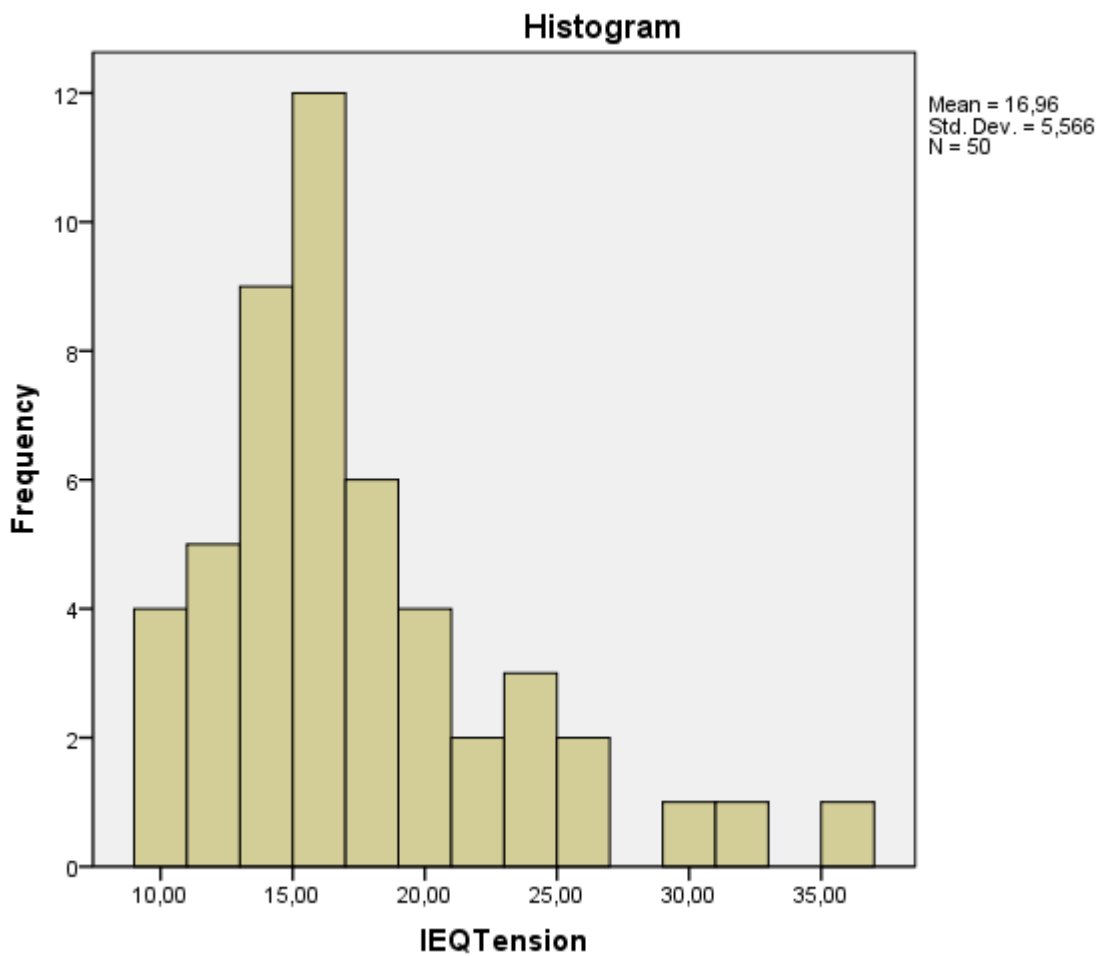
| ΤΟΜΕΙΣ | Μέση τιμή | Σταθερή Απόκλιση |
|-----------------------------|-----------|------------------|
| Κινητικότητα | 24.75 | 24.15 |
| Πόνος | 27.5 | 32.82 |
| Ύπνος | 18.4 | 18.45 |
| Ενεργητικότητα | 66 | 30.48 |
| Συναισθηματικές αντιδράσεις | 35.77 | 25.92 |
| Κοινωνική απομόνωση | 50 | 33.38 |

Πίνακας 13. Συσχετίσεις των τομέων του ερωτηματολογίου N.H.P με άλλες μεταβλητές

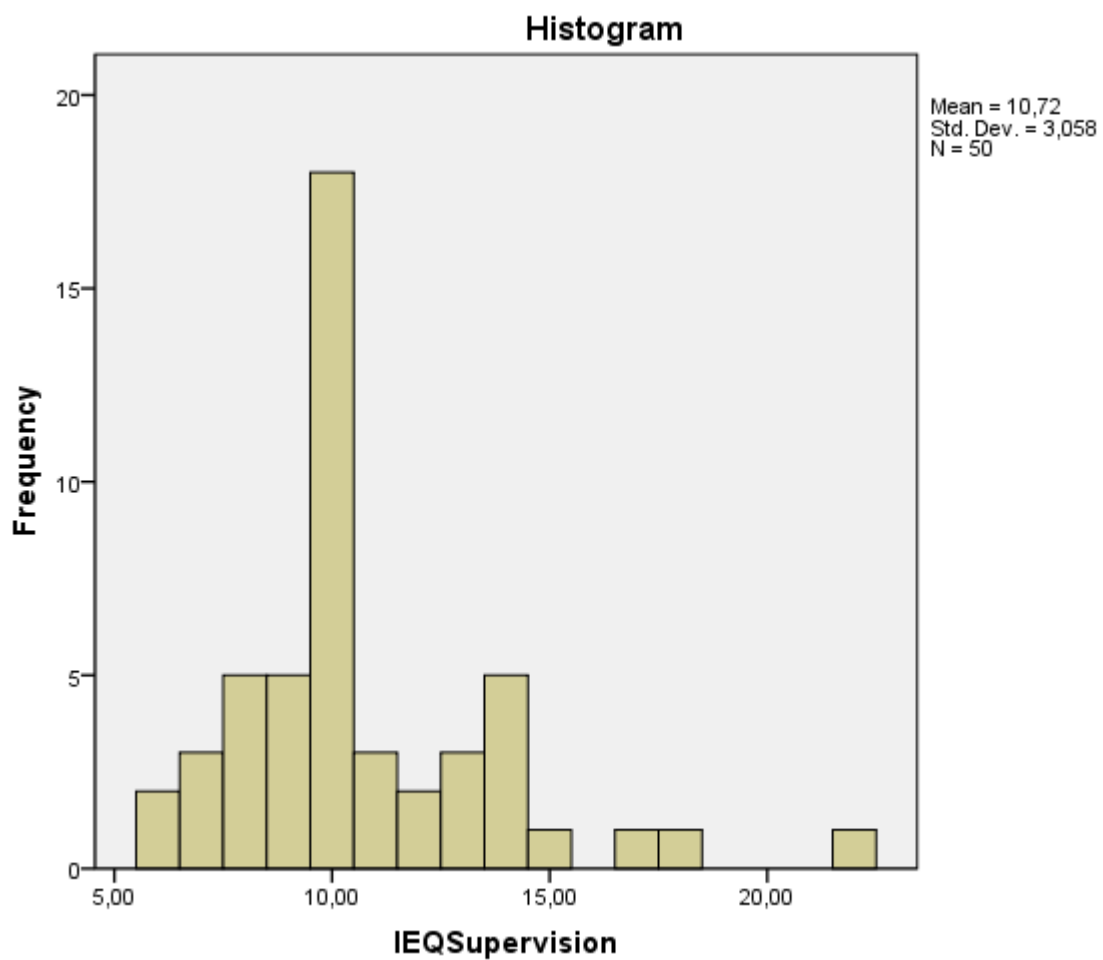
| | Ενεργητικότητα | Πόνος | Κοινωνική απομόνωση | Κινητικότητα | Συναισθηματική αντίδραση | Ύπνος |
|----------------------------|-----------------------------|-------|---------------------|--------------|--------------------------|-------|
| <i>Μεταβλητές</i> | Τιμή του P (P-value) | | | | | |
| Ηλικία | 0.016 | 0.002 | 0.001 | 0.003 | 0.330 | 0.157 |
| Φύλο | 0.006 | 0.006 | 0.536 | 0.004 | 0.012 | 0.033 |
| Σχέση φροντιστή - ασθενή | 0.009 | 0.400 | 0.001 | 0.344 | 0.070 | 0.206 |
| Συγκατοίκηση | 0.050 | 0.074 | 0.016 | 0.263 | 0.433 | 0.068 |
| Μορφωτικό Επίπεδο | 0.019 | 0.036 | 0.113 | 0.104 | 0.532 | 0.059 |
| Οικογενειακή κατάσταση | 0.111 | 0.001 | 0.581 | 0.034 | 0.668 | 0.006 |
| Χρονική διάρκεια της νόσου | 0.596 | 0.120 | 0.088 | 0.068 | 0.118 | 0.946 |



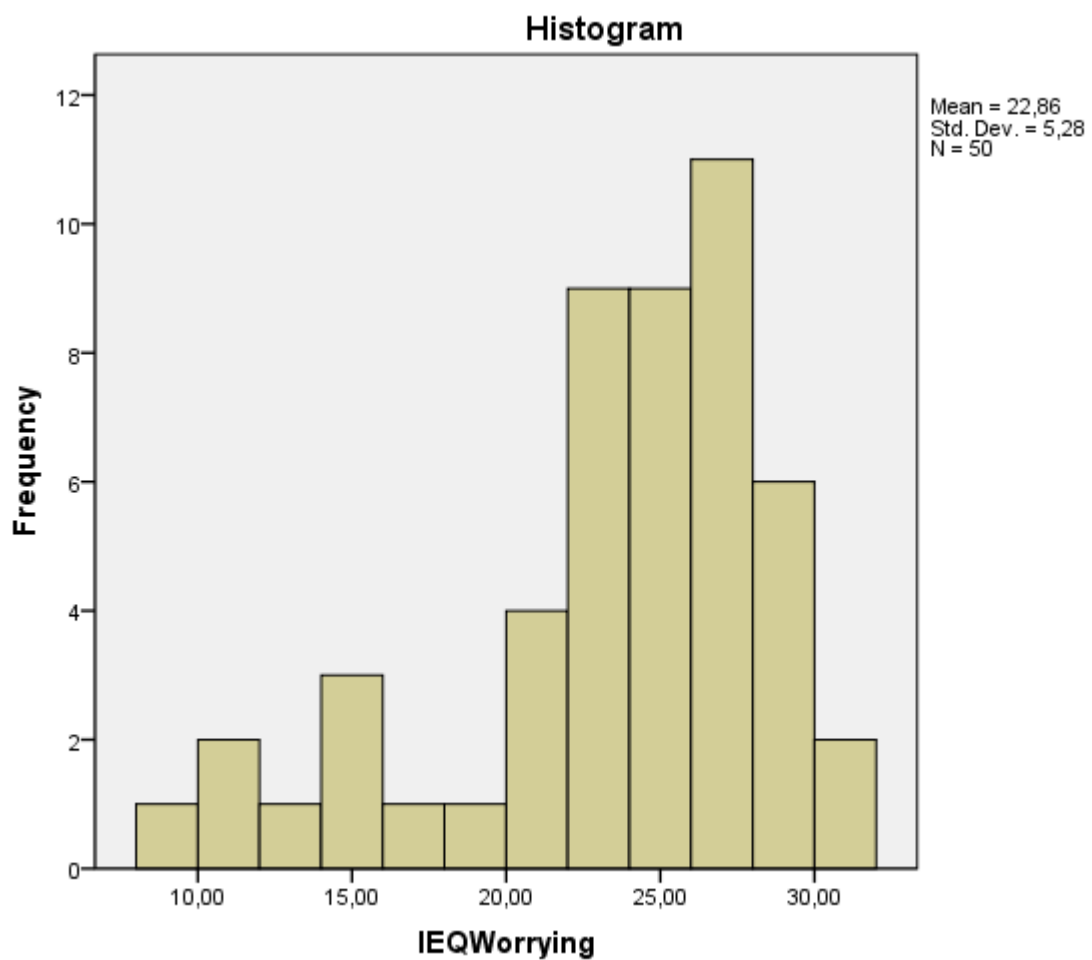
Γράφημα 1. Συνολική βαθμολογία της Επιβάρυνσης



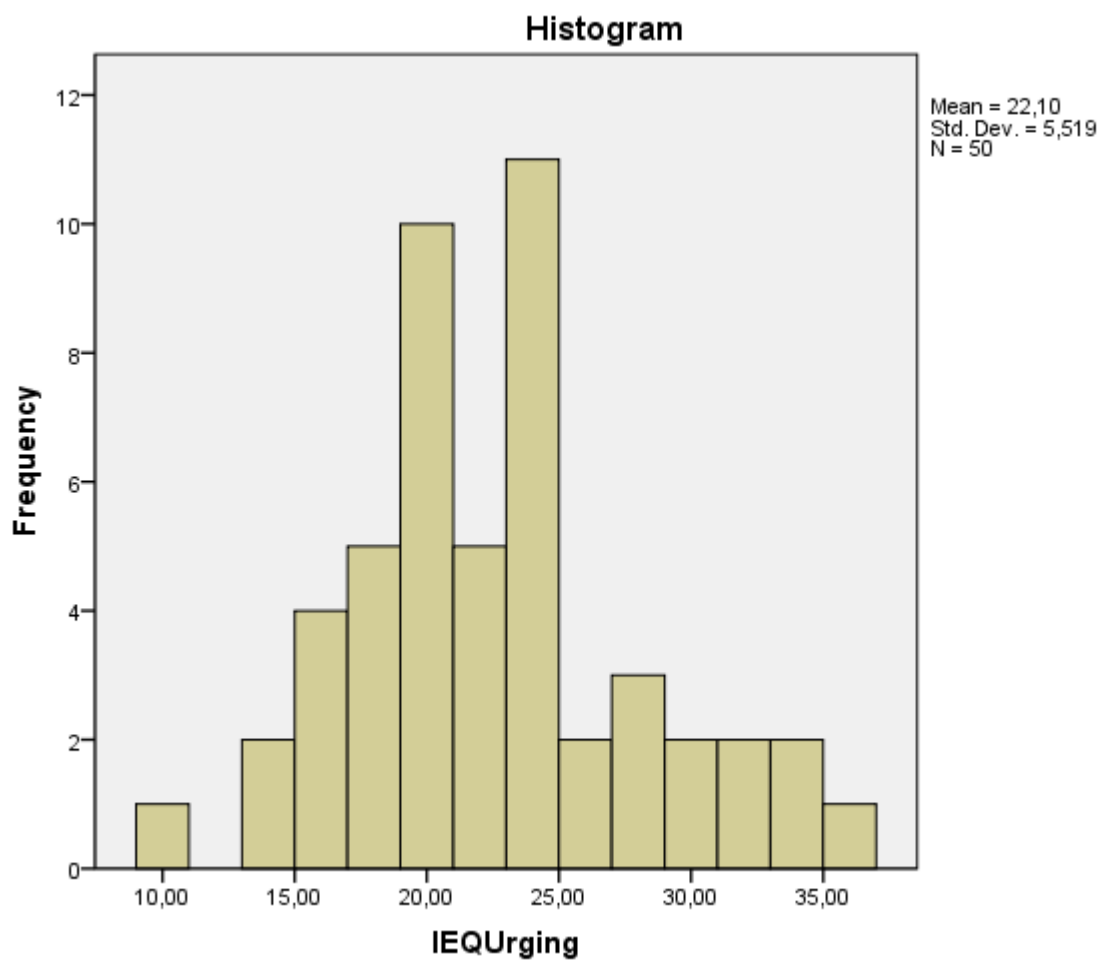
Γράφημα 2. Συνολική βαθμολογία της έντασης



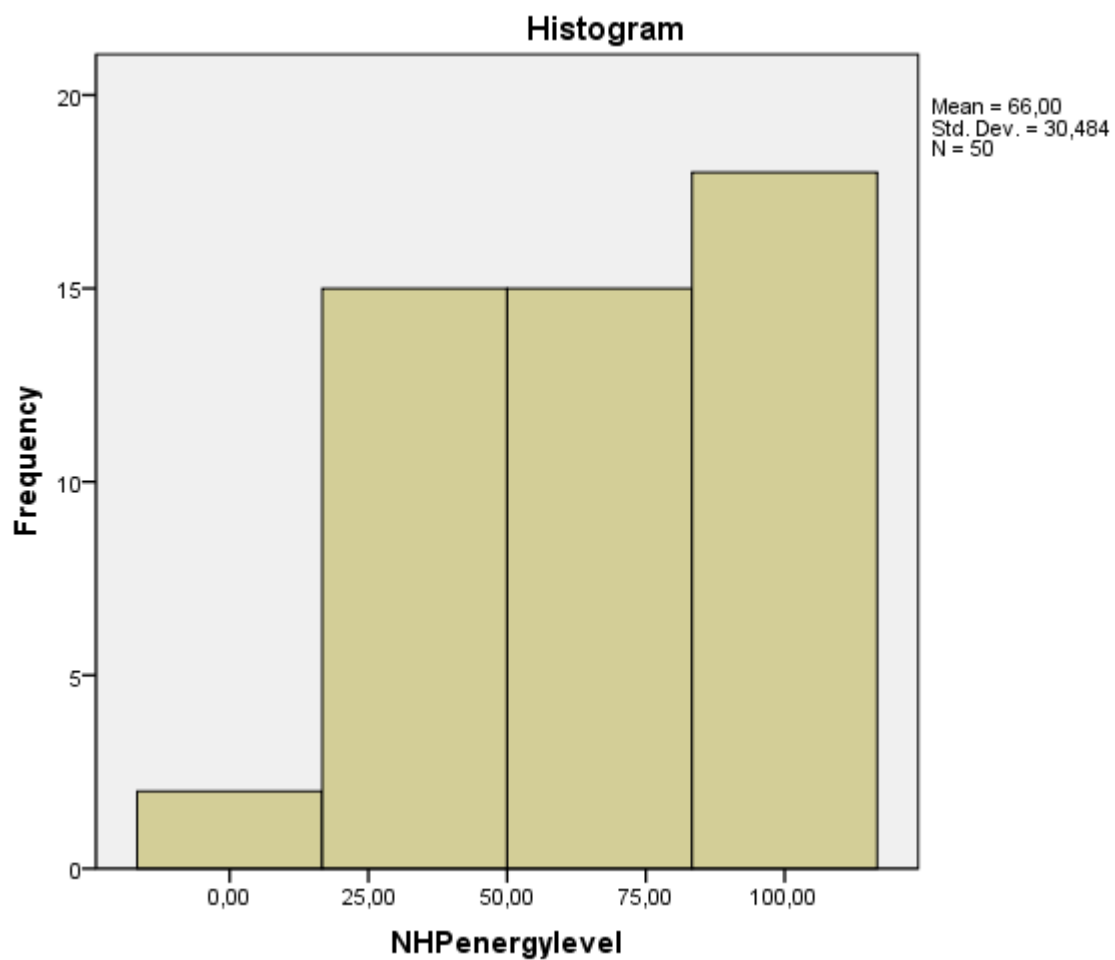
Γράφημα 3. Συνολική βαθμολογία της επίβλεψης



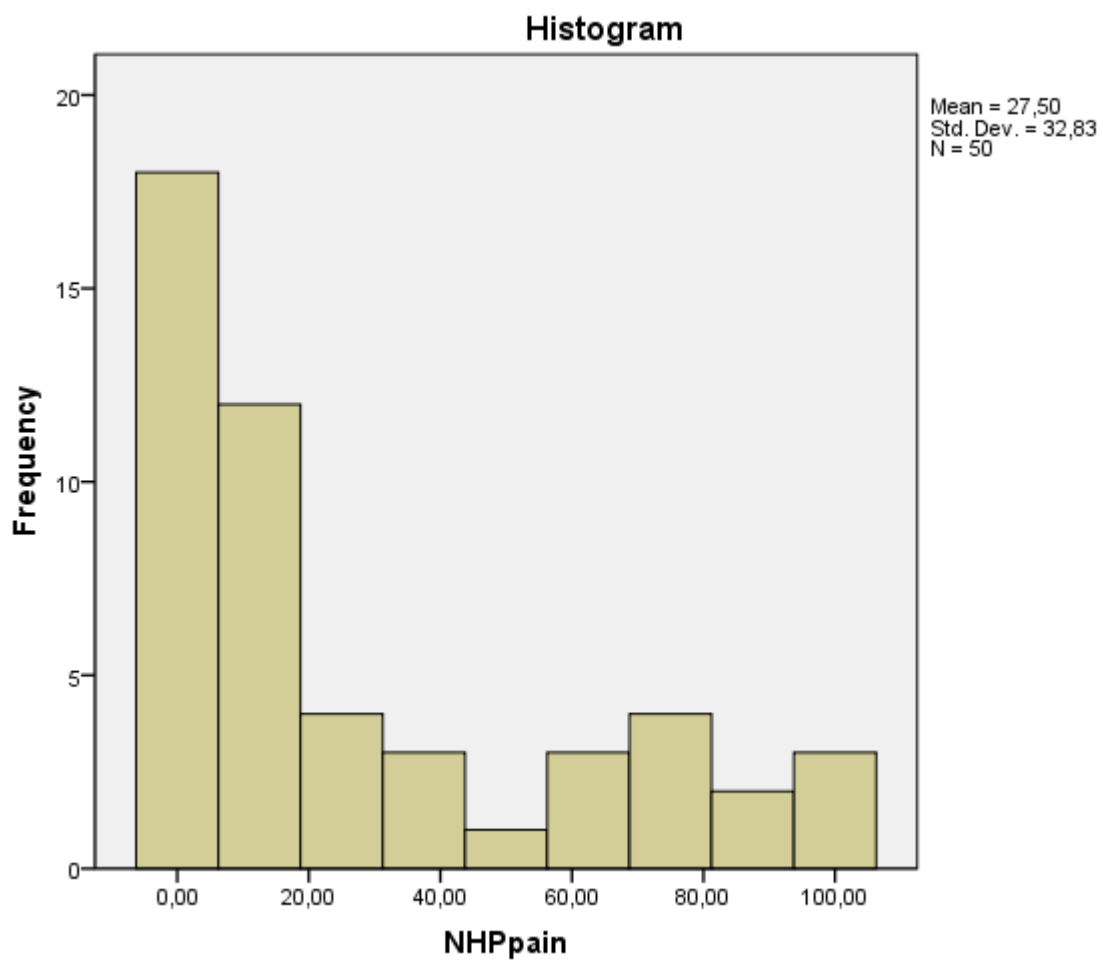
Γράφημα 4. Συνολική βαθμολογία της ανησυχίας



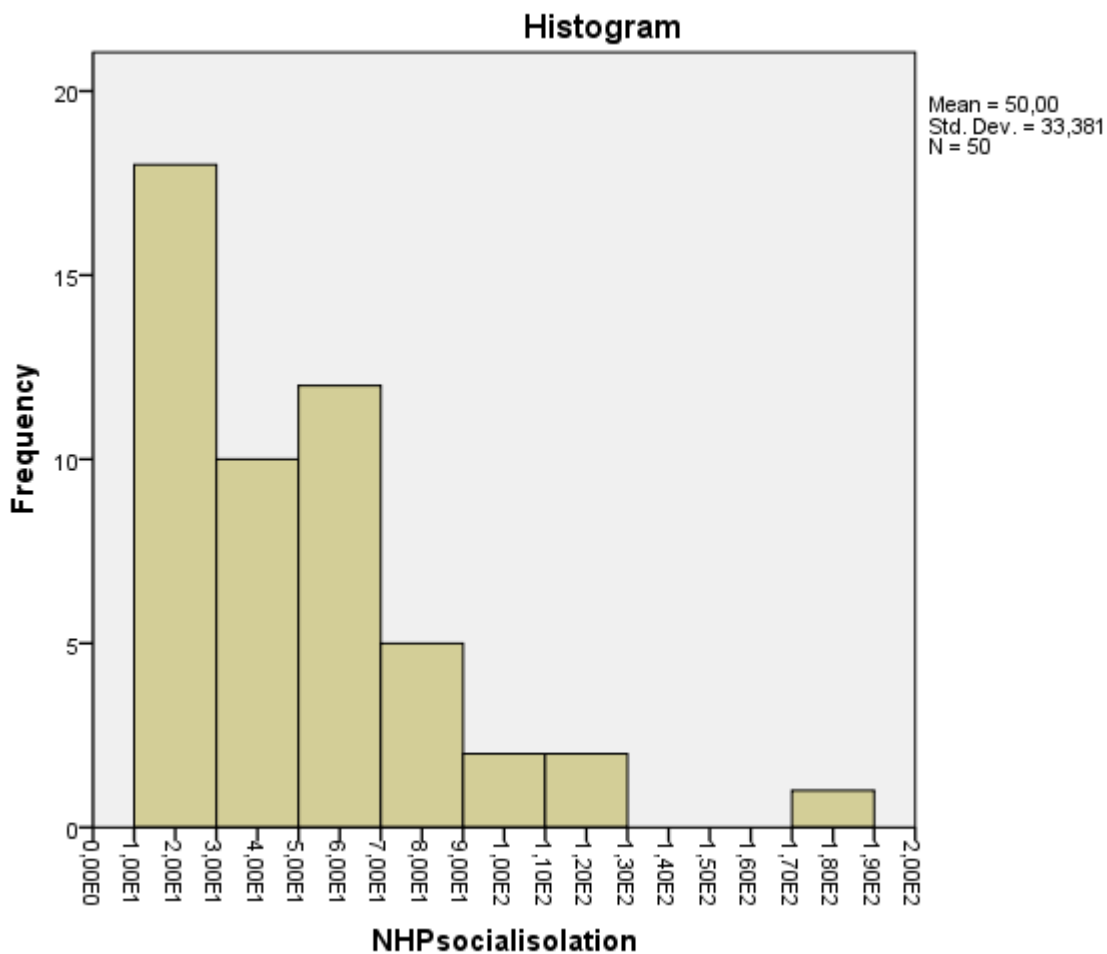
Γράφημα 5. Συνολική βαθμολογία της προτροπής



Γράφημα 6. Συνολική βαθμολογία της ενεργητικότητας

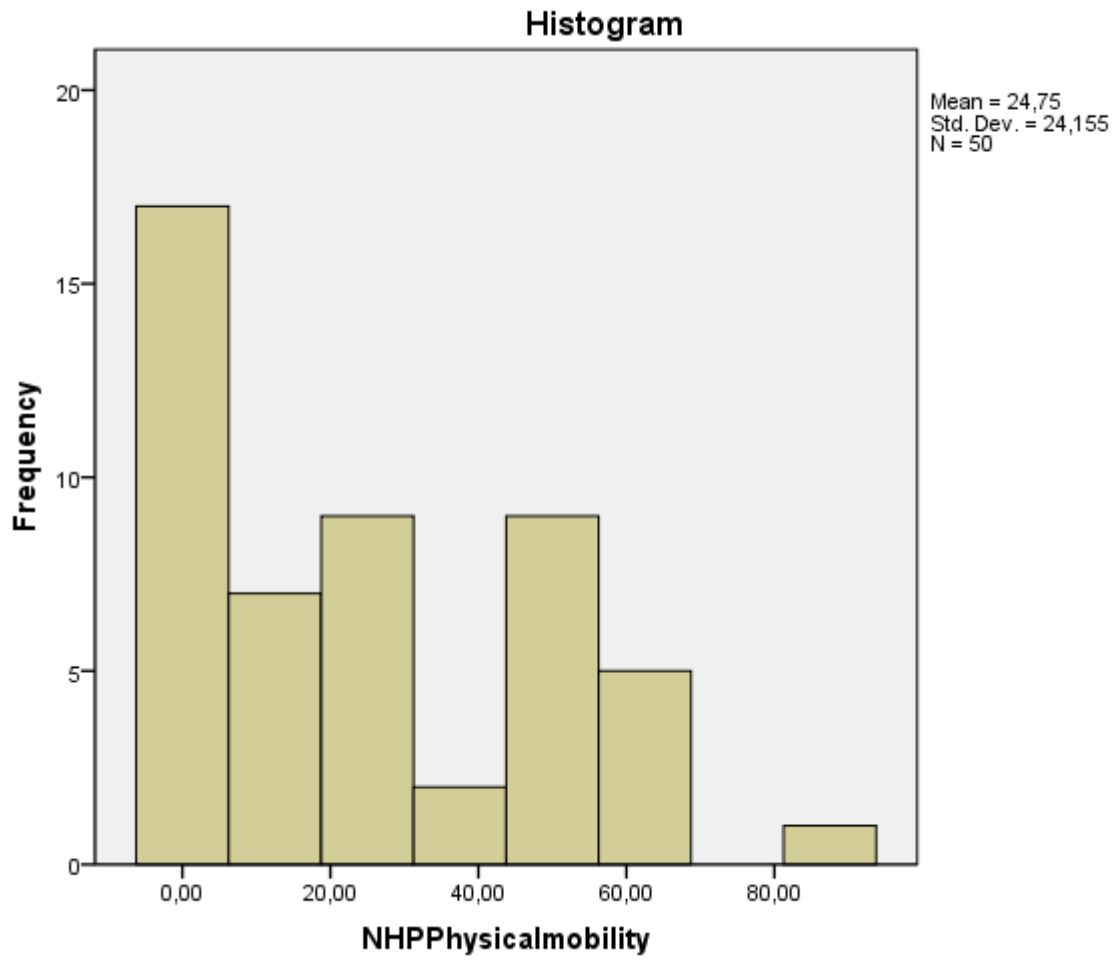


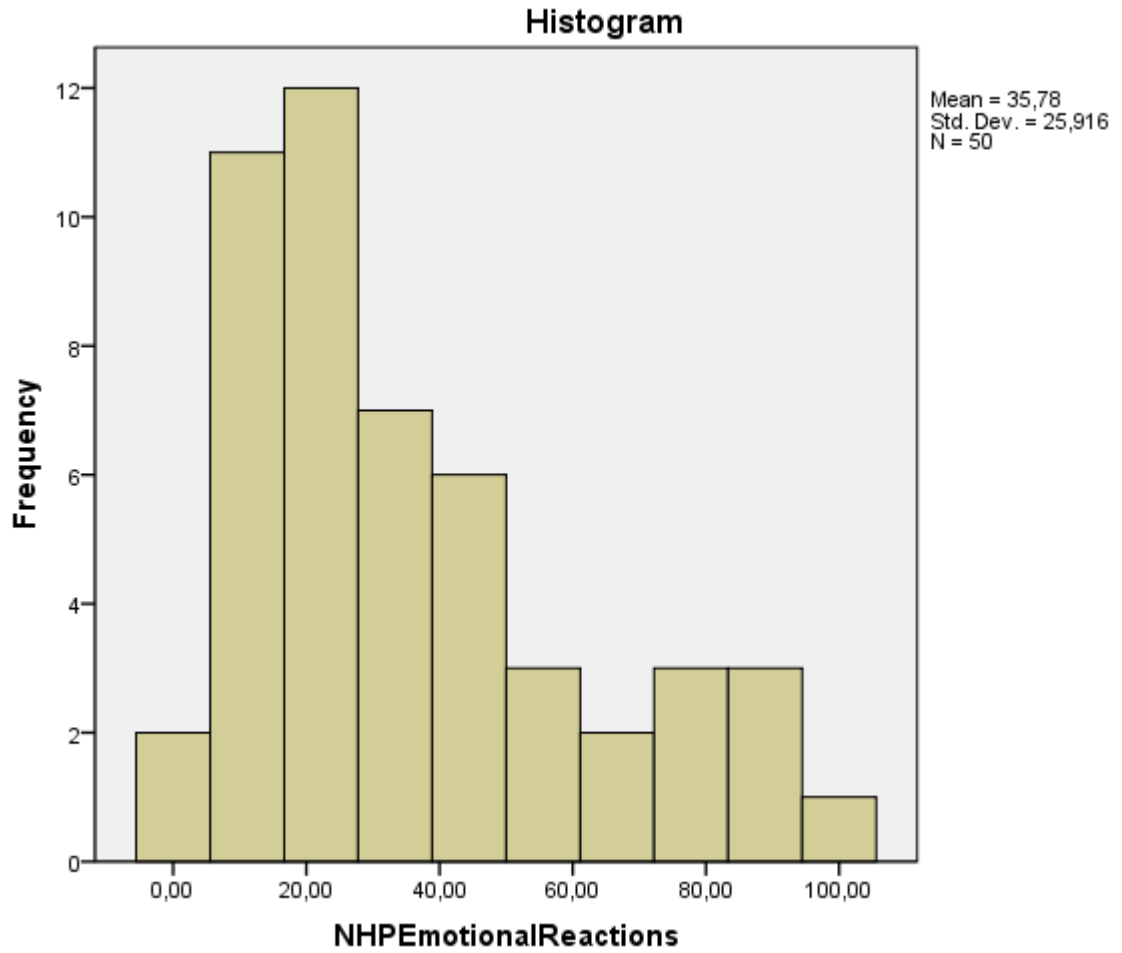
Γράφημα 7. Συνολική βαθμολογία του πόνου



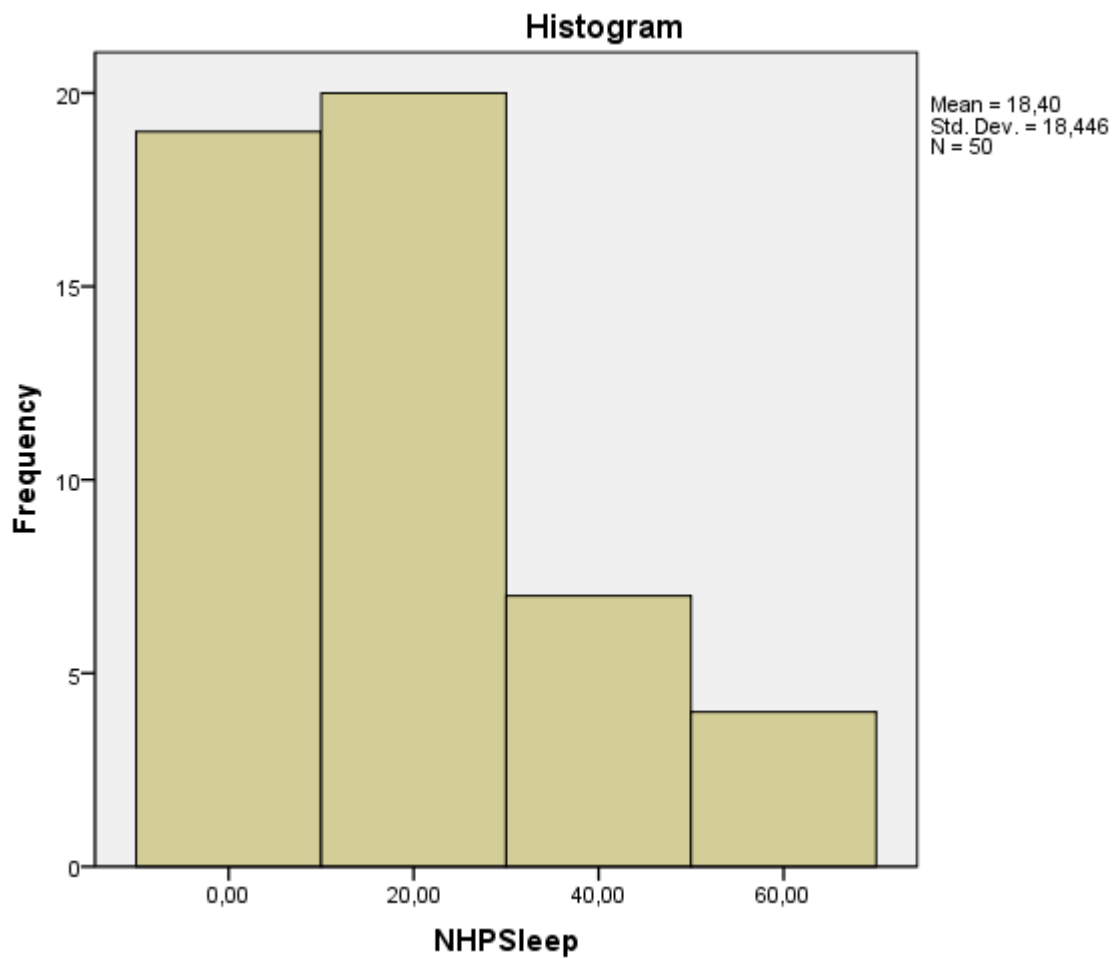
Γράφημα 8. Συνολική βαθμολογία της κοινωνικής απομόνωσης

Γράφημα 9. Συνολική βαθμολογία της κινητικότητας





Γράφημα 10. Συνολική βαθμολογία της συναισθηματικής αντίδρασης



Γράφημα 11. Συνολική βαθμολογία του ύπνου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

- **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (Involvement Evaluation Questionnaire-IEQ)**
- **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ NOTTINGHAM (Nottingham Health Profile -N.H.P.)**
- **ΈΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**