



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

---

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ :**

**Διερεύνηση της ποιότητας της ζωής**  
**πασχόντων από σχιζοφρένεια**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :**

**ΚΑΨΑΛΗΣ ΜΗΝΑΣ**

**ΠΟΥΣΙΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΤΣΙΑΜΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019

---

## Πίνακας Περιεχομένων

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	4
Τίτλος: Διερεύνηση της ποιότητας της ζωής πασχόντων από σχιζοφρένεια .....	5
Περίληψη.....	5
Title: Research of the quality of life of patients with schizophrenia.....	6
Abstract .....	6
Θεωρητικό Μέρος .....	7
Εισαγωγή .....	7
Ποιότητα ζωής: ορισμός και μέτρηση.....	8
Υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής .....	8
Ειδικά όργανα για την ασθένεια .....	9
Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία .....	14
Ψυχιατρικά νοσήματα – Σχιζοφρένεια .....	17
Ψυχική διαταραχή.....	17
Ορισμός .....	18
Ταξινόμηση.....	20
Αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών .....	21
Οι ψυχικές ασθένειες είναι κοινές.....	23
Εν μέρει κληρονομικές .....	23
Οργάνωση συμπτωμάτων .....	25
Γνωστική δυσλειτουργία .....	26
Θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων .....	28
Ψυχοθεραπεία .....	28
Φαρμακοθεραπεία.....	29
Άλλες θεραπείες.....	29
Αναπηρία.....	30
Ορισμός της αναπηρίας .....	30
Αιτιολογικοί Παράγοντες και μορφές αναπηρίας .....	31
Ορισμός Άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ) .....	33
Τα δικαιώματά τους .....	35
Τα άτομα με σχιζοφρένεια και ψυχικά προβλήματα .....	37
Άτομα με Νοητική Καθυστέρηση .....	41
Αυτισμός.....	43
Διαταραχές ομιλίας.....	45

Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος.....	48
Δυσκολίες μάθησης.....	50
Άτομα με κινητικά προβλήματα.....	51
Προβλήματα όρασης – βαρηκοΐας.....	52
Εγκεφαλική παράλυση.....	53
Ψυχικές ανάγκες κι ο ρόλος της οικογένειας και του νοσηλευτή .....	56
Ψυχικές ανάγκες των παιδιών με ειδικές ανάγκες.....	56
Δυσκολίες της ψυχικής υγείας.....	58
Ο ρόλος της οικογένειας .....	60
Ο ρόλος του νοσηλευτή .....	73
Ερευνητικό Μέρος.....	76
Μεθοδολογία .....	76
Σκοπός .....	76
Ερευνητικά ερωτήματα.....	76
Δείγμα.....	77
Εργαλεία αξιολόγησης .....	78
<b>Στατιστική ανάλυση</b> .....	79
Δημογραφικά στοιχεία.....	79
Κύριο μέρος ερωτηματολογίου .....	85
Ερευνητικά ερωτήματα.....	100
Συμπεράσματα.....	105
Βιβλιογραφία .....	110
Ιστοσελίδες:.....	111



QoL: Quality of Life

HRQoL: Health Related Quality of Life

KDQOL: Kidney Disease Quality of Life

DQLCTQ-R: Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire-Revised

DQOL: Diabetes Quality of Life

MLHFQ: Minnesota Living Heart Failure Questionnaire

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer

AIMS: Asian Institute of Medical Sciences

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA: American Psychological Association

ICD-10: International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> Revision

ΔΕΠΥ: Διαταραχή Ελλειματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας

ΗΣΘ: Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

WHO: World Health Organisation

ΑΜΕΑ: Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες

Ε.Π.: Εγκεφαλική Παράλυση

# Τίτλος: Διερεύνηση της ποιότητας της ζωής πασχόντων από σχιζοφρένεια

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις ψυχικές διαταραχές που προκαλούν ακόμη και σήμερα σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή. Η ποιότητα ζωής των πασχόντων από σχιζοφρένεια εξετάζεται σήμερα τόσο σε ερευνητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο καθώς αποτελεί ένα πολύτιμο δείκτη αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, αλλά και δείκτη μεταξύ άλλων, που αναδεικνύει τις προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ειδικοί που ασχολούνται με τη σχιζοφρένεια και τις άλλες χρόνιες ψυχικές διαταραχές σήμερα. Δεδομένου αυτών κρίνεται σημαντική η μελέτη της ποιότητας της ζωής των πασχόντων με σχιζοφρένεια.

**Σκοπός:** Η παρούσα ερευνητική μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης της ποιότητας της ζωής των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με τη διαταραχή της σχιζοφρένειας.

**Μεθοδολογία:** Στην μελέτη μας συμμετείχαν 80 ενήλικες ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας. Όσον αφορά το φύλο το 52.5% ήταν άνδρες και το 47.5% γυναίκες. Ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν τα 49 έτη. Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το γνωστό σε όλους ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL), μετά από σχετική άδεια χρήσης του. Μέρος του ερωτηματολογίου (WHOQOL) αφορούσε την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του εξεταζόμενου. Το ερωτηματολόγιο (WHOQOL) αποτελείται από 100 στοιχεία που είναι οργανωμένα σε 24 κατηγορίες οι οποίες αφορούν 5 τομείς: φυσικός, ψυχολογικός, κοινωνικός, περιβάλλον και πνευματικότητα. Για την μελέτη ορίστηκαν σαφή κριτήρια εισδοχής όπως η ηλικία, η διάγνωση και η τουλάχιστο μία φορά νοσηλεία. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι συνήθιθοι μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 23, το λογιστικό φύλλο Microsoft Excel 2010, έγινε ανάλυση t-test για ανεξάρτητα δείγματα, για την εύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στις κύριες υπό εξέταση μεταβλητές και ορίστηκε στο  $p < 0,05$  ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας. Για την εξέταση δε της πιθανής σχέσης μεταξύ των κύριων υπό εξέταση εφαρμόστηκε ανάλυση συσχέτισης (Pearson correlation).

**Αποτελέσματα:** Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο το 35% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, 28,75% απόφοιτοι Λυκείου και Ιεκ, το 25% απόφοιτοι Δημοτικού και το 11,25% απόφοιτοι ανώτατης σχολής. Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ήταν το 23,75% διαζευγμένοι, το 22,5% ήταν παντρεμένοι, το 21,75% ήταν σε διάσταση, το 15% ήταν παντρεμένοι, το 10% ήταν χήροι και το 7,5% ήταν ανύπαντροι. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι έχει μετρίου βαθμού ποιότητα ζωής (άνδρες:  $p < 0,027$ , γυναίκες  $p < 0,029$ ). Στον ίδιο βαθμό αποτυπώθηκε η επίδραση της νόσου όσον αφορά τα συναισθήματα, τις γενικές δραστηριότητες, τα βιώματα τους, την εργασία, την μετακίνηση και τις προσωπικές τους πεποιθήσεις.

**Συμπεράσματα:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια και ειδικές ανάγκες αποτελούν μια ομάδα ατόμων που η διαφορετικότητα τους είναι μόνο στην αναπηρία τους κι όχι στη προσωπικότητά τους. Στην παρούσα μελέτη αποτυπώνεται η επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αναδεικνύοντας την ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων που θα βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

**Λέξεις κλειδιά:** ποιότητα ζωής, σχιζοφρένεια, πάσχοντες, ψυχική υγεία

## Abstract

### **Title: Research of the quality of life of patients with schizophrenia**

**Introduction:** Schizophrenia is psychological disorder that causes even today serious impacts to life of people that suffer from it. The quality of life of sufferers from schizophrenia is being considered today both in research and clinical level. The quality of life of people with schizophrenia constitutes a valuable indicator for the effectiveness that the therapeutic interventions have, that being applied to them but also the indicator including others that shows the challenges that are being encountered from experts that are involved with schizophrenia but also the other chronic psychological disorders today, so it is necessary the study of quality of life of patients with schizophrenia.

**Purpose:** This study research constitutes an effort of investigation of the quality of life of people that have been diagnosed with the disorder of schizophrenia.

**Methodology:** in our study took part 80 adults patients with schizophrenia diagnosis. Concerning the sex 52,5% were men and 47,5% women. The average age was 49 years old. As research tool was used the well-known questionnaire of World Health Organization of Quality Of Life (WHOQOL) after relevant license. Part of our questionnaire concerned the description of socio-demographic characteristics of the subject. The questionnaire is composed from 100 items that are organized in 24 categories that are related to 6 sectors: physical, psychological, social, environment and sanity. Admission criteria are defined to our study such as age, diagnosis and at least one hospitalization. For statistic analysis we used common methods of descriptive statistical analysis, the statistic pack SPSS 23, spreadsheet Microsoft Excell 2010. Analysis t-test for independent samples to find possible differences between the two sexes in the main variables under consideration. The degree of materiality defined to  $p < 0,05$ . A correlation analysis was applied to examine the possible relationship between the main examinations (Pearson Correlation).

**Results:** as far as the educational level is concerned the 35% were secondary school graduated, 28,75% high school, 25% primary school and 11,25% university. Also, the marital status of the responders was 23,75% divorced, the 22,5% were married, 21,75% separated, 15% in relationship, 10% widowers and 7,5% unmarried. Concerning the quality of life the higher percentage considers to have a moderate degree quality of life (men  $p < 0,027$ , women  $p < 0,029$ ). In the same degree was captured the effect of disease concerning the feelings, general activities, the experiences, the job, the transfer and personal beliefs.

**Conclusions:** the individuals with schizophrenia and special needs are a group of people that their diversity is only in their disability and not in their personality. This study reflects the impact of the disease of the quality of life of patients, highlighting the needs to design and implement actions that will improve the quality of life of patients, taking into account the factors that affect it.

**Key Words:** quality of life, schizophrenia, patients, mental health



## Θεωρητικό Μέρος

### Εισαγωγή

Η φράση «ποιότητα ζωής» χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως, τόσο στην ακαδημαϊκή γραφή όσο και στην καθημερινή ζωή. Είναι ένας από αυτούς τους λαμβανόμενους για χορηγημένους όρους, από τους οποίους σκεφτόμαστε το νόημα. Παρόλο που θα υπάρξει κάποια κοινή αντίληψη τι σημαίνει «ποιότητα ζωής», μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τον όρο διαφορετικά στη δική μας ιδιωτική και επαγγελματική ζωή. Η ποιότητα της ζωής είναι μια από τις πολλές έννοιες της κοινωνικής επιστήμης, οι οποίες χρησιμοποιούνται τακτικά στην καθημερινή ζωή και έχουν γίνει μέρος του πολιτιστικού και πολιτισμικού λεξιλογίου. Ίσως το κλασικό παράδειγμα είναι εκείνο της τάξης. Μέσα στις περισσότερες κοινωνιολογικές θεωρίες της κοινωνικής στρωματοποίησης, η τάξη αναφέρεται στις σχέσεις εξουσίας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, ιδίως όσον αφορά την οικονομική δύναμη<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> (Giddens και Birdsall 2001).

## **Ποιότητα ζωής: ορισμός και μέτρηση**

Η ποιότητα ζωής (QoL) μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, καθιστώντας τη μέτρηση και την ενσωμάτωσή της σε επιστημονική μελέτη δύσκολη. Αυτό είναι θεωρητικό έγγραφο σχετικά με τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η στρατηγική αναζήτησης περιελάμβανε συνδυασμό λέξεων-κλειδιών «ποιότητα ζωής», «ορισμός» του QoL »καθώς και «μέτρηση QoL»σε τίτλους με τη χρήση βάσεων δεδομένων Medline και Google Scholar. Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολύπλοκο, πολύπλευρο κατασκεύασμα που απαιτεί πολλαπλές προσεγγίσεις από διαφορετικές θεωρητικές γωνίες. Οι επιστήμονες από τους διάφορους κλάδους της κοινωνικής επιστήμης ενθαρρύνονται να εκμεταλλευτούν τα δυνατά σημεία των άλλων συνεισφορών σε μια προσπάθεια συνεργασίας. Ο όρος «ποιότητα ζωής», συνήθως, αναφέρεται στην ευεξία, όπως την αντιλαμβάνεται ο κάθε άνθρωπος, είτε ως οι αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής του, είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ή ως συνδυασμός και των δύο.

---

## **Υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής**

Η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (HRQoL) ασχολείται ειδικά με τις πτυχές της υγείας, ενώ ταυτόχρονα λογοδοτεί γενικά στοιχεία QoL. Το HRQoL έχει κατανοηθεί με διάφορους τρόπους και έτσι έχει μετρηθεί χρησιμοποιώντας μια ποικιλία οργάνων<sup>2</sup>. McDowell and Newell (1996) για παράδειγμα υποδηλώνουν ότι υπάρχει μικρή διαφορά μεταξύ της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής και ότι οι δύο μπορούν να μετρηθούν με παρόμοιο τρόπο. Από την άλλη πλευρά, οι Mathers και Douglas (1998) κάνουν διάκριση μεταξύ παρατηρούμενου στόχου και μέτρων υγειονομικής κατάστασης, όπως

---

<sup>2</sup> ( O'Connor, 2004 • Theofilou, 2011a )



σε ένα κλινικό προφίλ και την αντίληψη ενός ατόμου για την ποιότητα της ζωής του. Μια σειρά από ορισμούς για το HRQoL έχουν εφαρμοστεί στην ανάπτυξη των εργαλείων HRQoL, όπως π.χ. ο ορισμός του ατόμου για τη συνολική ικανοποίησή του από τη ζωή ή την αίσθηση της προσωπικής ψυχολογικής, σωματικής και κοινωνικής του ευημερίας να είναι αυτοπροσδιοριστική, ανεξάρτητη και ικανοποιημένη από τον έλεγχο των διεργασιών της νόσου<sup>3</sup>, π.χ. συγκριτικές μελέτες σχετικά με το HRQoL σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, στον καρκίνο του μαστού<sup>4</sup> στη σκλήρυνση κατά πλάκας, στη χρόνια αποφρακτική πνευμονία νόσου<sup>5</sup>, στην υπέρταση<sup>6</sup>, στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια<sup>7</sup>, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα<sup>8</sup> και τις μυοσκελετικές διαταραχές<sup>9</sup>.

---

## **Ειδικά όργανα για την ασθένεια**

Η έρευνα για την ποιότητα ζωής της νεφρικής νόσου (KDQOL) αναπτύχθηκε το 1994 από την Ομάδα Εργασία Quality of Life ως μέτρου ειδικής για τη νεφρική νόσο του HRQoL. Η πρώτη έκδοση περιείχε τα Ιατρικά αποτελέσματα. Επίσης η μελέτη 36 (MOS SF-36) ως γενικός πυρήνας χρόνιας νόσου περιείχε και πρόσθετα στοιχεία σχετικά με ασθενείς με νεφροπάθεια, όπως τα συμπτώματα, το βάρος της ασθένειας, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η ενθάρρυνση του προσωπικού και η ικανοποίηση των ασθενών. Το KDQOL- 36, που διατίθεται από το 2002, είναι μια έρευνα HRQoL με 36 στοιχεία, με

---

<sup>3</sup> ( O'Connor, 2004 )

<sup>4</sup>(Theofilou, 2011f , 2012d )

<sup>5</sup> (Θεοφίλου, 2012e)

<sup>6</sup> ( Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2012)

<sup>7</sup> ( Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2012)

<sup>8</sup> (Theofilou, 2012f)

<sup>9</sup> (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2011 )

τέσσερις υποδιαιρέσεις ( Hays, Kallich, Mapes, Coons & Carter, 1994):

- Το SF-12 Μέτρο Φυσικής (PCS) και Ψυχικής (MCS) Λειτουργίας (1-12), με στοιχεία γενικά για την υγεία, τα όρια δραστηριότητας, την ικανότητα να επιτελούν τα επιθυμητά καθήκοντα, την κατάθλιψη και το άγχος, το επίπεδο ενέργειας και την κοινωνική δραστηριότητα.
- Βαρύτητα της υποκλίμακας της νόσου των νεφρών (13-16), με στοιχεία σχετικά με την αλληλεπίδραση της νόσου των νεφρών στην καθημερινή ζωή, καταλαμβάνει χρόνο, προκαλεί απογοήτευση ή κάνει τον ερωτώμενο να αισθάνεται σαν βάρος.
- Υποσύνολο συμπτωμάτων και προβλημάτων(17-28β), με στοιχεία για το πόσο ενοχλείται ένας ερωτώμενος όταν αισθάνεται από πόνο στους μυς, θωρακικό άλγος, κράμπες, φαγούρα ή ξηρό δέρμα, δύσπνοια, λιποθυμία/ζάλη, έλλειψη όρεξης, αίσθημα ξεπλύματος ή στραγγισμάτων, μούδιασμα στα χέρια ή τα πόδια, ναυτία, προβλήματα πρόσβασης στην αιμοκάθαρση.
- Επιδράσεις της νόσου των νεφρών στην υποεπιλογή καθημερινής ζωής (29-36), με στοιχεία για το πόσο ενοχλημένος ήταν ο ερωτώμενος στη διάρκεια της ημέρας και αν αισθάνεται όρια υγρών, περιορισμούς στη διατροφή, ικανότητα να εργάζεται γύρω από το σπίτι ή να ταξιδεύει, να αισθάνεται ότι εξαρτάται από τους γιατρούς και άλλο ιατρικό προσωπικό, άγχος ή ανησυχίες στη σεξουαλική ζωή και στην προσωπική εμφάνιση.

Το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής του Διαβήτη (DQLCTQ-R) αναπτύχθηκε με βάση τα σχόλια από ομάδες εστίασης, κλινικούς εμπειρογνώμονες και αναζητήσεις βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο επικυρώθηκε χρησιμοποιώντας δεδομένα από τις κλινικές δοκιμές, οι οποίες είχαν το πρόσθετο όφελος να δείξουν την

ανταπόκριση στην αλλαγή<sup>10</sup>. Το DQLCTQ-R ενσωματώνει προηγουμένως επικυρωμένες κλίμακες που ενισχύουν την πληρότητα του οργάνου. Το αυτοδιαχειριζόμενο μέτρο αναθεωρήθηκε για να συμπεριλάβει 57 στοιχεία που περιλαμβάνουν οκτώ τομείς, Γενικές: φυσικές λειτουργίες, ενέργεια/κόπωση, ψυχική υγεία και το συγκεκριμένο διαβήτη (DQOL): ικανοποίηση της θεραπείας, ευελιξία της θεραπείας, συχνότητα των συμπτωμάτων, ικανοποίηση. Οι απαντήσεις κλιμάκωσης περιλαμβάνουν μια σειρά 3-10 επιλογών in- : "όλη την ώρα" σε "καθόλου χρόνο", "πολύ ικανοποιημένη" σε "πολύ δυσαρεστημένη", "ποτέ" σε "όλη την ώρα" και "δεν εφαρμόζεται" σε "όλη την ώρα". Αυτό το όργανο έχει βρεθεί ότι είναι ένας έγκυρος και αξιόπιστος τρόπος μέτρησης του HRQoL του άτομα με διαβήτη όταν έχουν εφαρμοστεί νέες ή εναλλακτικές θεραπείες<sup>11</sup>.

Το Ερωτηματολόγιο για την αποτυχία της καρδιάς της Μινεσότα (MLHFQ) σχεδιάστηκε το 1987 για να μετρήσει τα αποτελέσματα της καρδιακής ανεπάρκειας και των θεραπειών για την καρδιακή ανεπάρκεια στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε να είναι αντιπροσωπευτικό των τρόπων που η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να επηρεάσει το βασικό φυσικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και τις διανοητικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής χωρίς να είναι υπερβολικά μεγάλη για τη χορήγηση κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών ή πρακτικών. Προς τη μέτρηση των επιπτώσεων των συμπτωμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας, των λειτουργικών περιορισμών και της ψυχολογικής δυσφορίας στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου, το MLHFQ ζητά από κάθε άτομο να δηλώσει χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert των 6 σημείων (μηδέν έως πέντε) πόσο από 21 προσόψεις τους εμποδίζει να ζουν όπως

---

<sup>10</sup> (Shen et al., 1999)

<sup>11</sup> (Rubin & Peyrot, 1999 . Shen et al., 1999)

επιθυμούν. Για κάθε ερώτηση η απάντηση μπορεί να κυμαίνεται από 0 (όχι), 1 (πολύ λίγο) έως 5 (πολύ). Έτσι, το συνολικό σκορ μπορεί να κυμαίνεται από 0 - 105, το πρώτο είναι το καλύτερο και το τελευταίο είναι το χειρότερο<sup>12</sup>.

Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την επίδραση των συχνών σωματικών συμπτωμάτων - δύσπνοια, κόπωση, περιφερικό οίδημα και δυσκολία στον ύπνο και ψυχολογικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης<sup>13</sup>. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας στη σωματική και κοινωνική λειτουργία ενσωματώνονται στο μέτρο. Οι θεραπείες μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την ανακούφιση των συμπτωμάτων και των λειτουργικών περιορισμών που προκαλούνται από την καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ερωτήσεις σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, τις διαμονές στο νοσοκομείο και το κόστος περίθαλψης περιλαμβάνονται επίσης στη μέτρηση της συνολικής επίδρασης μιας θεραπείας στην ποιότητα ζωής<sup>14</sup>. Παρόλο που το MLHFQ προωθεί τις σχετικές πτυχές των βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής, το ερωτηματολόγιο δεν σχεδιάστηκε για τη μέτρηση κάθε ιδιαίτερης διάστασης χωριστά.

Το EORTC QLQ-C30 (έκδοση 1.0) χρησιμοποιήθηκε για όλους τους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει αναπτυχθεί από την Ομάδα μελέτης της Ευρωπαϊκής Οργάνωσης για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC) για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής σε θέματα σχετικά με τους καρκινοπαθείς. Έχει σχεδιαστεί για να χορηγείται από τους ασθενείς και αποτελείται από 30 αντικείμενα, 24 από τα οποία είναι οργανωμένα σε εννέα κλίμακες: σωματική λειτουργία, λειτουργία ρόλων, συναισθηματική λειτουργία, γνωστική λειτουργία, κοινωνική λειτουργία, παγκόσμια κατάσταση υγείας /

---

<sup>12</sup> ( Rector, Kubo & Cohn, 1987 . Rector & Cohn, 1992 )

<sup>13</sup> ( Bennett κ.ά., 2002 )

<sup>14</sup> ( Rector et al., 1993 )

ποιότητα ζωής, κόπωση, ναυτία και έμετος και πόνος. Οι κατηγορίες απόκρισης του EORTC QLQC30 είναι "Όχι (1)" / "Ναι (2)" (Στοιχεία 1-7), "Όχι καθόλου (1)" / "A Little (Z) Bit (3) "/" Πολύ μεγάλο (4) "(στοιχεία 8-28), ή 1-7 κλίμακες με 1 αγκυρωμένο σε" Πολύ κακή "και 7 σε" Εξαιρετικό " και 30). Οι βαθμολογίες αντικειμένων μετατράπηκαν γραμμικά σε μια περιοχή από 0 έως 100<sup>15</sup>. Στο ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, το EORTC QLQC30 ακολουθήθηκε από 39 επιπλέον στοιχεία. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τους γυναικολογικούς ασθενείς με καρκίνο περιείχαν 73 επιπλέον στοιχεία, μερικά από τα οποία είχαν εισαχθεί μεταξύ των αντικειμένων του EORTC QLQ-C30. Οι κλίμακες μέτρησης της επίδρασης της αρθρίτιδας (AIMS) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο της σωματικής, κοινωνικής, και συναισθηματικής ευημερίας στην αρθρίτιδα<sup>16</sup>. Υπάρχει μια αρχική έκδοση, συντομευμένη (AIMS2), μια σύντομη μορφή του AIMS2 (AIMS2-SF), μια παιδική έκδοση και μια έκδοση για τους ηλικιωμένους (Geri-AIMS). Οι στόχοι έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, όπως πορτογαλικά, καναδικά, Ιταλικά, Ισπανικά, Γαλλικά, Ολλανδικά, Σουηδικά, Τουρκικά και Νορβηγικά. Η αναθεωρημένη έκδοση, AIMS2 έχει καλές ψυχο-μετρικές ιδιότητες και το πλεονέκτημα της συμπερίληψης μέτρων ικανοποίησης από την υγεία και τις προτεραιότητες των ασθενών για βελτίωση<sup>17</sup>. Οι εκδόσεις πλήρους μήκους (AIMS2-SF) που έχουν παρόμοιες ψυχομετρικές ιδιότητες με το πλήρες μήκος μπορεί να είναι πιο κατάλληλες για τις ταχυδρομικές έρευνες, τις μελέτες όπου οι ασθενείς καλούνται να συμπληρώσουν πολλά ερωτηματολόγια και στην κλινική πρακτική. Υπάρχουν 9 κλίμακες: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα

---

<sup>15</sup> ( Aaronson et al., 1993 )

<sup>16</sup> ( Meenan, Gertman, & Mason, 1980 )

<sup>17</sup> ( Meenan, Mason, Anderson, Guccione, & Kazis, 1992 )

(περπάτημα, κάμψη, ανύψωση), επιδεξιότητα, οικιακή δραστηριότητα (διαχείριση χρήματος και φαρμάκων, καθαριότητα), κοινωνικές δραστηριότητες, καθημερινές δραστηριότητες που ζουν, πόνο, κατάθλιψη και άγχος<sup>18</sup>. Το AIMS2 περιλαμβάνει λειτουργία βραχίονα, κοινωνική υποστήριξη και δουλειά. Το AIMS έχει χρησιμοποιηθεί σε καταστάσεις όπως η ψωριασική αρθρίτιδα, η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, η ινομυαλγία, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, το κάταγμα του καλαμιού, την αιμοφιλία και σε άλλες καταστάσεις όπως σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης άρθρωσης.

---

### **Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία**

Η πολιτική για την ψυχική υγεία έχει μεταβληθεί από την έμφαση στη θεραπεία που επικεντρώνεται στη μείωση των συμπτωμάτων, με βάση μια στενή έννοια της παθολογίας και της ασθένειας, σε μια πιο ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη την ευημερία, την ανάκαμψη, την κοινωνική λειτουργία και την ποιότητα της ζωής<sup>19</sup>. Μια πολιτική σύμφωνα με την οποία οι περισσότεροι άνθρωποι που παρακολουθούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα ανακάμψουν και θα έχουν καλή ποιότητα ζωής, απαιτεί τη λήψη κατάλληλων μέτρων έκβασης. Ωστόσο, λίγα από αυτά τα μέτρα τυποποιούνται και συλλέγονται συστηματικά σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ( Τμήμα Υγείας, 2011 ).

Μια ανασκόπηση των ένδεκα μέσων μέτρησης της ποιότητας ζωής για τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα πιο συχνά αξιολογούμενα πεδία είναι η απασχόληση ή η εργασία, η

---

<sup>18</sup> ( Guillemin et al., 1997 )

<sup>19</sup> ( Hogan, 2003, Τμήμα Υγείας, 2011 )

υγεία, η αναψυχή, η κατάσταση διαβίωσης και οι σχέσεις<sup>20</sup>. Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί ανησυχίες σχετικά με τη σχετική σημασία των τομέων που μετρούνται σε τέτοια μέσα<sup>21</sup>.

Ταυτόχρονα, υπάρχει επίσης αυξανόμενη ανάγκη για οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση γενικών μέτρων ποιότητας ζωής που βασίζονται στην προτίμηση, όπως το EQ-5D (το οποίο μετρά την κινητικότητα, την αυτο-φροντίδα, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο / δυσφορία και την ανησυχία / κατάθλιψη) και το SF-6D (σωματική λειτουργία, περιορισμός ρόλου, κοινωνική λειτουργία, πόνος, ψυχική υγεία και ζωτικότητα). Αυτά τα μέτρα χρησιμοποιούνται επίσης για την εκτίμηση βαθμολογίας που αντιπροσωπεύει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Αυτό υπολογίζεται σε μια κλίμακα όπου η πλήρης υγεία είναι μία και δηλώνεται. Νεκρός είναι το μηδέν, προκειμένου να υπολογιστούν τα έτη ζωής που προσαρμόζονται στην ποιότητα<sup>22</sup>. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτά τα γενικά μέτρα μπορεί να μην είναι κατάλληλα για τα άτομα με τα σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα στην ψύχωση<sup>23</sup> και τη διπολική διαταραχή<sup>24</sup> και υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με την καταλληλότητά τους για άτομα με διαταραχή άγχους και προσωπικότητας<sup>25</sup>. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι τα μέτρα αυτά έχουν σχεδιαστεί κυρίως για χρήση μέσα σε φυσικές ασθένειες και έτσι δίνουν δυσανάλογη σημασία στον πόνο και στην αναπηρία και όχι στην ψυχική υγεία<sup>26</sup>.

---

<sup>20</sup> ( Van Nieuwenhuizen et al., 2011 )

<sup>21</sup> ( Dolan et al., 2008, Eack and Newhill, 2007 )

<sup>22</sup> (QALYs, Dolan, 1997, Brazier et al., 2002 )

<sup>23</sup> ( Papaionnou et al., 2011 )

<sup>24</sup> ( Papaionnou et al., 2013, Hastrup et al. , 2011 )

<sup>25</sup> ( Brazier et al., 2014 )

<sup>26</sup> ( Saarni et al., 2010 )

Τα μέτρα για την ποιότητα ζωής έχουν επίσης επικριθεί επειδή δημιουργήθηκαν από την οπτική γωνία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αντί να εξετάσουν ποια άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται ότι είναι σημαντικά για την ποιότητα ζωής τους. Αναγνωρίζεται ότι οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας πρέπει να διαδραματίσουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη δοκιμή των αναφερόμενων αποτελεσμάτων των ασθενών<sup>27</sup>.

Στο πλαίσιο μιας ευρύτερης μελέτης για τη διερεύνηση της καταλληλότητας των μέτρων γενικής προτίμησης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας<sup>28</sup> διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση της ποιοτικής έρευνας σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας<sup>29</sup>. Εντοπίσαμε έξι τομείς ποιότητας ζωής: ευημερία και κακή κατάσταση, τον έλεγχο, την αυτονομία και την επιλογή, την αυτο-αντίληψη, τη δραστηριότητα, την ελπίδα και απελπισία. Ένας περιορισμός της ανασκόπησης ήταν ότι οι διαθέσιμες μελέτες επικεντρώθηκαν στην ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρά και διαρκή προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα τη σχιζοφρένεια. Για να συμπληρώσουμε την ανασκόπηση, αναλάβαμε πρωτογενή έρευνα με άτομα με σοβαρά και διαρκή προβλήματα ψυχικής υγείας και ήπια έως μέτρια κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτό μας επέτρεψε να διερευνήσουμε το βαθμό στον οποίο η ανασκόπηση αφορούσε σημαντικές πτυχές της ποιότητας ζωής για όσους αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι έχουν διατυπωθεί περισσότερες ανησυχίες σχετικά με την καταλληλότητα των μέτρων που βασίζονται στην προτίμηση σε αυτήν την ομάδα και επίσης αντιμετωπίζουν ένα

---

<sup>27</sup> ( Υπουργείο Υγείας και Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α., 2009 )

<sup>28</sup> ( Brazier et al., 2014 )

<sup>29</sup> ( Connell κ.ά., 2012 )



κενό στην τρέχουσα βάση τεκμηρίωσης γύρω από τις απόψεις των ατόμων με λιγότερο σοβαρά προβλήματα.

---

## Ψυχιατρικά νοσήματα - Σχιζοφρένεια

---

### Ψυχική διαταραχή

Μια ψυχική διαταραχή, που ονομάζεται επίσης ψυχική ασθένεια ή ψυχιατρική διαταραχή, είναι ένα συμπεριφορικό ή πνευματικό πρότυπο που προκαλεί σημαντική αγωνία ή εξασθένιση της προσωπικής λειτουργίας. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι επίμονα, να υποτροπιάζουν και να εκπέμπουν, ή να εμφανίζονται ως ένα μόνο επεισόδιο. Έχουν περιγραφεί πολλές διαταραχές, με σημεία και συμπτώματα που ποικίλουν ευρέως μεταξύ συγκεκριμένων διαταραχών. Τέτοιες διαταραχές μπορεί να διαγνωσθούν από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Οι αιτίες των ψυχικών διαταραχών είναι συχνά ασαφείς. Οι θεωρίες μπορούν να περιλαμβάνουν ευρήματα από μια σειρά πεδίων. Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως καθορίζονται από έναν συνδυασμό του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο συμπεριφέρεται, αισθάνεται, αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου, συχνά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Μια ψυχική διαταραχή είναι μια πτυχή της ψυχικής υγείας. Οι πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, καθώς και οι κοινωνικές προδιαγραφές, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάγνωση.

---

Οι υπηρεσίες βασίζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή στην κοινότητα και οι αξιολογήσεις πραγματοποιούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί, χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους όπως οι ψυχομετρικές εξετάσεις, αλλά συχνά βασίζονται στην παρατήρηση και την αμφισβήτηση<sup>30</sup>. Οι θεραπείες παρέχονται από διάφορους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχοθεραπεία και τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι δύο σημαντικές επιλογές θεραπείας. Άλλες θεραπείες περιλαμβάνουν κοινωνικές παρεμβάσεις, υποστήριξη από ομοτίμους και αυτοβοήθεια. Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων μπορεί να υπάρξει ακούσια κράτηση ή θεραπεία. Τα προγράμματα πρόληψης έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν την κατάθλιψη.

Οι συνήθεις ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, η οποία επηρεάζει περίπου τα 400 εκατομμύρια, η άνοια που επηρεάζει περίπου 35 εκατομμύρια και η σχιζοφρένεια, η οποία πλήττει περίπου 21 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Το στίγμα και οι διακρίσεις μπορούν να αυξήσουν την ταλαιπωρία και την αναπηρία που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές, οδηγώντας σε διάφορα κοινωνικά κινήματα που προσπαθούν να αυξήσουν την κατανόηση και να προκαλέσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό<sup>31</sup>.

---

### **Ορισμός**

Ο ορισμός και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών είναι βασικά ζητήματα για τους ερευνητές καθώς και για τους παρόχους υπηρεσιών και για εκείνους που μπορεί να διαγνωστούν. Για να ταξινομηθεί μια ψυχική κατάσταση ως διαταραχή, γενικά πρέπει να προκαλέσει δυσλειτουργία. Τα περισσότερα διεθνή κλινικά έγγραφα χρησιμοποιούν τον όρο «διαταραχή», ενώ η «ασθένεια» είναι επίσης

<sup>30</sup> Καλαντζή-Αζίζι, & Αναστασία, Μπεζεβέγκης Η., 2000, Θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων

<sup>31</sup> (Κρουσταλάκης, 2000)

κοινή. Έχει παρατηρηθεί ότι η χρήση του όρου "ψυχική" (δηλαδή, του νου ) δεν σημαίνει απαραίτητα ότι συνεπάγεται διαχωρισμό από τον εγκέφαλο ή το σώμα.

Σύμφωνα με το DSM-IV, μια ψυχική διαταραχή είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο ή σχέδιο που συνδέεται με δυσφορία (π.χ. μέσω ενός οδυνηρού συμπτώματος), αναπηρία (βλάβη σε έναν ή περισσότερους σημαντικούς τομείς λειτουργίας), αυξημένο κίνδυνο θανάτου ή προκαλεί σημαντική απώλεια αυτονομίας • ωστόσο αποκλείει τις συνήθεις απαντήσεις όπως η θλίψη από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και εξαιρεί επίσης την αποκλίνουσα συμπεριφορά για πολιτικούς, θρησκευτικούς ή κοινωνικούς λόγους που δεν προκύπτουν από δυσλειτουργία του ατόμου.

Το DSM-IV προηγείται του ορισμού με προειδοποιήσεις, δηλώνοντας ότι, όπως συμβαίνει με πολλούς ιατρικούς όρους, η ψυχική διαταραχή «στερείται συνεπούς επιχειρησιακού ορισμού που καλύπτει όλες τις καταστάσεις», σημειώνοντας ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικά επίπεδα αφαίρεσης για ιατρικούς ορισμούς, για συμπτωματολογία και για απόκλιση από μια φυσιολογική κλίμακα ή αιτιολογία και ότι το ίδιο ισχύει και για τις ψυχικές διαταραχές, έτσι ώστε ορισμένες φορές ένας τύπος ορισμού να είναι κατάλληλος και άλλοτε άλλος ανάλογα με την κατάσταση.

Το 2013, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) επαναπροσδιόρισε τις ψυχικές διαταραχές στο DSM-5 ως «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταραχή της γνώσης, της συναισθηματικής ρύθμισης ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου που αντανάκλα μια δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διαδικασίες μιας υποκείμενης ψυχικής λειτουργίας».

## Ταξινόμηση

Υπάρχουν σήμερα δύο ευρέως καθιερωμένα συστήματα που ταξινομούν τις ψυχικές διαταραχές:

- ICD-10 Κεφάλαιο V: Διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές , από το 1949 μέρος της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων που παράγεται από την ΠΟΥ,
- το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) που παράγεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) από το 1952.

Και οι δύο αυτές κατηγορίες κατατάσσουν τη διαταραχή και παρέχουν τυποποιημένα κριτήρια διάγνωσης. Συγκρίθηκαν σκόπιμα οι κώδικες τους σε πρόσφατες αναθεωρήσεις, έτσι ώστε τα εγχειρίδια να είναι συχνά σε γενικές γραμμές συγκρίσιμα, αν και εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Άλλα συστήματα ταξινόμησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μη δυτικούς πολιτισμούς, όπως για παράδειγμα η κινεζική ταξινόμηση των διανοητικών διαταραχών και άλλα εγχειρίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν από εκείνα των εναλλακτικών θεωρητικών πεποιθήσεων, για παράδειγμα το εγχειρίδιο διαγνωστικής ψυχοδυναμικής. Γενικά, οι ψυχικές διαταραχές ταξινομούνται ξεχωριστά από τις νευρολογικές διαταραχές , τις μαθησιακές δυσκολίες ή την πνευματική αναπηρία<sup>32</sup>.

Σε αντίθεση με το DSM και το ICD, μερικές προσεγγίσεις δεν βασίζονται στον εντοπισμό ξεχωριστών κατηγοριών διαταραχής χρησιμοποιώντας διατομεακά προφίλ συμπτωμάτων που αποσκοπούν στο διαχωρισμό της ανώμαλης από την κανονική. Υπάρχει σημαντική επιστημονική συζήτηση σχετικά με τα πλεονεκτήματα των κατηγορικών έναντι αυτών των μη κατηγορικών (ή υβριδικών)

---

<sup>32</sup>(Ιωάννου Ν. Παρασκευοπούλου, Νοητική Καθυστέρηση)

σχημάτων, γνωστών και ως μοντέλα συνεχούς ή διαστάσεων. Μια προσέγγιση φάσματος μπορεί να περιλαμβάνει στοιχεία και των δύο.

Στην επιστημονική και ακαδημαϊκή βιβλιογραφία για τον ορισμό ή την ταξινόμηση της ψυχικής διαταραχής, μια ακραία άποψη υποστηρίζει ότι πρόκειται εξ ολοκλήρου για κρίσεις αξίας (συμπεριλαμβανομένου του φυσιολογικού) ενώ άλλος προτείνει ότι είναι ή θα μπορούσε να είναι εντελώς αντικειμενικός και επιστημονικός όσον αφορά στα στατιστικά πρότυπα. Οι κοινές υβριδικές απόψεις υποστηρίζουν ότι η έννοια της ψυχικής διαταραχής είναι αντικειμενική, ακόμη και αν είναι μόνο ένα "ασαφές πρωτότυπο" που δεν μπορεί ποτέ να προσδιοριστεί με ακρίβεια, ή αντιστρόφως ότι η έννοια περιλαμβάνει πάντα ένα μίγμα επιστημονικών γεγονότων και υποκειμενικών κρίσεων αξίας. Αν και οι διαγνωστικές κατηγορίες αναφέρονται ως «διαταραχές», παρουσιάζονται ως ιατρικές ασθένειες, αλλά δεν επικυρώνονται με τον ίδιο τρόπο όπως οι περισσότερες ιατρικές διαγνώσεις. Ορισμένοι νευρολόγοι υποστηρίζουν ότι η ταξινόμηση θα είναι αξιόπιστη και έγκυρη μόνο όταν βασίζεται σε νευροβιολογικά χαρακτηριστικά παρά σε κλινική συνέντευξη, ενώ άλλοι υποδηλώνουν ότι οι διαφορετικές ιδεολογικές και πρακτικές προοπτικές πρέπει να ενσωματωθούν καλύτερα.

Η προσέγγιση DSM και ICD παραμένει υπό επίθεση τόσο λόγω του υπονοούμενου μοντέλου αιτιότητας όσο και επειδή ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι είναι καλύτερα να στοχεύει σε υποκείμενες διαφορές στον εγκέφαλο που μπορεί να προηγηθούν των συμπτωμάτων από πολλά χρόνια.

---

### **Αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών**

Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να προκύψουν από πολλές πηγές και σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν εδραιωθεί από αξιόπιστες και

αποδεκτές αιτίες. Μία εκλεκτική και πλουραλιστική ανάμειξη προτύπων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει συγκεκριμένες διαταραχές. Το κυρίαρχο παράδειγμα της σύγχρονης Δυτικής ψυχιατρικής είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο ενσωματώνει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, αν και αυτό μπορεί να μην είναι πάντα εφικτό στην πράξη<sup>33</sup>.

Η βιολογική ψυχιατρική ακολουθεί ένα βιοϊατρικό μοντέλο, όπου πολλές ψυχικές διαταραχές γίνονται αντιληπτές ως διαταραχές των κυκλωμάτων του εγκεφάλου, που πιθανότατα προκαλούνται από αναπτυξιακές διαδικασίες. Μία κοινή παραδοχή είναι ότι οι διαταραχές είναι αποτέλεσμα γενετικών και αναπτυξιακών ευαισθησιών, οι οποίες εκδηλώνονται από το στρες, αν και υπάρχουν διάφορες απόψεις σχετικά με το τι καθορίζει τη διαφορετικότητα στα άτομα. Ορισμένοι τύποι ψυχικών διαταραχών μπορεί να θεωρηθούν κυρίως ως νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Μελέτες έχουν δείξει ότι ποικίλα γονίδια μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ψυχικών διαταραχών, αν και η αξιόπιστη ταυτοποίηση της σύνδεσης μεταξύ συγκεκριμένων γονιδίων με συγκεκριμένες διαταραχές έχει αποδειχθεί πολύ δύσκολη. Περιβαλλοντικά γεγονότα γύρω από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό έχουν επισημανθεί ως πιθανά. Τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κάποιων ψυχικών διαταραχών. Υπάρχουν κάποια αβέβαια στοιχεία που εμπλέκουν τις ψυχικές διαταραχές με συγκεκριμένες λοιμώξεις, κατάχρηση ουσιών και τη γενικότερη φυσική κατάσταση<sup>34</sup>.

Κοινωνικές επιδράσεις φαίνεται ότι ενοχοποιούνται για την πρόκληση ψυχικών διαταραχών, όπως η κακοποίηση, η παραμέληση, το

---

<sup>33</sup>(Καλαντζή-Αζίζι, & Αναστασία, Μπεζεβέγκης Η., 2000, Θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων)

<sup>34</sup>(Κοντοπούλου, 2007)

κοινωνικό άγχος, τα εργασιακά προβλήματα, η κοινωνικο-οικονομική ανασφάλεια, η μετανάστευση και διάφορα στοιχεία που υπάρχουν σε κοινωνίες και κουλτούρες ανά τον κόσμο.

Η ανώμαλη λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών κυκλωμάτων έχει εμπλακεί σε αρκετές ψυχικές διαταραχές, όπως το σύστημα της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης και του γλουταμινικού οξέως.

Συσχετίσεις των ψυχικών διαταραχών με τη χρήση ουσιών περιλαμβάνουν το αλκοόλ, την κάνναβη και την καφεΐνη.

---

### **Οι ψυχικές ασθένειες είναι κοινές**

Σύμφωνα με τον Πρόεδρο της Νέας Επιτροπής Ελευθερίας για την Ψυχική Υγεία στις ΗΠΑ, ο πιο κοινός τύπος αναπηρίας στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες (οι οποίες περιλαμβάνουν μείζονα κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχή δυσμορφίας του σώματος, σχιζοφρένεια, και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή).

Το 23% των ενηλίκων της Βόρειας Αμερικής θα έχουν κάποια ψυχική ασθένεια σε ένα δεδομένο έτος, σύμφωνα με την Εθνική Συμμαχία για την Ψυχική Ασθένεια. Αλλά σε πάνω από τις μισές αυτές περιπτώσεις, η ψυχική ασθένεια δεν είναι αρκετά κακή για να διαταράξει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

---

### **Εν μέρει κληρονομικές**

Υπάρχει μια γενετική βάση η οποία κάνει μερικούς ανθρώπους να αναπτύξουν με μεγαλύτερη πιθανότητα μία ψυχική ασθένεια. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό ιατρικής The Lancet βρήκε το ίδιο σύνολο των γενετικών δεικτών σε άτομα με πέντε διαφορετικούς τύπους της ασθένειας: σχιζοφρένεια, διπολική

διαταραχή, αυτισμός, μείζονα κατάθλιψη, και ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ).

Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίσουν παραισθήσεις (οι περισσότερες αναφέρθηκαν ακούγοντας φωνές), ψευδαισθήσεις (συχνά παράξενες ή διωγμένες στη φύση), και αποδιοργανωμένη σκέψη και ομιλία. Η κοινωνική απόσυρση, η απώλεια κινήτρων και η κρίση είναι συνηθισμένες στη σχιζοφρένεια<sup>35</sup>.

Οι στρεβλώσεις της αυτο-εμπειρίας, όπως η αίσθηση ότι οι σκέψεις ή τα συναισθήματα κάποιου δεν είναι πραγματικά οι ίδιες με τις σκέψεις πίστης που εισάγονται στο μυαλό κάποιου, που ονομάζονται μερικές φορές φαινόμενα παθητικότητας, είναι επίσης κοινές. Υπάρχει συχνά ένα παρατηρήσιμο πρότυπο συναισθηματικής δυσκολίας, για παράδειγμα έλλειψη ανταπόκρισης. Η βλάβη στην κοινωνική γνώση συνδέεται με τη σχιζοφρένεια, όπως είναι τα συμπτώματα της παράνοιας. Η κοινωνική απομόνωση συμβαίνει συνήθως. Οι δυσκολίες στην εργασία και τη μακροχρόνια μνήμη, η προσοχή, η εκτελεστική λειτουργία και η ταχύτητα επεξεργασίας επίσης συμβαίνουν συχνά. Σε έναν ασυνήθιστο υπότυπο, το άτομο μπορεί να είναι σε μεγάλο βαθμό σιωπηλό, να παραμείνει ακίνητο σε παράξενες στάσεις ή να επιδείξει άσκοπη διέγερση, όλες τις ενδείξεις κατατονίας. Τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά βρίσκουν δύσκολη την αντίληψη των συναισθημάτων του προσώπου. Δεν είναι σαφές εάν το φαινόμενο που ονομάζεται "δέσμευση σκέψης", όπου ένα άτομο που μιλάει ξαφνικά σιωπά για μερικά δευτερόλεπτα έως λεπτά, εμφανίζεται στη σχιζοφρένεια.

Περίπου το 30 έως 50 τοις εκατό των ατόμων με σχιζοφρένεια αποτυγχάνουν να δεχτούν ότι έχουν ασθένεια ή συμμορφώνονται με

---

<sup>35</sup> ( Papaionnou et al., 2011 )



τη συνιστώμενη θεραπεία τους. Η θεραπεία μπορεί να έχει κάποια επίδραση στη διορατικότητα<sup>36</sup>.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν υψηλό ποσοστό συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, αλλά συχνά δεν το αναφέρουν εκτός αν το ζητήσουν ειδικά. Η ψυχογενής πολυδιψία ή η υπερβολική πρόσληψη υγρών σε απουσία φυσιολογικών αιτιών για κατανάλωση είναι σχετικά συχνή σε άτομα με σχιζοφρένεια.

---

### **Οργάνωση συμπτωμάτων**

Η σχιζοφρένεια περιγράφεται συχνά με όρους θετικών και αρνητικών (ή ελλειμματικών) συμπτωμάτων . Τα θετικά συμπτώματα είναι αυτά που τα περισσότερα άτομα συνήθως δεν εμφανίζουν, αλλά είναι παρόντα σε άτομα με σχιζοφρένεια. Μπορούν να περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, διαταραγμένες σκέψεις και ομιλία, ακουστικές ,οπτικές ,οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις, που συνήθως θεωρούνται ως εκδηλώσεις ψύχωσης. Οι ψευδαισθήσεις σχετίζονται επίσης τυπικά με το περιεχόμενο του παραληρητικού θέματος<sup>37</sup>. Τα θετικά συμπτώματα γενικά ανταποκρίνονται καλά στη φαρμακευτική αγωγή.

Τα αρνητικά συμπτώματα είναι ελλείμματα φυσιολογικών συναισθηματικών αποκρίσεων ή άλλων διαδικασιών σκέψης και είναι λιγότερο ευαίσθητα στα φάρμακα. Περιλαμβάνουν συνήθως επίπεδες εκφράσεις ή λίγη συγκίνηση , φτώχεια του λόγου, αδυναμία να βιώσουν την ευχαρίστηση, έλλειψη επιθυμίας να σχηματίσουν σχέσεις και έλλειψη κινήτρων . Τα αρνητικά συμπτώματα φαίνεται να συμβάλλουν περισσότερο στην κακή ποιότητα ζωής, τη λειτουργική ικανότητα και την επιβάρυνση για άλλους εκτός από τα θετικά συμπτώματα. Τα άτομα με μεγαλύτερα αρνητικά συμπτώματα έχουν

---

<sup>36</sup> (Κρουσταλάκης, 2000)

<sup>37</sup>(Dr.Αγγελουπούλου Ν.-Σακανταμή ,Ειδική Αγωγή (βασικές αρχές και μέθοδοι)

συχνά ιστορικό ανεπαρκούς προσαρμογής πριν από την έναρξη της ασθένειας και η ανταπόκριση στα φάρμακα είναι συχνά περιορισμένη. Η εγκυρότητα του θετικού και αρνητικού κατασκευάσματος έχει προκληθεί από μελέτες ανάλυσης παράγοντα παρατηρώντας μια τρισδιάστατη ομαδοποίηση των συμπτωμάτων. Ενώ χρησιμοποιείται διαφορετική ορολογία, συνήθως περιγράφονται μια διάσταση για παραισθήσεις, μια διάσταση για αποδιοργάνωση και μια διάσταση για τα αρνητικά συμπτώματα.

---

### **Γνωστική δυσλειτουργία**

Τα ελλείμματα στις γνωστικές ικανότητες αναγνωρίζονται ευρέως ως βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας. Η έκταση των γνωστικών ελλειμμάτων που βιώνει ένα άτομο είναι ένας προγνωστικός παράγοντας για το πόσο λειτουργικό θα είναι το άτομο, για την ποιότητα των επαγγελματικών επιδόσεων και για το πόσο επιτυχής θα είναι το άτομο για τη διατήρηση της θεραπείας. Η παρουσία και ο βαθμός της γνωστικής δυσλειτουργίας σε άτομα με σχιζοφρένεια έχει αναφερθεί ότι είναι ένας καλύτερος δείκτης λειτουργικότητας από την παρουσίαση θετικών ή αρνητικών συμπτωμάτων. Τα ελλείμματα που επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία εντοπίζονται σε μεγάλο αριθμό τομέων: μνήμη εργασίας, μακροχρόνια μνήμη, λεκτική δηλωτική μνήμη, σημασιολογική επεξεργασία, επεισοδιακή μνήμη, προσοχή, μάθηση (ιδιαίτερα η λεκτική μάθηση). Τα ελλείμματα στη λεκτική μνήμη είναι τα πιο έντονα σε άτομα με σχιζοφρένεια και δεν οφείλονται σε έλλειψη προσοχής. Η εξασθένηση της λεκτικής μνήμης έχει συνδεθεί με μειωμένη ικανότητα σε άτομα με σχιζοφρένεια να κωδικοποιούν σημασιολογικά (επεξεργασία πληροφοριών σχετικών με το νόημα), η οποία αναφέρεται ως αιτία για ένα άλλο γνωστό έλλειμμα σε μακροχρόνια μνήμη. Όταν δίνεται ένας κατάλογος

λέξεων, τα υγιή άτομα θυμούνται θετικά λόγια πιο συχνά (γνωστά ως αρχή Pollyanna). Ωστόσο, τα άτομα με σχιζοφρένεια τείνουν να θυμούνται όλες τις λέξεις εξίσου ανεξάρτητα από τις συσχετίσεις τους, υποδηλώνοντας ότι η εμπειρία της ανδεονίας επηρεάζει τη σημασιολογική κωδικοποίηση των λέξεων<sup>38</sup>. Τα ελλείμματα αυτά βρέθηκαν σε άτομα πριν από την εμφάνιση της ασθένειας σε κάποιο βαθμό. Τα μέλη της οικογένειας πρώτου βαθμού των ατόμων με σχιζοφρένεια και άλλων ατόμων υψηλού κινδύνου εμφανίζουν επίσης ένα βαθμό έλλειψης στις γνωστικές ικανότητες και συγκεκριμένα στη μνήμη εργασίας. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα γνωστικά ελλείμματα σε άτομα με σχιζοφρένεια δείχνει ότι τα ελλείμματα μπορεί να είναι παρόντα στην πρώιμη εφηβεία ή ήδη από την παιδική ηλικία. Τα ελλείμματα που παρουσιάζει ένα άτομο με σχιζοφρένεια τείνουν να παραμένουν τα ίδια με την πάροδο του χρόνου στους περισσότερους ασθενείς ή να ακολουθούν μια αναγνωρίσιμη πορεία βασισμένη σε περιβαλλοντικές μεταβλητές.

Αν και η απόδειξη ότι τα νοητικά ελλείμματα παραμένουν σταθερά με την πάροδο του χρόνου είναι αξιόπιστη και άφθονη, μεγάλο μέρος της έρευνας σε αυτόν τον τομέα επικεντρώνεται σε μεθόδους για τη βελτίωση της προσοχής και της μνήμης εργασίας. Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της μαθησιακής ικανότητας σε άτομα με σχιζοφρένεια χρησιμοποιώντας μια κατάσταση υψηλής έναντι χαμηλής ανταμοιβής και μια προϋπόθεση απουσίας εντολής ή διδασκαλίας παρουσίασαν ότι η αύξηση της ανταμοιβής οδηγεί σε φτωχότερες επιδόσεις, ενώ η παροχή οδηγιών οδηγεί σε βελτιωμένη απόδοση, υπογραμμίζοντας ότι ορισμένες θεραπείες μπορεί να υπάρχουν για να αυξήσουν τις γνωστικές επιδόσεις. Κατάρτιση ατόμων με σχιζοφρένεια για να

---

<sup>38</sup>(ROBERT M. HODAPP, Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία (Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία)

μεταβάλλουν τη σκέψη, την προσοχή και τη συμπεριφορά των γλωσσών τους με την κατανόηση των καθηκόντων τους, τη διεξαγωγή γνωστικής πρόβας, την παροχή αυτο-εντολών, την παροχή αντιρρήσεων στον εαυτό τους για την αντιμετώπιση της αποτυχίας, βελτιώνει την απόδοση στις εργασίες ανάκλησης. Αυτός ο τύπος εκπαίδευσης, γνωστός ως αυτοδιδασκαλία (SI), προκάλεσε οφέλη όπως ο μικρότερος αριθμός αντινομιακών λέξεων και η βελτιωμένη ανάκληση, ενώ αποσπούν την προσοχή.

---

### **Θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων**

Η θεραπεία και η υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων παρέχεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, κλινικές ή σε κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχουν δημιουργηθεί αρκετά επαγγέλματα για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και στα οποία περιλαμβάνονται η ιατρική ειδικότητα της ψυχιατρικής, ο τομέας της ψυχολογίας που λέγεται κλινική ψυχολογία, καθώς και άτομα που είναι γνωστά ως κοινωνικοί λειτουργοί. Υπάρχουν επίσης ψυχοθεραπευτές εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, σύμβουλοι και επαγγελματίες της δημόσιας υγείας.

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές θεραπείας, η καταλληλότητα της οποίας εξαρτάται από το άτομο και τη διαταραχή. Σε μια μειοψηφία ατόμων η θεραπεία μπορεί να τους επιβάλλεται χωρίς τη θέλησή τους, το οποίο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα, ανάλογα με το πώς πραγματοποιείται και πώς αντιλαμβάνεται από τους ψυχικά ασθενείς ή την κοινή γνώμη.

---

### **Ψυχοθεραπεία**

Μία σημαντική επιλογή για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών είναι η ψυχοθεραπεία. Υπάρχουν πολλοί τύποι ψυχοθεραπείας. Η Γνωστική-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

χρησιμοποιείται ευρέως και βασίζεται στην τροποποίηση σχημάτων σκέψης και συμπεριφοράς σχετιζόμενα με την ψυχική διαταραχή. Η ψυχανάλυση απευθύνεται σε ασυνείδητες ψυχικές διαμάχες και άμυνες<sup>39</sup>. Η συστημική ψυχοθεραπεία ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία χρησιμοποιούνται επίσης κάποιες φορές.

---

### **Φαρμακοθεραπεία**

Μία κύρια λύση για τη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων είναι η φαρμακευτική θεραπεία. Υπάρχουν αρκετές ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κλινικής κατάθλιψης, όπως επίσης και για τη διαχείριση του άγχους καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές. Τα αγχολυτικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και για τα σχετιζόμενα με αυτό προβλήματα, όπως είναι η αϋπνία. Οι σταθεροποιητές του συναισθήματος χρησιμοποιούνται κυρίως στη διπολική διαταραχή. Τα αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται στις ψυχώσεις, κυρίως για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές. Τα ψυχοδιεγερτικά χρησιμοποιούνται ευρέως στην ΔΕΠΥ.

---

### **Άλλες θεραπείες**

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) χρησιμοποιείται μερικές φορές σε σοβαρά περιστατικά, όταν έχουν αποτύχει άλλες παρεμβάσεις σε σοβαρή κατάθλιψη. Η ψυχοχειρουργική βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό επίπεδο, όμως υποστηρίζεται από κάποιους νευρολόγους για κάποιες σπάνιες περιπτώσεις.

Μπορεί να φανεί χρήσιμη η συμβουλευτική, όπως και τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, τα οποία μπορούν να παρέχουν στα

---

<sup>39</sup> (Connell κ.ά., 2012)

άτομα τις πληροφορίες που χρειάζονται για να κατανοήσουν και να διαχειριστούν τα προβλήματά τους.

Οι ψυχικές ανάγκες ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες είναι εξίσου ευαίσθητες όπως σε ένα παιδί που δεν έχει κάποια αναπηρία<sup>40</sup>. Αρχικά οι γονείς είναι εκείνοι που πρέπει να καλύψουν κι αυτές τις ανάγκες του παιδιού. Όμως βασικό ρόλο παίζει κι η κοινωνία. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, πλέον τα παιδιά με ειδικές ανάγκες έχουν το δικαίωμα της εκπαίδευσης και κατά επέκταση και της εργασίας. Επί της ουσίας αποζητούν και προσπαθούν με κάθε τρόπο να αποδείξουν ότι παρόλο που έχουν κάποια αναπηρία δε σημαίνει ότι δε μπορούν να πράττουν και να ζουν όπως ένας άνθρωπος που δεν είναι ανάπηρος.

---

## Αναπηρία

### Ορισμός της αναπηρίας

Τι είναι η αναπηρία; Μπορεί να δοθεί κάποιος ακριβής ορισμός; Η απάντηση σε αυτήν την ερώτηση είναι ότι δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας ακριβής ορισμός για την έννοια της αναπηρίας. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι διότι εξαρτάται από την οπτική με την οποία αντιμετωπίζεται ένα τέτοιο γεγονός, τόσο επιστημονικά όσο και καθημερινά. Στην ουσία ο ορισμός εξαρτάται από το πώς τον ερμηνεύει ένας επιστήμονας, ένας παιδαγωγός, ένας κοινωνιολόγος ακόμα κι ένας απλός άνθρωπος.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις και προσεγγίσεις για την αναπηρία, εν τούτοις οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν σε κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της όπως ότι η αναπηρία:

---

<sup>40</sup> (Κρουσταλάκης Γ., Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες)

- είτε υπάρχει από την στιγμή της γέννησης του ατόμου, είτε κάνει την εμφάνιση της κάποια στιγμή αργότερα,
  - είναι μία λειτουργική βλάβη και ότι προκαλεί προβλήματα στην ζωή του ανθρώπου που την έχει,
  - είναι αποτέλεσμα παραμορφώσεων ή βλαβών ή τραυματικών επιδράσεων στην ανάπτυξη ή στις λειτουργίες των συστημάτων στάσης ή κίνησης,
  - ότι η κοινωνική αντίδραση απέναντι στην αναπηρία είναι αρνητική.
- Τέλος, με βάση την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), στην «Διεθνή Ταξινόμηση Βλαβών, Αναπηριών και Μειονεξιών» δίνει τους κάτωθι ορισμούς:

1. Βλάβη: Οποιαδήποτε απώλεια ή ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας.
2. Αναπηρία: Οποιοσδήποτε περιορισμός ή έλλειψη (που προκύπτει από μία βλάβη) ικανότητας προς εκτέλεση μίας δραστηριότητας κατά τον τρόπο ή μέσα στο φάσμα δραστηριοτήτων που θεωρείται ομαλό για ένα ανθρώπινο ον.
3. Μειονεξία: Ένα μειονέκτημα για ένα δεδομένο άτομο, που προκύπτει από μία βλάβη ή αναπηρία, που περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι ομαλός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό<sup>41</sup>.

---

### **Αιτιολογικοί Παράγοντες και μορφές αναπηρίας**

Η αναπηρία μπορεί να είναι εκ γενετής ή μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της ζωής κάποιου ατόμου είτε από κάποιο ατύχημα είτε από κάποια νόσο. Έτσι κατηγοριοποιούνται σε δύο ομάδες τα άτομα με

---

<sup>41</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

αναπηρία και συγκεκριμένα στα άτομα “εκ γενετής” ανάπηρα και στα άτομα με “επίκτητες” αναπηρίες. Ακόμα, η αναπηρία διακρίνεται σε σωματική και ψυχική.

---

Συγκεκριμένα:

α. Σωματικές αναπηρίες χωρίζονται σε :

- Κινητικές (τετραπληγίες κλπ).
- Αναπηρίες λειτουργίας εσωτερικών συστημάτων π.χ. καρδιοπάθειες, φυματίωση, νεφρική ανεπάρκεια κλπ.
- Χρόνιες δερματικές παθήσεις.
- Αναπηρίες στην ομιλία.
- Ιδιόμορφες χρόνιες παθήσεις (επιληψία, λέπρα κλπ).
- Αναπηρίες αισθητηρίων οργάνων (τυφλότητα, βαρηκοΐα κλπ).



β. Ψυχικές αναπηρίες και πνευματικές (διανοητικές) διακρίνονται σε:

- Νευρώσεις και ψυχώσεις (σχιζοφρένιες, συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής).
- Διανοητικές καθυστερήσεις<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> (Hales G, 1996)



## Ορισμός Άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ)

Ποια άτομα όμως χαρακτηρίζονται ως άτομα με ειδικές ανάγκες ή ΑΜΕΑ εν συντομία. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες, λοιπόν, είναι τα άτομα που έχουν μόνιμες ή προσωρινές βλάβες, ανικανότητες, αδυναμίες, αναπηρίες ή συνδυασμό των παραπάνω, που προέρχονται από φυσική, ψυχική ή νοητική ανεπάρκεια.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι:



1. Οι τυφλοί :Η τύφλωση που δυστυχώς μετατρέπει το μεγαλείο των χρωμάτων της ανατολής του ηλιοβασιλέματος της μακρινής οροσειράς το γαλάζιο της θάλασσας σε ισόβιο μυστήριο.

2 . Οι κωφοί :

Η κώφωση η οποία θα εμποδίσει για πάντα να γνωρίσουν τον ήχο του κύματος που καταλήγει στην ακτή το δέος που προκαλεί μια εξαίσια μουσική η τα γλυκά ερωτικά λόγια της φωνής του συντρόφου.

3 . Όσοι έχουν μια πάρεση η μια παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης : θα στερήσει ίσως από τον άνθρωπο αυτό την εμπειρία να τρέχει στους αγρούς .

4 . Όσοι έχουν μια βλάβη στον εγκέφαλο :

το γεγονός αυτό θα έχει επίπτωση στη μελλοντική συμπεριφορά ή ικανότητα μάθησης και ίσως προκαλέσει αιφνίδιες εγκεφαλικές προσβολές ή ανεπανόρθωτη νοητική καθυστέρηση. Άτομα δηλαδή με πολλαπλές και βαριές αναπηρίες.

---



Οι προαναφερόμενες αναπηρίες είναι οι λεγόμενες εκ γενετής. Παρόλα αυτά όπως αναφέρθηκε ήδη, υπάρχουν και οι αναπηρίες που προκαλούν επίσης μόνιμη βλάβη. Οι αναπηρίες, λοιπόν, που μπορεί να προκληθούν κατά τη διάρκεια τη ζωής κάποιου ατόμου μπορεί να προέρχονται από κάποιο τροχαίο ατύχημα, από κάποιο αεροπορικό δυστύχημα είτε από κάποιο φυσικό φαινόμενο όπως ο σεισμός που σημαίνει ότι το άτομο έχει καταπλακωθεί από μπάζα. Υπάρχουν

αρκετές περιπτώσεις που μπορεί κάποιος να πάθει κάποιο σοβαρό ατύχημα. Αρκεί μόνο μια στιγμή<sup>43</sup>.

Επίσης άτομα με ειδικές ανάγκες είναι και οι χρόνιοι πάσχοντες :

Η χρόνια πάθηση συνιστάται στη βλάβη , ορατή ή όχι , ενός οργάνου του σώματος η οποία εμφανίζεται είτε κατά τη γέννηση του ατόμου είτε σε οποιαδήποτε ηλικία και συνοδεύει το άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Χαρακτηριστικό είναι ότι το άτομο υπόκειται εφ' όρου ζωής σε θεραπευτική – φαρμακευτική αγωγή .

Ο βαθμός βαρύτητας και η εξέλιξη των χρόνιων παθήσεων με την πάροδο του χρόνου οδηγούν σε καταστάσεις αναπηρίας .

Τα άτομα αυτά είναι :

- Οι νεφροπαθείς
- Οι καρδιοπαθείς
- Οι καρκινοπαθείς
- Οι διαβητικοί
- Οι αιμορροφιλικοί
- Τα άτομα με Μεσογειακή Αναιμία

---

### Τα δικαιώματά τους

Όλοι οι άνθρωποι που ζουν σε μια κοινωνία έχουν δικαιώματα. Έτσι κι οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες έχουν δικαιώματα τα οποία πρέπει να αναγνωριστούν ως θεμελιώδη για την ένταξη τους στην κοινωνία την ευημερία την ανάπτυξη του δυναμικού τους. Οι άνθρωποι με αναπηρία έχουν σαφώς ή τουλάχιστον θα πρέπει να έχουν ίσα δικαιώματα και να μην αντιμετωπίζονται με οίκτο ή λύπηση.

---

<sup>43</sup> (Κοντοπούλου, 2007)



(ΕΚ.7:ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΓ.ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ-ΚΥΠΡΟ)

Οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες συνυπάρχουν και έχουν την ιδιότητα του καταναλωτή, του εργαζομένου, του φορολογούμενου, του πολιτικού, του μαθητή, του φίλου, του γείτονα και του συγγενή. Συνεπώς, τα άτομα με αναπηρία πρέπει να αντιμετωπίζονται ως πολίτες με ίσα δικαιώματα και όχι ως αντικείμενο λύπησης ή φιλανθρωπίας.

Συχνά οι πολίτες με αναπηρία είναι αποκλεισμένοι από την κοινωνία λόγω της ελλιπούς εκπαίδευσης και της ανεργίας, που οδηγούν στην φτώχεια<sup>44</sup>.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες θα πρέπει να έχουν τα εξής δικαιώματα:

- το δικαίωμα μιας φυσιολογικής ζωής, όπου να γίνεται σεβαστή η ανθρώπινη αξιοπρέπειά τους

---

<sup>44</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

- το δικαίωμα μιας κατάλληλης ιατρικής φροντίδας, με όσα βοηθήματα και ειδικές προσαρμογές χρειάζεται
- το δικαίωμα εκπαίδευσης, τεχνικής κατάρτισης και αποκατάστασης, βοήθειας, συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών εύρεσης εργασίας και όποιων άλλων υπηρεσιών που θα τους δώσουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τις δυνατότητες τους
- το δικαίωμα οικονομικής και κοινωνικής ασφάλειας και το δικαίωμα ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου
- το δικαίωμα μιας παραγωγικής απασχόλησης και συμμετοχής σε συνδικαλιστικές οργανώσεις
- το δικαίωμα να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες τους σε κάθε στάδιο του οικονομικού και κοινωνικού προγραμματισμού
- το δικαίωμα να ζουν με την οικογένειά τους και να συμμετέχουν σε όλες τις κοινωνικές, δημιουργικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- το δικαίωμα να συμμετέχουν στο νομικό και πολιτικό σύστημα
- το δικαίωμα προστασίας από κάθε είδους εκμετάλλευση, κακομεταχείριση ή ταπεινωτική αντιμετώπιση<sup>45</sup>.

---

### **Τα άτομα με σχιζοφρένεια και ψυχικά προβλήματα**

Τα τελευταία χρόνια η ελληνική κοινωνία δείχνει να δέχεται και να βλέπει από άλλη οπτική τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Πλέον τα ιδρύματα που υπάρχουν και λειτουργούν ξεκινούν από άλλες βάσεις. Οι βάσεις αυτές στηρίζονται στην αρχή ότι τα άτομα με αναπηρία είναι πρώτα από όλα άνθρωποι. Στα ιδρύματα επιλέγονται επαγγελματίες οι οποίοι είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, προκειμένου να φροντίσουν και να βοηθήσουν τα άτομα αυτά. Σκοπός των ιδρυμάτων αυτών δεν είναι μόνο η φροντίδα και γενικότερα η

---

<sup>45</sup> ([http://www.fa3.gr/eidiki\\_agogi/isa-dikaiomata-nomoi.htm](http://www.fa3.gr/eidiki_agogi/isa-dikaiomata-nomoi.htm))

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αλλά και η βοήθεια για την ένταξή τους στη κοινωνία και σε αρκετές περιπτώσεις ως ενεργά μέλη.

Ξεφυλλίζοντας το παρελθόν και συγκεκριμένα το 1937 περίπου, με πρωτοβουλία του τότε επίσημου Κράτους ιδρύθηκε το πρώτο δημόσιο ειδικό σχολείο στην Ελλάδα για παιδιά με ειδικές ανάγκες με έδρα την Αθήνα, ενώ στην Κύπρο το 1929 ιδρύθηκε η πρώτη σχολή τυφλών. Τότε βέβαια αναφέρονταν ως «καθυστερημένα παιδιά». Επιπλέον, ψηφίστηκε νόμος ο οποίος παρείχε τη δυνατότητα ίδρυσης παρόμοιων αυτοτελών σχολείων, καθώς και ειδικών τάξεων προσαρτημένων σε κανονικά σχολεία, όχι μόνο στην Αθήνα αλλά και στα υπόλοιπα διαμερίσματα της χώρας. Παρόλα αυτά, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το Κράτος δεν έκανε χρήση αυτού του νόμου, μέχρι τις αρχές περίπου της δεκαετίας του 70. Γεγονός όμως, είναι ότι ο νόμος και η όλη πολιτική φιλοσοφία που αποτέλεσε το υπόβαθρό του, βασίστηκε στην ιδεολογία του διαχωρισμού των μαθητών σε «φυσιολογικούς» και «πνευματικώς υπολειπόμενους» ή «καθυστερημένους»<sup>46</sup>.

Αργότερα, και συγκεκριμένα τα μέσα της δεκαετίας του 50, σημειώνεται σημαντική αλλαγή όσον αφορά τη δραστηριοποίηση των ατόμων με σωματική αναπηρία. Πλέον υπεύθυνοι για τα άτομα αυτά ήταν ο ιδιωτικός τομέας. Το κράτος περιόρισε την παρέμβασή του στο επίπεδο ορισμένων νομοθετικών ρυθμίσεων, που κινήθηκαν στο πνεύμα των Διακηρύξεων του Ο.Η.Ε. για την ισοτιμία των ανθρώπων. Η βελτίωση αυτή σε νομοθετικό επίπεδο δε σήμαινε αυτόματα ότι υπήρξε ριζική αλλαγή των κοινωνικών στάσεων προς τα άτομα με σωματική αναπηρία. Η κοινωνική στάση παρέμενε ρατσιστική. Αντιθέτως, ο ελληνικός τύπος αγωνίστηκε από την πλευρά του για την άμβλυνση αυτής της κατάστασης. Η ευρύτερη κοινωνία φαίνεται να

---

<sup>46</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

μην αποδεχόταν σε ικανοποιητικό βαθμό τα άτομα με νοητική υστέρηση.

Επιπλέον, εκτός της προκατάληψης υπήρχε και άγνοια, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι οικογένειες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων δε συνιστούσαν το καλύτερο δυνατό περιβάλλον για τα άτομα αυτά. Παράλληλα, το επίσημο κράτος δεν έδινε ιδιαίτερη βαρύτητα στο θέμα της επαγγελματικής αποκατάστασης και της ομαλής κοινωνικής ένταξης των «νοητικά υστερούντων». Επιπρόσθετα σημαντικό ήταν και το γεγονός ότι με βάση αυτή την ανασυγκρότηση δημιουργήθηκαν και οι πρώτοι πυρήνες εξειδικευμένων επιστημόνων στο χώρο, τόσο για τη βοήθεια αυτών των ατόμων, όσο και για την προώθηση θεμάτων ψυχικής υγιεινής.

Όσο τα χρόνια περνούσαν, παρατηρείται μεγαλύτερη πρόοδος στο θέμα της αντιμετώπισης των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Για τα άτομα με σωματική αναπηρία επικράτησε η αντίληψη με το τρίπτυχο των στόχων: θεραπευτική αγωγή, ειδική εκπαίδευση, επαγγελματική αποκατάσταση. Ο ιδιωτικός τομέας αλλά και το Κράτος, αντιμετώπισαν πιο άμεσα από ότι στο παρελθόν, τα ζητήματα της ισότητας των ευκαιριών αυτών των ατόμων στην εκπαίδευση, της σχολικής και κοινωνικής τους ενσωμάτωσης. Παρόλο τις προσπάθειες που γίνονταν από το κράτος, η κοινωνία δεν φαίνεται ακόμα να έχει αποδεχτεί πλήρως τα άτομα αυτά.

Όσον αφορά, τα άτομα με νοητική υστέρηση ψηφίστηκαν νέοι νόμοι, οι οποίοι συγκριτικά με την προηγούμενη περίοδο. Η κοινωνία ξεκινά να αντιμετωπίζει διαφορετικά τα άτομα με νοητική στέρηση. Θεωρούν ότι με τη κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν να ζήσουν πιο ανεξάρτητα αλλά και να βρουν επαγγελματική απασχόληση. Στο τομέα της εκπαίδευσης των ατόμων με νοητική υστέρηση, σημαντικός σταθμός ήταν η ίδρυση στη δεκαετία του 80 των ειδικών τάξεων μέσα στις

κοινές σχολικές μονάδες, ενώ μέχρι τότε υπήρχαν ειδικά σχολεία, που λειτουργούσαν ξεκομμένα από το όλο εκπαιδευτικό σύστημα.

Στα πλαίσια αυτά πάρθηκαν μια σειρά θεσμικού χαρακτήρα πρωτοβουλίες, όπως ήταν η ίδρυση ειδικών σχολείων και σχολών λειτουργικής ή επαγγελματικής αποκατάστασης. Ο νόμος, που αφορούσε την ειδική αγωγή, ήταν ο Ν.1566/30.9.85. Το καινούριο στοιχείο ήταν ότι οι ρυθμίσεις για την ειδική αγωγή ήταν ενσωματωμένες στο νόμο για τη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Επρόκειτο όμως για μια επιφανειακή και όχι ουσιαστική αλλαγή. Επιβάλλεται όμως να αναγνωριστεί το γεγονός ότι από τα μέσα της δεκαετίας του 80 (1983-84), ξεκίνησε ο θεσμός των ειδικών τάξεων, που αποτέλεσε ένα ουσιαστικό βήμα από την αποκοπή και τον εξοβελισμό προς την ένταξη και ενσωμάτωση. Η ομάδα των κυριαρχούντων και η ομάδα των κυριαρχούμενων συνδέονται μέσα σε μια και μόνη διαδικασία που τους φυλακίζει. Στα πλαίσια της σχέσης των ομάδων φυσιολογικών και μη, αξίζει να αναφερθεί ένα πραγματικό αρνητικό παράδειγμα αυτής της σχέσης. Στη Γαλλία το 1987, το Κοινοβούλιο ψήφισε ένα νόμο που με ποινή προστίμου, προσδιόριζε ένα ποσοστό θέσεων που θα έπρεπε να προοριστούν για τα ανάπηρα πρόσωπα. Στη συνέχεια οι εργοδότες εξάσκησαν πίεση πάνω σε ορισμένους εν δράσει εργαζόμενους, ώστε να εγγραφούν ως ανάπηροι εργάτες, αλλά οι εργαζόμενοι αρνήθηκαν στο όνομα της ατομικής ελευθερίας. Οι εργοδότες θα μπορούσαν, εάν επιθυμούσαν, να προσλάβουν ανάπηρους εργαζόμενους, που είχαν εγγραφεί στη λίστα αναμονής εργασίας, αλλά προτιμούσαν τόσο συχνά να



πληρώνουν το πρόστιμο, ώστε το ειδικό ταμείο έγινε γρήγορα πλούσιο<sup>47</sup>.

---

## Άτομα με Νοητική Καθυστέρηση

ΑΜΕΑ δεν είναι μόνο τα άτομα με σωματική αναπηρία αλλά και τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Η νοητική καθυστέρηση μπορεί να οφείλεται σε κάποιες εξωγενείς βλάβες ή σε κάποιες ορμονικές ανωμαλίες στη διάρκεια της κύησης, όπου αναπτύσσεται το έμβρυο. Το αποτέλεσμα και στις δύο προαναφερόμενες περιπτώσεις είναι η μη φυσιολογική ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου.

Διακρίνεται σε :

- Ελαφρά νοητική καθυστέρηση: Τα άτομα με ελαφρά νοητική καθυστέρηση αποκτούν την ικανότητα της γνωστικής έκφρασης με κάποια καθυστέρηση. Πάρα αυτά τα περισσότερα άτομα διαθέτουν την ικανότητα να χρησιμοποιούν το λόγο για καθημερινούς σκοπούς, όπως να συμμετέχουν σε μια συζήτηση αλλά και να λαμβάνουν μέρος σε μια κλινική συνέντευξη.

Ακόμα, αρκετά άτομα με νοητική καθυστέρηση ανεξαρτητοποιούνται πλήρως. Αυτό σημαίνει ότι μπορούν μόνοι τους να φροντίζουν τον εαυτό τους και να κάνουν τις καθημερινές δουλειές. Οι κύριες δυσκολίες φαίνονται συνήθως στο σχολείο και πολλά άτομα έχουν ιδιαίτερα προβλήματα στην ανάγνωση και τη γραφή.

---

<sup>47</sup> (<http://www.disabled.gr>)



ΕΙΚ.9:ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΓ.ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ

Τα περισσότερα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα ελαφριάς νοητικής καθυστέρησης είναι δυνητικώς ικανά για εργασία, για την οποία απαιτούνται πρακτικές μάλλον παρά θεωρητικές ικανότητες, συμπεριλαμβανόμενης της ανειδίκευτης ή μη ειδικευμένης χειρωνακτικής εργασίας<sup>48</sup>.

Γενικά οι δυσκολίες της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και οι κοινωνικές δυσκολίες των ατόμων με ελαφριά καθυστέρηση όπως και οι ανάγκες θεραπείας και υποστήριξης, οι οποίες προκύπτουν από αυτές, μοιάζουν πιο πολύ με αυτές που των ατόμων που δε παρουσιάζουν κάποια νοητική στέρηση.

- Μέτρια νοητική καθυστέρηση: Στη κατηγορία αυτή εντάσσονται τα άτομα που παρουσιάζουν επιβραδυνόμενη ανάπτυξη στην κατανόηση και τη χρήση της γλώσσας κα Εντοπίζεται μια καθυστέρηση στην αυτοφροντίδα και των κινητικών δεξιοτήτων και σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται επίβλεψη σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους και κατά συνέπεια, οι επιδόσεις τους σε αυτή την περιοχή είναι περιορισμένες.

---

<sup>48</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

Αυτά τα άτομα, επίσης, μπορούν να μάθουν να αναπτύσσουν βασικές δεξιότητες, όπως είναι το διάβασμα, η γραφή και η μέτρηση. Όλα αυτά μπορούν επιτευχθούν με τη χρήση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που μπορούν να τους δώσουν ευκαιρίες να αναπτύξουν τις περιορισμένες δυνατότητες τους και να αποκτήσουν μερικές βασικές δεξιότητες. Τέλος, σαν ενήλικες είναι συνήθως ικανά να κάνουν απλή πρακτική εργασία εάν τα καθήκοντα τους είναι προσεκτικά δομημένα και υπάρχει επίβλεψη από έμπειρα άτομα.

- Βαριά νοητική καθυστέρηση: Το IQ σε αυτή την κατηγορία υπολογίζεται ότι είναι κάτω από 20, αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που υποφέρουν από βαριά καθυστέρηση παρουσιάζουν δυσκολία στη κατανόηση και στη συμμόρφωση των αιτημάτων και των οδηγιών που τους επιβάλλουν οι άλλοι. Τα άτομα αυτά έχουν ελάχιστη και σε αρκετές περιπτώσεις καμία ικανότητα να φροντίζουν τους εαυτούς τους για τις πολύ βασικές τους ανάγκες και απαιτείται για αυτό συνεχής βοήθεια και επίβλεψη.

---

### **Αυτισμός**

«Ο αυτισμός ορίζεται ως μια Διάχυτη Αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει συνολικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από έντονα διαταραγμένη επικοινωνία ( λεκτική, μη λεκτική ) και έντονα περιορισμένες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Τα πρώτα σημάδια του, γίνονται εμφανή από τον πρώτο ή δεύτερο χρόνο της ζωής του παιδιού»<sup>49</sup>.

Από τα χαρακτηριστικά του αυτισμού που περιγράφονται παρακάτω εκείνα που ανήκουν στις τρεις πρώτες κατηγορίες αποτελούν τα πυρηνικά συμπτώματα του αυτισμού.

---

<sup>49</sup> (Κρουσταλάκης Γ., Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες)

- Διαταραχές στην κοινωνικότητα του ατόμου: Η κοινωνική δυσλειτουργία αποτελεί ένα από τα βασικότερα, αν όχι το κεντρικό χαρακτηριστικό του αυτισμού. Τα αυτιστικά παιδιά εμφανίζουν μια διάχυτη δυσκολία στη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων, συνήθως παρατηρούνται πρώιμα σημάδια κοινωνικής απομόνωσης, δυσκολίες στην ανάπτυξη βασικής μίμησης, έλλειψη σχέσεων με συνομηλίκους και κοινωνικού παιχνιδιού.

- Διαταραχές στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία  
- Έκφραση συναισθημάτων

- Περιορισμένος αριθμός ενδιαφερόντων – συμπεριφορών

Στα αυτιστικά παιδιά παρατηρείται απουσία συμβολικού παιχνιδιού λόγω έλλειψης φαντασίας. Συχνά δε χειρίζονται τα αντικείμενα με βάση την λειτουργική ή συνηθισμένη χρήση τους αλλά με ένα στερεότυπο τρόπο και πολλές φορές αναπτύσσουν μια ιδιαίτερη προσκόλληση προς κάποιο αντικείμενο.

- Μη λεκτική επικοινωνία : Ενώ στα φυσιολογικά παιδιά υπάρχει έμφυτη η ικανότητα να επικοινωνήσουν εξωλεκτικά, τα αυτιστικά παιδιά φαίνεται ότι χρειάζονται να διδαχθούν αυτή τη μορφή επικοινωνίας και μπορεί να εμφανίσουν κάποιου είδους διαταραχή σε αυτήν όπως διαταραγμένη βλεμματική επαφή, αδυναμία κατανόησης των εκφράσεων του προσώπου κ.α.

-Λεκτική επικοινωνία : Ένα ποσοστό των αυτιστικών παιδιών παραμένουν βωβά σε όλη τους τη ζωή. Στα παιδιά που αναπτύσσεται κάποιος λόγος, το περιεχόμενο και η χρήση της γλώσσας παρουσιάζουν κάποια άτυπα χαρακτηριστικά αντιστροφή συλλαβών

και αντωνυμιών, ηχολαλία, ιδιοσυγκρασιακή χρήση της γλώσσας και επίσης παρατηρείται ασυνήθιστος τόνος φωνής.

- Προβλήματα στο γνωστικό τομέα: Τα αυτιστικά παιδιά έχουν μικρή διάρκεια συγκέντρωσης και προσοχής ενώ ένα ακόμη χαρακτηριστικό αποτελεί η αδυναμία κατανόησης αφηρημένων ή αλληγορικών εννοιών.

- Διαταραχές στην αισθητηριακή επεξεργασία και αντίληψη Στα αυτιστικά παιδιά παρατηρούνται μη φυσιολογικές αντιδράσεις σε ποικίλα οπτικά, ακουστικά ερεθίσματα. Υπάρχει μια προτίμηση για λήψη ερεθισμάτων από τις κοντινές αισθήσεις ( αφή, γεύση, όσφρηση) παρά από τις μακρινές αισθήσεις της όρασης και της ακοής.

- Διάφορα κινητικά προβλήματα: Τα αυτιστικά παιδιά ενδέχεται να παρουσιάσουν φτωχό, αδρό, και λεπτό συντονισμό κινήσεων, μειωμένο τόνο στους καμπτήρες ή εκτείνοντας μύες κ.α.

- Σύνοδες διαταραχές: Σε συνδυασμό με τον αυτισμό υπάρχουν και άλλες διαταραχές, όπως υπερκινητικότητα, διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα, εκρήξεις οργής ή ιατρικές παθήσεις όπως επιληπτικοί σπασμοί στην εφηβεία.

---

### **Διαταραχές ομιλίας**

Οι διαταραχές στην ομιλία επρόκειτο για διαταραχές, κατά τις οποίες ο φυσιολογικός τρόπος εκμάθησης της γλώσσας διαταράσσεται από τα αρχικά στάδια της ανάπτυξης. Οι καταστάσεις αυτές δεν αποδίδονται άμεσα σε νευρολογικές ανωμαλίες του μηχανισμού της ομιλίας, σε

βλάβες των αισθητηρίων οργάνων, σε νοητική καθυστέρηση ή σε περιβαλλοντικούς παράγοντες<sup>50</sup>.

- Ειδικές διαταραχές της άρθρωσης: Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία το παιδί κάνει χρήση των φθόγγων σε επίπεδο κατώτερο από εκείνο που αντιστοιχεί στη νοητική ηλικία του, αλλά με φυσιολογικό επίπεδο γλωσσικών δεξιοτήτων.

- Διαταραχή στην έκφραση της γλώσσας:

Επειδή αναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία η ικανότητα του παιδιού να εκφράζεται προφορικά είναι κατά πολύ μικρότερη από τη αντιστοιχούσα στη νοητική ηλικία του, αλλά η κατανόηση της γλώσσας είναι φυσιολογική. Ενδέχεται να υπάρχουν ή να μην υπάρχουν ανωμαλίες στην άρθρωση.

Το παιδί θα πρέπει να θεωρηθεί ότι παρουσιάζει σημαντική καθυστέρηση, αν περί την ηλικία των 2 ετών δεν προφέρει μεμονωμένες λέξεις και δεν κατορθώνει να σχηματίσει απλές φράσεις των 2 λέξεων περί την ηλικία των 3 ετών<sup>51</sup>.

- Αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας: Πρόκειται για ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία η ικανότητα του παιδιού να κατανοεί την γλώσσα είναι κατώτερη από την αναμενόμενη για τη νοητική ηλικία του. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η εκφραστική γλωσσική ικανότητα είναι έντονα διαταραγμένη ενώ οι ανωμαλίες στην παραγωγή φθόγγων είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Το παιδί

---

<sup>50</sup> (Κουρκουτάς, 2011)

<sup>51</sup> (Μιχελογιάννης Ι. & Τζενάκη Μ., Μαθησιακές Δυσκολίες)

πρέπει να θεωρηθεί ότι παρουσιάζει σημεία σημαντικής καθυστέρησης, αν δεν αποκρίνεται σε οικείες προσφωνήσεις στα πρώτα γενέθλια του, δεν αναγνωρίζει τουλάχιστον μερικά συνηθισμένα αντικείμενα στους 18 μήνες ή δεν κατορθώνει να ακολουθήσει απλές συνηθισμένες οδηγίες στην ηλικία των 2 ετών. Στις μεταγενέστερες δυσκολίες περιλαμβάνονται η ανικανότητα κατανόησης της γραμματικής δομής του λόγου καθώς και των περισσότερων λεπτών χαρακτηριστικών της γλώσσας.

- Επίκτητη αφασία συνοδευόμενη από επιληψία ( σύνδρομο LANDAU – KLEFFREN ) Πρόκειται για διαταραχή κατά την οποία το παιδί, ενώ είχε φυσιολογική εξέλιξη, χάνει τόσο τις αντιληπτικές όσο και τις εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες, αλλά διατηρεί τη γενική νοημοσύνη του.

---



---

[\(http://www.anixikav.gr/\)](http://www.anixikav.gr/)

### **Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος**

- Διαταραχές υπερκινητικού τύπου Οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου εμφανίζονται πάντοτε νωρίς, κατά την περίοδο της ανάπτυξης (συνήθως μέχρι την ηλικία των 5 ετών<sup>52</sup>).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά τους είναι η έλλειψη επιμονής σε ασχολίες, για τις οποίες χρειάζεται νοητική προσπάθεια, καθώς και κάποια τάση για μετάπτωση από μια ασχολία σε άλλη, χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η προηγούμενη, μαζί με αποδιοργανωμένη, ανεπαρκώς συντονισμένη και υπερβολική δραστηριότητα. Τα προβλήματα αυτά συνήθως παραμένουν τόσο κατά τη σχολική όσο και τη μετέπειτα ζωή, αλλά πολλά από τα άτομα με υπερκινητικού τύπου διαταραχές παρουσιάζουν βαθμιαία βελτίωση στη δραστηριότητα και την προσοχή.

Συχνά τα υπερκινητικά παιδιά είναι απρόσεκτα και παρορμητικά, είναι επιρρεπή προς τα ατυχήματα και υφίστανται τιμωρίες επειδή παραβαίνουν μάλλον απερίσκεπτα τους κανόνες. Οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου είναι πολύ συχνότερες στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Για να τεθεί η διάγνωση διαταραχής υπερκινητικού τύπου τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά είναι η ελλειμματική προσοχή και η υπερδραστηριότητα και αυτά πρέπει να είναι εμφανή σε περισσότερες από μια καταστάσεις.

Περιλαμβάνονται : Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής, Διαταραχή της διαγωγής, υπερκινητικού τύπου, Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου.

---

<sup>52</sup> (Κουρκουτάς, 2011)



- Διαταραχές της διαγωγής Τα βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών της διαγωγής είναι η επαναλαμβανόμενη και επίμονη δυσκοινωνική, επιθετική ή προκλητική διαγωγή. Ως παραδείγματα συμπεριφορών, στις οποίες βασίζεται η διάγνωση της διαταραχής αυτής περιλαμβάνονται τα ακόλουθα : καθ' υπερβολή διενέξεις και εκφοβισμοί, σκληρότητα προς τα ίδια ή τους άλλου ανθρώπους, σοβαρή καταστροφική δραστηριότητα, εμπρησμοί, κλοπές, συνεχείς ψευδολογίες, συχνές απουσίες από το σχολείο και απομάκρυνση από το σπίτι, ασυνήθιστα συχνές και έντονες εκρήξεις θυμού, προκλητική συμπεριφορά, επίμονη και σοβαρή ανυπακοή. Συμπεριφορά που εντάσσεται σε οποιαδήποτε από αυτές τις κατηγορίες, εφόσον παρατηρηθεί, είναι στοιχείο επαρκές για να τεθεί η διάγνωση.

Περιλαμβάνονται : Διαταραχή της διαγωγής περιορισμένη στο οικογενειακό περιβάλλον, Διαταραχή της διαγωγής, με διαταραγμένη κοινωνικότητα, Διαταραχή της διαγωγής, με ομαλή κοινωνικοποίηση - Διαταραχή προκλητικής εναντίωσης.

- Διαταραχές του συναισθήματος, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία Η έρευνα έχει σταθερά δείξει ότι η πλειονότητα των παιδιών με συναισθηματικές διαταραχές εξελίσσονται σε φυσιολογικούς ενήλικους, αφού ελάχιστα από αυτά παρουσιάζουν νευρωσικές διαταραχές κατά την ενήλικη.

Περιλαμβάνονται : Διαταραχή άγχους αποχωρισμού κατά την παιδική ηλικία, Διαταραχή κοινωνικού άγχους κατά την παιδική ηλικία, Διαταραχή οφειλόμενη σε αντιπαλότητα μεταξύ αδελφών<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup>(Τζουριάδου Μ.& Αναγνωστοπούλου Ε., Παιδαγωγικά προγράμματα για παιδιά με δυσκολίες μάθησης)

- Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Σοβαρές περιβαλλοντικές ανωμαλίες ή στερήσεις συχνά σχετίζονται με τις διαταραχές αυτές και θεωρείται ότι παίζουν βασικό αιτιολογικό ρόλο σε πολλές περιπτώσεις. Πρόκειται για μια μάλλον ετερογενή ομάδα διαταραχών με κοινό στοιχείο ανωμαλίες της κοινωνικής λειτουργικότητας κατά την περίοδο της ανάπτυξης.

Περιλαμβάνονται : Εκλεκτική αλαλία Διαταραχή προσκόλλησης αντιδραστικού τύπου, κατά την παιδική ηλικία, Μη αναστελλόμενη διαταραχή προσκόλλησης κατά την παιδική ηλικία.

- Διαταραχές που εκδηλώνονται με μυοσπάσματα ( τικ ) Στα σύνδρομα, η προεξάρχουσα εκδήλωση είναι τα μυοσπάσματα διαφόρων τύπων. Ως μυόσπασμα θεωρείται ακούσια, ταχεία επαναλαμβανόμενη, μη ρυθμική μηχανική κίνηση ή παραγωγή ήχου, η οποία εμφανίζεται ξαφνικά και δεν εξυπηρετεί κανένα προφανή σκοπό.

Περιλαμβάνονται : Διαταραχή παροδικών μυοσπασμάτων, Διαταραχή χρόνιων κινητικών ή φωνητικών μυοσπασμάτων, Διαταραχή συνθετικών φωνητικών και πολλαπλών κινητικών μυοσπασμάτων

---

### **Δυσκολίες μάθησης**

- Ειδική διαταραχή της ανάγνωσης Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι κάποια ειδική και σημαντική μειονεξία στην ανάπτυξη των ικανοτήτων ανάγνωσης, η οποία δεν εξηγείται αποκλειστικά από τη νοητική ηλικία, από προβλήματα οπτικής οξύτητας και από ανεπαρκή διδασκαλία.

- Ειδική διαταραχή του συλλαβισμού.

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι μια ειδική και σημαντική μειονεξία στην ανάπτυξη των ορθολογικών δεξιοτήτων, απουσία ιστορικού ειδικής διαταραχής της ανάγνωσης, η οποία δεν οφείλεται αποκλειστικά σε μικρή νοητική ηλικία, σε προβλήματα οπτικής οξύτητας ή σε ανεπαρκή παρακολούθηση του σχολείου.

Προσβάλλονται τόσο η προφορική ικανότητα συλλαβισμού όσο και η ικανότητα ροής γραφής των λέξεων.

- Ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων. Η διαταραχή αυτή αναφέρεται σε ειδική μειονεξία των αριθμητικών ικανοτήτων, η οποία δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί αποκλειστικά σε νοητική καθυστέρηση ή σε γενικώς ανεπαρκή διδασκαλία. Η μειονεξία αναφέρεται στην αφομοίωση των βασικών υπολογιστικών πράξεων της πρόσθεσης, της αφαίρεσης, του πολλαπλασιασμού και της διαίρεσης<sup>54</sup>.

---

## Άτομα με κινητικά προβλήματα

Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της κινητικής λειτουργίας Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όσοι έχουν αναπηρία η οποία τους εμποδίζει σε μικρό ή μεγάλο βαθμό να κινούνται. Το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η σοβαρή μειονεξία στην ανάπτυξη του συντονισμού των κινήσεων, η οποία δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί αποκλειστικά σε γενική νοητική καθυστέρηση ή σε οποιαδήποτε ειδική συγγενή ή επίκτητη νευρολογική διαταραχή. Ο συντονισμός των κινήσεων του παιδιού σε απλές ή σύνθετες κινήσεις, πρέπει να είναι κατά πολύ κατώτερος από τον αναμενόμενο για την ηλικία και τη γενική ευφυΐα του.

---

<sup>54</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

Η έκταση της διαταραχής, όσον αφορά κυρίως το συντονισμό των αδρών ή των λεπτών κινήσεων και η συγκεκριμένη μορφή κινητικής αναπηρίας ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία. Το μικρό παιδί βαδίζει αδέξια και μαθαίνει αργά να τρέχει, να χοροπηδάει και να ανεβοκατεβαίνει σκάλες. Είναι πιθανόν επίσης να παρουσιάσει δυσκολίες στην εκμάθηση στοιχειωδών πράξεων. Γενικά το παιδί εκτελεί με αδέξιο τρόπο λεπτές και αδρές κινήσεις. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν σχολικές δυσκολίες, οι οποίες περιστασιακά μπορεί να είναι σοβαρές και σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν συναφή κοινωνικόσυναισθηματικά προβλήματα συμπεριφοράς<sup>55</sup>.

---

### **Προβλήματα όρασης - βαρηκοΐας**

«Άτομα με οπτική οξύτητα μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής θεωρούνται τυφλά και τυγχάνουν διαφόρων ευεργετημάτων και παροχών από το κράτος. Τα κύρια αίτια της τύφλωσης σε βρέφη και μικρά παιδιά είναι κληρονομικές, μολυσματικές και λοιμώδεις ασθένειες».

Αυτή η ομάδα παιδιών είναι μια ετερογενής ομάδα γιατί πέρα από τη διάγνωση της βαρηκοΐας ή κώφωσης, διαφέρουν και σε άλλους τομείς, όπως : οι ηλικίες που έχασαν την ακοή τους, οι γλωσσικές τους εμπειρίες, η νοημοσύνη, η συναισθηματική ισορροπία<sup>56</sup>.

Η έγκαιρη διάγνωση της βαρηκοΐας, η έγκαιρη και η θετική οικογενειακή επικοινωνία, η έγκαιρη γλωσσική παρέμβαση με πλούσιες γλωσσικές εμπειρίες, βοηθούν τα παιδιά να αναπτύξουν το λόγο τους σε υψηλά επίπεδα.

Ο τρόπος ομιλίας για τα κωφά παιδιά έχει χαρακτηριστεί ότι έχει υπερβολική αναπνοή, αργό ρυθμό, αντικατάσταση φθόγγων,

---

<sup>55</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

<sup>56</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

παραμόρφωση συλλαβών, αλλά αν τους δοθεί έγκαιρη εφαρμογή κατάλληλων ακουστικών και έγκαιρη λογοθεραπευτική παρέμβαση έχουν τη δυνατότητα, τα άτομα αυτής της κατηγορίας να αναπτύξουν πολύ καλό λόγο και ομιλία. Τα άτομα με προβλήματα κώφωσης δεν είναι απαραίτητο να έχουν ανικανότητα ομιλίας. Με ειδική εκπαίδευση άτομα τα οποία έχουν προβλήματα ακοής μπορούν να ομιλούν .

---

### **Εγκεφαλική παράλυση**

Εγκεφαλική παράλυση ορίζεται το σύνολο των διαταραχών της κίνησης και της στάσης που οφείλονται σε μη προοδευτική βλάβη του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου. Η εγκεφαλική βλάβη είναι μόνιμη, δεν εξελίσσεται. Παρατηρείται όμως μεταβαλλόμενη εξέλιξη στην κλινική εικόνα του παιδιού μέχρι να εγκατασταθεί η μόνιμη στατική εγκεφαλοπάθεια.

« Από τις μέχρι σήμερα επιδημιολογικές μελέτες και τα δεδομένα της σύγχρονης βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η συχνότητα της Ε.Π. στις ανεπτυγμένες χώρες κυμαίνεται από 1 - 4 ‰. Σε χώρες με υψηλό κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο τα ποσοστά της Ε.Π. παρουσιάζουν πτωτική τάση και το ποσοστό τους ανέρχεται σε 1,2 - 2,5‰. Στην Ελλάδα η συχνότητα της Ε.Π. υπολογίζεται σε 1,5 - 3‰ σε ζώντα νεογνά και περίπου 2 ‰ σε παιδιά σχολικής ηλικίας».

Τα αίτια της Ε.Π. είναι ποικίλα και διακρίνονται σε προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά αίτια, ενώ σ' ένα σημαντικό ποσοστό παραμένουν άγνωστα. Οι βάσεις για την ταξινόμηση της Ε.Π. τοποθετήθηκαν από τον Σ. Φρόιντ τον περασμένο αιώνα. Από τότε έγιναν διάφορες τροποποιήσεις στην ταξινόμηση με βάση άλλοτε τα παθολογοανατομικά ευρήματα και άλλοτε την κλινική

σημειολογία. Συχνά όμως παρατηρούνται περισσότερες από μια μορφές της Ε.Π. στο ίδιο άτομο.

Η Αμερικανική Ακαδημία για την Ε.Π. χωρίζει αυτή σε δύο βασικές ομάδες: α) την πυραμιδική και β) την εξωπυραμιδική Ε.Π., ενώ μικτοί τύποι με στοιχεία και των δύο ομάδων μπορούν να αναγνωριστούν και να σχηματίσουν μια τρίτη μεγάλη ομάδα.

Έτσι, η Ε.Π. διακρίνεται σε 4 μορφές ανάλογα με την αιτία και την περιοχή προσβολής του εγκεφάλου:

1. Σπαστική (πυραμιδική) μορφή,
2. Εξωπυραμιδική μορφή,
3. Ατονική μορφή,
4. Μικτές μορφές.

Ανάλογα με την έκταση των εκδηλώσεων διακρίνονται οι εξής μορφές:

1. Τετραπληγία,
2. Διπληγία,
3. Ημιπληγία,
4. Παραπληγία,
5. Μονοπληγία.

Ανάλογα με το μυϊκό τόνο: Σπαστικότητα Μέτρια Βαριά  
Εξωπυραμιδική Χοριοαθέτωση Δυστονία Αθέτωση με σπαστικότητα  
Αταξία Στα παιδιά με Ε.Π. εκτός από την κινητική αναπηρία, συνήθως συνυπάρχουν και άλλες σοβαρές διαταραχές .

Σχεδόν 50 - 70% των παιδιών με Ε.Π. έχουν κάποιο βαθμό νοητικής υστέρησης<sup>57</sup>. Είναι 20 φορές πιο συχνή στα παιδιά αυτά απ' ό τι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Το ποσοστό της υστέρησης εξαρτάται από το σημείο στο οποίο βρίσκεται και από την έκταση της εγκεφαλικής

---

<sup>57</sup> (Ιωάννου Ν. Παρασκευοπουλου, Νοητική Καθυστέρηση)

βλάβης κι από γενετικούς παράγοντες. Σε παιδιά με οπτικές, ακουστικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, η νοητική υστέρηση είναι μεγαλύτερη.

Τα παιδιά με Ε.Π. και νοητική υστέρηση παρουσιάζουν γενικά δυσχέρεια μάθησης και πολλά από αυτά εμφανίζουν διαταραχές στη συμπεριφορά και ιδιαίτερα μειωμένη συγκέντρωση προσοχής. Η δυσχέρεια στη μάθηση δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην ικανότητα ενός παιδιού με Ε.Π. να παρακολουθήσει ένα φυσιολογικό στοιχείο. Η πείρα επιβεβαιώνει ότι όλα αυτά τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούν ειδικό σχολείο.

Το πιο σημαντικό μέτρο για την αντιμετώπιση της Ε.Π. είναι η πρόληψη. Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται σημαντική βελτίωση σ' αυτό τον τομέα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό.

Στην προληπτική εξέταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα αν το παιδί κινδυνεύει να γεννηθεί με Ε.Π. Επίσης, πρέπει να γίνεται γνωστό στο θεράποντα γιατρό όλο το ιστορικό της μητέρας, π.χ. προηγούμενες αιμορραγίες, εκλάμψεις, ακτινογραφίες, μολύνσεις, πρόωρος τοκετός, επαπειλούμενη αποβολή. Τοκετός που βαρύνεται με τέτοιο ιστορικό βρίσκεται σε επικινδυνότητα για την εξέλιξή του.

Οι προληπτικές εξετάσεις χωρίζονται σε τρεις φάσεις: Προληπτική εξέταση πριν από τη σύλληψη (γενετική καθοδήγηση) Έγκαιρη διάγνωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (προγενετική διάγνωση) Έγκαιρη διάγνωση όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τον τοκετό (περιγεννητική διάγνωση), η οποία οδηγεί σε έγκαιρη θεραπεία και φροντίδα (μεταγεννητική διάγνωση).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Ε.Π. χαρακτηρίζεται ως μια μόνιμη και μη αναστρέψιμη κατάσταση. Συνεπώς, η θεραπεία της Ε.Π.

περιλαμβάνει την αποκατάσταση (όσο είναι δυνατόν) των κινητικών κυρίως προβλημάτων των ατόμων με Ε.Π. Οι δυσκολίες αυτής της αποκατάστασης είναι πολλές και απαιτούν τη συλλογική προσπάθεια ατόμων με διάφορες ειδικότητες, όπως γιατρών, φυσιοθεραπευτών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ. Επιπρόσθετα οι γονείς είναι αυτοί που συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό σε αυτή τη θεραπευτική διαδικασία. Στόχος βέβαια της προσπάθειας όλων αυτών των ατόμων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και η ένταξή τους στην κοινωνία.

---

## **Ψυχικές ανάγκες κι ο ρόλος της οικογένειας και του νοσηλευτή**

---

### **Ψυχικές ανάγκες των παιδιών με ειδικές ανάγκες**

Ως ψυχική υγεία αναφέρεται η κατάσταση εκείνη της συναισθηματικής ικανοποίησης, πληρότητας και ευεξίας, όπου το παιδί μπορεί να ζει και να μεγαλώνει με ικανοποίηση και άνεση μέσα στη κοινωνία και να ευχαριστείται από τα προσωπικά του γνωρίσματα, επιτυχίες και επιτεύγματα. Η ψυχική υγεία αποτελεί μέρος της γενικής του υγείας και είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων που αφορά την ψυχική, τη φυσική, καθώς και τη κοινωνική του κατάσταση<sup>58</sup>.

Οι ψυχικές ανάγκες ενός παιδιού είναι βαρυσήμαντης σημασίας ιδιαίτερα για ένα γονέα. Ακόμα μεγαλύτερης σημασίας είναι για ένα παιδί με ειδικές ανάγκες. Ποιες όμως μπορεί να είναι οι ψυχικές ανάγκες ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες;

---

<sup>58</sup> (Χατζηχρήστου, 2008)



Μια σημαντική ανάγκη είναι η αγάπη. Ένα παιδί αποζητά την αγάπη των γονιών του. Έτσι οι γονείς καλούνται να είναι δίπλα στο παιδί τους και να του δηλώνουν την αγάπη τους, τη τρυφερότητά τους, την προστασία τους. Το συναίσθημα της αγάπης επιδρά θετικά στο ψυχικό κόσμο του παιδιού. Αυτό είναι το αρχικό και σινάμα όπλο προκειμένου να μεγαλώσει ένα παιδί με ειδικές ανάγκες.

Αν ο γονέας είναι δίπλα στο παιδί του και το έχει καθοδηγήσει και βοηθήσει προκειμένου να ενταχθεί στη σύγχρονη κοινωνία ως ενεργό μέλος, τότε του έχει δημιουργηθεί κι η ανάγκη για εκπαίδευση. Έτσι υπάρχουν ειδικά σχολεία στα οποία μπορεί ένα παιδί με ειδικές ανάγκες να λάβει την ανάλογη μόρφωση προκειμένου να μπορεί να εργαστεί. Από εδώ λοιπόν, προκύπτει άλλη μια ψυχική ανάγκη που είναι η ανάγκη της προσφοράς. Ένα παιδί με ειδικές ανάγκες θέλει να νιώθει χρήσιμος και συνετό είναι να δημιουργεί το περιβάλλον του τις συνθήκες προκειμένου να υλοποιήσει αυτή του την ανάγκη.

Άλλη μια ψυχική ανάγκη είναι αυτή της επικοινωνίας. Όπως όλοι έτσι κι ένα παιδί με ειδικές ανάγκες επιθυμεί να έχει κοινωνικές επαφές. Επιθυμεί δηλαδή να έχει φίλους προκειμένου να μοιραστεί τις ανησυχίες του, τα μυστικά του, να παίξει, να βγει. Ψυχική ανάγκη για ένα παιδί είναι η ψυχολογική υποστήριξη και αυτήν την λαμβάνει κυρίως από τους γονείς του.

Συνεπώς, όπως όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα να ζουν και να αναπτύσσονται σε ένα υγιές περιβάλλον, το οποίο θα εξασφαλίζει και θα προάγει τη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Η ψυχική υγεία των παιδιών και νέων ατόμων περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

- την ικανότητα του ατόμου να αρχίζει και να διατηρεί ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις
- τη συνεχή εξέλιξη της ψυχολογικής ανάπτυξης

- την ικανότητα του ατόμου να παίζει και να μαθαίνει ώστε τα επιτεύγματα του να είναι ανάλογα με την ηλικία του και το νοητικό του επίπεδο
  - την εξέλιξη της επίγνωσης του ηθικά σωστού και του μη αποδεκτού
  - το βαθμό του ψυχολογικού στρες και της προβληματικής συμπεριφοράς μέσα στα φυσιολογικά όρια για την ηλικία του παιδιού και το περιβάλλον που ζει
- 

### Δυσκολίες της ψυχικής υγείας

Τα ζητήματα ψυχικής υγείας που εμφανίζουν τα παιδιά ταξινομούνται κυρίως σε δυο κατηγορίες<sup>59</sup>:

- ανησυχίες εσωτερίκευσης όπως είναι το στρες, το άγχος
- ανησυχίες εξωτερίκευσης όπως είναι η επιθετικότητα

Τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο καταγράφονται με διάφορους όρους όπως συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές διαγωγής, προβλήματα συμπεριφοράς<sup>60</sup>. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι ο παιδικός πληθυσμός θεωρείται ως υψηλού κινδύνου για εμφάνιση και ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικών διαταραχών. Η διάγνωση και η θεραπεία των παιδιών με τέτοια ψυχικά προβλήματα είναι δύσκολες προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και αυτό γιατί, η παιδική ηλικία έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Η περίοδος που το άτομο διανύει τη παιδική ηλικία διέρχεται από στάδια συνεχών αλλαγών και πολύ συχνά παρατηρείται διαφορά της

---

<sup>59</sup> (Ζαφειροπούλου, 2004)

<sup>60</sup> (Κοντοπούλου, 2007)

χρονολογικής τους ηλικία και των συναισθηματικών και γνωστικών σταδίων που διανύουν. Τα προβλήματα αυτά έχουν σχέση με ποικίλες κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους κινδύνου.

---

#### □ Άγχος / στρες

Το άγχος ορίζεται ως μια συναισθηματική κατάσταση που συχνά θεωρείται ανάλογη με το φόβο καθώς και ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και ανησυχίας.

#### □ Κατάθλιψη

Η παιδική κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές και έχει τη δυνατότητα να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη.

Επειδή θεωρείται μια κοινή ψυχική διαταραχή μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία, εφαρμόζοντας μια ποικιλία αξιόπιστων θεραπειών.

Τα άτομα που εμφανίζουν το συναίσθημα της κατάθλιψης, νιώθουν καταθλιπτική διάθεση καθημερινά και για πολλές ώρες, καταστρεπτικά συναισθήματα όπως στενοχώριας ή θλίψης, συναισθήματα θυμού και οξυθυμίας, αίσθημα αποφυγής άλλων ανθρώπων, μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για οτιδήποτε.

---

## Ο ρόλος της οικογένειας

Με την απόκτηση ενός παιδιού οι γονείς ξεκινάνε να επεξεργάζονται και να πραγματοποιούν διάφορα σχέδια. Οι γονείς πρέπει να προσφέρουν την αγάπη τους στα παιδιά τους. Στις περιπτώσεις, λοιπόν, που το παιδί παρουσιάζει κάποια αναπηρία, οι γονείς αρχικά βρίσκονται σε κατάσταση πανικού αλλά και γενικότερα σε μια άσχημη ψυχολογική κατάσταση προσπαθώντας να κατανοήσουν τι είναι αυτό που το προκάλεσε.

Στη προκειμένη περίπτωση, οι γονείς πρωτίστως θα πρέπει να αποδεχτούν το παιδί τους και κατ'επέκταση την αναπηρία του. Να ενημερωθούν για το πώς πρέπει να το αντιμετωπίσουν αλλά και για το πώς πρέπει να στηρίξουν και να μεγαλώσουν το παιδί τους. Για ένα γονιό είναι δύσκολο παρόλα αυτά θα πρέπει να το αντιμετωπίσει και να κατανοήσει ότι το παιδί είναι δικό του και πρέπει να το μεγαλώσει όπως πρέπει και του αρμόζει.

Σαφώς δεν είναι εύκολη και συμβίωση με ένα παιδί το οποίο παρουσιάζει τέτοιου είδους δυσκολίες. Η ύπαρξη και συμβίωση με ένα παιδί με ειδικές ανάγκες ακολουθεί μια διαδοχική σειρά συγκεκριμένων σταδίων μέσα στην οικογένεια. Το πρώτο στάδιο είναι το στάδιο του σοκ που νιώθουν οι γονείς και εκδηλώνεται με συναισθητική αποδιοργάνωση και σύγχυση. Το δεύτερο είναι το στάδιο της αντίδρασης, όπου οι γονείς εκφράζουν θλίψη και απελπισία. Ακολουθεί το στάδιο της προσαρμογής, στο οποίο γίνεται μια ρεαλιστική εκτίμηση και αντιμετώπιση του παιδιού και της οικογένειας ως ολότητα. Τελικό στάδιο είναι το στάδιο του προσανατολισμού, στο οποίο οι γονείς αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση.

Οι περισσότεροι γονείς, καταθλίβονται και αγχώνονται πολύ με την πληροφορία ότι το παιδί τους έχει μια σοβαρή και μακροχρόνια αναπηρία που θα διαρκέσει πιθανόν όλη του τη ζωή.

Τα προβλήματα των ειδικών παιδιών ποσοτικά είναι τα ίδια με αυτά που υπάρχουν σε όλες τις οικογένειες, αλλά η ασυνήθιστη ένταση που παρουσιάζουν δημιουργούν διατάραξη της ομαλής λειτουργίας του «εγώ» των γονιών με αποτέλεσμα τη διατάραξη της ομαλής λειτουργίας της οικογενειακής ζωής. Η αδυναμία των γονιών να μπορέσουν να αντέξουν τα αρνητικά τους συναισθήματα, τους κάνει να καταφεύγουν σε αυτοκατηγορία ή σε κατηγορίες ο ένας εναντίον του άλλου.

Μια μητέρα που αισθάνεται ένοχη και υπεύθυνη για την κατάσταση του παιδιού, μπορεί να θέλει να φέρει μόνη της την ευθύνη, κρατώντας τον πατέρα απ' έξω με το πρόσχημα της εργασίας του. Ο πατέρας συχνά αποσύρεται στην εργασία του προκειμένου να χειρισθεί τη δική του θλίψη και μελαγχολία. Όταν όμως η ευθύνη μεγαλώσει πολύ, για τη μητέρα, τότε μπορεί να κατηγορήσει τον σύζυγο της για αδιαφορία και αισθάνεται ότι ο άνδρας της έχει εγκαταλείψει εκείνη και το παιδί. Η μητέρα εξ' αιτίας του στενού βιολογικού δεσμού υποφέρει πιο έντονα συναισθηματικά, ενώ οι πατέρες είναι πιο απομακρυσμένοι, πιο αντικειμενικοί και λιγότερο εκφραστικοί.

Το γεγονός ότι το παιδί που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα δεν θα μπορέσει να εκπληρώσει τις αρχικές προσδοκίες των γονέων του, μπορεί να ωθήσει ορισμένους πατέρες στο να καταβάλουν εντονότερες προσπάθειες και άλλους στο να υιοθετήσουν στάσεις φυγής, για παράδειγμα, εξαιτίας της ανησυχίας του για το μέλλον του παιδιού του, ο πατέρας, άλλοτε αναλαμβάνει το ρόλο του δάσκαλου ή

διεκδικεί καλύτερη παροχή υπηρεσιών και άλλοτε εναποθέτει την ευθύνη στη γυναίκα του επικεντρώνοντας συνήθως το ενδιαφέρον του στην επαγγελματική του ενασχόληση. Επίσης συνήθως ο ρόλος του πατέρα συνδέεται περισσότερο με την δυνατότητα του να παίζει με το παιδί, να επιβάλλει πειθαρχία, να αναπτύσσει μαζί του μεγαλύτερη σωματική επαφή και γενικά δραστηριότητες εκτός σπιτιού.

Η παρουσία ενός ειδικού παιδιού επιδεινώνει τα προσωπικά προβλήματα των γονιών με τη δημιουργία συναισθημάτων ανεπάρκειας και αποτυχίας σε μια εξαιρετικά ευαίσθητη περιοχή της ζωής όπως είναι η δημιουργία απογόνων. Μερικοί προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτή τη στενοχώρια τους αποκτώντας και άλλα παιδιά αποδεικνύοντας έτσι στον εαυτό τους ότι είναι ικανοί να κάνουν υγιείς και φυσιολογικούς απογόνους. Αυτό όμως δημιουργεί προβλήματα στην ανατροφή των φυσιολογικών παιδιών.

Οι γονείς στη προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες του μειονεκτούντος παιδιού, μπορεί να παρεμποδίσουν την ανάπτυξη των υγιών αδερφών. Η διαρκής ενασχόληση με το μειονεκτικό παιδί μπορεί να αποτρέψει τον γονιό από το να διατηρήσει μια φυσιολογική σχέση με το μη μειονεκτικό παιδί, οδηγώντας έτσι στην μείωση της αλληλεπίδρασης γονέα παιδιού. «Τα αδέρφια μπορεί επίσης να υπόκεινται περισσότερο σε συναισθηματικά προβλήματα. Στα υγιή αδέρφια ατόμων με ειδικές ανάγκες υπάρχει πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων όπως ζήλεια, απόρριψη, πίκρα και ψυχική κούραση».

Σημαντικό ρόλο παίζουν και τα αδέλφια αυτών των παιδιών, τα οποία μπορεί να μην παρουσιάζουν τέτοιες δυσκολίες. Η επιπλέον απασχόληση με το μειονεκτικό παιδί που οφείλεται στις απαιτούμενες καθημερινές συνηθισμένες θεραπείες ή στις ενδονοσοκομειακές νοσηλείες μπορεί να μην αφήνουν επαρκή χρόνο ή συναισθηματική ικανότητα για το υγιές παιδί. Οργάνωση οικογένειας. Οι ρόλοι της

οικογένειας πρέπει να επανακαθοριστούν ώστε η οικογένεια να μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες του μειονεκτούντος παιδιού . Ο ρόλος του /της αδερφού/ης.

Σε ότι αφορά την αλληλεπίδραση των αδελφών με το ειδικό παιδί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Πρώτος παράγοντας είναι η ηλικία. Όταν τα αδέρφια είναι μεγαλύτερα μπορούν να ενημερωθούν για την κατάσταση του ειδικού παιδιού και να αποτελέσουν βασικό αρωγό μέσα στην οικογένεια ένα μικρότερο όμως παιδί δεν μπορεί να καταλάβει τι πραγματικά συμβαίνει, μέχρι περίπου τη σχολική ηλικία. Όμως έχει χάσει την πρώτη προσαρμογή που έκανε η οικογένεια, και έτσι θα αρχίσουν νέες επώδυνες προσπάθειες.

Δεύτερος παράγοντας είναι το φύλο του παιδιού. Τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο αρνητικά από ότι τα αγόρια. Αυτό συμβαίνει γιατί τα κορίτσια αναλαμβάνουν περισσότερες οικογενειακές ευθύνες, ένα πρόωρο μητρικό ρόλο, με αποτέλεσμα να βλέπουν το ειδικό παιδί ως φορτίο

Τρίτος παράγοντας είναι η σοβαρότητα των δυσκολιών του μειονεκτικού παιδιού. Όσο μεγαλύτερη και εμφανέστερη είναι η αναπηρία τόσο αρνητική επίδραση έχει, ιδιαίτερα όταν τα παιδιά αντιμετωπίζουν τους συνομηλίκους τους. Παρόλα αυτά τα αδέρφια παιδιών με ειδικές ανάγκες παρουσιάζουν αυξημένα αισθήματα αλτρουισμού, ανοχής προς τους άλλους και ιδιαίτερο ενδιαφέρον για ανθρωπιστικά ζητήματα.

Συχνά λοιπόν οι γονείς απευθύνονται σε ειδικούς για να ζητήσουν βοήθεια, αλλά και όταν οι γονείς πάνε στον ειδικό θα προσπαθήσουν να αμφισβητήσουν τη διάγνωση εκατό φορές, δηλαδή την επιβεβαίωση του σχεδόν μόνιμου χαρακτήρα της αναπηρίας ή διαφοράς σε πολλές περιπτώσεις. Αρκετές φορές επεμβαίνουν για να διακόψουν την θεραπεία γιατί νομίζουν ότι όλα είναι χαμένα. Όταν

όμως μπου σ'ενα πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς, το πρώτο πράγμα που πρέπει να μάθουν είναι η συνειδητοποίηση – αποδοχή, από μέρους των γονιών, της διαφορετικότητας του παιδιού τους. Αυτό είναι πολύ ουσιαστικό για την εξέλιξη και ανάπτυξη του παιδιού. Ευνόητο λοιπόν είναι ότι η συνειδητοποίηση-αποδοχή της κατάστασης του παιδιού με τις δυσκολίες και τα χαρακτηριστικά του θα πρέπει να γίνει όσο πιο νωρίτερα είναι δυνατό .

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες, που συμβάλλουν ή όχι στη δυνατότητα συνειδητοποίησης – αποδοχής από τους γονείς της κατάστασης του παιδιού και καθορίζουν επομένως και την στάση των γονέων.

Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται:

- Στους γονείς και την προσωπική τους ιστορία, που με την σειρά της καθορίζει τα βιώματα και τη συναισθηματική ένταση που προκαλεί η απόκτηση ενός παιδιού με δυσκολίες και προβλήματα.
- Στο ίδιο το παιδί. Το είδος και το βάρος της δυσκολίας και του προβλήματος. Το αν το παιδί έχει σύνδρομο DOWN, εγκεφαλική παράλυση, πνευματική καθυστέρηση, αυτισμό, αυτό ανάλογα βιώνεται και γίνεται αποδεκτό ή όχι.
- Στην οικογένεια και τις οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή - Η στάση του πατέρα και η εκ μέρους του αποδοχή, η υποστήριξη και η ενθάρρυνση της γυναίκας του ή αντίθετα η απόρριψη του παιδιού και η ανάθεση όλων των ευθυνών φροντίδων στη μητέρα. - Η ύπαρξη αδελφού ή αδελφών σε αρκετές περιπτώσεις λειτουργεί σαν μοντέλο και σημείο σύγκρισης και υποβοηθά στην κατανόηση του βαθμού και της ποιότητας της διαφοράς και των προβλημάτων του παιδιού. - Στην κοινωνική θέση και οικονομική κατάσταση της οικογένειας. - Στην



κοινωνική πολιτική και πρόνοια της πολιτείας. - Στους ειδικούς που θα ασχοληθούν με το παιδί και τους γονείς.

Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω παράγοντες σχεδιάζεται το θεραπευτικό πρόγραμμα από τους γονείς και τους ειδικούς. Ο ιδιαίτερος τρόπος που οι γονείς φροντίζουν το παιδί, όταν είναι μικρό, η ενθάρρυνση για δραστηριοποίηση, καθώς μεγαλώνει, η ενσωμάτωση της θεραπευτικής αγωγής στη ζωή του ίδιου του παιδιού και της οικογένειάς του είναι επίσης εξαιρετικά βοηθητικοί παράγοντες. Για την επιτυχία αυτής της ενσωμάτωσης είναι απαραίτητη η καθοδήγηση και η υποστήριξη των γονέων από τους θεραπευτές και η ενημέρωση των θεραπειών από τους γονείς, για τις συνήθειες και τις δεξιότητες του παιδιού, αλλά και τις συνθήκες ζωής που επικρατούν στο σπίτι .

Οι γονείς έχουν μερικές σημαντικές ανάγκες. Αυτές συμπεριλαμβάνουν την ανάγκη του να έχουν ακριβή πληροφόρηση γύρω από τη φύση των προβλημάτων του παιδιού τους, δηλαδή τι δεν πάει καλά στο παιδί τους (διάγνωση), τι επιφυλάσσει το μέλλον (πρόγνωση), γιατί δημιουργήθηκαν τα προβλήματα (αιτιολογία), και τι μπορεί να γίνει ως προς αυτά (θεραπεία, εκπαίδευση και φροντίδα.

Έχοντας λοιπόν οι ειδικοί υπόψη τις παραπάνω ανάγκες αλλά και την οικογενειακή δομή, το τρόπο που ζει η οικογένεια, τις προτεραιότητες που έχει θέσει, ακόμα τα ήθη και τα έθιμα, μπορούν να δώσουν οποιοσδήποτε οδηγίες. Άλλωστε, δεν είναι δυνατό να υπάρξει εποικοδομητική συνεργασία με τους γονείς, εάν δε συνειδητοποιήσουμε πως κάθε γονέας έχει διαφορετική και μοναδική προσωπικότητα και άγνωστους μηχανισμούς άμυνας.

Είναι απόλυτα φυσικό, οι γονείς να μην είναι πάντα σε θέση να αφομοιώνουν με τον ίδιο τρόπο τις πληροφορίες που τους δίνονται για το παιδί τους ή να ακολουθούν τις οδηγίες με την ίδια διάθεση. Αυτό

που μπορούν να δεχθούν, εξαρτάται από τις νοητικές και πνευματικές τους δυνατότητες, την ψυχολογική τους κατάσταση (το στάδιο δηλαδή της συναισθηματικής πορείας στο οποίο βρίσκονται), τις οικογενειακές συνθήκες, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο οι πληροφορίες τους δίνονται. Για αυτό είναι υποχρέωση των ειδικών να τους εξηγούν, μέχρι να κατανοήσουν απόλυτα, ότι έχει σχέση με την κατάσταση του παιδιού τους με τον ιδιαίτερο για τον καθένα τρόπο, λαμβάνοντας μάλιστα, υπόψη πως τουλάχιστον στην αρχή, φοβούνται να μάθουν ή δεν ξέρουν τι να ρωτήσουν. Άλλωστε, εάν δε γνωρίζουν ξεκάθαρα τους στόχους της θεραπευτικής αγωγής σε κάθε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ζουν με ψεύτικες ελπίδες. Η συμμετοχή τους στο σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος συντελεί, όχι μόνο στην επιτυχία του, αλλά και στο να αποκτήσουν ρεαλιστικότερες προσδοκίες.

Η συνεργασία γονέα – θεραπευτή ξεκινά από τη στιγμή που τίθεται η διάγνωση της δυσλειτουργίας . Στο αρχικό στάδιο παρέχεται υποστήριξη κυρίως από τον ψυχολόγο και τον ιατρό ώστε να δουν το πρόβλημα αντικειμενικά και να το συνειδητοποιήσουν και να το αποδεχθούν.

Από τη στιγμή που οι γονείς έχουν αποδεχθεί το πρόβλημα, είναι απαραίτητο να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν κατάλληλα για να μπορέσουν να συμμετέχουν ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Στα πλαίσια αυτής της συμβουλευτικής προς τους γονείς ο θεραπευτής:

- «Εξηγεί τις δυσκολίες του παιδιού, ώστε τα προβλήματα να μην παρερμηνεύονται. Δίνει συμβουλές και συγκεκριμένες οδηγίες σχετικά με το πως μπορούν να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες και οι προβληματικές συμπεριφορές του παιδιού.

- Εκπαιδεύει τους γονείς στη χρήση θεραπευτικών διαδικασιών που ακολουθούνται στο κέντρο (σχετικά με τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, παιχνίδι, επικοινωνία κ.α), ώστε να τις εφαρμόζουν και στο σπίτι.
- Προτείνει δραστηριότητες που μπορεί να γίνουν κατά τη διάρκεια του καθημερινού προγράμματος στο σπίτι, για την περαιτέρω ανάπτυξη των επικοινωνιακών ή γνωστικών δεξιοτήτων.
- Προτείνει προσαρμογές στο περιβάλλον του σπιτιού .
- Προτείνει να βοηθάει τους γονείς στην εφαρμογή κάποιου προγράμματος στο σπίτι που θα παράγει , ως ένα βαθμό την αυτονομία του παιδιού».

Είναι αλήθεια πως αρκετές φορές, οι θεραπευτές θέλοντας να κάνουν ό,τι καλύτερο μπορούν, λένε στους γονείς τόσα πολλά που τους προκαλούν σύγχυση. Αν οι υποδείξεις τους είναι απλές και απόλυτα καθορισμένες, θα τους βοηθήσουν ουσιαστικά, αφού επιτυγχάνοντας στις προσπάθειες τους, θα αντιληφθούν πως μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους και με αυτό τον τρόπο θα πιστέψουν στην αξία τους. Είναι τόσο σημαντικό οι θεραπευτές να τους ενισχύουν στο πόσο καλά φροντίζουν το παιδί τους, αντί να εκφράζουν μόνο τις αντιρρήσεις τους και να τους ενημερώνουν για τις ικανότητες του παιδιού τους, αντί να αναφέρουν αποκλειστικά τις ελλείψεις του. Η ανάγκη του παιδιού για θεραπευτική αγωγή έχει ως αποτέλεσμα, η ζωή του ίδιου και της οικογένειάς του να γίνει σύντομα «θεραποκεντρική ». Κάθε μέρα αρχίζει και τελειώνει με θεραπεία.

Η κατάσταση αυτή έχει δύο όψεις. Στη μία η θεραπεία του παιδιού ενσωματώνεται στη ζωή του και στη ζωή της οικογένειας και εναρμονίζεται μαζί τους, με στόχο τη βελτίωση που επιτρέπει η κατάστασή του, και στην άλλη, κάποιοι μακροπρόθεσμοι ή μη πραγματοποιήσιμοι θεραπευτικοί στόχοι γίνονται σκοπός ζωής της

οικογένειας, κατευθύνοντας και εξαρτώντας τα πάντα από αυτούς. Στην τελευταία περίπτωση η θεραπευτική φροντίδα του παιδιού ξεπερνά το μέτρο και μετατρέπεται σε θεραπευτική εμμονή, θεραπευτική μανία, στερώντας γονείς και παιδιά από τη χαρά της οικογενειακής ζωής, καθώς ζουν μόνο με το άγχος της πραγμάτωσης του ποθούμενου αποτελέσματος.

Οι κίνδυνοι που προέρχονται από αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης είναι φανεροί και με μορφή «αλυσιδωτής αντίδρασης», καθώς το αποτέλεσμα μιας κατάστασης είναι η αιτία μιας άλλης. Συνηθισμένη αιτία της θεραπευτικής υπερβολής είναι η ελπίδα των γονέων, πως η κατάσταση θα ανατραπεί, εάν το παιδί και οι ίδιοι «βιασθούν» για να «προφθάσουν» την κανονική ανάπτυξη. Κάποιες φορές, πιέζουν τους γονείς τόσο πολύ, για να γεμίσουν τη ζωή του παιδιού μόνο με αμέτρητα «πρέπει», ώστε καταλήγουν να πιστεύουν τελικά, πως, αν σταματήσουν όλοι τους «να ζουν» -μεταθέτοντας συνεχώς απλές χαρές της ζωής στο απώτερο μέλλον- θα υπάρξουν συντομότερα και καλύτερα αποτελέσματα.

Προκειμένου, η οικογένεια να ανταποκριθεί στις ανάγκες του παιδιού για θεραπευτική φροντίδα συχνά, οργανώνεται άκαμπτα, με αποτέλεσμα το οικογενειακό περιβάλλον να αποτελεί έναν ιδιαίτερα δυσλειτουργικό χώρο, συχνά αβάσταχτο, για τα άλλα παιδιά της οικογένειας, αφού παραβλέπονται οι δικές τους ανάγκες αλλά και τα δικαιώματα. Παραβλέπεται ακόμα, το δικαίωμα στη ζωή των ίδιων των γονέων. Οι γονείς έχουν να διανύσουν μια ολόκληρη ζωή μαζί και χρειάζονται τις χαρές της, όπως άλλωστε και κάθε μέλος της οικογένειας. Η θεραπευτική αγωγή δεν μπορεί σε καμία περίπτωση, να σημαίνει την παραίτηση από τη ζωή .

Μέσα στη βιασύνη και τη συναισθηματική τους φόρτιση οι γονείς μπορεί, άθελά τους, να λησμονήσουν πως προκειμένου, κάθε παιδί να αναπτύξει ολοκληρωμένα κι αρμονικά την προσωπικότητά του χρειάζεται στοργή, κατανόηση, ψυχική ηρεμία και παιχνίδι. Υπερβολική πίεση για σωστή στάση και κίνηση, θεραπευτική αγωγή που μετατρέπεται σε καθημερινό καταναγκασμό και υπερβολικές αξιώσεις, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία του παιδιού, να περιορίσουν την πνευματική του εξέλιξη, να αναστείλουν τη φυσική του ανάπτυξη και να δημιουργήσουν επιπρόσθετα προβλήματα. Εάν π.χ. ένα μικρό παιδί με ημιπληγία πιέζεται, για να χρησιμοποιεί σαν επιδέξιο χέρι το χέρι που έχει προσβληθεί, και δε θα ξεπεράσει τελικά, τη φυσική του δυσχέρεια, και είναι πιθανό να αποκτήσει δυσκολίες σε άλλο επίπεδο, όπως στη συμπεριφορά και την ομιλία.

Από τη θεραπευτική υπερβολή είναι δυνατό να διαταραχθεί η σχέση στοργής και αγάπης παιδιού και γονέων και ιδιαίτερα παιδιού και μητέρας, είτε μέσα από την συνεχή πίεση για σωστή στάση και κίνηση, είτε, επειδή οι γονείς «πετρώνουν» τις εκδηλώσεις της αγάπης τους από το φόβο, μήπως το βλάψουν, αν το πιάσουν με τρόπο που δεν είναι θεραπευτικά σωστός. Δεν είναι σπάνιο, η μητέρα να απαγορεύει στον πατέρα, στα άλλα παιδιά ή στη γιαγιά και τον παππού να παίξουν π.χ με το παιδί με την εγκεφαλική παράλυση, επειδή δε θα το κάνουν με το σωστό τρόπο. Οι ανάγκες του παιδιού π.χ. με εγκεφαλική παράλυση δεν έχουν σχέση μόνο με τις ελλείψεις του. Οι ουσιαστικότερες ανάγκες του, όπως και κάθε παιδιού, έχουν σχέση με την ψυχή του .

Η συνεχής και επίμονη παρακίνηση του παιδιού από τους γονείς του, να διορθώνει τη στάση του είναι πολλές φορές, κουραστική και όχι σπάνια προσβλητική, ιδιαίτερα, όταν γίνεται παρουσία τρίτων. Συχνά,

ξεχνιέται ο οφειλόμενος σεβασμός προς το πρόσωπό του. Άλλωστε, δεν είναι δυνατό να καταβάλλει προσπάθεια πάντα με τον ίδιο ζήλο (ποιος από μας μπορεί;) και η προσπάθειά του δεν είναι δυνατό να έχει πάντα το ίδιο αποτέλεσμα. Το παιδί χρειάζεται την παραδοχή και την ανοχή μας, γιατί είναι αδύνατο να γίνονται όλα σωστά. Η συνεχής αναφορά σ' αυτό που πρέπει να κάνει και μάλιστα που πρέπει να κάνει καλύτερα, του θυμίζει διαρκώς τις δυσκολίες του και αναστέλλει τον αυθορμητισμό του.

Οι απρόσιτοι στόχοι τους οποίους πιέζεται το παιδί να επιτύχει μπορούν να γίνουν καταστροφικοί. Είναι δυνατό να το οδηγήσουν σε παραίτηση από κάθε προσπάθεια, εξαιτίας του φόβου της αποτυχίας και να του αυξήσουν το αίσθημα της μειονεξίας που συνήθως έχει. Γιατί, παρόλο που η κατάστασή του σε μικρή ηλικία δε βιώνεται από το ίδιο σαν ξεχωριστή καθώς έχει γεννηθεί ή ζει από τα πρώτα παιδικά του χρόνια μέσα σ' αυτό το πρότυπο- εντούτοις, καθώς μεγαλώνει, η σύγκριση και η καθημερινή ζωή του δημιουργεί το αίσθημα της μειονεξίας. Κάποιοι νέοι, από την πίεση για στόχους που ξεπερνούν τις δυνατότητές τους, χάνουν μοναδικές ευκαιρίες να γνωρίσουν τις κρυμμένες τους δεξιότητες, που θα τους γέμιζαν τη ζωή, εάν τους είχαμε επιτρέψει να τις ανακαλύψουν και να τις εκφράσουν. Συγχρόνως, αποθαρρύνονται να χρησιμοποιήσουν διαφορετικούς τρόπους έκφρασης, επικοινωνίας ή και μετακίνησης -παρόλο που τους έχουν ανάγκη- στερούμενοι τη χαρά της δημιουργίας και την αίσθηση της ελευθερίας. Αλλά και οι ίδιοι οι γονείς μπορεί να απογοητευθούν από τους υπερβολικούς στόχους, με αποτέλεσμα να παραιτηθούν από κάθε ενεργό συμμετοχή στη θεραπευτική αγωγή και να επηρεάσουν και τη διάθεση των παιδιών τους.

Η απογοήτευση που νιώθει ένα παιδί από το κυνήγι της απραγματοποίητης ίασης ενδέχεται να το οδηγήσει σε καταθλιπτική

διάθεση με αποτέλεσμα βραδύτητα στην εκτέλεση μιας δραστηριότητας, δυσκολία στη συγκέντρωση και έλλειψη κάθε ενδιαφέροντος για οτιδήποτε. Η παρακίνηση του παιδιού με υποσχέσεις έχει μόνο πρόσκαιρα αποτελέσματα. Άλλωστε, με αυτό τον τρόπο μαθαίνει να προσπαθεί για τους άλλους ή για να κερδίσει κάτι, και όχι για τον εαυτό του.

Είναι συνηθισμένη κατάσταση το παιδί να αισθάνεται πως είναι «καλό», όταν επιτυγχάνει κάποιο θεραπευτικό στόχο και «κακό», όταν δεν τα καταφέρνει. Κάποιες φορές, στα μάτια του παιδιού η αγάπη των γονέων μπερδεύεται με την επιτυχία. Αυτό συμβαίνει, όταν οι επιτυχίες του αντιμετωπίζονται με υπερβολική χαρά και οι «αποτυχίες» του με πραγματική θλίψη, νεύρα και εκνευρισμό. Το παιδί μπορεί να πιστεύει τελικά πως δεν αξίζει, παρά το αναμφισβήτητο γεγονός ότι η «αποτυχία» δεν επηρεάζει την αγάπη των γονέων του, ούτε βέβαια την αξία του. Όταν το παιδί δεν παρουσιάζει βελτίωση για κάποιο χρονικό διάστημα είναι άδικο να το μαλώνουν οι γονείς του ή να του δείχνουν ότι απογοητεύθηκαν. Θετική βοήθεια είναι να βρεθεί η αιτία και να αντιμετωπισθεί. Όταν δεν επιτυγχάνει κάποιο στόχο νιώθει μειωμένο και ένοχο και επειδή απέτυχε στην προσπάθειά του, αλλά και επειδή στενοχωρεί τους καλούς του γονείς .

Δεν είναι σπάνιο, να αισθάνονται τα παιδιά ένοχα, γιατί πιστεύουν πως δε βελτιώνονται, επειδή δεν προσπαθούν αρκετά. Άλλωστε, κάποιες φορές, τους επιρρίπτονται ξεκάθαρα οι ευθύνες της αποτυχίας. Το άγχος που αισθάνεται κάθε παιδί που νιώθει ένοχο είναι αφάνταστα τραυματικό. Μπορεί να εκδηλωθεί και με νυκτερινές ενουρήσεις, ονυχοφαγία, τραυλισμό ή έλλειψη κάθε ενδιαφέροντος για παιχνίδι και δημιουργική απασχόληση.

Πολύ συχνά, τα παιδιά ακούν από τους θεραπευτές και τους γονείς τους μόνο τι δεν έκαναν καλά και πόσο ακόμα πρέπει να προσπαθήσουν. Ως αποτέλεσμα του αγώνα τους, κάποιες φορές οι γονείς μπορεί να θεωρήσουν τις δικές τους προσπάθειες ως κύρια αιτία, και καμιά φορά και μοναδική, της βελτίωσης της κατάστασης του παιδιού τους και μ' αυτόν τον τρόπο να παραβλέψουν τη δική του μεγάλη προσπάθεια. Συγχρόνως, όμως, αυξάνονται και οι ενοχές τους, καθώς αισθάνονται απόλυτα υπεύθυνοι και σε πιθανή επιδείνωση ή στασιμότητα της κατάστασης του.

Η ανάγκη του παιδιού για θεραπευτική φροντίδα και φυσικά, η αδυναμία του να κινείται μόνο του, επιτρέπει στους γονείς να επεμβαίνουν σε κάθε του ενέργεια και να συνθλίβουν, εάν δεν προσέξουν, οποιαδήποτε πρωτοβουλία του. Δεν είναι σπάνιο, το παιδί να εξαρτηθεί τελικά απόλυτα και να μην εκφράζει καμία κρίση και επιθυμία. Ακόμα, είναι πιθανό να το βλέπουν οι γονείς του σαν μωρό, επειδή έχει να μάθει δραστηριότητες που αντιστοιχούν σε πολύ μικρότερη ηλικία, να το λυπούνται, επειδή προσπαθεί, και να το επαινούν υπερβολικά, θεωρώντας το στην ουσία ανίκανο να κάνει απλά πράγματα. Η υπερβολικά προστατευτική στάση δε βοηθάει τα παιδιά να πιστέψουν ότι αξίζουν, με αποτέλεσμα να μη μάθουν να σέβονται και την αξία των άλλων. Η υπερπροστατευτική συμπεριφορά είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει, αλλά και εξακολουθεί να απασχολεί ιδιαίτερα τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους. Εκφράζεται συνήθως, με τη διάθεση οποιουδήποτε να κάνει αυτό, που εκείνα θα έκαναν σε περισσότερο χρόνο, με κάποια βοήθεια και σίγουρα όχι με την ίδια επιδεξιότητα, στερώντας τα από τη μοναδική εμπειρία, τη χαρά της προσπάθειας και της επιτυχίας και την αυτοεκτίμηση .



Βέβαια, δεν είναι εύκολο οι γονείς να ακολουθούν συμβουλές να μην υπερπροστατεύουν τα παιδιά τους. Ακόμα κι αν έχουν ξεπεράσει οι ίδιοι την ανάγκη να προλαβαίνουν κάθε τους επιθυμία, είναι δύσκολο να μην τα βοηθούν συνεχώς, όταν βρίσκονται μαζί με άλλους, γιατί δεν μπορούν να αντέξουν τα μάτια του κόσμου που τα βλέπουν στραμμένα επάνω τους αποδοκιμαστικά. Η εντύπωσή τους αυτή είναι τις περισσότερες φορές πραγματική, αλλά δεν είναι σπάνιο να καθρεφτίζει και τις ανάγκες τους.

Κάποιες φορές, στο όνομα της θεραπευτικής αγωγής παραμερίζεται η σχολική εκπαίδευση του παιδιού. Και είναι πραγματικά θλιβερό, γιατί η παιδεία, η δημιουργική απασχόληση και η κοινωνικότητα θα δώσουν καρπούς στην ενήλικη ζωή. Η θεραπευτική υπερβολή απομονώνει τα παιδιά από φίλους και κοινωνικές σχέσεις. Συχνά, χάνονται ευκαιρίες για σημαντικές χαρές, όπως είναι οι σχολικές εκδρομές, προκειμένου, να μη χαθεί η ημερήσια θεραπευτική αγωγή. Είναι τόσο σημαντικό, η πολύτιμη θεραπευτική αγωγή να μη γίνει για τα παιδιά πιο οδυνηρή από την ίδια την κατάσταση και να μην τους δημιουργήσει αναπηρία στη ψυχική σφαίρα .

---

### **Ο ρόλος του νοσηλευτή**

Το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι μέγιστης σημασίας στο τομέα της υγείας. Έτσι κι εδώ αποτελεί σημαντικό ρόλο στη βοήθεια τόσο των γονιών όσο και στα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια μέθοδος αναγνώρισης και επίλυσης προβλημάτων που περιγράφει τι πραγματικά κάνει ο νοσηλευτής, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες της υγείας του άρρωστου παιδιού.

---

Τα βασικά συνθετικά της νοσηλευτικής διεργασίας είναι: η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, η διάγνωση (αναγνώριση του προβλήματος), ο σχεδιασμός (με την ανάπτυξη του αποτελέσματος), η εφαρμογή και η εκτίμηση.

Αναλυτικότερα:

□ Εκτίμηση: είναι η συστηματική συλλογή δεδομένων (εκτίμηση σημείων και συμπτωμάτων), για να προσδιοριστεί η κατάσταση υγείας του άρρωστου παιδιού και να αναγνωριστούν όλα τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του.

□ Νοσηλευτική διάγνωση: αφορά την αναγνώριση των πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων που μπορούν να λυθούν μέσω νοσηλευτικών ενεργειών. Μετά από διεξοδική εκτίμηση τίθεται η νοσηλευτική διάγνωση.

□ Σχεδιασμός: σε αυτό το στάδιο αναπτύσσονται οι στόχοι και το σχέδιο φροντίδας, που θα βοηθήσουν το άρρωστο παιδί να λύσει τα αναγνωρισμένα προβλήματα υγείας του

□ Εφαρμογή: σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται το σχέδιο φροντίδας μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

□ Αξιολόγηση: αφορά την εκτίμηση των αντιδράσεων του άρρωστου παιδιού στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και του βαθμού επίτευξης στόχων που βασίζεται σε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία το κράτους, τα παιδιά που ευεργετούνται από τους νόμους, είναι αυτά που έχουν κώφωση και ελαττωμένη ακοή, διανοητική καθυστέρηση, πολλαπλές αναπηρίες, ορθοπεδικές παθήσεις ή άλλα προβλήματα υγείας, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της ομιλίας.

Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας έδωσε τη δυνατότητα στους μαθητές να παρακολοθούν το δημόσιο σχολείο όταν στο παρελθόν η κατάσταση της υγείας τους εμπόδιζε να αποχωρήσουν από ένα ίδρυμα ή ελεγχόμενο περιβάλλον. Αυτά τα παιδιά χρειάζονται νοσηλευτικές υπηρεσίες διαφόρων τύπων για να συνεχιστεί η πρόοδος τους στο σχολικό περιβάλλον. (Τσιάντης,2000)

---



## Ερευνητικό Μέρος

---

### Μεθοδολογία

#### Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η προσπάθεια διερεύνησης της ποιότητας της ζωής των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με τη διαταραχή της σχιζοφρένειας.

#### Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από τον στόχο της συγκεκριμένης έρευνας είναι τα εξής:

- 1) Υπάρχει σχέση μεταξύ των κύριων υπό εξέταση μεταβλητών;
- 2) Πώς αξιολογούν γενικά την ποιότητα ζωής τους οι συμμετέχοντες;
- 3) Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τις κύριες υπό εξέταση μεταβλητές;

## Δείγμα

Η διερεύνηση αυτή θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα 80 συμμετεχόντων. Οι 80 συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να είναι ενήλικοι, δηλαδή άνω των 18 ετών γνώστες της ελληνικής γλώσσας, ώστε να μην δημιουργηθούν προβλήματα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η ηλικία των συμμετεχόντων είναι πολύ σημαντική καθώς τα άτομα που είναι στην τρίτη ηλικία και είναι χρόνια σχιζοφρενείς είναι πιθανό να παρουσιάζουν σημαντική γνωστική έκπτωση. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκολιών στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης, οι συμμετέχοντες προτείνεται να είναι άντρες και γυναίκες. Οι συμμετέχοντες είναι αναγκαίο να έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια και να έχουν νοσηλευτεί σε κάποια ψυχιατρική κλινική. Ακόμα, το δείγμα της έρευνας προτείνεται να αποτελείται από σχιζοφρενείς οι οποίοι έχουν ένα καλό επίπεδο λειτουργικότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να παρουσιάζουν ενσυναίσθηση και καλή επαφή με την πραγματικότητα, δηλαδή να μη βρίσκονται σε ψυχωσικό παραλήρημα κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας. Ακόμα κριτήριο συμμετοχής στην έρευνα θα είναι η χρονιότητα της νόσου και η μακροχρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Οι συμμετέχοντες αυτοί θα επιλεγθούν τυχαία από τις ψυχιατρικές κλινικές του νομού Θεσσαλονίκης και του νομού Ηρακλείου. Η επιλογή των συμμετεχόντων θα γίνει μετά την επίσκεψη των ερευνητών στις ψυχιατρικές κλινικές. Η επιλογή των συμμετεχόντων θα γίνει με τη βοήθεια ειδικών της ψυχικής υγείας, όπως είναι οι ψυχίατροι και οι διευθυντές των ψυχιατρικών κλινικών. Οι ειδικοί αυτοί μπορούν να παραπέμψουν στους ερευνητές τους ασθενείς που μπορούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η διαδικασία παραπομπής απαιτεί την

επίσκεψη των ερευνητών στους ειδικούς, προκειμένου να τους ενημερώσουν για το σκοπό της έρευνας. Η συνάντηση των ερευνητών και των ειδικών της κάθε δομής έχει κομβική σημασία για την πορεία της έρευνας. Οι ερευνητές χρειάζεται να εξηγήσουν με ακρίβεια τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί το δείγμα προκειμένου η έρευνα να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα. Οι ειδικοί είναι εκείνοι που γνωρίζουν τους ασθενείς και μπορούν να παραπέμψουν τους πιο κατάλληλους για την έρευνα.

Για τη συμμετοχή των ασθενών στην έρευνα θα χρειαστεί έγγραφη συναίνεση των ίδιων καθώς και η ενημέρωση των ειδικών ψυχικής υγείας που τους παρακολουθούν. Άδεια θα ληφθεί ακόμη από την Αρχή προστασίας δεδομένων σχετικά με την καταγραφή των προσωπικών δεδομένων στο ερωτηματολόγιο.

### **Εργαλεία αξιολόγησης**

Το ερωτηματολόγιο θα περιέχει ένα μέρος με δημογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία θεωρούνται «αντικειμενικά κριτήρια» ενώ το δεύτερο μέρος αφορά τα αντιληπτά χαρακτηριστικά, το πώς δηλαδή οι ίδιοι οι σχιζοφρενείς κρίνουν την ποιότητα της ζωής τους. Το ερωτηματολόγιο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί είναι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL) και η άδεια χρήσης του θα ληφθεί το συντομότερο δυνατό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 100 στοιχεία που είναι οργανωμένα σε 24 κατηγορίες οι οποίες αφορούν 6 τομείς: φυσικός, ψυχολογικός, κοινωνικός, περιβάλλον και πνευματικότητα. Ο Orsel και οι συνεργάτες του (2004) διερεύνησαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει υψηλή εγκυρότητα με το δείκτη Cronbach's alpha να είναι ίσο με 0.94.

## Στατιστική ανάλυση

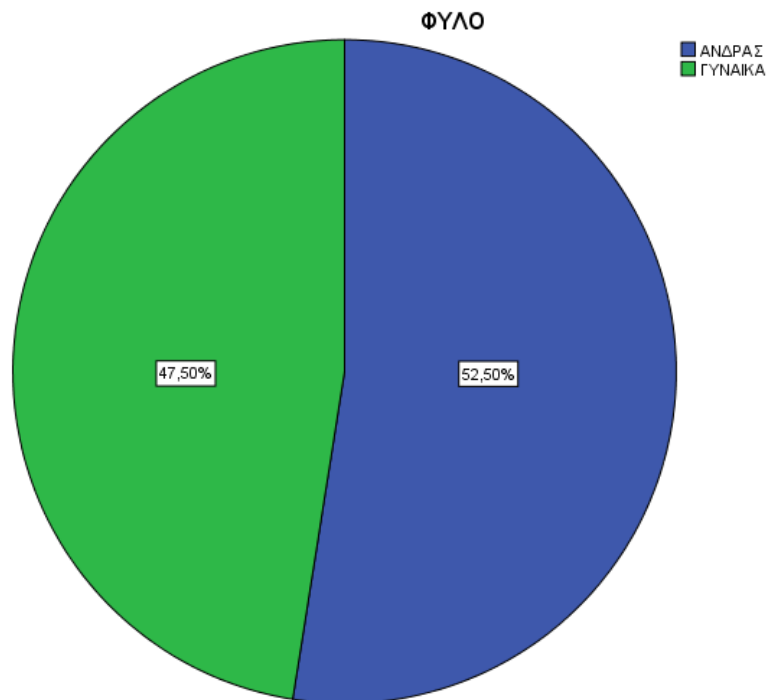
- I. Οι αναλύσεις των δεδομένων θα γίνουν με τις μεθόδους ανάλυσης της περιγραφικής στατιστικής. Ο υπολογισμός απλών και τυπικών στατιστικών μεγεθών
- II. Ανάλυση t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στις κύριες υπό εξέταση μεταβλητές. Ο βαθμός σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p < 0,05$ .
- III. Για την εξέταση της πιθανής σχέσης μεταξύ των κύριων υπό εξέταση εφαρμόστηκε ανάλυση συσχέτισης (Pearson correlation).

# Στατιστική ανάλυση

---

## Δημογραφικά στοιχεία

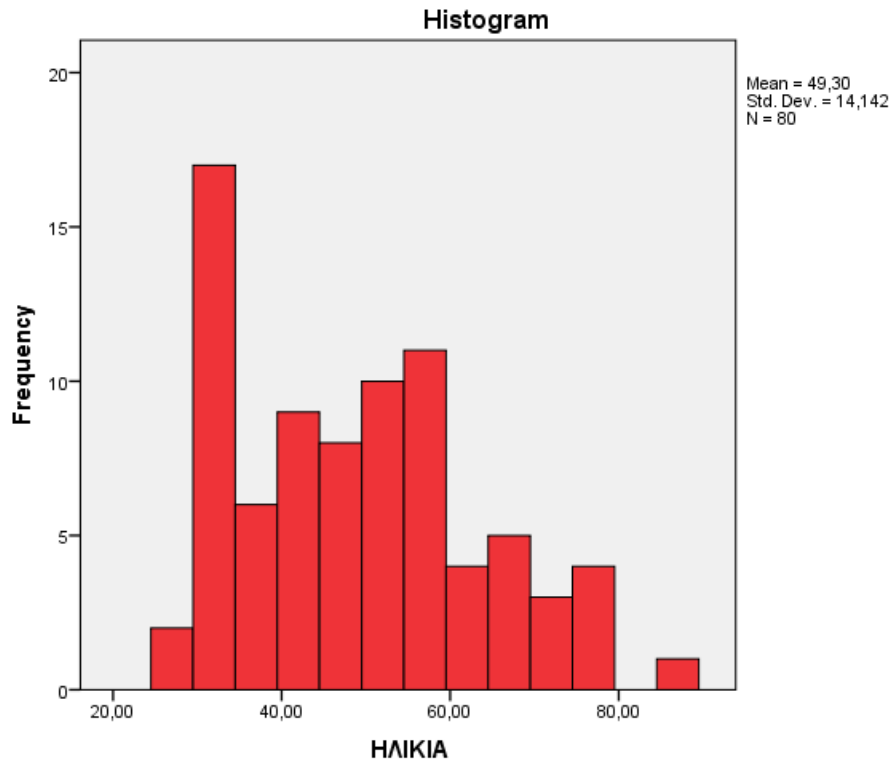
Στην συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 80 άτομα που έπασχαν από σχιζοφρένεια. Τα περισσότερα άτομα ήταν άνδρες σε ποσοστό που αντιστοιχεί σε 52.5%.



*Διάγραμμα 1: Φύλο*

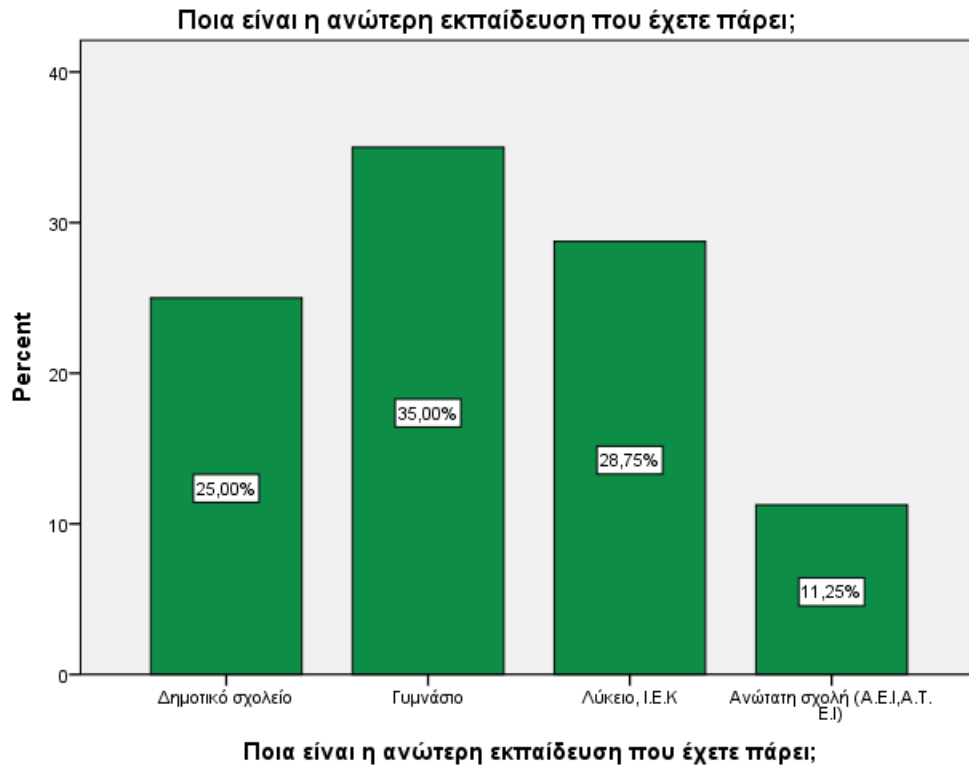
Η ηλικία των συμμετεχόντων κατά μέσο όρο ήταν 49 ετών και η τυπική απόκλιση ήταν 14 χρόνια.





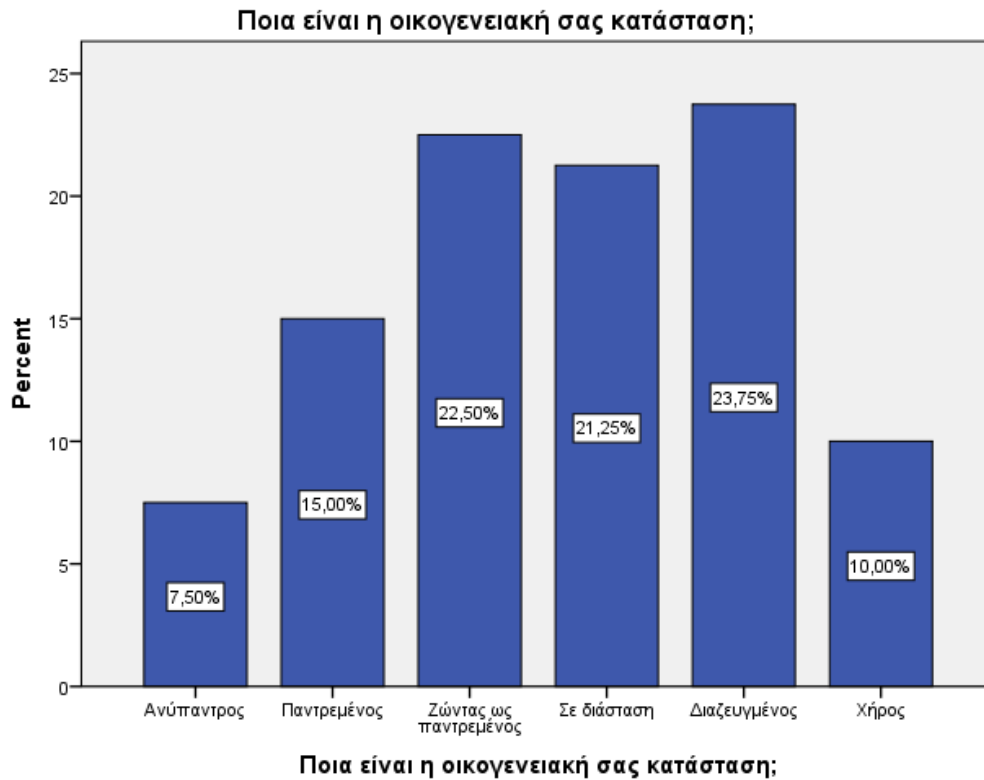
*Διάγραμμα 2: Ηλικία*

Το μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου (35%), το 28.75% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Λυκείου ή Ι.Ε.Κ., το 25% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 11.25% αυτών ήταν απόφοιτοι ανώτατης σχολής.



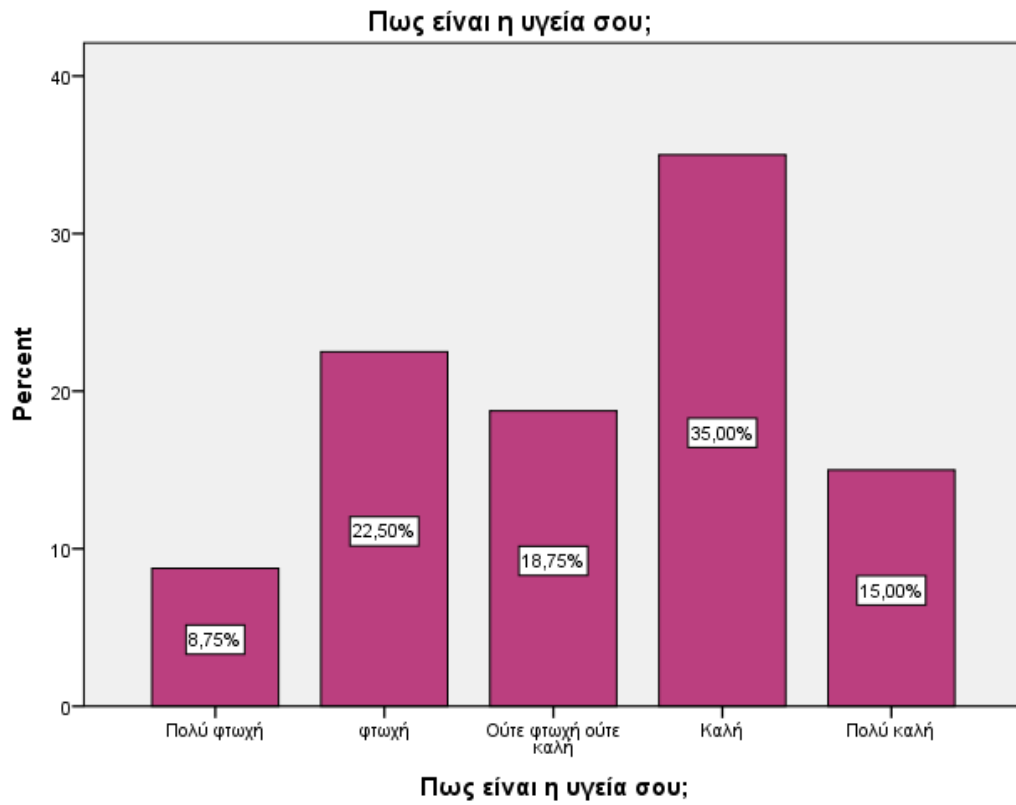
**Διάγραμμα 3: Μορφωτικό επίπεδο**

Στη συνέχεια εξετάστηκε η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν διαζευγμένοι (23.75%), το 22.5% των συμμετεχόντων ζούσαν ως παντρεμένοι, 21.75% ζούσαν σε διάσταση, το 15% ήταν παντρεμένοι, το 10% χήροι και το 7.5% ήταν ανύπαντροι.



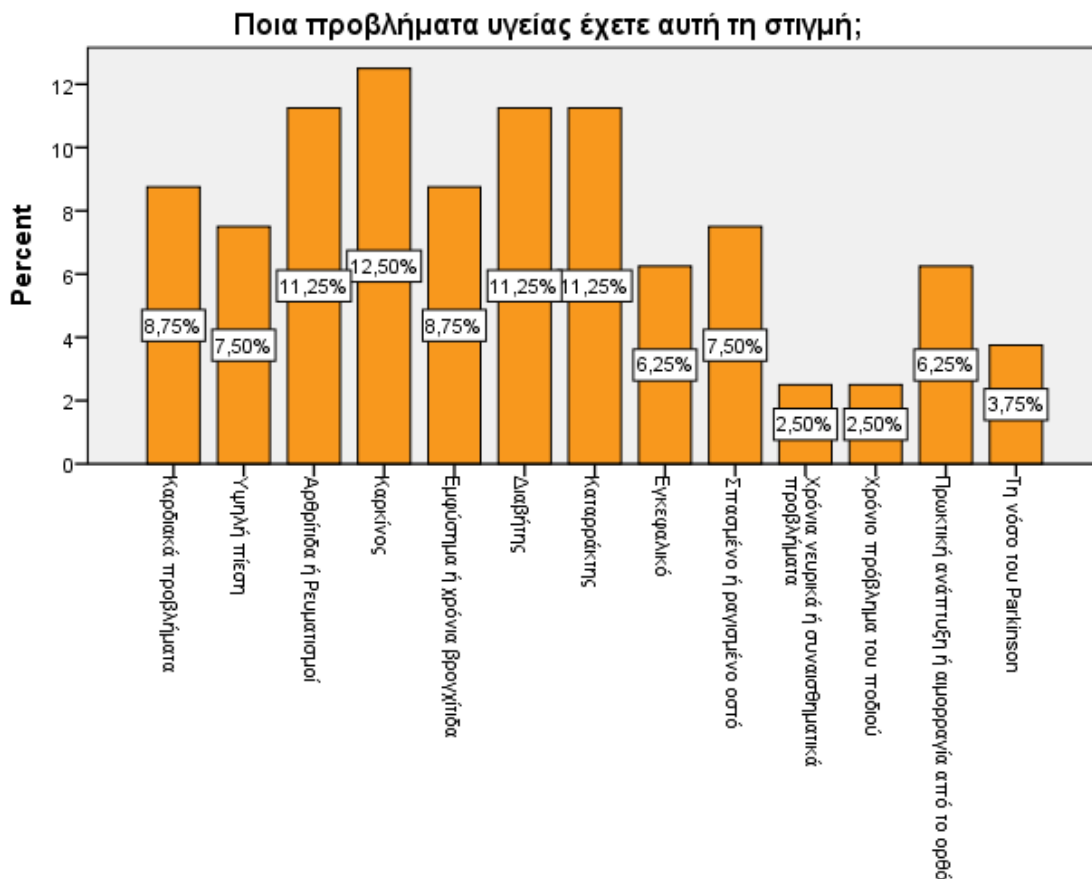
*Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση*

Η υγεία των περισσότερων συμμετεχόντων ήταν καλή (35%). Το 22.5% δήλωσε ότι η υγεία τους ήταν φτωχή, το 18.75% δήλωσε ότι δεν ήταν ούτε φτωχή ούτε καλή, το 15% δήλωσε ότι ήταν πολύ καλή και το 8.75% δήλωσε ότι είναι πολύ φτωχή.



*Διάγραμμα 5: Κατάσταση υγείας*

Από το παρακάτω διάγραμμα παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν κάποιο είδος καρκίνου (12.5%).



*Διάγραμμα 6: Προβλήματα υγείας*

## Κύριο μέρος ερωτηματολογίου

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δυσκολεύονται ελάχιστα να κοιμηθούν και ανησυχούν λίγο για τα προβλήματα με τον ύπνο τους (N = 22, 27.5%). Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες νιώθουν ελάχιστα θετικά για το μέλλον και έχουν ελάχιστα θετικά συναισθήματα στη ζωή τους (N = 26, 32.5%). Ακόμα οι πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ελάχιστα μπορούν να συγκεντρωθούν (N = 33, 41.3%), ελάχιστα εκτιμούν τον εαυτό τους (N = 31, 38.8%) και έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση (N = 33, 41.3%). Επιπρόσθετα οι περισσότεροι ερωτηθέντες νιώθουν ελάχιστα μόνοι τους στη ζωή τους (N = 22, 27.5%), ενοχλούνται ελάχιστα από τις δυσκολίες στη σεξουαλική τους ζωή (N = 21, 26.3%) και νιώθουν ελάχιστα ασφαλής στην καθημερινή τους ζωή (N = 20, 25%). Και η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν θεωρούσαν εύκολο να έχουν καλή

ιατρική φροντίδα (N = 29, 36.3%) και απολαμβάνουν ελάχιστα τον ελεύθερο τους χρόνο (N = 34, 42.5%).

Στη συνέχεια οι περισσότεροι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι απολαμβάνουν σε μέτριο βαθμό τη ζωή τους (N = 23, 28.7%), το μέρος που ζουν είναι σε μέτριο βαθμό άνετο (N = 31, 38.8%), το ψυχολογικό τους περιβάλλον είναι σε μέτριο βαθμό υγιές (N = 27, 33.8%).

Ακόμα η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ανησυχεί πολύ για τον πόνο τους ή τη δυσφορία που αντιμετωπίζουν (N = 40, 50%), θεωρούν ότι είναι πολύ δύσκολο για αυτούς να αντέξουν οποιονδήποτε πόνο ή δυσφορία (N = 41, 51.2%), πιστεύουν ότι ο φυσικός πόνος τους, τους εμποδίζει να κάνουν αυτό που πρέπει να κάνουν (N = 40, 50%) και κουράζονται πολύ εύκολα (N = 41, 51.2%). Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι νιώθουν πολύ αναστατωμένοι από την εμφάνισή τους (N = 37, 46.3%), ότι υπάρχει κάποιο κομμάτι στην εμφάνιση τους που τους κάνει να νιώθουν πολύ άβολα (N = 30, 37.5%), αισθάνονται πολύ ανήσυχοι (N = 31, 38.8%), τα συναισθήματα στενοχώριας ή κατάθλιψης επηρεάζουν πολύ την καθημερινότητά τους (N = 28, 35%), το αίσθημα της κατάθλιψης τους ενοχλεί πολύ (N = 28, 35%), δυσκολεύονται πολύ να κάνουν την καθημερινή τους ρουτίνα (N = 38, 47.5%), ενοχλούνται από οποιονδήποτε περιορισμό στην εκτέλεση καθημερινών τους δραστηριοτήτων (N = 30, 37.5%), χρειάζονται πολύ μια φαρμακευτική αγωγή στη καθημερινή τους ζωή (N = 30, 37.5%), χρειάζονται πολύ την ιατρική περίθαλψη στη καθημερινή τους ζωή (N = 26, 32.5%) και η ποιότητα ζωής τους εξαρτάται από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών ή ιατρικών βοηθημάτων (N = 27, 33.8%). Επιπρόσθετα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό οι σεξουαλικές τους ανάγκες (N = 18, 22.5%), ανησυχούν πολύ για την ασφάλεια και την προστασία τους (N = 22, 27.5%), τους αρέσει πολύ το μέρος που ζουν (N = 26, 32.5%), έχουν πολλές οικονομικές δυσκολίες (N = 37, 46.3%) και ανησυχούν πολύ για τα χρήματα (N = 32, 40%). Και οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τους απασχολεί πολύ ο θόρυβος της περιοχής στην οποία ζουν (N = 30, 37.5%), έχουν πολλά προβλήματα με τη μεταφορά τους (N = 27, 33.8%) και τους περιορίζουν πολύ στη ζωή τους οι δυσκολίες στη μετακίνηση (N = 30, 37.5%).

Τέλος η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αισθάνονται ότι ζουν σε ένα πάρα πολύ ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον (N = 19, 23.8%).

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ανησυχείτε για τον πόνο σας ή τη δυσφορία;	0	0	0	0	14	17.6	<b>40</b>	<b>50</b>	26	32.5
Πόσο δύσκολο είναι για εσάς να αντέξετε οποιονδήποτε πόνο ή δυσφορία;	0	0	0	0	14	17.5	<b>41</b>	<b>51.2</b>	25	31.3
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο (φυσικός) πόνος σας εμποδίζει να κάνετε αυτό που πρέπει να κάνετε;	0	0	0	0	18	22.5	<b>40</b>	<b>50</b>	22	27.5
Πόσο εύκολα κουράζεστε;	0	0	0	0	22	27.5	<b>41</b>	<b>51.2</b>	17	21.3
Πόσο σας ενοχλεί η κόπωση;	0	0	0	0	20	25	36	45	24	30
Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε;	14	17,5	<b>22</b>	<b>27.5</b>	15	18.8	18	22.5	11	13.8
Πόσο σας ανησυχούν προβλήματα με τον ύπνο;	15	18.8	<b>22</b>	<b>27.5</b>	18	22.5	15	18.8	10	12.5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	13	16.3	21	26.3	<b>23</b>	<b>28.7</b>	16	20	7	8.8
Πόσο θετικά νιώθετε για το μέλλον;	20	25	<b>26</b>	<b>32.5</b>	20	25	9	11.3	5	6.3
Κατά πόσο αισθάνεστε θετικά συναισθήματα στη ζωή σας;	12	15	<b>26</b>	<b>32.5</b>	23	28.7	13	16.3	6	7.5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε;	31	38.8	<b>33</b>	<b>41.3</b>	11	13.8	5	6.3	0	0
Πόσο εκτιμάτε τον εαυτό σας;	29	36.3	<b>31</b>	<b>38.8</b>	14	17.5	4	5	2	2.5
Πόση αυτοπεποίθηση αισθάνεστε για τον εαυτό σας;	23	28.7	<b>33</b>	<b>41.3</b>	19	23.8	5	6.3	0	0
Νιώθετε αναστατωμένος από την εμφάνισή σας;	2	2.5	5	6.3	14	17.5	<b>37</b>	<b>46.3</b>	22	27.5
Υπάρχει κάποιο κομμάτι στην εμφάνιση σας που σας κάνει να νιώθετε άβολα;	5	6.3	15	18.8	21	26.3	<b>30</b>	<b>37.5</b>	9	11.3
Ποσό ανήσυχος αισθάνεστε;	1	1.3	8	10	26	32.5	<b>31</b>	<b>38.8</b>	14	17.5
Κατά ποσό τα συναισθήματα στενοχώριας ή κατάθλιψης επηρεάζουν την καθημερινότητά σας;	3	3.8	14	17.5	19	23.8	<b>28</b>	<b>35</b>	16	20
Πόσο σας ενοχλεί το αίσθημα της κατάθλιψης;	3	6.3	12	15	24	30	<b>28</b>	<b>35</b>	11	13.8
Σε τι βαθμό δυσκολεύεστε να κάνετε την	1	1.3	3	3.8	22	27.5	<b>38</b>	<b>47.5</b>	16	20

καθημερινή ρουτίνα;										
Πόσο ενοχλείστε από οποιονδήποτε περιορισμό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων;	4	5	10	12.5	20	25	<b>30</b>	<b>37.5</b>	16	20
Πόσο χρειάζεστε μια φαρμακευτική αγωγή στη καθημερινή σας ζωή;	5	6.3	12	15	17	21.3	<b>30</b>	<b>37.5</b>	16	20
Πόσο χρειάζεστε ιατρική περίθαλψη στη καθημερινή σας ζωή;	5	6.3	13	16.3	22	27.5	<b>26</b>	<b>32.5</b>	14	17.5
Σε τι βαθμό η ποιότητα ζωής σας εξαρτάται από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών ή ιατρικών βοηθημάτων;	5	6.3	14	17.5	23	28.7	<b>27</b>	<b>33.8</b>	11	13.8
Πόσο μόνος νιώθετε στη ζωή σας;	12	15	<b>22</b>	<b>27.5</b>	16	20	19	23.8	11	13.8
Πόσο καλά καλύπτονται οι σεξουαλικές σας ανάγκες;	17	21.3	17	21.3	17	21.3	<b>18</b>	<b>22.5</b>	11	13.8
Σας ενοχλούν οι δυσκολίες στη σεξουαλική σας ζωή;	15	18.8	<b>21</b>	<b>26.3</b>	14	17.5	17	21.3	13	16.3
Πόσο ασφαλής νιώθετε στην καθημερινή σας ζωή;	13	16.3	<b>20</b>	<b>25</b>	16	20	19	23.8	12	15
Αισθάνεστε ότι ζείτε σε ένα ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον;	14	17.5	15	18.8	15	18.8	17	21.3	<b>19</b>	<b>23.8</b>
Πόσο ανησυχείτε για την ασφάλεια και την προστασία σας;	12	15	18	22.5	16	20	<b>22</b>	<b>27.5</b>	12	15
Πόσο άνετο είναι το μέρος που ζείτε;	6	7.5	13	16.3	<b>31</b>	<b>38.8</b>	20	25	10	12.5
Πόσο σας αρέσει το μέρος που ζείτε;	7	8.8	13	16.3	17	21.3	<b>26</b>	<b>32.5</b>	17	21.3
Έχετε οικονομικές δυσκολίες;	0	0	2	2.5	14	17.5	<b>37</b>	<b>46.3</b>	27	33.8
Πόσο ανησυχείτε για τα χρήματα;	6	7.5	12	16	17	21.3	<b>32</b>	<b>40</b>	13	16.3
Πόσο εύκολο είναι να έχετε καλή ιατρική φροντίδα;	14	17.5	<b>29</b>	<b>36.3</b>	23	28.7	9	11.3	5	6.3
Πόσο απολαμβάνετε τον ελεύθερο σας χρόνο;	13	16.3	<b>34</b>	<b>42.5</b>	16	20	9	11.3	8	10
Πόσο υγιές είναι το ψυχολογικό σας περιβάλλον;	5	6.3	21	26.3	<b>27</b>	<b>33.8</b>	20	25	7	8.8
Πόσο σας απασχολεί ο θόρυβος της	5	6.3	14	17.5	16	20	<b>30</b>	<b>37.5</b>	15	18.8



περιοχής στην οποία ζείτε;										
Σε τι βαθμό έχετε προβλήματα με τη μεταφορά σας;	4	5	13	16.3	20	25	<b>27</b>	<b>33.8</b>	16	20
Πόσο σας περιορίζουν στη ζωή σας οι δυσκολίες στη μετακίνηση;	2	2.5	10	12.5	19	23.8	<b>30</b>	<b>37.5</b>	19	23.8

**Πίνακας 1:** Συναισθήματα

Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχουν λίγη ενέργεια για την καθημερινή τους ζωή (N = 29, 36.3%), αποδέχονται σε ελάχιστο βαθμό τη σωματική τους εμφάνιση (N = 38, 47.5%), μπορούν να κάνουν τις καθημερινές τους εργασίες σε ελάχιστο βαθμό (N = 39, 48.8%), έχουν σε ελάχιστο βαθμό ευκαιρίες για τις δραστηριότητες αναψυχής τους (N = 35, 43.8%), μπορούν να χαλαρώσουν και να απολαύσουν σε ελάχιστο βαθμό τον εαυτό τους (N = 29, 36.3%) και διαθέτουν σε ελάχιστο βαθμό επαρκή μέσα μεταφοράς (N = 34, 42.5%).

Επιπρόσθετα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι σε μέτριο βαθμό λαμβάνουν τη βοήθεια που χρειάζονται από άλλους (N = 29, 36.3%), βασίζονται στους φίλους τους όταν τους χρειάζεστε (N = 29, 36.3%). Επίσης δήλωσαν οι περισσότεροι συμμετέχοντες ότι η ποιότητα του σπιτιού τους, τους καλύπτει σε μέτριο βαθμό (N = 21, 26.3%), σε μέτριο βαθμό τα χρήματά τους καλύπτουν τις ανάγκες τους (N = 27, 33.8%), οι πληροφορίες που χρειάζονται στην καθημερινή τους ζωή είναι διαθέσιμες σε μέτριο βαθμό (N = 28, 35%) και λαμβάνουν σε μέτριο βαθμό τις ευκαιρίες για τις πληροφορίες που πιστεύουν ότι χρειάζονται (N = 31, 38.8%). Και τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εξαρτώνται κυρίως από τη φαρμακευτική τους αγωγή (N = 33, 41.3%)

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Κυρίως		Εντελώς	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Έχετε αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή;	13	16.3	<b>29</b>	<b>36.3</b>	18	22.5	14	17.5	6	7.5
Μπορείτε να αποδεχτείτε τη σωματική σας εμφάνιση;	16	20	<b>38</b>	<b>47.5</b>	20	25	5	6.3	1	1.3
Σε τι βαθμό μπορείτε να κάνετε τις καθημερινές σας εργασίες;	19	23.8	<b>39</b>	<b>48.8</b>	13	16.3	5	6.3	4	5
Πόσο εξαρτάστε από τη φαρμακευτική σας	2	2.5	9	11.3	22	27.5	<b>33</b>	<b>41.3</b>	14	17.5

αγωγή;										
Λαμβάνετε τη βοήθεια που χρειάζεστε από τους άλλους;	6	7.5	17	21.3	<b>29</b>	<b>36.3</b>	21	26.3	7	8.8
Σε τι βαθμό μπορείτε να βασιστείτε στους φίλους σας όταν τους χρειάζεστε;	7	8.8	20	25	<b>29</b>	<b>36.3</b>	16	20	8	10
Σε τι βαθμό η ποιότητα του σπιτιού σας καλύπτει τις ανάγκες σας;	7	8.8	<b>21</b>	<b>26.3</b>	<b>21</b>	<b>26.3</b>	23	28.7	8	10
Έχετε αρκετά χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	8	10	31	38.8	<b>27</b>	<b>33.8</b>	13	16.3	1	1.3
Πόσο διαθέσιμες είναι οι πληροφορίες που χρειάζεστε στη καθημερινή σας ζωή;	10	12.5	17	21.3	<b>28</b>	<b>35</b>	16	20	9	11.3
Σε τι βαθμό έχετε ευκαιρίες να λάβετε τις πληροφορίες που πιστεύετε ότι χρειάζεστε;	9	11.3	17	21.3	<b>31</b>	<b>38.8</b>	16	20	7	8.8
Σε τι βαθμό έχετε ευκαιρίες για δραστηριότητες αναψυχής;	10	12.5	<b>35</b>	<b>43.8</b>	25	31.3	8	10	2	2.5
Πόσο μπορείτε να χαλαρώσετε και να απολαύσετε τον εαυτό σας;	17	21.3	<b>29</b>	<b>36.3</b>	17	21.3	11	13.8	6	7.5
Σε ποιο βαθμό διαθέτετε επαρκή μέσα μεταφοράς;	9	11.3	<b>34</b>	<b>42.5</b>	23	28.7	10	12.5	4	5

**Πίνακας 2:** Γενικές Δραστηριότητες

Από τον πίνακα 3.1 φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ήταν πολύ δυσαρεστημένοι με την υγεία τους (N = 24, 30%). Επίσης δήλωσαν ότι ήταν δυσαρεστημένοι από την ποιότητα ζωής τους (N = 36, 45%), γενικά είναι δυσαρεστημένοι από τη ζωή τους (N = 31, 38.8%), είναι δυσαρεστημένοι από με την ενέργεια που έχουν (N = 37, 46.3%), είναι δυσαρεστημένοι με τον ύπνο τους (N = 31, 38.8%), είναι δυσαρεστημένοι με τη δυνατότητα να μαθαίνουν νέες πληροφορίες (N = 26, 32.5%), είναι δυσαρεστημένοι από τις δυνατότητες τους (N = 27, 33.8%), είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματος τους (N = 32, 40%), είναι δυσαρεστημένοι με την οικονομική τους κατάσταση (N = 31, 38.8%), είναι δυσαρεστημένοι με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας (N = 23, 28.7%) και είναι δυσαρεστημένοι με το φυσικό τους περιβάλλον (π.χ. ρύπανση, κλίμα, θόρυβος, ελκυστικότητα) (N = 20, 25%).

Στη συνέχεια, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν είναι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι με την δυνατότητα να παίρνουν αποφάσεις (N = 23, 28.7%), με τον εαυτό τους (N = 23, 28.7%), με την ικανότητά τους να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (N = 34, 42.5%), από τις προσωπικές τους σχέσεις (N = 27, 33.8%), με τη σεξουαλική τους ζωή (N = 28, 35%), με τη δυνατότητα να προσφέρουν υποστήριξη σε άλλους (N = 29, 36.3%), με τις συνθήκες του τόπου διαμονής τους (N = 28, 35%), με τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας (N = 22, 27.5%), με τις ευκαιρίες να μάθουν νέες πληροφορίες (N = 20, 25%) και με το κλίμα του τόπου όπου ζουν (N = 22, 27.5%).

Τέλος είναι ικανοποιημένοι με την υποστήριξη που δέχονται από την οικογένεια και τους φίλους τους (N = 33, 41.3%), με τη σωματική τους ασφάλεια και προστασία (N = 28, 35%), με τις ευκαιρίες τους για απόκτηση νέων δεξιοτήτων (N = 25, 31.3%), με τον τρόπο που περνούν τον ελεύθερο χρόνο (N = 26, 32.5%), με τη μεταφορά τους (N = 25, 31.3%) και με τη σχέση τους με τα μέλη της οικογένειάς τους (N = 27, 33.8%).

	Πολύ δυσαρεστημένος		Δυσαρεστημένος		Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος		Ικανοποιημένος		Πολύ Ικανοποιημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ποιότητα της ζωής σας;	28	35	<b>36</b>	<b>45</b>	13	16.3	3	3.8	0	0
Γενικά, πόσο ευχαριστημένος είστε με την ζωή σας;	16	20	<b>31</b>	<b>38.8</b>	15	18.8	11	13.8	7	8.8

Πόσο ευχαριστημένος είστε με την υγεία σας;	<b>24</b>	<b>30</b>	29	36.3	18	22.5	8	10	1	1.3
Πόσο ευχαριστημένος είστε με την ενέργεια που έχετε;	22	27.5	<b>37</b>	<b>46.3</b>	16	20	3	3.8	2	2.5
Πόσο ευχαριστημένος είστε με τον ύπνο;	19	23.8	<b>31</b>	<b>38.8</b>	18	22.5	10	12.5	2	2.5
Πόσο ευχαριστημένος είστε με την δυνατότητα να μαθαίνετε νέες πληροφορίες;	14	17.5	<b>26</b>	<b>32.5</b>	21	26.3	14	17.5	5	6.3
Πόσο ευχαριστημένος είστε με την δυνατότητα να παίρνετε αποφάσεις;	12	15	21	26.3	<b>23</b>	<b>28.7</b>	16	20	8	10
Πόσο ευχαριστημένος είστε με τον εαυτό σας;	12	15	20	25	<b>23</b>	<b>28.7</b>	17	21.3	8	10
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις δυνατότητες σας;	12	15	<b>27</b>	<b>33.8</b>	21	26.3	13	16.3	7	8.8
Πόσο ικανοποιημένος	15	18.8	<b>32</b>	<b>40</b>	21	26.3	8	10	4	5

είστε με την εμφάνιση του σώματός σας;										
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας να εκτελείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;	8	10	22	27.5	<b>34</b>	<b>42.5</b>	14	17.5	2	2.5
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις προσωπικές σας σχέσεις;	13	16.3	23	28.7	<b>27</b>	<b>33.8</b>	14	17.5	3	3.8
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη σεξουαλική σας ζωή;	8	10	20	25	<b>28</b>	<b>35</b>	18	22.5	6	7.5
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την υποστήριξη που δέχεστε από την οικογένειά σας;	2	2.5	6	7.5	25	31.3	<b>33</b>	<b>41.3</b>	14	17.5
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την υποστήριξη που δέχεστε από τους φίλους σας;	5	6.3	12	15	15	18.8	<b>33</b>	<b>41.3</b>	15	18.
Πόσο	5	6.3	18	22.5	<b>29</b>	<b>36.3</b>	20	25	8	10

ικανοποιημένος είστε με τη δυνατότητα να προσφέρετε υποστήριξη σε άλλους;										
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη σωματική ασφάλεια και προστασία;	3	3.8	12	15	25	31.3	<b>28</b>	<b>35</b>	12	15
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις συνθήκες του τόπου διαμονής σας;	7	8.8	17	21.3	<b>28</b>	<b>35</b>	21	26.3	7	8.8
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την οικονομική κατάσταση;	16	20	<b>31</b>	<b>38.8</b>	20	25	9	11.3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την πρόσβασή σας στις υπηρεσίες υγείας;	10	12.5	<b>23</b>	<b>28.7</b>	19	23.8	20	25	8	10
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις υπηρεσίες κοινωνικής	9	11.3	21	26.3	<b>22</b>	<b>27.5</b>	<b>22</b>	<b>27.5</b>	6	7.5

μέριμνας;										
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις ευκαιρίες σας για απόκτηση νέων δεξιοτήτων;	9	11.3	23	28.7	15	18.8	<b>25</b>	<b>31.3</b>	8	10
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις ευκαιρίες σας να μάθετε νέες πληροφορίες;	15	18.8	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	16	20	9	11.3
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τον τρόπο που περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;	7	8.8	25	31.3	16	20	<b>26</b>	<b>32.5</b>	6	7.5
Πόσο ικανοποιημένος είστε με το φυσικό σας περιβάλλον (π.χ. ρύπανση, κλίμα, θόρυβος, ελκυστικότητα);	11	13.8	<b>20</b>	<b>25</b>	19	23.8	19	23.8	11	13.8
Πόσο ικανοποιημένος είστε με το κλίμα του τόπου όπου ζείτε;	9	11.3	<b>22</b>	<b>27.5</b>	<b>22</b>	<b>27.5</b>	19	23.8	8	10
Πόσο ικανοποιημένος	7	8.8	16	20	21	26.3	<b>25</b>	<b>31.3</b>	11	13.8

είστε με τη μεταφορά σας;										
Αισθάνεστε ευχαριστημένος με τη σχέση σας με τα μέλη της οικογένειάς σας;	10	12.5	15	18.8	18	22.5	<b>27</b>	<b>33.8</b>	10	12.5

**Πίνακας 3.1:** Ικανοποίηση πτυχών ζωής

Από τον πίνακα 3.2 διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν φτωχή τη σεξουαλική τους ζωή (N = 25, 31.3%) και τη μνήμη τους (N = 20, 25%). Ακόμα η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν θεωρούν ούτε φτωχή ούτε καλή την ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών που έχουν στη διάθεσή τους (N = 29, 36.3%). Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θεωρούν καλή την ποιότητα ζωής τους (N = 25, 31.3%) και τον ύπνο τους (N = 23, 28.7%).

	Πολύ φτωχή		Φτωχή		Ούτε φτωχή ούτε καλή		Καλή		Πολύ καλή	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πώς θα αξιολογούσατε την ποιότητα ζωής σας;	4	5	20	25	22	27.5	<b>25</b>	<b>31.3</b>	9	11.3
Πώς θα αξιολογούσατε τη σεξουαλική σας ζωή;	14	17.5	<b>25</b>	<b>31.3</b>	17	21.3	17	21.3	7	8.8
Πόσο καλά κοιμάστε;	10	12.5	18	22.5	18	22.5	<b>23</b>	<b>28.7</b>	11	13.8
Πώς θα αξιολογούσατε τη μνήμη σας;	13	16.3	<b>20</b>	<b>25</b>	19	23.8	<b>20</b>	<b>25</b>	8	10
Πώς θα αξιολογούσατε την ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών που έχετε στη διάθεσή σας;	7	8.8	16	20	<b>29</b>	<b>36.3</b>	22	27.5	6	7.5

**Πίνακας 3.2:** Ικανοποίηση πτυχών ζωής



Από τον πίνακα 4 φαίνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων σπάνια υποφέρουν από σωματικό πόνο (N = 23, 28.7%). Τέλος πολύ συχνά νιώθουν ικανοποιημένοι (N = 33, 41.3%) ενώ έχουν αρνητικά συναισθήματα (N = 27, 33.8%)

	Ποτέ		Σπάνια		Αρκετά συχνά		Πολύ συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο συχνά υποφέρετε από (σωματικό) πόνο;	14	17.5	<b>23</b>	<b>28.7</b>	16	20	17	21.3	10	12.5
Πιστεύετε γενικά ότι είστε ικανοποιημένος;	6	7.5	16	20	15	18.8	<b>33</b>	<b>41.3</b>	10	12.5
Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως στενάχωρη διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	5	6.3	18	22.5	17	21.3	<b>27</b>	<b>33.8</b>	13	16.3

**Πίνακας 4:** Βιώματα με τη βοήθεια της οικογένειας

Από τον πίνακα 5.1 διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι δεν είναι σε θέση να εργαστούν (N = 33, 41.3%) και να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους (N = 26, 32.5%).

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Κυρίως		Εντελώς	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Είστε σε θέση να εργαστείτε;	12	15	<b>33</b>	<b>41.3</b>	15	18.8	13	16.3	7	8.8
Πιστεύετε ότι είστε σε θέση να εκτελέσετε τα καθήκοντά σας;	9	11.3	<b>26</b>	<b>32.5</b>	23	28.7	16	20	6	7.5

**Πίνακας 5.1:** Εργασία

Από τον πίνακα 5.2 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι δυσαρεστημένοι με την ικανότητα τους να εργαστούν (N = 28, 35%).

	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε	Ικανοποιημένος	Πολύ Ικανοποιημένος
--	---------------------	----------------	---------------------------	----------------	---------------------

					δυσανεστημένος					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	13	16.3	<b>28</b>	<b>35</b>	15	18.8	17	21.3	7	8.8

**Πίνακας 5.2:** Εργασία

Από τον πίνακα 5.3 φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν φτωχή την ικανότητα τους να εργαστούν (N = 34, 42.5%).

	Πολύ φτωχή		Φτωχή		Ούτε φτωχή ούτε καλή		Καλή		Πολύ καλή	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πώς θα αξιολογούσατε την ικανότητά σας να εργάζεστε;	4	5	<b>34</b>	<b>42.5</b>	13	16.3	15	18.8	14	17.5

**Πίνακας 5.3:** Εργασία

Από τον πίνακα 6.1 διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι μπορούν να μετακινούνται τριγύρω καλά (N = 43, 53.8%).

	Πολύ φτωχά		Φτωχά		Ούτε φτωχά ούτε καλά		Καλά		Πολύ καλά	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο καλά μπορείτε να μετακινήστε τριγύρω;	3	3.8	10	12.5	15	18.8	<b>43</b>	<b>53.8</b>	9	11.3

**Πίνακας 6.1:** Μετακίνηση

Από τον πίνακα 6.2 φαίνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρούν ότι τους ενοχλεί λίγο οποιαδήποτε δυσκολία αντιμετωπίζουν στην κινητικότητά τους (N = 25, 31.3%) και επηρεάζουν λίγο τον τρόπο ζωής τους (N = 24, 30%).

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Παρά πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο σας ενοχλούν οποιεσδήποτε δυσκολίες στην κινητικότητα;	8	10	<b>25</b>	<b>31.3</b>	14	17.5	23	28.7	10	12.5
Σε ποιο βαθμό οι δυσκολίες κίνησης επηρεάζουν τον τρόπο ζωής σας;	6	7.5	<b>24</b>	<b>30</b>	21	26.3	16	20	13	16.3

**Πίνακας 6.2:** Μετακίνηση

Από τον πίνακα 6.3 προκύπτει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι ικανοποιημένοι με την ικανότητά τους να μετακινούνται (N = 23, 28.7%).

	Πολύ δυσαρεστημένος		Δυσαρεστημένος		Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος		Ικανοποιημένος		Πολύ Ικανοποιημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας να μετακινείστε;	6	7.5	18	22.5	21	26.3	<b>23</b>	<b>28.7</b>	12	15

**Πίνακας 6.3:** Μετακίνηση

Από τον πίνακα 7 φαίνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι οι προσωπικές τους πεποιθήσεις δίνουν πολύ νόημα στη ζωή τους (N = 31, 38.8%), αισθάνονται σε μεγάλο βαθμό ότι η ζωή τους έχει νόημα (N = 26, 32.5%) και οι προσωπικές τους πεποιθήσεις τους δίνουν τη δύναμη να αντιμετωπίσουν δυσκολίες (N = 29, 36.3%).

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Παρά πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Οι προσωπικές σας πεποιθήσεις δίνουν	6	7.5	13	16.3	14	17.5	<b>31</b>	<b>38.8</b>	16	20

νόημα στη ζωή σας;										
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	8	10	12	15	20	25	<b>26</b>	<b>32.5</b>	14	17.5
Σε ποιο βαθμό οι προσωπικές σας πεποιθήσεις σας δίνουν τη δύναμη να αντιμετωπίσετε δυσκολίες;	2	2.5	7	8.8	13	16.3	<b>45</b>	<b>56.3</b>	13	16.3
Σε ποιο βαθμό οι προσωπικές σας πεποιθήσεις σας βοηθούν να κατανοήσετε τις δυσκολίες για τη ζωή?	5	6.3	11	13.8	18	22.5	<b>29</b>	<b>36.3</b>	17	21.3

**Πίνακας 7:** Προσωπικές πεποιθήσεις

## Ερευνητικά ερωτήματα

### 1. Πώς αξιολογούν γενικά την ποιότητα ζωής τους οι συμμετέχοντες;

Από τον πίνακα 8 φαίνεται ότι γενικά οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής τους είναι σε μέτριο βαθμό διότι ο μέσος όρος ισούται περίπου με 3.

#### Descriptive Statistics

	Πλήθος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
ποιότητα_ζωής	80	1,33	4,33	2,7958	,62190
Valid N (listwise)	80				

**Πίνακας 8:** Περιγραφικά μέτρα για την μεταβλητή «Ποιότητα ζωής»

**2. Υπάρχει σχέση μεταξύ των κύριων υπό εξέταση μεταβλητών;**

Από τον πίνακα 9 παρατηρείται ότι υπάρχει μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τις προσωπικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων με τα συναισθήματα που βιώνουν ( $r = 0.231$ ,  $p = 0.039$ ) και με την εργασία αυτών ( $r = 0.380$ ,  $p = 0.001$ ). Ενώ παρατηρείται ότι υπάρχει αντίστροφη μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων των συμμετεχόντων και τα βιώματα που έχουν σε σχέση με την οικογένεια τους και τους φίλους τους ( $r = -0.243$ ,  $p = 0.030$ ). Αυτή η συσχέτιση δηλώνει ότι καθώς υπάρχει υποστήριξη από τους συγγενείς και φίλους ικανοποιούνται οι προσωπικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων της έρευνας.

Correlations		Συναισθήματα	Γενικές δραστηριότητες	Ικανοποίηση πτυχών ζωής	Βιώματα	Εργασία	Μετακίνηση	Προσωπικές πεποιθήσεις
Συναισθήματα	Pearson Correlation	1						
	Sig. (2-tailed)							
Γενικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	,067	1					
	Sig. (2-tailed)	,558						
Ικανοποίηση πτυχών ζωής	Pearson Correlation	-,071	-,025	1				
	Sig. (2-tailed)	,534	,828					
Βιώματα	Pearson Correlation	,100	-,090	-,079	1			
	Sig. (2-tailed)	,377	,427	,486				
Εργασία	Pearson Correlation	-,012	-,137	-,113	-,218	1		
	Sig. (2-tailed)							

	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,913	,225	,319	,052			
Μετακίνηση	Pearson Correlation	,088	,190	-,011	-,089	,091	1	
	Sig. (2-tailed)	,440	,091	,919	,431	,421		
Προσωπικές πεποιθήσεις	Pearson Correlation	<b>,231*</b>	-,111	-,114	<b>-,243*</b>	<b>,380**</b>	,013	1
	Sig. (2-tailed)	<b>,039</b>	,327	,313	<b>,030</b>	<b>,001</b>	,912	
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								

**Πίνακας 9:** Πίνακας συσχετίσεων

### 3. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τις κύριες υπό εξέταση μεταβλητές;

Από τον πίνακα 11 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις προσωπικές πεποιθήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα ( $p - \text{value} < 0.05$ ). Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις των αντρών επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ποιότητα ζωής τους από ότι στις γυναίκες.

#### Group Statistics

	ΦΥΛΟ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συναισθήματα	ΑΝΔΡΑΣ	42	3,2448	,17300	,02669
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	3,2045	,15274	,02478
Γενικές δραστηριότητες	ΑΝΔΡΑΣ	42	2,7289	,33819	,05218
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	2,7794	,30517	,04951
Ικανοποίηση πτυχών ζωής	ΑΝΔΡΑΣ	42	2,8485	,17921	,02765
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	2,8309	,18421	,02988
Βιώματα	ΑΝΔΡΑΣ	42	3,0079	,80476	,12418
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	3,3070	,77258	,12533
Εργασία	ΑΝΔΡΑΣ	42	2,8988	,46216	,07131
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	2,9145	,50763	,08235

Μετακίνηση	ΑΝΔΡΑΣ	42	3,2321	,62321	,09616
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	3,3092	,61632	,09998
Προσωπικές πεποιθήσεις	ΑΝΔΡΑΣ	42	3,6429	,52714	,08134
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	3,3816	,57756	,09369

**Πίνακας 10:** Πίνακας περιγραφικών στοιχείων ανά φύλο

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Συναισθήματα	Equal variances assumed	,635	,428	1,101	78	,274	,04036	,03665	-,03261	,11332
	Equal variances not assumed			1,108	77,958	,271	,04036	,03642	-,03215	,11287
Γενικές δραστηριότητες	Equal variances assumed	1,453	,232	-,697	78	,488	-,05041	,07230	-,19436	,09353
	Equal variances not assumed			-,701	78,000	,485	-,05041	,07193	-,19362	,09279
Ικανοποίηση πτυχών ζωής	Equal variances assumed	,094	,760	,432	78	,667	,01754	,04066	-,06340	,09849
	Equal variances not assumed			,431	76,726	,668	,01754	,04071	-,06353	,09862
Βιώματα	Equal variances assumed	,002	,963	-1,692	78	,095	-,29908	,17679	-,65105	,05289

	Equal variances not assumed			-1,695	77,715	,094	-,29908	,17643	- ,65035	,05218
Εργασία	Equal variances assumed	,359	,551	-,144	78	,885	-,01566	,10842	- ,23151	,20018
	Equal variances not assumed			-,144	75,159	,886	-,01566	,10894	- ,23267	,20134
Μετακίνηση	Equal variances assumed	,005	,944	-,555	78	,580	-,07707	,13880	- ,35339	,19926
	Equal variances not assumed			-,556	77,369	,580	-,07707	,13872	- ,35327	,19914
Προσωπικές πεποιθήσεις	Equal variances assumed	,354	,553	2,116	78	,038	,26128	,12350	,01540	,50715
	Equal variances not assumed			2,106	75,227	,039	,26128	,12407	,01412	,50843

**Πίνακας 11:** Έλεγχος T - test



## Συμπεράσματα

Τα άτομα με σχιζοφρένεια και ειδικές ανάγκες αποτελούν μια ομάδα ατόμων που η διαφορετικότητά τους είναι μόνο στην αναπηρία τους κι όχι στη προσωπικότητά τους. Τα άτομα με τέτοιου είδους αποκλίσεις έχουν κατά καιρούς ονομαστεί ανώμαλα, απροσάρμοστα, ψυχανώμαλα, δυσπροσάρμοστα, δύσκολα, προβληματικά, άτομα με διαταραχές του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς, αποκλίνοντα. Πρόκειται για ονομασίες που με την πάροδο του χρόνου εξαλείφονται και αντικαθίστανται από άλλους πιο δόκιμους όρους, που απορρέουν από την εκάστοτε κοινωνική ευαισθησία. Έτσι, υπάρχουν άτομα με ελαττωματικά αισθητήρια όργανα, (τυφλά, κωφά, βαρήκοα), άτομα με σωματικές αναπηρίες, άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, άτομα πάσχοντα από ψυχικά νοσήματα, άτομα με ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη.

Η τελευταία καθιερωθείσα ονομασία για τα άτομα αυτά, είναι ο όρος "άτομα με ειδικές ανάγκες", οι ιδιαιτερότητες των οποίων θα μας απασχολήσουν σε αυτήν την συζήτηση. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες διαφέρει από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Πλέον υπάρχει η τάση για κοινωνική αποδοχή και αξιοποίηση των αποκλινόντων ατόμων οφείλεται σε πλήθος παραγόντων. Η επικράτηση των δημοκρατικών ιδεών είχε ως αποτέλεσμα την αναγνώριση ίσων δικαιωμάτων για όλους τους πολίτες, και ιδιαίτερα της εκπαίδευσης και της κοινωνικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τις ικανότητες και τις αναπηρίες τους. Σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων παιδιών με ειδικές ατόμων έχουν συσταθεί σε όλες τις χώρες του κόσμου, ασκώντας πίεση στην κοινωνία και το επίσημο κράτος για την λήψη ειδικών μέτρων υπέρ των αποκλινόντων ατόμων, όπως για παράδειγμα η ίδρυση ειδικών

σχολείων, η λειτουργία ειδικών κέντρων επαγγελματικής μαθητείας, η κατάρτιση ειδικού διδακτικού προσωπικού, η εξασφάλιση εργασίας με την θεσμοθέτηση της υποχρεωτικής πρόσληψης από ιδιωτικές και κρατικές υπηρεσίες ενός ορισμένου αριθμού ατόμων με ειδικές ανάγκες κτλ.

Η ανάπτυξη επίσης της ψυχομετρίας και της ψυχολογίας των ατομικών διαφορών βοήθησε στην καλύτερη κατανόηση των χαρακτηριστικών των αποκλινόντων ατόμων, με αποτέλεσμα να διαπιστωθούν οι δυνατότητες εξέλιξης και κοινωνικής τους προσαρμογής. Επιπλέον, λόγοι οικονομικοί και πρακτικοί επέβαλλαν την κοινωνική ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες, διότι είναι λιγότερο δαπανηρό για μια κοινωνία να εκπαιδεύσει τα άτομα αυτά και να τα βοηθήσει να ζήσουν μέσα στο κοινωνικό σύνολο ανεξάρτητα απ' ότι να τα περιθάλψει σε ένα ίδρυμα κοινωνικής προστασίας για όλη τους την ζωή. Μέσα σε αυτήν την λογική κινείται και η προσπάθεια πολλών προγραμμάτων, που χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση των ατόμων αυτών, μέσω της δημιουργίας Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.), στα οποία μπορούν να εκπαιδευτούν σε διάφορες επαγγέλματα και αποτελέσουν αξιοποιήσιμο εργατικό δυναμικό. Άτομα με ειδικές ανάγκες κατά την έννοια του παρόντος θεωρούνται τα άτομα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων.

Στα άτομα αυτά περιλαμβάνονται όσοι έχουν νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα, όσοι έχουν ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης ή ακοής, όσοι έχουν νευρολογικά ή ορθοπεδικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας. Ακόμα η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει και άτομα

με προβλήματα λόγου και ομιλίας, με ειδικές δυσκολίες στη μάθηση (όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία) ή άτομα με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και όσοι παρουσιάζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης. Τέλος, στα άτομα με ειδικές ανάγκες περιλαμβάνονται επίσης πρόσωπα νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας, που δεν ανήκουν σε μία από τις προηγούμενες περιπτώσεις, αλλά έχουν ανάγκη από ειδική εκπαιδευτική φροντίδα για ορισμένη περίοδο ή για ολόκληρη την περίοδο της σχολικής ζωής τους. Εκτός από τους περιορισμούς που ούτως ή άλλως θέτει η αναπηρία τους, τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν να αντιμετωπίσουν και πολλά άλλα ακόμα, που σχετίζονται τόσο με την προσαρμογή τους και με την αποδοχή τους από το κοινωνικό πλαίσιο, όσο και με την αποδοχή της ίδιας της εικόνας τους και του είδους της αναπηρίας τους. Είναι προφανές πως η πραγματικότητα της αναπηρίας είναι και για τους ίδιους τρομακτική και αποδοχή του εαυτού τους ως "άτομα με ειδικές ανάγκες" είναι μια διαδικασία μακρόχρονη και επώδυνη. Το ναρκισσιστικό πλήγμα που συνεπάγεται μια τέτοια αποδοχή μπορεί να οδηγήσει στην αυτοαπομόνωση ή στην οργάνωση της καθημερινότητάς τους με το μειονέκτημά τους στο επίκεντρο τόσο της δικής τους ζωής όσο και του περιβάλλοντός τους.

Ως αποτέλεσμα, μπορούν να εμφανίζουν εξάρτηση, παθητικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη ενδιαφέροντος. Η ενασχόληση του Κράτους Πρόνοιας με τον πολύπτυχο και ευαίσθητο τομέα της Ειδικής Αγωγής των Α.Μ.Ε.Α άρχισε συστηματικά τη δεκαετία του 1970 και ιδιαίτερα με τη ψήφιση του πρώτου Νόμου για την Ειδική Αγωγή (1981), αφού μέχρι τότε η Ειδική Αγωγή παρέχόταν κατ' αποκλειστικότητα σε διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα και σε πολύ λίγα ιδιωτικά ειδικά σχολεία. Η καθορισμένη μορφή του Κράτους

Πρόνοιας αναφέρεται στο αστικό κράτος της μεταπολεμικής περιόδου (1950 - 1970), που χαρακτηρίζεται από τη διεύρυνση της κρατικής παρέμβασης σε λειτουργίες οικονομικής αλλά και κοινωνικής αναπαραγωγής.

Η σωστή ένταξη των ατόμων αυτών θα πρέπει να ακολουθεί: α) ισότητα ευκαιριών στην εκπαίδευση β) σχολική και κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ανάλογα με τις δυνατότητες τους . γ) κοινωνική αλληλοαποδοχή και προετοιμασία για το πέρασμα από το σχολείο στην ενεργή ζωή με επιτυχία. Έτσι, η συναίσθηση του χρέους της πολιτείας προς όλους αδιακρίτως τους πολίτες της, με βάση τα δικαιώματα του ανθρώπου, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την κοινωνική δικαιοσύνη και τη δημοκρατία, γίνεται πράξη. Κατευθυντήρια γραμμή της εκπαιδευτικής αλλά και της επαγγελματικής πολιτικής είναι η απαλλαγή από τη νοοτροπία της αντιμετώπισης των ατόμων - συμπολιτών μας και συνανθρώπων με συμπάθεια και φιλανθρωπία και αντικατάσταση της με τη σκέψη ότι όλοι ως πολίτες και άνθρωποι έχουμε ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Κάθε οικογένεια, λοιπόν, πρέπει να είναι δίπλα στο παιδί της που τυγχάνει να είναι άτομο με ειδικές ανάγκες και να είσαι σε θέση να καλύψει τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχικές του ανάγκες. Ιδιαίτερα οι ψυχικές ανάγκες θα πρέπει να καλυφθούν σε μέγιστο βαθμό, καθότι τα παιδιά αυτά θα πρέπει να οπλιστούν με απόλυτη δύναμη για να επιβιώσουν στη κοινωνία.

Στην παραπάνω έρευνα συμμετείχαν 80 άτομα εκ των οποίων τα περισσότερα ήταν άντρες και ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν 49 ετών. Το μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, ήταν διαζευγμένοι και είχαν δηλώσει ότι η

κατάσταση της υγείας τους ήταν φτωχή, αφού έπασχαν από σχιζοφρένεια.

Στη συνέχεια εξετάστηκαν οι κύριες μεταβλητές του ερωτηματολογίου, οι οποίες είναι τα συναισθήματα, οι γενικές δραστηριότητες, η ικανοποίηση των πτυχών της ζωής τους, τα βιώματα τους, η εργασία η μετακίνηση και οι προσωπικές τους πεποιθήσεις. Και από την ανάλυση των ερωτήσεων προέκυψε ότι ήταν σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι οι συμμετέχοντες.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών και προέκυψε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων των συμμετεχόντων και των συναισθημάτων, των βιωμάτων και της εργασίας αυτών. Και παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τις προσωπικές τους επιθυμίες.

---

## Βιβλιογραφία

1. Τσιάντης Ι., Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας, Τεύχος Α΄
2. Κοντοπούλου Δ., Παιδί και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, Μια ψυχοδυναμική οπτική,
3. Κουρκουτάς Η, Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά, Παρεμβάνσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου,
4. Καλαντζή-Αζίζι, & Αναστασία, Μπεζεβέγκης Η., 2000, Θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων,
5. Κρουσταλάκης Γ., Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες.
6. Λεο Μπουσκαλία , Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους , Μια πρόκληση στη συμβουλευτική
7. ROBERT M. HODAPP, Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία (Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία)
8. Αντώνης Β. Κυπριωτάκης, Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους
9. Ιωάννου Ν. Παρασκευοπουλου, Νοητική Καθυστέρηση
10. Dr.Αγγελούπουλου Ν.-Σακανταμή ,Ειδική Αγωγή (βασικές αρχές και μέθοδοι)
11. Τζουριάδου Μ.& Αναγνωστοπούλου Ε., Παιδαγωγικά προγράμματα για παιδιά με δυσκολίες μάθησης
12. Δημήτρης Π. Στασίνος, Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα (Αντιλήψεις, θεσμοί και πρακτικές. Κράτος και ιδιωτική πρωτοβουλία(1906-1989))
13. Dr,N. Αγγελούπουλου- Σακανταμή ,Ιατρικά προβλήματα σε άτομα με σωματικές και νοητικές δυσκολίες

14. Εσθηρ Κουκλογιάννου-Δορζιώτου, Αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες (Φυσική- Κοινωνική- Επαγγελματική)

---

### Ιστοσελίδες:

1. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)
  2. [www.esaea.gr](http://www.esaea.gr)
  3. [www.panap.gr](http://www.panap.gr)
  4. [www.europa.eu](http://www.europa.eu)
  5. [www.amea-blog.blogspot.gr](http://www.amea-blog.blogspot.gr)
  6. [www.newsitamea.gr](http://www.newsitamea.gr)
  7. [www.noesi.gr](http://www.noesi.gr)
  8. [www.actionaid.gr](http://www.actionaid.gr)
  9. [www.google.gr](http://www.google.gr)
- 

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**  
**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ**  
**ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**  
**ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΜΕ ΤΙΤΛΟ :**

**Διερεύνηση της ποιότητας της ζωής  
πασχόντων από  
σχιζοφρένεια**

**Κατατίθεται για έγκριση στο τμήμα  
Νοσηλευτικής Σχολής  
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ  
Κρήτης**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :**

**ΚΑΨΑΛΗΣ ΜΗΝΑΣ**

**ΠΟΥΣΙΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΤΣΙΑΜΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**



# ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019

## Εισαγωγή

**Η σχιζοφρένεια είναι μία από ψυχικές διαταραχές που προκαλούν ακόμη και σήμερα σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή. Στα άτομα που έχουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας παρατηρούνται σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα, στην ανεξαρτησία και στην ενσωμάτωση τους στο κοινωνικό σύνολο. Η σοβαρότητα της διαταραχής προκύπτει από τη σοβαρότητα των ψυχωσικών συμπτωμάτων και από τις συνέπειες που έχει η δυσκολία των ατόμων αυτών να σχετιστούν με τον κόσμο και τους άλλους ως μία ενιαία και συνεκτική οντότητα. Αυτές οι συνέπειες επηρεάζουν τρεις κυρίως σχετικές αλλά ανεξάρτητες διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση είναι η**

**λειτουργικότητα, η δεύτερη διάσταση είναι η ποιότητα ζωής και η τρίτη η γνωστική λειτουργία (Nuss & Tessier, 2011).**

**Η ποιότητα ζωής των πασχόντων από σχιζοφρένεια εξετάζεται σήμερα τόσο σε ερευνητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την ποιότητα ζωής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με τη ζωή του λαμβάνοντας υπόψη το πολιτισμικό και αξιακό σύστημα στο οποίο ζει και πάντα δε σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα στερεότυπα και τις ανησυχίες του (Galuppi, Turola, Nanni, Mazzoni & Grassi, 2010). Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των πασχόντων από σχιζοφρένεια γίνεται με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος είναι η αυτο-μέτρηση της ποιότητα ζωής. Ο τρόπος αυτός αφορά την υποκειμενική ποιότητα ζωής. Ο δεύτερος τρόπος γίνεται με τη βοήθεια ενός συνεντευκτή και αφορά την αντικειμενική ποιότητα ζωής. Η**

## **μέτρηση της αντικειμενικής ποιότητας ζωής**

**πραγματοποιείται διότι οι σχιζοφρενείς θεωρούνται ότι παρουσιάζουν γνωστική έκπτωση, λόγω της διαταραχής. Η γνωστική έκπτωση αυτή εμποδίζει τους σχιζοφρενείς να μπορούν να αξιολογήσουν μόνοι τους την ποιότητα ζωής τους.**

**Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μία αλλαγή στην άποψη αυτή, καθώς όλο και περισσότερες έρευνες μελετούν την ποιότητα ζωής που αναφέρουν οι ίδιοι οι σχιζοφρενείς (Tomokate, 2011).**

**Η μέτρηση της αντικειμενικής ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών περιλαμβάνει δείκτες που αφορούν τις συνθήκες ζωής και υγείας, τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, το λειτουργικό ρόλο στην κοινωνία και άλλους**

**Η μέτρηση της υποκειμενικής ποιότητα ζωής περιλαμβάνει δείκτες που αφορούν την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου**

**γενικά αλλά και μέσα σε πιο ειδικά πεδία της ζωής (Tomotake, 2011).**

**Η ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών φαίνεται ότι σχετίζεται με τα κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί. Στα ερευνητικά ευρήματα καταγράφεται ότι η ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα αρνητικά συμπτώματα σε σχέση με την επιρροή που ασκούν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Galuppi et al., 2010). Ένα δε από τα κλινικά συμπτώματα που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής είναι η κατάθλιψη (Priebe et al., 2011). Οι έρευνες δε που μελετούν την υποκειμενική ποιότητα ζωής αναφέρουν ότι η σοβαρότητα της κατάθλιψης επηρεάζει και το βαθμό της. Πιο συγκεκριμένα, όσο πιο σοβαρό είναι το σύμπτωμα της κατάθλιψης τόσο πιο χαμηλή είναι η υποκειμενική ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών (Margariti, Ploumidis, Economou, Christodoulou &**

**Paradimitriou, 2014). Ακόμα, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως είναι η αλλοίωση της πραγματικότητας (Galuppi et al., 2010).**

**Η ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών επηρεάζεται και από άλλα συμπτώματα όπως είναι το άγχος. Το άγχος και η ανησυχία είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί. Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντικειμενική ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών πρωταγωνιστικό ρόλο φαίνεται να έχουν τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Η σχέση αυτή έχει καταγραφεί στις έρευνες που αναφέρουν ότι οι ασθενείς με λιγότερα αρνητικά συμπτώματα παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν περισσότερα αρνητικά συμπτώματα (Tomotake, 2011).**

Ένας άλλος παράγοντας που είναι σημαντικός στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών είναι η γνωστική λειτουργία. Στη διαταραχή της σχιζοφρένειας είναι εμφανής η γνωστική έκπτωση. Η έκπτωση στη γνωστική λειτουργία οδηγεί σε δυσκολία στην κοινωνική λειτουργικότητα. Τα γνωστικά ελλείμματα που παρουσιάζονται μελετώνται και σε νευροανατομικό επίπεδο μέσω μεθόδων νευροαπεικόνισης. Οι περιοχές που σχετίζονται με τη γνωστική έκπτωση των σχιζοφρενών είναι οι προμετωπιαίες περιοχές, ο κροταφικός φλοιός και ο ιππόκαμπος. Όσον αφορά τη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια, η γνωστική έκπτωση εκδηλώνεται μέσω των δυσκολιών στη μνήμη, στην προσοχή, στη ροή του λόγου και στις εκτελεστικές λειτουργίες. Οι γνωστικές αυτές δυσλειτουργίες συσχετίζονται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής, χωρίς όμως να είναι

**γνωστός ο βαθμός συσχέτισης τους  
(Tomotake, 2011).**

**Η μελέτη της ποιότητας της ζωής των σχιζοφρενών διερευνάται καθώς αποτελεί ένα από τα κριτήρια εξέτασης των αποτελεσμάτων που έχουν οι θεραπείες που εφαρμόζονται. Οι θεραπείες δε που αφορούν τη σχιζοφρένεια έχουν ως στόχο τη μείωση ή ακόμα και την εξάλειψη των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Στο στόχο αυτό τις τελευταίες δεκαετίες έχει προστεθεί και η ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινωνία ως άτομο και ως πολίτης. Η επίτευξη των θεραπευτικών αυτών στόχων έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών. Υπάρχουν πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις που μπορούν να εφαρμοστούν στους σχιζοφρενείς. Οι κυριότερες προσεγγίσεις είναι η φαρμακοθεραπεία, με τα αντιψυχωτικά φάρμακα και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι φαρμακοθεραπείες προτείνεται να είναι συνεχείς και χρόνιες**

προκειμένου να ελέγχονται συνεχώς τα συμπτώματα έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να ασχοληθούν με τα προσωπικά και κοινωνικά ζητήματα. Επίσης, οι φαρμακοθεραπείες είναι απαραίτητο να στοχεύουν στη μείωση των παρενεργειών που πιθανόν προκύπτουν από τη φαρμακευτική αγωγή. Η εκπλήρωση των στόχων αυτών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών. Η φαρμακοθεραπεία συνήθως συνδυάζεται με κάποια ψυχοκοινωνική παρέμβαση. Μία από τις πιο δημοφιλείς ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία. Η προσέγγιση αυτή φαίνεται ότι συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών καθώς βοηθά στην αλλαγή των πρότυπων συμπεριφοράς που δυσκολεύουν τη λειτουργικότητα των σχιζοφρενών. Μία άλλη ψυχοκοινωνική παρέμβαση που εφαρμόζεται είναι η ψυχοεκπαίδευση. Η προσέγγιση αυτή “εκπαιδεύει” τους



**σχιζοφρενείς στη συμβίωση με τα συμπτώματα και τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν. Τα προγράμματα της ψυχοεκπαίδευσης έχει διατυπωθεί ότι βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών (Bechdolf et al., 2010).**

**Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει το συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια αποτελεί ένα πολύτιμο δείκτη για την αποτελεσματικότητα που έχουν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε αυτούς. Ακόμα, η μελέτη της ποιότητας ζωής οδηγεί στην ανάδειξη όλων των διαστάσεων της ψυχικής διαταραχής και των ζητημάτων που δεν έχουν ακόμα επιλυθεί. Επομένως, ο παράγοντας αυτός αναδεικνύει τις προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ειδικοί που ασχολούνται με τη σχιζοφρένεια αλλά και τις άλλες**

**χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Nuss & Tessier, 2010).**

**Παρά τις όποιες εξελίξεις στο χώρο της ψυχικής υγείας που επέφεραν οι νέοι τρόποι προσέγγισης και θεραπείας των ψυχικά πασχόντων, παρουσιάζεται, ακόμα και σήμερα η επιβάρυνση της ποιότητας της ζωής των σχιζοφρενών από την νόσο να είναι σημαντική και να χρήζει μέτρησης αυτής και των συνιστωσών της (Huxley & Warner1992).**

### **Μεθοδολογία**

**Η παρούσα ερευνητική μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης της ποιότητας της ζωής των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με τη διαταραχή της σχιζοφρένειας. Η διερεύνηση αυτή θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα 80 συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο θα περιέχει ένα μέρος με δημογραφικά**

**χαρακτηριστικά τα οποία θεωρούνται «αντικειμενικά κριτήρια» ενώ το δεύτερο μέρος αφορά τα αντιληπτά χαρακτηριστικά, το πώς δηλαδή οι ίδιοι οι σχιζοφρενείς κρίνουν την ποιότητα της ζωής τους. Το ερωτηματολόγιο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί είναι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL) και η άδεια χρήσης του θα ληφθεί το συντομότερο δυνατό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 100 στοιχεία που είναι οργανωμένα σε 24 κατηγορίες οι οποίες αφορούν 6 τομείς: φυσικός, ψυχολογικός, κοινωνικός, περιβάλλον και πνευματικότητα. Ο Orsel και οι συνεργάτες του (2004) διερεύνησαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει υψηλή εγκυρότητα με το δείκτη Cronbach's alpha να είναι ίσο με 0.94.**

**Οι 80 συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να είναι ενήλικοι, δηλαδή άνω**

των 18 ετών γνώστες της ελληνικής γλώσσας, ώστε να μην δημιουργηθούν προβλήματα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η ηλικία των συμμετεχόντων είναι πολύ σημαντική καθώς τα άτομα που είναι στην τρίτη ηλικία και είναι χρόνια σχιζοφρενείς είναι πιθανό να παρουσιάζουν σημαντική γνωστική έκπτωση. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκολιών στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης, οι συμμετέχοντες προτείνεται να είναι άντρες και γυναίκες. Οι συμμετέχοντες είναι αναγκαίο να έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια και να έχουν νοσηλευτεί σε κάποια ψυχιατρική κλινική. Ακόμα, το δείγμα της έρευνας προτείνεται να αποτελείται από σχιζοφρενείς οι οποίοι έχουν ένα καλό επίπεδο λειτουργικότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να παρουσιάζουν ενσυναίσθηση και καλή επαφή με την πραγματικότητα, δηλαδή να μη βρίσκονται σε ψυχωσικό παραλήρημα κατά τη διάρκεια της

**διεξαγωγής της έρευνας. Ακόμα κριτήριο συμμετοχής στην έρευνα θα είναι η χρονιότητα της νόσου και η μακροχρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής.**

**Οι συμμετέχοντες αυτοί θα επιλεγθούν τυχαία από τις ψυχιατρικές κλινικές των νομών Θεσσαλονίκης, Ηρακλείου και Αθηνών. Η επιλογή των συμμετεχόντων θα γίνει μετά την επίσκεψη των ερευνητών στις ψυχιατρικές κλινικές. Η επιλογή των συμμετεχόντων θα γίνει με τη βοήθεια ειδικών της ψυχικής υγείας, όπως είναι οι ψυχίατροι και οι διευθυντές των ψυχιατρικών κλινικών. Οι ειδικοί αυτοί μπορούν να παραπέμψουν στους ερευνητές τους ασθενείς που μπορούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η διαδικασία παραπομπής απαιτεί την επίσκεψη των ερευνητών στους ειδικούς, προκειμένου να τους ενημερώσουν για το σκοπό της έρευνας. Η συνάντηση των ερευνητών και των ειδικών της κάθε δομής έχει κομβική σημασία για την πορεία της έρευνας. Οι**

ερευνητές χρειάζεται να εξηγήσουν με ακρίβεια τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί το δείγμα προκειμένου η έρευνα να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα. Οι ειδικοί είναι εκείνοι που γνωρίζουν τους ασθενείς και μπορούν να παραπέμψουν τους πιο κατάλληλους για την έρευνα.

Οι αναλύσεις των δεδομένων θα γίνουν με τις μεθόδους ανάλυσης της περιγραφικής στατιστικής. Ο υπολογισμός απλών και τυπικών στατιστικών μεγεθών, όπως μέσοι όροι, σταθμισμένοι μέσοι όροι, διακυμάνσεις, συχνότητες κ.ά., είναι η πλέον συνήθης και δόκιμη ανάλυση των συλλεχθέντων στοιχείων που λαμβάνει χώρα από μελετητές και ερευνητές και αυτή θα χρησιμοποιήσουμε και στη δική μας έρευνα. Η απλή αυτή στατιστική ανάλυση γίνεται τόσο για τα ποσοτικά/λειτουργικά όσο και για τα ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Η περιγραφική στατιστική αποσκοπεί στη συνοπτική αλλά και περιεκτική

**παρουσίαση των δεδομένων μιας έρευνας. Η περιγραφική στατιστική περιλαμβάνει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές στατιστικές τιμές. Συγκεκριμένα, οι ποσοτικές τιμές περιλαμβάνουν α) μέτρα κεντρικής τάσης: μέσοι όροι, διάμεσοι και επικρατούσες τιμές, β) μέτρα διασποράς: εύρη τιμών, διακυμάνσεις και τυπικές αποκλίσεις, καθώς και γ) μέτρα σχετικής θέσης: ποσοστιαία σημεία και ενδοτεταρτημοριακές αποκλίσεις. Οι ποιοτικές τιμές περιλαμβάνουν κυρίως συχνότητες: απόλυτη συχνότητα, σχετική συχνότητα, αθροιστική συχνότητα και αθροιστική σχετική συχνότητα.**

### **Δεοντολογία της Έρευνας**

**Μετά την ενημέρωση των ειδικών, οι ερευνητές έχουν τη δυνατότητα να γνωρίσουν τους πιθανούς συμμετέχοντες. Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να**

**τονιστούν τα δεοντολογικά ζητήματα που είναι πιθανό να προκύψουν. Οι ερευνητές είναι αναγκαίο να συζητήσουν με τους ειδικούς και να βρουν ένα κοινό τρόπο προσέγγισης των ασθενών/συμμετεχόντων. Η προσέγγιση αυτή πρέπει να είναι πολύ προσεκτική καθώς οι ασθενείς μπορεί να θεωρήσουν ότι δεν τηρείται το**

**απόρρητο και η αρχή της εχεμύθειας. Επομένως, η προσέγγιση των ασθενών από τους ειδικούς και από τους ερευνητές παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη συγκατάθεση των συμμετεχόντων.**

**Μετά την κοινή συνάντηση του ειδικού, του ερευνητή και του πιθανού συμμετέχοντα πραγματοποιείται μία συνάντηση μεταξύ του ερευνητή και του ασθενή. Στη συνάντηση αυτή ο ερευνητής εξηγεί στον ασθενή το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο που αυτή θα διεξαχθεί, δηλαδή με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια ο ερευνητής εξηγεί στο συμμετέχοντα τη**



**διαδικασία της έρευνας και τις απαραίτητες πληροφορίες που θα χρειαστεί να αναφέρει ο συμμετέχοντας. Στο σημείο αυτό ο ερευνητής τονίζει στο συμμετέχοντα την τήρηση του απορρήτου και το δικαίωμα του συμμετέχοντα να διακόψει τη διαδικασία αν το επιθυμεί. Από τη στιγμή που ο ερευνητής παραθέσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και καλύψει όλες τις απορίες που μπορεί να έχει ο συμμετέχοντας, ο ερευνητής προχωρά στην ενήμερη συγκατάθεση του συμμετέχοντα. Μετά τη συμφωνία του ατόμου στη συμμετοχή του στην έρευνα η συνάντηση ολοκληρώνεται και υπάρχει συνεννόηση για μια επόμενη συνάντηση όπου θα γίνει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.**

**Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γίνει σε ένα χώρο που θα είναι διαμορφωμένος κατάλληλα, προκειμένου να μην αποσπάται η προσοχή του κάθε συμμετέχοντα. Οι συμμετέχοντες θα έχουν στη διάθεση τους τον απαραίτητο**

**χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν την έναρξη της συμπλήρωσης, οι ερευνητές θα εξηγήσουν στους συμμετέχοντες τη δομή του ερωτηματολογίου και τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσει ο κάθε συμμετέχων.**

**Μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η συνάντηση ολοκληρώνεται και ο συμμετέχοντας μπορεί να αποχωρήσει.**

**Στη συνέχεια οι ερευνητές θα συλλέξουν όλα τα ερωτηματολόγια και θα προχωρήσουν στην στατιστική ανάλυση τους. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα οδηγήσει στη διατύπωση των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα θα αναλυθούν από τους ερευνητές και θα συσχετιστούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων υπό το πρίσμα της βιβλιογραφίας θα οδηγήσει στη διατύπωση των συμπερασμάτων που θα προκύψουν από την έρευνα.**

Η έρευνα αυτή θα διεξαχθεί σε ένα ιδιαίτερο πληθυσμό από πολλές απόψεις. Για το λόγο αυτό προκύπτουν ορισμένα δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα. Η έρευνα αυτή είναι αναγκαίο να τηρήσει τις αρχές της δεοντολογίας όπως είναι η πληροφόρηση, η συναίνεση, η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα. Ο στόχος και σκοπός της έρευνας χρειάζεται να γίνει πλήρως κατανοητός από τους συμμετέχοντες. Επίσης, είναι πιθανό η συγκατάθεση τους να γίνει μέσω της γραπτής τους συναίνεσης για τη συμμετοχή τους. Ακόμα, η τήρηση της δεοντολογίας μπορεί να γίνει μέσω της χρήσης του κωδικού αριθμού του κάθε περιστατικού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία. Ένα από τα ηθικά ζητήματα που μπορεί να προκύψει από την έρευνα αυτή είναι η θεραπευτική πορεία των συμμετεχόντων. Οι ερευνητές είναι αναγκαίο να βρίσκονται σε επικοινωνία με τους θεραπευτές των συμμετεχόντων προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση ζητημάτων που μπορεί να διαταράξουν τη

**Θεραπευτική διαδικασία. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να αποτελέσει ένα στρεσογόνο παράγοντα στον πληθυσμό αυτό με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν προβλήματα στη θεραπεία των ασθενών. Η συχνή επικοινωνία των ερευνητών και των ειδικών**

**μπορεί να προλάβει την εμφάνιση τέτοιου είδους ζητημάτων (Ευαγγέλου, 2014).**

**Χρονοδιάγραμμα διεξαγωγής της έρευνας**

## **ΜΗΝΕΣ**

**ΕΡΓΑΣΙΑ Φεβρουάριος Μάρτιος**

**Απρίλιος Μάιος Ιούνιος Ιούλιος**

## **ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**

### **ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**Αναζήτηση βιβλιογραφίας**

**Αξιολόγηση άρθρων – επιλογή**

**Κωδικοποίηση - συγκεντρωτική πίνακες**

**Άρθρων**

**Συγγραφή βιβλιογραφικής Ανασκόπησης**

**Συγγραφή αποτελεσμάτων**

**Συγγραφή συζήτησης – συμπερασμάτων**

**Τελική αξιολόγηση συγγράματος**

**Προετοιμασία παρουσίασης μελέτης**

**Παρουσίαση πτυχιακής Εργασίας**

.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B.,  
Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., &  
Pukrop, R. (2010).**

**Randomized comparison of group cognitive  
behaviour therapy and group  
psychoeducation in acute**

**patients with schizophrenia: effects on  
subjective quality of life. Australian and  
New Zealand**

**Journal of Psychiatry, 44(2), 144-150.**

**Ευαγγέλου, Ε. (2014). Εξετάζοντας την  
ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν  
από χρόνια**

**ψυχική διαταραχή. Μία εμπειρική έρευνα  
που ελαβε χώρα σε δύο κοινοτικά κέντρα  
ψυχικής υγείας**

**στην Αθήνα. Επιθεώρηση Κοινωνικών  
Ερευνών, 142(142).**

**Galuppi, A., Turola, M. C., Nanni, M. G.,  
Mazzoni, P., & Grassi, L. (2010).**

**Schizophrenia and**

**quality of life: how important are symptoms  
and functioning?. International Journal of  
Mental**

**Health Systems, 4(1), 31.**

**Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N.**

**(2015). Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: associations with insight and psychopathology. *Psychiatry Research*, 225(3), 695-701.**

**Nuss, P., & Tessier, C. (2010). Antipsychotic medication, functional outcome and quality of life in schizophrenia: focus on amisulpride. *Current Medical Research and Opinion*, 26(4), 787-801.**

**Örsel, S., Akdemir, A., & Dağ, İ. (2004). The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to**



**psychopathological measures in  
schizophrenia. Comprehensive psychiatry,  
45(1), 57-61.**

**Priebe, S., McCabe, R., Junghan, U.,  
Kallert, T., Ruggeri, M., Slade, M., &  
Reininghaus, U. (2011).**

**Association between symptoms and quality  
of life in patients with schizophrenia: a  
pooled analysis**

**of changes over time. Schizophrenia  
Research, 133(1), 17-21.**

**Tomotake, M. (2011). Quality of life and its  
predictors in people with schizophrenia.**

**The Journal of  
Medical Investigation, 58(3-4), 167-174.**

**Έντυπο συγκατάθεσης δοκιμαζόμενου σε  
ερευνητική εργασία**

**Τίτλος Ερευνητικής Εργασίας: Διερεύνηση  
της ποιότητας της ζωής πασχόντων από  
σχιζοφρένεια**

**Επιστημονικός Υπεύθυνος-η:  
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

**Ερευνητές: Καψάλης Μηνάς, Πουσίνης  
Ιωάννης, Τσιάμης Διονύσιος**

**1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας**

**Σκοπός της μελέτης είναι η προσπάθεια  
διερεύνησης της ποιότητας της ζωής των  
ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με τη  
διαταραχή της σχιζοφρένειας.**

**2. Διαδικασία**

**Η διερεύνηση αυτή θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα 80 συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο θα περιέχει ένα μέρος με δημογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία θεωρούνται «αντικειμενικά κριτήρια» ενώ το δεύτερο μέρος αφορά τα αντιληπτά χαρακτηριστικά, το πώς δηλαδή οι ίδιοι οι σχιζοφρενείς κρίνουν την ποιότητα της ζωής τους. Οι 80 συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να είναι ενήλικοι, δηλαδή άνω των 18 ετών γνώστες της ελληνικής γλώσσας, ώστε να μην δημιουργηθούν προβλήματα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.**

### **3. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων**

**Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα**

**που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σας δε θα φαίνεται πουθενά.**

#### **4. Πληροφορίες**

**Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.**

#### **5. Ελευθερία συναίνεσης**

**Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος-η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε.**

#### **6. Δήλωση συναίνεσης**

**Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω. Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.**

**Ημερομηνία: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**



# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## Οδηγίες

**Αυτό το ερωτηματολόγιο αναφέρετε στο πως νιώθετε σχετικά με την ποιότητα της ζωής σας, της υγείας και άλλων πτυχών της ζωής σας. Παρακαλώ απαντήστε όλες της ερωτήσεις. Εάν δεν είστε σίγουρος σχετικά με την απάντηση στην ερώτηση, παρακαλώ επιλέξτε αυτή που φαίνεται πιο κατάλληλη. Αυτό συχνά είναι η πρώτη σας απάντηση.**

**Παρακαλώ λάβετε υπόψη σας τα πρότυπα, τις ελπίδες, τις απολαύσεις και τις ανησυχίες σας. Ενδιαφερόμαστε για το πώς εσείς πιστεύετε ότι ήταν η ζωή σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.**

**Παραδείγματος χάριν, σκεπτόμενοι τις δύο προηγούμενες εβδομάδες, μια ερώτηση θα μπορούσε να είναι :**

**Πόσο ανησυχείτε για την υγεία σας;  
Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**Θα πρέπει να κυκλώσετε το νούμερο που ταιριάζει καλύτερα σχετικά με το πόσο ανησυχήσατε τις τελευταίες εβδομάδες για την υγεία σας. Οπότε θα κυκλώσετε το 4 εάν ανησυχήσατε "πολύ", ή το 1 εάν δεν ανησυχήσατε "καθόλου" για τη υγεία σας.**

**Παρακαλώ διαβάστε κάθε ερώτηση, εκτιμήστε τα συναισθήματα σας, και κυκλώστε το νούμερο της βαθμίδας κάθε ερώτησης που δίνετε με την καλύτερη απάντηση για εσάς. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν απευθύνονται στο κατά πόσο έχετε βιώσει συγκεκριμένα πράγματα τις τελευταίες δύο εβδομάδες, παραδείγματος χάριν, θετικά συναισθήματα όπως χαρά ή ικανοποίηση. Εάν έχετε βιώσει αυτά παρά πολύ κυκλώστε το νούμερο διπλά από το "Πάρα πολύ". Εάν δεν τα έχετε αισθανθεί τότε κυκλώστε το νούμερο διπλά**

**“Καθόλου”. Μπορείτε να επιλέξετε ένα  
νούμερο ενδιάμεσα εάν επιθυμείτε να  
δείξετε πως η απάντησή σας βρίσκεται  
κάπου ενδιάμεσα στο “Καθόλου” και το  
“Παρά πολύ”. Οι ερωτήσεις απευθύνονται  
στις δύο τελευταίες εβδομάδες.**

**F1.2 (F1.2.1) Ανησυχείτε για τον πόνο σας ή  
τη δυσφορία;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F1.3 (F1.2.3) Πόσο δύσκολο είναι για εσάς  
να αντέξετε οποιονδήποτε πόνο ή δυσφορία;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F1.4 (F1.2.5) Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο  
(φυσικός) πόνος σας εμποδίζει να κάνετε  
αυτό που πρέπει να κάνετε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**



**F2.2 (F2.1.3) Πόσο εύκολα κουράζεστε;**  
**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά**  
**πολύ 5**

**F2.4 (F2.2.4) Πόσο σας ενοχλεί η κόπωση;**  
**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά**  
**πολύ 5**

**F3.2 (F4.1.3) Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε;**  
**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά**  
**πολύ 5**

**F3.4 (F4.2.3) Πόσο σας ανησυχούν**  
**προβλήματα με τον ύπνο;**  
**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά**  
**πολύ 5**

**F4.1 (F6.1.2) Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F4.3 (F6.1.4) Πόσο θετικά νιώθετε για το  
μέλλον;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F4.4 (F6.1.6) Κατά πόσο αισθάνεστε θετικά  
συναισθήματα στη ζωή σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F5.3 (F7.1.6) Πόσο καλά μπορείτε να  
συγκεντρωθείτε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F6.1 (F8.1.1) Πόσο εκτιμάτε τον εαυτό σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F6.2 (F8.1.3) Πόση αυτοπεποίθηση  
αισθάνεστε για τον εαυτό σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F7.2 (F9.1.3) Νιώθετε αναστατωμένος από  
την εμφάνισή σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F7.3 (F9.1.4) Υπάρχει κάποιο κομμάτι στην  
εμφάνιση σας που σας κάνει να νιώθετε  
άβολα;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F8.2 (F10.1.3) Ποσό ανήσυχος αισθάνεστε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F8.3 (F10.2.2) Κατά ποσό τα συναισθήματα  
στενοχώριας ή κατάθλιψης επηρεάζουν την  
καθημερινότητα σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F8.4 (F10.2.3) Πόσο σας ενοχλεί το αίσθημα  
της κατάθλιψης;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F10.2 (F12.1.3) Σε τι βαθμό δυσκολεύεστε  
να κάνετε την καθημερινή ρουτίνα;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F10.4 (F12.2.4) Πόσο ενοχλείστε από  
οποιοδήποτε περιορισμό στην εκτέλεση  
καθημερινών δραστηριοτήτων;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F11.2 (F13.1.3) Πόσο χρειάζεστε μια  
φαρμακευτική αγωγή στη καθημερινή σας  
ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F11.3 (F13.1.4) Πόσο χρειάζεστε ιατρική  
περίθαλψη στη καθημερινή σας ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F11.4 (F13.2.2) Σε τι βαθμό η ποιότητα  
ζωής σας εξαρτάται από τη χρήση  
φαρμακευτικών ουσιών ή ιατρικών  
βοηθημάτων;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F13.1 (F17.1.3) Πόσο μόνος νιώθετε στη  
ζωή σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F15.2 (F3.1.2) Πόσο καλά καλύπτονται οι  
σεξουαλικές σας ανάγκες;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F15.4 (F3.2.3) Σας ενοχλούν οι δυσκολίες  
στη σεξουαλική σας ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F16.1 (F20.1.2) Πόσο ασφαλής νιώθετε στην  
καθημερινή σας ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F16.2 (F20.1.3) Αισθάνεστε ότι ζείτε σε ένα  
ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F16.3 (F20.2.2) Πόσο ανησυχείτε για την  
ασφάλεια και την προστασία σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F17.1 (F21.1.1) Πόσο άνετο είναι το μέρος  
που ζείτε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F17.4 (F21.2.4) Πόσο σας αρέσει το μέρος  
που ζείτε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F18.2 (F23.1.5) Έχετε οικονομικές  
δυσκολίες;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F18.4 (F23.2.4) Πόσο ανησυχείτε για τα  
χρήματα;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F19.1 (F24.1.1) Πόσο εύκολο είναι να έχετε  
καλή ιατρική φροντίδα;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F21.3 (F26.2.2) Πόσο απολαμβάνετε τον  
ελεύθερο σας χρόνο;**



**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F22.1 (F27.1.2) Πόσο υγιές είναι το  
ψυχολογικό σας περιβάλλον;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F22.2 (F27.2.4) Πόσο σας απασχολεί ο  
θόρυβος της περιοχής στην οποία ζείτε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F23.2 (F28.1.4) Σε τι βαθμό έχετε  
προβλήματα με τη μεταφορά σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F23.4 (F28.2.3) Πόσο σας περιορίζουν στη  
ζωή σας οι δυσκολίες στη μετακίνηση;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο  
κατά ποσό έχετε βιώσει ή έχετε κάνει  
ορισμένα πράγματα τις δύο τελευταίες  
εβδομάδες, παραδείγματος χάριν  
δραστηριότητες καθημερινής ζωής όπως το  
πλύσιμο , το ντύσιμο ή το φαγητό. Εάν έχετε  
καταφέρει να κάνετε αυτά τα πράγματα  
εντελώς, κυκλώστε το νούμερο διπλά στο  
“Έντελώς”. Εάν δεν τα καταφέρατε  
κυκλώστε το νούμερο διπλά στο “Καθόλου”.  
Πρέπει να κυκλώσετε ένα από τα νούμερα  
ενδιάμεσα εάν η απάντηση σας είναι  
ενδιάμεσα στο “Καθόλου” και το “Έντελώς”.  
Η ερωτήσεις αναφέρονται στις δύο  
τελευταίες εβδομάδες.**

**F2.1 (F2.1.1) Έχετε αρκετή ενέργεια για την  
καθημερινή ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F7.1 (F9.1.2) Μπορείτε να αποδεχτείτε τη  
σωματική σας εμφάνιση;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F10.1 (F12.1.1) Σε τι βαθμό μπορείτε να  
κάνετε τις καθημερινές σας εργασίες;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F11.1 (F13.1.1) Πόσο εξαρτάστε από τη  
φαρμακευτική σας αγωγή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F14.1 (F18.1.2) Λαμβάνετε τη βοήθεια που  
χρειάζεστε από τούς άλλους;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F14.2 (F18.1.5) Σε τι βαθμό μπορείτε να  
βασιστείτε στους φίλους σας όταν τους  
χρειάζεστε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F17.2 (F21.1.2) Σε τι βαθμό η ποιότητα του  
σπιτιού σας καλύπτει τις ανάγκες σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F18.1 (F23.1.1) Έχετε αρκετά χρήματα για  
να καλύψετε τις ανάγκες σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F20.1 (F25.1.1) Πόσο διαθέσιμες είναι οι πληροφορίες που χρειάζεστε στη καθημερινή σας ζωή;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F20.2 (F25.1.2) Σε τι βαθμό έχετε ευκαιρίες να λάβετε τις πληροφορίες που πιστεύετε ότι χρειάζεστε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F21.1 (F26.1.2) Σε τι βαθμό έχετε ευκαιρίες για δραστηριότητες αναψυχής;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F21.2 (F26.1.3) Πόσο μπορείτε να χαλαρώσετε και να απολαύσετε τον εαυτό σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F23.1 (F28.1.2) Σε ποιο βαθμό διαθέτετε  
επαρκή μέσα μεταφοράς;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**Οι παρακάτω ερωτήσεις ζητούν να  
απαντήσετε πόσο ικανοποιητικές,  
χαρούμενες ή καλές έχετε αισθανθεί  
διάφορες πτυχές της ζωής σας τις δύο  
τελευταίες εβδομάδες. Παραδείγματος  
χάριν, σχετικά με την οικογενειακή ζωή ή  
την ενέργεια που έχετε. Αποφασίστε ποσό  
ικανοποιημένος ή δυσαρεστημένος είστε σε  
κάθε πτυχή της ζωής σας και κυκλώστε το  
νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στο πως  
νιώθετε σχετικά με αυτό. Οι ερωτήσεις  
αναφέρονται στις δύο τελευταίες  
εβδομάδες.**

**G2 (G2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε από  
την ποιότητα της ζωής σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**G3 (G2.2) Γενικά, ποσό ευχαριστημένος  
είστε με την ζωή σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**G4 (G2.3) Πόσο ευχαριστημένος είστε με  
την υγεία σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F2.3 (F2.2.1) Πόσο ευχαριστημένος είστε με  
την ενέργεια που έχετε;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F3.3 (F4.2.2) Πόσο ευχαριστημένος είστε με  
τον ύπνο;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F5.2 (F7.2.1) Πόσο ευχαριστημένος είστε με  
την δυνατότητα να μαθαίνετε νέες  
πληροφορίες;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**



**F5.4 (F7.2.3) Πόσο ευχαριστημένος είστε με την δυνατότητα να παίρνετε αποφάσεις;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F6.3 (F8.2.1) Πόσο ευχαριστημένος είστε με τον εαυτό σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F6.4 (F8.2.2) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις δυνατότητες σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F7.4 (F9.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε με την εμφάνιση του σώματος σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F10.3 (F12.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας να εκτελείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F13.3 (F17.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις προσωπικές σας σχέσεις;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος**

**3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F15.3 (F3.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τη σεξουαλική σας ζωή;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F14.3 (F18.2.2) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με την υποστήριξη που δέχεστε από την  
οικογένεια σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F14.4 (F18.2.5) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με την υποστήριξη που δέχεστε από τους  
φίλους σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F13.4 (F19.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τη δυνατότητα να προσφέρετε  
υποστήριξη σε άλλους;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος  
2 Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε  
δυσαρεστημένος 3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ  
Ικανοποιημένος 5**

**F16.4 (F20.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τη σωματική σας ασφάλεια και  
προστασία;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F17.3 (F21.2.2) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τις συνθήκες του τόπου διαμονής σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F18.3 (F23.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με την οικονομική σας κατάσταση;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ευχαριστημένος ,ούτε  
δυσαρεστημένος 3 Ευχαριστημένος 4 Πολύ  
Ευχαριστημένος 5**

**F19.3 (F24.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με την πρόσβασή σας στις υπηρεσίες  
υγείας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F19.4 (F24.2.5) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F20.3 (F25.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τις ευκαιρίες σας για απόκτηση νέων  
δεξιοτήτων;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F20.4 (F25.2.2) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τις ευκαιρίες σας να μάθετε νέες  
πληροφορίες;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος**

**3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F21.4 (F26.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τον τρόπο που περνάτε τον ελεύθερο  
χρόνο σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F22.3 (F27.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με το φυσικό σας περιβάλλον (π.χ. ρύπανση,  
κλίμα, θόρυβος, ελκυστικότητα);**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσανεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F22.4 (F27.2.3) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με το κλίμα του τόπου όπου ζείτε;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F23.3 (F28.2.2) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με τη μεταφορά σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος  
3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F13.2 (F17.2.1) Αισθάνεστε ευχαριστημένος  
με τη σχέση σας με τα μέλη της οικογένειάς  
σας;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε χαρούμενος ούτε δυστυχισμένος 3  
Χαρούμενος 4 Πολύ χαρούμενος 5**

**G1 (G1.1) Πώς θα αξιολογούσατε την  
ποιότητα ζωής σας;**



**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**F15.1 (F3.1.1) Πώς θα αξιολογούσατε τη  
σεξουαλική σας ζωή;**

**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**F3.1 (F4.1.1) Πόσο καλά κοιμάστε;**

**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**F5.1 (F7.1.3) Πώς θα αξιολογούσατε τη  
μνήμη σας;**

**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**F19.2 (F24.1.5) Πώς θα αξιολογούσατε την  
ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών που  
έχετε στη διάθεσή σας;**

**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο  
πόσο συχνά έχετε αισθανθεί ή βιώσει  
ορισμένα πράγματα, παραδείγματος χάριν  
την βοήθεια της οικογένειας ή τον φίλων ή  
αρνητικές εμπειρίες όπως η αίσθηση  
ανασφάλειας. Εάν δεν έχετε βιώσει αυτά τις  
τελευταίες δύο εβδομάδες, κυκλώστε το  
νούμερο διπλά από το "Ποτέ". Εάν τα έχετε  
βιώσει, αποφασίστε ποσό συχνά και  
κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό.**

**Παραδείγματος χάριν εάν έχετε βιώσει πόνο  
συνεχόμενα τις τελευταίες δύο εβδομάδες  
κυκλώστε το νούμερο διπλά στο "Πάντα".**

**Οι ερωτήσεις αναφέρονται στις δύο  
τελευταίες εβδομάδες.**

**F1.1 (F1.1.1) Πόσο συχνά υποφέρετε από  
(σωματικό) πόνο;**

**Ποτέ 1 Σπάνια 2 Αρκετά συχνά 3 Πολύ  
συχνά 4 Πάντα 5**

**F4.2 (F6.1.3) Πιστεύετε γενικά ότι είστε  
ικανοποιημένος;**

**Ποτέ 1 Σπάνια 2 Αρκετά συχνά 3 Πολύ  
συχνά 4 Πάντα 5**

**F8.1 (F10.1.2) Πόσο συχνά έχετε αρνητικά  
συναίσθημα, όπως στενάχωρη διάθεση,  
απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;**

**Ποτέ 1 Σπάνια 2 Αρκετά συχνά 3 Πολύ  
συχνά 4 Πάντα 5**

**Οι παρακάτω ερώτησης αναφέρονται στην  
όποια "εργασία" κάνετε. Εργασία σημαίνει  
οποιαδήποτε μεγάλη δραστηριότητα  
κάνετε. Αυτό περιλαμβάνει εθελοντική  
εργασία, σπουδές, φροντίδα του σπιτιού,  
φροντίδα των παιδιών, δουλειές επί  
πληρωμή ή δουλειές χωρίς πληρωμή. Οπότε**

**δουλειά εδώ σημαίνει δραστηριότητες που καταλαμβάνουν μεγάλο κομμάτι του χρόνου και της ενέργειας σας. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.**

**F12.1 (F16.1.1) Είστε σε θέση να εργαστείτε;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F12.2 (F16.1.2) Πιστεύετε ότι είστε σε θέση να εκτελέσετε τα καθήκοντά σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Κυρίως 4  
Εντελώς 5**

**F12.4 (F16.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας για εργασία;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος 2  
Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε δυσαρεστημένος**

**3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ Ικανοποιημένος  
5**

**F12.3 (F16.1.3) Πώς θα αξιολογούσατε την  
ικανότητά σας να εργάζεστε;**

**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**Οι επόμενες ερωτήσεις βολιδοσκοπούν στο  
κατά πόσο καλά μπορείτε να μετακινήστε  
γύρω, τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Αυτό  
αναφέρεται στη φυσική σας ικανότητα να  
μετακινείτε το σώμα σας με τέτοιο τρόπο  
ώστε να μπορείτε να μετακινηθείτε και να  
κάνετε το πράγματα που θα θέλατε να  
κάνετε, καθώς και τα πράγματα που πρέπει  
να κάνετε.**

**F9.1 (F11.1.1) Πόσο καλά μπορείτε να  
μετακινήστε τριγύρω;**

**Πολύ φτωχά 1 Φτωχά 2 Ούτε φτωχά ούτε  
καλά 3 Καλά 4 Πολύ καλά 5**

**F9.3 (F11.2.2) Πόσο σας ενοχλούν  
οποιοσδήποτε δυσκολίες στην  
κινητικότητα;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F9.4 (F11.2.3) Σε ποιο βαθμό οι δυσκολίες  
κίνησης επηρεάζουν τον τρόπο ζωής σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F9.2 (F11.2.1) Πόσο ικανοποιημένος είστε  
με την ικανότητά σας να μετακινείστε;**

**Πολύ δυσαρεστημένος 1 Δυσαρεστημένος  
2 Ούτε ικανοποιημένος ,ούτε  
δυσαρεστημένος 3 Ικανοποιημένος 4 Πολύ  
Ικανοποιημένος 5**

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις προσωπικές σας πεποιθήσεις, και πώς αυτές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σας. Αυτές οι ερωτήσεις αναφέρονται στη θρησκεία, την πνευματικότητα και οποιεσδήποτε άλλες πεποιθήσεις που μπορείτε να κρατήσετε. Άλλη μια φορά, τα ερωτήματα αυτά αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.**

**F24.1 (F29.1.1) Οι προσωπικές σας πεποιθήσεις δίνουν νόημα στη ζωή σας;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά πολύ 5**

**F24.2 (F29.1.3) Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά πολύ 5**

**F24.3 (F29.2.2) Σε ποιο βαθμό οι  
προσωπικές σας πεποιθήσεις σας δίνουν τη  
δύναμη να αντιμετωπίσετε δυσκολίες;**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

**F24.4 (F29.2.3) Σε ποιο βαθμό οι  
προσωπικές σας πεποιθήσεις σας βοηθούν  
να κατανοήσετε τις δυσκολίες για τη ζωή?**

**Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ 4 Παρά  
πολύ 5**

### **ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ**

**Ποιο είναι το φίλο σας;**

**Άνδρας**

**Γυναίκα**

**Ημερομηνία γέννησης**

...../...../.....

**Μέρα**

**Μηνάς**

**Έτος**



**Ποια είναι η ανώτερη εκπαίδευση που έχετε  
πάρει;**

**Δημοτικό σχολείο**

**Γυμνάσιο**

**Λύκειο, Ι.Ε.Κ**

**Ανώτατη σχολή (Α.Ε.Ι,Α.Τ.Ε.Ι)**

**Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**

**Ανύπαντρος**

**Παντρεμένος**

**Ζώντας ως παντρεμένος**

**Σε διάσταση**

**Διαζευγμένος**

**Χήρος**

**Πως είναι η υγεία σου;**

**Πολύ φτωχή 1 Φτωχή 2 Ούτε φτωχή ούτε  
καλή 3 Καλή 4 Πολύ καλή 5**

**Ποια προβλήματα υγείας έχετε αυτή τη στιγμή;( Σημειώστε αυτά που έχετε)**

**Καρδιακά προβλήματα**

**Υψηλή πίεση**

**Αρθρίτιδα ή Ρευματισμοί**

**Καρκίνος**

**Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα**

**Διαβήτης**

**Καταρράκτης**

**Εγκεφαλικό**

**Σπασμένο ή ραγισμένο οστό**

**Χρόνια νευρικά ή συναισθηματικά  
προβλήματα**

**Χρόνιο πρόβλημα του ποδιού**

**Πρωκτική ανάπτυξη ή αιμορραγία από το  
ορθό**

**Τη νόσο του Parkinson**

**Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε)**

**Είστε σήμερα άρρωστος;**

**Εάν ναι, ποια είναι η διάγνωσή σας;**

.....  
.....

**Έχετε κάποια σχόλια σχετικά με το  
ερωτηματολόγιο;**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_