



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ,
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΑΛΒΑΝΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΙΣ ΚΥΚΛΑΔΕΣ**

ΣΤΕΛΛΑ ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ

Αθήνα, Ιανουάριος 2020

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Στέλιος Στυλιανίδης (Επιβλέπων)

Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ψυχολογίας Παντείου
Πανεπιστημίου

Άννα Χριστοπούλου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Γεώργιος Αλεξιάς

Καθηγητής Κοινωνιολογίας της Υγείας και του Σώματος, Τμήμα
Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου

Στους μετανάστες...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα κατ' αρχήν να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή κ. Στυλιανίδη, για το ενδιαφέρον που καλλιέργησε στον τομέα της κοινοτικής ψυχιατρικής και της έρευνας, σε τομείς άμεσα συνυφασμένους με την κλινική πρακτική, τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, όσο και κατά τη μετέπειτα επαγγελματική μου πορεία, καθώς και για την εποπτεία, καθοδήγηση και αμέριστη υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης. Η επιλογή του θέματος προέκυψε από την προβληματική της εργασίας με μετανάστες στις Κυκλάδες, στο πλαίσιο της υπηρεσίας ψυχικής υγείας στην οποία είμαι Επιστημονική Υπεύθυνη τα τελευταία 15 έτη. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την Αν. Καθηγήτρια κα Χριστοπούλου και τον Καθηγητή κ. Αλεξιά, για την εποπτεία κι υποστήριξη στη διάρκεια της έρευνας.

Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τον κ. Παυλόπουλο, την κα Ντάλλα, τον κ. Γκιωνάκη και τον κ. Αντωνίου για τη σημαντική βοήθεια τους, όσον αφορά τη βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία Αλβανών μεταναστών στην Ελλάδα. Τέλος, ευχαριστώ την κα Κίρκα, τον κ. Κίρκα και την κα Λέκκα, για την πολύτιμη βοήθεια τους στη μετάφραση των ερωτηματολογίων στα Αλβανικά, καθώς και όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 12 |
| ABSTRACT | 14 |
| ΣΥΝΟΨΗ | 16 |
| ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ | 22 |
| 1.1. Μετανάστευση κι ελληνικά δεδομένα | 22 |
| 1.1.2. Χρήση του όρου αλλοδαπός και μετανάστης στην Ελλάδα..... | 22 |
| 1.1.3. Γενικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες..... | 24 |
| 1.1.4. Ενσωμάτωση των μεταναστών και νομικό πλαίσιο | 33 |
| 1.2. Ιστορικά και κοινωνικο-ανθρωπολογικά χαρακτηριστικά της Αλβανικής μετανάστευσης | 37 |
| 1.3. Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μεταναστών | 47 |
| 1.3.1. Η συμβολή της Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής..... | 47 |
| 1.3.2. Μετανάστευση και διαμόρφωση ψυχο-πολιτισμικής ταυτότητας | 49 |
| 1.3.3. Μετανάστευση και ψυχική υγεία | 52 |
| 1.3.4. Φάσεις της μετανάστευσης και ειδικοί παράγοντες κινδύνου | 56 |
| 1.3.5. Αλβανοί μετανάστες και ψυχική υγεία: μελέτες στα ελληνικά δεδομένα.. | 62 |
| 1.4. Μετανάστες και χρήση υπηρεσιών υγείας | 70 |
| 1.4.1. Πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας | 70 |
| 1.4.2. Χρήση υπηρεσιών από μετανάστες στην Ελλάδα | 73 |
| 1.5. Μετανάστες και ποιότητα ζωής | 78 |
| 1.5.1. Η έννοια της ποιότητας ζωής | 78 |
| 1.5.2. Ποιότητα ζωής και ψυχικές διαταραχές | 81 |
| 1.5.3. Μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής μεταναστών..... | 84 |
| 1.5.4. Αλβανοί μετανάστες στην Ελλάδα και ποιότητα ζωής | 88 |
| 1.6. Λειτουργία οικογένειας, μετανάστευση και ψυχική υγεία | 91 |
| 1.6.1. Η οικογένεια ως σύστημα και η λειτουργία της..... | 91 |
| 1.6.2. Λειτουργία οικογένειας και ψυχικές διαταραχές..... | 100 |
| 1.6.3. Λειτουργία οικογένειας και σωματικές ασθένειες | 108 |
| 1.6.4. Λειτουργία οικογένειας και ποιότητα ζωής..... | 110 |
| 1.6.5. Ψυχική υγεία μεταναστών και λειτουργία οικογένειας..... | 111 |

| | |
|--|------------|
| 1.6.6. Αλβανική κουλτούρα, μετανάστευση και λειτουργία οικογένειας | 114 |
| 1.7. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μετανάστες..... | 123 |
| 1.7.1. Εξειδικευμένες υπηρεσίες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μεταναστών..... | 123 |
| 1.7.2. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας στις Κυκλάδες και Μετανάστες..... | 126 |
| 1.8. Πλαίσιο έρευνας κι ερευνητικά ερωτήματα | 133 |
| 1.8.1. Σύνοψη και περιορισμοί ερευνητικών δεδομένων | 133 |
| 1.8.2. Σκεπτικό, στόχοι κι ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης..... | 138 |
| ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 142 |
| 2.1 Δείγμα | 142 |
| 2.1.1. Διαδικασία επιλογής συμμετεχόντων..... | 142 |
| 2.1.2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος | 143 |
| 2.2. Ερευνητικά Εργαλεία..... | 147 |
| 2.2.1. Περιγραφή ερωτηματολογίων | 147 |
| 2.2.2. Διαδικασία μετάφρασης των ερωτηματολογίων | 158 |
| 2.2.3. Συντελεστές αξιοπιστίας για τα ερωτηματολόγια στην αλβανική γλώσσα | 159 |
| 2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων | 161 |
| 2.4. Στατιστική ανάλυση..... | 163 |
| ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 164 |
| 3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος | 164 |
| 3.2. Στοιχεία που αφορούν την επαφή των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας | 164 |
| 3.3. Ψυχιατρική διάγνωση βάσει ICD-10 και Σφαιρική Εκτίμηση της Λειτουργικότητας (GAF)..... | 168 |
| 3.4. Γεγονότα ζωής | 170 |
| 3.5. Συσχετίσεις φύλου με μεταβλητές που αφορούν την επαφή με τις υπηρεσίες, το θεραπευτικό πλάνο, τη διάγνωση και τη γενική λειτουργικότητα..... | 172 |
| 3.6. Συσχετίσεις κατάστασης θεραπείας με τη διάγνωση, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη γενική λειτουργικότητα και το θεραπευτικό πλάνο | 174 |
| 3.7. Σύγκριση βαθμολογιών στις κλίμακες της μελέτης μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών | 177 |
| 3.8. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν λειτουργία οικογένειας, ποιότητα ζωής, αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία | 180 |

| | |
|--|------------|
| 3.8.1. Λειτουργία οικογένειας και καταθλιπτική συμπτωματολογία | 180 |
| 3.8.2. Λειτουργία οικογένειας κι αγχώδης συμπτωματολογία | 181 |
| 3.8.3. Λειτουργία οικογένειας και κατάσταση γενικής υγείας..... | 182 |
| 3.8.4. Λειτουργία οικογένειας και ποιότητα ζωής..... | 183 |
| 3.8.5. Ποιότητα ζωής και καταθλιπτική συμπτωματολογία..... | 185 |
| 3.8.6. Ποιότητα ζωής κι αγχώδης συμπτωματολογία..... | 186 |
| 3.8.7. Ποιότητα ζωής και κατάσταση γενικής υγείας | 187 |
| 3.8.9. Κατάσταση γενικής υγείας και καταθλιπτική συμπτωματολογία | 188 |
| 3.8.10. Κατάσταση γενικής υγείας κι αγχώδης συμπτωματολογία | 189 |
| 3.9. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις | 190 |
| 3.9.1. Παράγοντες που σχετίζονται με την οικογενειακή λειτουργία | 190 |
| 3.9.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την αγχώδη συμπτωματολογία | 201 |
| 3.9.3. Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία | 206 |
| 3.9.4. Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση γενικής υγείας (GHQ-28) | 210 |
| 3.9.5. Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής | 220 |
| ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ | 230 |
| 4.1. Ψυχοκοινωνικό προφίλ συμμετεχόντων στην έρευνα | 230 |
| 4.1.1. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και γεγονότα ζωής..... | 230 |
| 4.1.2. Ψυχιατρική συμπτωματολογία, λειτουργικότητα και κατάσταση γενικής υγείας..... | 233 |
| 4.2. Επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεραπευτικό πλάνο και πορεία θεραπείας..... | 236 |
| 4.3. Η σχέση της λειτουργίας οικογένειας με τις υπό μελέτη μεταβλητές...245 | |
| 4.3.1. Διαφορές στη λειτουργία οικογένειας μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων . | 245 |
| 4.3.2. Η σχέση της λειτουργίας οικογένειας με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές | 247 |
| 4.3.3. Λειτουργία οικογένειας και ποιότητα ζωής..... | 253 |
| 4.3.4. Λοιποί παράγοντες που συνδέονται με τη λειτουργία οικογένειας σε Αλβανούς κι Έλληνες | 255 |
| 4.4. Η σχέση της ποιότητας ζωής με τις υπό μελέτη μεταβλητές.....262 | |
| 4.4.1. Υποκειμενική εκτίμηση ποιότητας ζωής και εθνικότητα..... | 262 |
| 4.4.2. Η σχέση της ποιότητας ζωής με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές | 264 |
| 4.5. Κλινικές προεκτάσεις και εφαρμογές της παρούσας έρευνας | 267 |

| | |
|--|------------|
| 4.5.1. Αναπτύσσοντας μια "πολιτισμικά ευαίσθητη" υπηρεσία..... | 267 |
| 4.5.2. Εφαρμογή στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας | 286 |
| 4.6. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης..... | 293 |
| 4.7. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα | 296 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 298 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 345 |

ΠΙΝΑΚΕΣ

| | |
|---|------|
| Πίνακας 1. Στοιχεία για τον αριθμό μεταναστών για τα έτη 2001 και 2006..... | 26 |
| Πίνακας 2. Αριθμός προσφύγων που εισήλθαν στην Ελλάδα κατά τα έτη 2014-2017 | 33 |
| Πίνακας 3. Αριθμός Αλβανών που διέμεναν στο εξωτερικό κατά τα έτη 1999 και 2005..... | 40 |
| Πίνακας 4. Χώρες τελευταίας μετανάστευσης και μέσος χρόνος παραμονής εκεί πριν την επιστροφή στην Αλβανία | 41 |
| Πίνακας 5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη μετανάστευση κι επηρεάζουν την ψυχική υγεία | 57 |
| Πίνακας 6. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων..... | 1444 |
| Πίνακας 7. Εργασιακή κατάσταση | 146 |
| Πίνακας 8. Cut-off scores κλίμακας FAD | 149 |
| Πίνακας 9. Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's a για τις κλίμακες της μελέτης | 159 |
| Πίνακας 10. Παραπομπή και πηγή πληροφόρησης | 165 |
| Πίνακας 11. Προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και θεραπευτικό πλάνο..... | 166 |
| Πίνακας 12. Θεραπευτική κατάσταση και συνολικός αριθμός συνεδριών στην Κινητή Μονάδα..... | 167 |
| Πίνακας 13. Ψυχιατρική Διάγνωση | 168 |
| Πίνακας 14. Μεταβολή βαθμολογίας στην κλίμακα GAF | 170 |
| Πίνακας 15. Ύπαρξη γεγονότων ζωής τα τελευταία δύο έτη..... | 170 |
| Πίνακας 16. Κατηγορίες γεγονότων ζωής την τελευταία διετία | 171 |
| Πίνακας 17. Συσχετίσεις φύλου με μεταβλητές που αφορούν την επαφή με τις υπηρεσίες, το θεραπευτικό πλάνο, την πορεία της θεραπείας και τη διάγνωση..... | 172 |
| Πίνακας 18. Συσχέτιση κατάστασης θεραπείας με διάγνωση, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, θεραπευτικό πλάνο και λειτουργικότητα βάσει GAF | 176 |
| Πίνακας 19. Βαθμολογίες στις κλίμακες της μελέτης | 177 |
| Πίνακας 20. Ποσοστά υγιούς και μη υγιούς λειτουργικότητας ανά διάσταση στην κλίμακα FAD | 179 |
| Πίνακας 21. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ οικογενειακής λειτουργίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας..... | 180 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 22. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ αγχώδους συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας οικογένειας..... | 181 |
| Πίνακας 23. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ λειτουργικότητας οικογένειας και κατάστασης γενικής υγείας..... | 183 |
| Πίνακας 24. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας | 184 |
| Πίνακας 25. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και κατάθλιψης | 185 |
| Πίνακας 26. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και άγχους..... | 186 |
| Πίνακας 27. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ κατάστασης γενικής υγείας και ποιότητας ζωής | 187 |
| Πίνακας 28. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ κατάστασης γενικής υγείας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας..... | 188 |
| Πίνακας 29. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ κατάστασης γενικής υγείας κι άγχους | 189 |
| Πίνακας 30. Παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας για τους Έλληνες..... | 190 |
| Πίνακας 31. Παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας για τους Αλβανούς | 191 |
| Πίνακας 32. Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επίλυση Προβλημάτων» για τους Έλληνες..... | 192 |
| Πίνακας 33. Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επίλυση Προβλημάτων» για τους Αλβανούς | 193 |
| Πίνακας 34. Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επικοινωνία» για τους Έλληνες | 194 |
| Πίνακας 35. Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επικοινωνία» για τους Αλβανούς | 195 |
| Πίνακας 36. Παράγοντες που σχετίζονται με τους «Ρόλους» για τους Έλληνες | 195 |
| Πίνακας 37. Παράγοντες που σχετίζονται με τους «Ρόλους» για τους Αλβανούς.... | 196 |
| Πίνακας 38. Παράγοντες που σχετίζονται με τη «Συναισθηματική απαντητικότητα» για τους Έλληνες..... | 197 |
| Πίνακας 39. Παράγοντες που σχετίζονται με τη «Συναισθηματική απαντητικότητα» για τους Αλβανούς | 198 |
| Πίνακας 40. Παράγοντες που σχετίζονται με τη «Συναισθηματική εμπλοκή» για τους Έλληνες..... | 198 |
| Πίνακας 41. Παράγοντες που σχετίζονται με τον «Έλεγχο Συμπεριφοράς» για τους Έλληνες..... | 199 |
| Πίνακας 42. Παράγοντες που σχετίζονται με τον «Έλεγχο Συμπεριφοράς» για τους Αλβανούς | 200 |
| Πίνακας 43. Παράγοντες που σχετίζονται με το παροδικό άγχος για τους Έλληνες | 201 |
| Πίνακας 44. Παράγοντες που σχετίζονται με το παροδικό άγχος για τους Αλβανούς | 202 |
| Πίνακας 45. Παράγοντες που σχετίζονται με το μόνιμο άγχος στους Έλληνες..... | 203 |
| Πίνακας 46. Παράγοντες που σχετίζονται με το μόνιμο άγχος στους Αλβανούς | 205 |
| Πίνακας 47. Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους Έλληνες | 206 |

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 48. Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους Αλβανούς..... | 208 |
| Πίνακας 49. Παράγοντες που σχετίζονται με την Κατάσταση Γενικής Υγείας στους Έλληνες..... | 210 |
| Πίνακας 50. Παράγοντες που σχετίζονται με την Κατάσταση Γενικής Υγείας στους Αλβανούς..... | 211 |
| Πίνακας 51. Παράγοντες που σχετίζονται με τα "Σωματικά Συμπτώματα" στους Έλληνες..... | 212 |
| Πίνακας 52. Παράγοντες που σχετίζονται με τα "Σωματικά Συμπτώματα" στους Αλβανούς..... | 213 |
| Πίνακας 53. Παράγοντες που σχετίζονται με το "Άγχος/Αϋπνία" στους Έλληνες... | 214 |
| Πίνακας 54. Παράγοντες που σχετίζονται με το "Άγχος/Αϋπνία" στους Αλβανούς. | 214 |
| Πίνακας 55. Παράγοντες που σχετίζονται με την "Κοινωνική δυσλειτουργία" στους Έλληνες..... | 215 |
| Πίνακας 56. Παράγοντες που σχετίζονται με την "Κοινωνική δυσλειτουργία" στους Αλβανούς..... | 216 |
| Πίνακας 57. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Μείζων κατάθλιψη" στους Έλληνες..... | 218 |
| Πίνακας 58. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Μείζων κατάθλιψη" στους Αλβανούς..... | 219 |
| Πίνακας 59. Παράγοντες που σχετίζονται με τη Συνολική Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής και της Υγείας στους Έλληνες..... | 221 |
| Πίνακας 60. Παράγοντες που σχετίζονται με τη Συνολική Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής και της Υγείας στους Αλβανούς..... | 222 |
| Πίνακας 61. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Σωματική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες..... | 223 |
| Πίνακας 62. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Σωματική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς..... | 224 |
| Πίνακας 63. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Ψυχολογική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες..... | 225 |
| Πίνακας 64. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Ψυχολογική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς..... | 225 |
| Πίνακας 65. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Κοινωνικές σχέσεις" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες..... | 226 |
| Πίνακας 66. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Κοινωνικές σχέσεις" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς..... | 227 |
| Πίνακας 67. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Περιβάλλον" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες..... | 228 |
| Πίνακας 68. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Περιβάλλον" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς..... | 229 |
| Πίνακας 69. Στοιχεία πολιτισμικά ικανού θεραπευτή..... | 271 |
| Πίνακας 70. Δείκτες επιτυχούς εξέλιξης της ψυχοθεραπευτική διαδικασίας σε διαπολιτισμικά πλαίσια..... | 277 |

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 71. Δείκτες ανεπιτυχούς εξέλιξης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας σε διαπολιτισμικά πλαίσια..... | 278 |
|--|-----|

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

| | |
|--|-----|
| Γράφημα 1. Εθνικότητες μεταναστών στην Ελλάδα..... | 27 |
| Γράφημα 2. Χώρες προέλευσης εγκατασταθέντων στην Ελλάδα κατά την τελευταία 5ετία πριν την Απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής το 2011 | 31 |
| Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων | 145 |
| Γράφημα 4. Βαθμολογίες στη διάσταση Περιβάλλον της Κλίμακας WHOQOL-BREF για Έλληνες κι Αλβανούς | 178 |
| Γράφημα 5. Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και λειτουργικότητα στη διάσταση «Επικοινωνία» για τους Έλληνες..... | 194 |
| Γράφημα 6. Φύλο και συμπτώματα κατάθλιψης στους Έλληνες..... | 208 |
| Γράφημα 7. «Έλεγχος συμπεριφοράς» και καταθλιπτική συμπτωματολογία στους Αλβανούς..... | 209 |
| Γράφημα 8. Κατάθλιψη και «Κοινωνική δυσλειτουργία» στους Έλληνες | 216 |
| Γράφημα 9. Κατάθλιψη και «Κοινωνική δυσλειτουργία» στους Αλβανούς..... | 217 |
| Γράφημα 10. Μόνιμο άγχος και διάσταση «Περιβάλλον» Ποιότητας Ζωής στους Αλβανούς..... | 229 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας διατριβής ήταν η μελέτη της σχέσης μεταξύ ψυχοπαθολογίας, και συγκεκριμένα κατάθλιψης κι αγχώδων διαταραχών, με τη λειτουργία οικογένειας και την ποιότητα ζωής σε Αλβανούς μετανάστες στις Κυκλάδες, σε σύγκριση με Έλληνες γηγενείς. Η έρευνα υλοποιήθηκε σε δείγμα 204 ατόμων (Αλβανοί μετανάστες κι Έλληνες γηγενείς), που απευθύνθηκαν στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ στην Πάρο κι Αντίπαρο, κατά τα έτη 2012-2016. Στο δείγμα περιλήφθηκαν άτομα που διεγνώσθησαν με διαταραχές διάθεσης (κυρίως κατάθλιψη), νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές ή απευθύνθηκαν στην υπηρεσία για συμβουλές λόγω ψυχοκοινωνικών δυσκολιών και δεν παρουσίαζαν ψυχοπαθολογία. Τα ερευνητικά εργαλεία περιλάμβαναν: α. την Κλίμακα Εκτίμησης της Οικογενειακής Λειτουργίας (FAD), β. την Κλίμακα Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής (WHOQOL- BREF), γ. το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28), δ. την Κλίμακα Κατάθλιψης (CED-S), ε. το Ερωτηματολόγιο Άγχους (STAI), στ. την Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF) και ζ. το Ερωτηματολόγιο καταγραφής δεδομένων ψυχοκοινωνικού προφίλ κι επαφής με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στους Αλβανούς μετανάστες βρέθηκαν συχνότερα ενδείξεις δυσκολίας στην οικογενειακή λειτουργία ως προς τις διαστάσεις που αφορούν τα σχήματα επικοινωνίας και τον τρόπο που αντιδρούν τα μέλη της οικογένειας στα συναισθηματικά ερεθίσματα, συγκριτικά με τους Έλληνες γηγενείς, ανεξαρτήτως διάγνωσης. Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία και στις δύο εθνικότητες. Το χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας στη διάσταση που αφορά τα σχήματα ελέγχου στην οικογένεια αναδείχθηκε στατιστικά ως ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης και του παροδικού άγχους για τους Αλβανούς. Η ποιότητα ζωής των Αλβανών μεταναστών αξιολογήθηκε από τους ίδιους στα ίδια μέτρια επίπεδα, όπως αξιολογήθηκε και από τους Έλληνες, με εξαίρεση τη διάσταση που αφορούσε την ικανοποίηση από παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον, που εκτιμήθηκε σε χειρότερα επίπεδα. Καθοριστικός παράγοντας της γενικής ποιότητας ζωής στους Αλβανούς βρέθηκε να είναι η ύπαρξη συναισθηματικής ή αγχώδους διαταραχής (ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές). Επιπρόσθετα, χειρότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας συνδέθηκαν με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στους Αλβανούς και

τους Έλληνες. Στην περίπτωση των Αλβανών μεταναστών, μεγαλύτερη δυσλειτουργία ειδικά σε διαστάσεις που αφορούν τα σχήματα ελέγχου και τους ρόλους στην οικογένεια συσχετίστηκε με μικρότερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής. Τέλος στην περίπτωση των Αλβανών υπήρξε μικρότερος βαθμός χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υψηλότερα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας και συχνότερη χρήση φαρμακευτικής αγωγής ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου, συγκριτικά με τους γηγενείς. Τα ευρήματα αυτά έχουν σημαντικές κλινικές προεκτάσεις, ως προς την κατανόηση των δυναμικών στην Αλβανική οικογένεια, τους πιθανούς τομείς εστίασης στο πλαίσιο των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, και το σχεδιασμό και την υλοποίηση βελτιωτικών δράσεων στο πλαίσιο λειτουργίας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με στόχο την ανάπτυξη πολιτισμικά ευαίσθητων μεθόδων προσέγγισης των μεταναστών και τη μείωση του ποσοστού πρόωρου τερματισμού της θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: μετανάστευση, λειτουργία οικογένειας, ποιότητα ζωής, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, χρήση υπηρεσιών, κοινοτική κλινική ψυχολογία, κοινωνική ψυχιατρική.

ABSTRACT

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOPATHOLOGY, FAMILY FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE AMONG ALBANIAN MIGRANTS IN CYCLADES ISLANDS

The aim of the present study was to examine the relationship between psychopathology, specifically depression and neurotic disorders, family functioning and quality of life in Albanian immigrants in Cyclades islands, in comparison with Greek natives. The study was conducted in a sample of 204 subjects (Albanian immigrants and Greek natives) who attended the Mobile Mental Health Unit of EPAPSY in Paros and Antiparos during the years 2012-2016. The sample consisted of service users diagnosed with mood disorders (mainly depression), neurotic, stress-related and somatoform disorders, as well as of people who sought help due to psychosocial difficulties and did not present with any identifiable psychopathology. The research tools included the following: i. The Family Assessment Device (FAD), ii. The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL- BREF), iii. The General Health Questionnaire (GHQ-28), vi. The Centre of Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S), v. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), vi. The Global Assessment of Functioning Scale (GAF) and vii. A questionnaire on psychosocial characteristics and use of mental health services. The data showed that more depressive symptoms were related with greater family dysfunction in both Greeks and Albanians. In addition, when compared to native families, Albanian families were more likely to display some dysfunctional patterns of communication and affective responsiveness, independently of diagnosis. Greater dysfunction in the dimension of family functioning referring to Behavior Control was found to be the most important prognostic factor of depression and state anxiety in the migrant population. As far as the quality of life is concerned, it was assessed to be in the same moderate levels, by both the Albanians and the Greeks, with the exception for the dimension referring to Environment, which was assessed in lower levels by migrants. The presence of mood or neurotic disorder was found to be a main determinant of quality of life in Albanians (independently of other variables). Furthermore, worse levels of overall family functioning were associated with lower levels of quality of

life in both Albanians and Greeks. In the case of migrants, greater dysfunction in the dimensions concerning Behavior Control and Roles in family was related to lower satisfaction by the quality of life. Finally, the Albanian population were less likely than the Greeks to use mental health services, have a higher percentage of dropouts and higher use psychotropic medication. Results have important clinical implications contributing to a better understanding of a migrant community with regards to the aspects of family function and mental health difficulties and therefore enables more targeted psychosocial interventions. Most importantly, it can inform the planning and provision of services to ensure culturally sensitive and tailored approaches, better accessibility and proactive engagement and preventative initiatives.

Key words: migration, family functioning, quality of life, depression, neurotic disorders, service use, community clinical psychology, social psychiatry.

ΣΥΝΟΨΗ

Η σχέση της μετανάστευσης με διάφορες διαστάσεις της ψυχικής υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ πλέον είναι κοινά αποδεκτό ότι έμφαση χρειάζεται να δίνεται στη διερεύνηση συγκεκριμένων παραγόντων που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων στους μετανάστες (Ζήση, 2006, Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2014, Kirmayer et al., 2011). Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα με σημαντική εισροή μεταναστών, μεγάλο ποσοστό των οποίων είναι Αλβανικής καταγωγής (Baldwin-Edwards, 2008), τα δεδομένα που αφορούν παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική τους υγεία παραμένουν ακόμα περιορισμένα, ενώ ο κύριος όγκος μελετών επικεντρώνονται στη σχέση της διαδικασίας επιπολιτισμού με την ψυχική υγεία (Dalla & Sokoli, 2012, Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2008 κλπ.).

Ένας σημαντικός παράγοντας που έχει ελάχιστα ερευνηθεί αναφορικά με τη σύνδεση του με την ψυχοπαθολογία στους μετανάστες, είναι αυτός της λειτουργίας οικογένειας. Με βάση το θεωρητικό Μοντέλο McMaster (συστημική προσέγγιση), η λειτουργία οικογένειας αναφέρεται στη δομή, την οργάνωση και τα σχήματα αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών του οικογενειακού συστήματος, σε βασικούς τομείς που περιλαμβάνουν την Επικοινωνία, τους Ρόλους, την Επίλυση Προβλημάτων, τη Συναισθηματική Απαντητικότητα, τη Συναισθηματική Εμπλοκή και τον Έλεγχο Συμπεριφοράς (Epstein, 1969, Epstein & Bishop, 1973). Σε ερευνητικό και κλινικό επίπεδο αξιολογείται ο βαθμός λειτουργικότητας της οικογένειας (πόσο αποτελεσματικά/λειτουργικά αλληλεπιδρούν τα μέλη της) σε κάθε μία από τις πιο πάνω διαστάσεις. Μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργίας έχει παρατηρηθεί σε οικογένειες ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, συγκριτικά με δείγματα ελέγχου (οικογένειες ατόμων που δεν πάσχουν από ψυχική νόσο, Miller et al. 1986, Sawant et al., 2010, Himle et al., 2017 κλπ.). Λίγες ωστόσο είναι οι μελέτες που εξετάζουν πώς σχετίζονται τα επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας με την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες (Lorenzo-Blanco et al., 2012, 2016).

Οι πολιτισμικές αξίες έχουν καθοριστική επίδραση στη διαμόρφωση του τρόπου συναισθηματικής συναλλαγής στις διαπροσωπικές σχέσεις, στους ρόλους και γενικότερα στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας (Hofstede, 2001). Επιπρόσθετα, η ίδια η διαδικασία της μετανάστευσης και ο επιπολιτισμός, επιφέρουν αλλαγές στα οικογενειακά δυναμικά (De Leersnyder et al., 2011). Ειδικά για τους μετανάστες Αλβανικής καταγωγής, η επίδραση των ιδιαίτερων πολιτισμικών καταβολών στη διαμόρφωση του τρόπου που λειτουργεί η οικογένεια γίνεται εμφανής μέσα από την έμφαση που δίνεται στην αξία της οικογένειας, την προσήλωση σε παραδοσιακά πρότυπα, τη διατήρηση της πατριαρχικής δομής, με τον άντρα να έχει τον κυρίαρχο ρόλο, την περιορισμένη συναισθηματική έκφραση και την αλληλεξάρτηση σε επίπεδο σχέσεων (Kaser, 2008, Halpern et al, 1996, Antoniou et al, 2013). Τα δυναμικά και οι αξίες αυτές πιθανά εν μέρει να έρχονται σε επερώτηση και μέσα από τη διαδικασία επιπολιτισμού κι ένταξης στην ελληνική κοινωνία (Besevegis et al., 2010, Ζάχου & Καλεράντε, 2009). Σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να διερευνηθούν συγκεκριμένες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας στους Αλβανούς μετανάστες, που πιθανά συνδέονται με την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες αποτελούν και τις συχνότερες σε επικράτηση ψυχικές διαταραχές.

Άλλη σημαντική διάσταση για τους μετανάστες αποτελεί η υποκειμενική αίσθηση της ποιότητας ζωής τους και η μελέτη των παραγόντων που την καθορίζουν. Στη διεθνή βιβλιογραφία, αναδεικνύονται διάφοροι παράγοντες με θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των μεταναστών, όπως ο μεγαλύτερος βαθμός επιπολιτισμού, ο μεγαλύτερος βαθμός κοινωνικής υποστήριξης, τα μειωμένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Brandt, 2017, Nap et al., 2015, Wang et al., 2010, Toselli et al., 2018). Οι λίγες μελέτες στα ελληνικά δεδομένα επικεντρώνονται κυρίως στη σύγκριση της ποιότητας ζωής Αλβανών και γηγενών, αναδεικνύοντας άλλους τομείς στους οποίους οι Αλβανοί δηλώνουν χειρότερη υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής τους κι άλλους καλύτερη, σε σχέση με τους γηγενείς (Bălțătescu, 2007, Lahana & Niakas, 2013, Πράπας & Μαυρέας, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντικό να διερευνηθούν πιο συγκεκριμένοι παράγοντες που συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής μεταναστών, όπως η ύπαρξη κοινών ψυχικών διαταραχών και η λειτουργικότητα της οικογένειας σε διάφορους τομείς.

Άλλο σημαντικό ζήτημα που αφορά τους μετανάστες, σχετίζεται με τη χρήση υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε μη αστικές περιοχές (Probst et al., 2007, Shin & Kim, 2010, IOM-WHO, 2010, Mladovsky, 2009, Priebe et al., 2011). Αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από μετανάστες, τα δεδομένα στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτα, κυρίως σε αγροτικές/νησιωτικές περιοχές, με περιορισμένες παρεχόμενες υπηρεσίες και μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης, σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα.

Με βάση τα ερευνητικά κενά και τα περιορισμένα δεδομένα σε αντίστοιχους τομείς που προαναφέρθηκαν, καθώς και την ανάγκη καλύτερης κατανόησης παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία μεταναστών, ειδικά Αλβανικής καταγωγής, με σημαντικές προεκτάσεις στην κλινική πρακτική στο πλαίσιο των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διαμορφώθηκαν οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας, γύρω από τους ακόλουθους άξονες: Α. Διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ ψυχοπαθολογίας, και συγκεκριμένα κατάθλιψης κι αγχωδών διαταραχών με τη λειτουργία οικογένειας σε Αλβανούς μετανάστες κι εξέταση συγκεκριμένων διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας που συσχετίζονται με τις διαταραχές αυτές, συγκριτικά με τους Έλληνες. Β. Μελέτη της συσχέτισης μεταξύ λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής στους Αλβανούς μετανάστες και σύγκριση με τα ανάλογα ευρήματα που αφορούν τους Έλληνες. Γ. Μελέτη της συσχέτισης μεταξύ ψυχοπαθολογίας (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη) και ποιότητας ζωής σε Αλβανούς μετανάστες και σύγκριση με τα ανάλογα ευρήματα που αφορούν τους Έλληνες. Δ. Διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ Αλβανών και Ελλήνων, όσον αφορά την επαφή τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (προηγούμενη επαφή με επαγγελματία ψυχική υγείας, πηγή παραπομπής, θεραπευτικό πλάνο, πορεία θεραπείας).

Η μελέτη υλοποιήθηκε σε δείγμα 204 ατόμων (99 Αλβανοί και 105 Έλληνες), που απευθύνθηκαν στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ στην Πάρο κι Αντίπαρο, τη μοναδική υπηρεσία ψυχικής υγείας στα νησιά αυτά, κατά τα έτη 2012-2016. Περιλήφθηκαν άτομα που διαγνώστηκαν με διαταραχές διάθεσης (κυρίως κατάθλιψη), νευρωσικές, συνδεδόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές ή απευθύνθηκαν στην υπηρεσία για συμβουλές λόγω ψυχοκοινωνικών δυσκολιών και δεν παρουσίαζαν ψυχοπαθολογία. Τα ερευνητικά εργαλεία που

χρησιμοποιήθηκαν στα Αλβανικά και στα Ελληνικά περιλάμβαναν: α. την Κλίμακα Εκτίμησης της Οικογενειακής Λειτουργίας (FAD, Epstein et al., 1982,1983), β. την Κλίμακα Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής (WHOQOL- BREF, WHOQOL-Group, 1998, 1999, Skevington et al., 2004), γ. το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28, Goldberg, 1978), δ. την Κλίμακα Κατάθλιψης (CED-S, Radloff, 1977), ε. το Ερωτηματολόγιο Άγχους (STAI, Spielberger et al., 1983), στ. την Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF, Endicott et al., 1976) και ζ. το Ερωτηματολόγιο καταγραφής δεδομένων ψυχοκοινωνικού προφίλ κι επαφής με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στην περίπτωση των Αλβανών μεταναστών υπήρξαν συχνότερα ενδείξεις μεγαλύτερης δυσκολίας στην οικογενειακή λειτουργία ως προς τις διαστάσεις που αφορούν τα σχήματα επικοινωνίας και τον τρόπο που αντιδρούν τα μέλη της οικογένειας στα συναισθηματικά ερεθίσματα (συναισθηματική απαντητικότητα), σε σύγκριση με τους Έλληνες, ανεξαρτήτως διάγνωσης. Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία και στις δύο εθνικότητες. Ειδικά, το χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας στη διάσταση που αφορά τα σχήματα ελέγχου στην οικογένεια (χαώδης ή άκαμπτη στάση ως προς τη θέσπιση κανόνων, προτύπων και τη διαχείριση συμπεριφορών) αναδείχθηκε στατιστικά ως ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης και του παροδικού άγχους για τους Αλβανούς. Στους Έλληνες μια άλλη διάσταση βρέθηκε να συνδέεται ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές με την κατάθλιψη, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων στην οικογένεια σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, στην περίπτωση των Αλβανών, ο παράγοντας που αφορά τον τρόπο που καθορίζονται οι ρόλοι στην οικογένεια και πόσο ξεκάθαροι αυτοί είναι, σχετίστηκε κυρίως, ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές με το μόνιμο άγχος, ενώ για τους Έλληνες δυσλειτουργία στα σχήματα επικοινωνίας, συναισθηματικής εμπλοκής κι ελέγχου στην οικογένεια, βρέθηκε να συνδέεται περισσότερο με τα μόνιμα χαρακτηριστικά του άγχους.

Η ποιότητα ζωής των Αλβανών μεταναστών αξιολογήθηκε από τους ίδιους σε μέτρια, ίδια επίπεδα, όπως αξιολογήθηκε και από τους Έλληνες, με εξαίρεση τη διάσταση που αφορούσε την ικανοποίηση από παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον δηλαδή, τις συνθήκες στον τόπο διαμονής, τη δυνατότητα κάλυψης

αναγκών σε οικονομικό επίπεδο, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ικανοποίηση από τα μέσα μεταφοράς, που εκτιμήθηκε σε χειρότερα επίπεδα σε σχέση με τους γηγενείς. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές) και ποιότητας ζωής στους Αλβανούς και τους Έλληνες. Έτσι, καθοριστικός παράγοντας για τη γενική ποιότητα ζωής στους Αλβανούς βρέθηκε να είναι η ύπαρξη συναισθηματικής ή αγχώδους διαταραχής. Ειδικότερα, η ύπαρξη περισσότερων συμπτωμάτων μόνιμου άγχους, φαίνεται ότι είχε τη σημαντικότερη επίδραση, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, στους περισσότερους τομείς της ποιότητας ζωής των Αλβανών, δηλαδή στη σωματική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, και το περιβάλλον. Στην περίπτωση των Ελλήνων, η καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες τόσο της γενικής ποιότητας ζωής, όσο και των περισσότερων διαστάσεων της, δηλαδή της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, και των κοινωνικών σχέσεων.

Επιπρόσθετα, χειρότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας συνδέθηκαν με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στους Αλβανούς και τους Έλληνες. Στην περίπτωση των Αλβανών μεταναστών, μεγαλύτερη δυσλειτουργία ειδικά σε διαστάσεις που αφορούν τα σχήματα ελέγχου και τους ρόλους στην οικογένεια συσχετίστηκε με μικρότερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής. Στους γηγενείς αντίστοιχα, μεγαλύτερη δυσλειτουργία κυρίως στον τομέα της συναισθηματικής εμπλοκής (υπερεμπλοκή/αδιαφορία) συνδέθηκε με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Ως προς την επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σημαντικά μικρότερο ποσοστό των Αλβανών μεταναστών είχαν απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό στους Έλληνες. Επιπρόσθετα, οι Αλβανοί στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας απευθύνονταν αρχικά σε ψυχίατρο και λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου πολύ συχνότερα σε σύγκριση με τους Έλληνες (που απευθύνονταν αρχικά κυρίως σε ψυχολόγο), ενώ λάμβαναν ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, σε πολύ μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τους γηγενείς. Επιπλέον, οι Αλβανοί σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά διέκοπταν τη θεραπεία συγκριτικά με τους Έλληνες, ειδικά στην περίπτωση που έπασχαν από διαταραχές διάθεσης ή είχαν μειωμένη γενική λειτουργικότητα, λόγω των συμπτωμάτων. Η ψυχοθεραπεία ως μέρος του

θεραπευτικού πλάνου για τους Αλβανούς, σχετίζονταν με μεγαλύτερο βαθμό δέσμευσης στη θεραπεία.

Η σύνδεση συγκεκριμένων τομέων της οικογενειακής λειτουργίας στους Αλβανούς μετανάστες με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, καθώς και οι διαφοροποιήσεις συγκριτικά με τους Έλληνες, αποτελούν πρωτοτυπία της μελέτης, εφόσον δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα στον τομέα αυτό. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα αυτά έχουν σημαντικές κλινικές προεκτάσεις, ως προς την κατανόηση των δυναμικών στην Αλβανική οικογένεια και τους πιθανούς τομείς εστίασης στο πλαίσιο των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Η βελτίωση της οικογενειακής λειτουργίας, ειδικά σε ζητήματα που αφορούν τους ρόλους και τα σχήματα ελέγχου στην οικογένεια, θα μπορούσε να συνδεθεί με βελτίωση και στον τομέα της ποιότητας ζωής των Αλβανών. Προς αυτή την κατεύθυνση η εφαρμογή της συστημικής θεραπείας οικογένειας θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη με στόχο τη βελτίωση της γενικής λειτουργικότητας της οικογένειας και συγκεκριμένων διαστάσεων της. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι επίσης σημαντικά ως προς τα ζητήματα που σχετίζονται με την επαφή των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ειδικά σε μια μη αστική περιοχή. Αναδείχθηκε η αναγκαιότητα σχεδιασμού και υλοποίησης παρεμβάσεων, με στόχο την ανάπτυξη πολιτισμικά ευαίσθητων μεθόδων προσέγγισης των μεταναστών, την εργασία συνολικά με την οικογένεια και τη μείωση του ποσοστού πρόωρου τερματισμού της θεραπείας.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και τη διεθνή βιβλιογραφία, γίνεται μια εμπειριστατωμένη πρόταση που αφορά τομείς παρέμβασης στο πλαίσιο λειτουργίας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έχοντας ως απώτερο στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους μετανάστες.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Μετανάστευση κι ελληνικά δεδομένα

Η μετανάστευση μπορεί να οριστεί ως ‘...η διαδικασία κοινωνικής αλλαγής κατά την οποία ένα άτομο μετακινείται από ένα πολιτισμικό πλαίσιο σε ένα άλλο, με σκοπό να εγκατασταθεί εκεί μόνιμα ή για συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Bhugra & Jones, 2001:216).’

Οι λόγοι της μετανάστευσης μπορεί να ποικίλουν. Για παράδειγμα μπορεί να συνδέονται με φυσικούς παράγοντες, δηλαδή αλλαγές στο φυσικό περιβάλλον που καθιστούν δύσκολη την επιβίωση (πχ πλημμύρες), οικονομικούς, όπως η έλλειψη εργασίας ή το χαμηλό εισόδημα, κοινωνικούς (πχ. πολιτικοί και θρησκευτικοί διωγμοί), ψυχολογικούς, όπως προσδοκία για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης (Ποσονίδου & Παπαδημητρίου, 2011). Η μετανάστευση επίσης μπορεί να είναι εκούσια, δηλαδή να την αποφασίζει το ίδιο το άτομο ή η οικογένεια, αναγκαστική, όταν άτομα ή ομάδες αναγκάζονται για παράδειγμα από το πολιτικό καθεστώς να μεταναστεύσουν, λόγω των δυσμενών συνθηκών διαβίωσης που δημιουργούνται εις βάρος τους και βίαιη όταν είναι αποτέλεσμα της επιβολής από τις δημόσιες αρχές ενός κράτους.

1.1.2. Χρήση του όρου αλλοδαπός και μετανάστης στην Ελλάδα

Πριν προχωρήσουμε σε παρουσίαση δεδομένων για τους μετανάστες στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να διασαφηνιστεί πώς χρησιμοποιείται ο όρος «μετανάστης» και «αλλοδαπός» σε δημοσιευμένες μελέτες κι έγγραφα.

Στην Ελλάδα, ο νομικός όρος "αλλοδαπός" αναφέρεται σε όλους όσους δεν έχουν ελληνική υπηκοότητα. Σε αυτόν τον όρο ουσιαστικά περιλαμβάνονται οι παρακάτω κατηγορίες (Κοτσιώνη, 2009):

- Ξένοι υπήκοοι που ζουν κι εργάζονται στην Ελλάδα με άδεια παραμονής κι εργασίας (μετανάστες με τα απαραίτητα έγγραφα).

- Ξένοι υπήκοοι που ζουν κι εργάζονται στην Ελλάδα χωρίς άδεια παραμονής ή εργασίας σε ισχύ (μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα»). Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται μετανάστες που βρίσκονται στην Ελλάδα και δεν έχουν κατορθώσει να εκδώσουν ή να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους, καθώς και μετανάστες που επιδιώκουν να μεταβούν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και βρίσκονται στην Ελλάδα προσωρινά. Τέλος, περιλαμβάνονται όσοι από τους αιτούντες άσυλο απορρίφθηκαν, αλλά δεν εγκατέλειψαν τη χώρα.

- Αιτούντες άσυλο κι άμεσα εξαρτώμενα μέλη που έχουν κάνει αίτηση ασύλου ή έχουν εισέλθει στην Ελλάδα με αυτή την πρόθεση.

- Πρόσφυγες που ζουν κι εργάζονται στην Ελλάδα έχοντας αποκτήσει το καθεστώς του πρόσφυγα από τις αρμόδιες αρχές ή άτομα στα οποία έχει χορηγηθεί άσυλο για ανθρωπιστικούς λόγους.

- Ασυνόδευτοι ανήλικοι μετανάστες, οι οποίοι φθάνουν στην Ελλάδα χωρίς τη συνοδεία κάποιου ενήλικα υπεύθυνου για τη φροντίδα τους (Κοτσιώνη, 2009, Skordas & Sitaropoulos, 2004, Διεθνής Αμνηστία, 2005).

Στις παραπάνω κατηγορίες προστίθενται οι Έλληνες μετανάστες ή μετανάστες ελληνικής καταγωγής:

- Παλινοστούντες ομογενείς, ελληνικής καταγωγής, οι οποίοι ήταν ή είναι υπήκοοι των νέων ανεξάρτητων κρατών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, και μπορούν να αποκτήσουν την ελληνική υπηκοότητα, εφόσον το επιθυμούν.

- Ομογενείς, οι οποίοι έχουν ξένη υπηκοότητα, είναι ελληνικής καταγωγής κι έχουν τη δυνατότητα ειδικής άδειας παραμονής κι εργασίας τρίχρονης διάρκειας. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και οι ομογενείς με αλβανική υπηκοότητα (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007).

Στα δημοσιευμένα έγγραφα που αφορούν αλλοδαπούς, ο όρος «μετανάστες» χρησιμοποιείται συχνά ως γενικός όρος για να καλύψει κάποιες ή όλες τις παραπάνω κατηγορίες.

1.1.3. Γενικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες

Η Ελλάδα από το 1990 και μετά έγινε χώρα μαζικής εισροής μεταναστών και προσφύγων, καθώς αποτελεί γεωγραφικά κομβικό σημείο και προσελκύει αλλοδαπούς, τόσο από την Ευρώπη (Ανατολική και Κεντρική), όσο κι από άλλες Μεσογειακές χώρες, κι από χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Έτσι, επιλέγεται συχνά είτε ως χώρα τελικού προορισμού, είτε ως χώρα ενδιάμεσου προορισμού, ειδικά τα τελευταία χρόνια. Η μορφολογία των ελληνικών συνόρων κι η δυσκολία φύλαξής τους διευκολύνουν επίσης και την είσοδο μεταναστών χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα. Παράλληλα, η Ελλάδα συνορεύει με χώρες των Βαλκανίων που αντιμετώπισαν ποικίλες κοινωνικοπολιτικές αναταραχές, οι οποίες οδήγησαν σε μεγάλα κύματα μετανάστευσης, ενώ αποτελεί πρώτο ενδιάμεσο προορισμό προς τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από κράτη της Ανατολικής Μεσογείου, της Βόρειας Αφρικής και της Ασίας.

Τα περισσότερα στοιχεία που αναφέρονται στον αριθμό των μεταναστών και τη μεταναστευτική ροή διαχρονικά στην Ελλάδα προέρχονται από τις καταγραφές της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, της EUROSTAT, του Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής, της Ύπατης Αρμοστείας, καθώς κι από μελέτες που εκπονήθηκαν στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων Πανεπιστημίων και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται επιλεκτικά κάποια δεδομένα, προκειμένου να δοθεί το στίγμα της μεταναστευτικής ροής στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1990. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους μετανάστες από την Αλβανία, που αποτελούν αντικείμενο της παρούσας μελέτης, αλλά ταυτόχρονα και τη μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών που έχουν εισέλθει και κατοικούν μόνιμα στη χώρα μας. Οι πρόσφυγες, μια ειδική κατηγορία μεταναστών, αποτελούν ειδικό αντικείμενο μελέτης, που ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας (δίνονται μόνο λίγα αδρά στοιχεία για την εισροή προσφύγων).

A. Χρονική περίοδος 1990-2010

Είναι χαρακτηριστικό ότι ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα σχεδόν πενταπλασιάστηκε ανάμεσα σε δύο απογραφές, μεταξύ 1991-2001 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2001). Κύρια χαρακτηριστικά της μετανάστευσης την περίοδο 1991-1997 ήταν ο άτυπος χαρακτήρας, η «προσωρινότητα», η απασχόληση στην «ανεπίσημη» οικονομία, και οι μαζικές απελάσεις (Fakioias, 2003). Η εισροή μεταναστών συνεχίστηκε κατά τη δεκαετία του 2000, ενώ ήταν σαφές κι από την παρατηρούμενη τάση για οικογενειακή επανένωση, ότι πολλοί μετανάστες είχαν την πρόθεση να παραμείνουν μακροχρόνια στην Ελλάδα (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007). Σύμφωνα με στοιχεία που έχουν αναρτηθεί από το Ινστιτούτο Παιδείας Ομογενών και Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης (ΙΠΟΔΕ), το 2003 οι αλλοδαποί μαθητές αποτελούσαν το 13% του συνολικού αριθμού των μεταναστών στην Ελλάδα και περίπου το ίδιο ποσοστό του συνολικού αριθμού των μαθητών ολόκληρης της χώρας, κυρίως Αλβανικής καταγωγής (72% του συνόλου των αλλοδαπών μαθητών). Σε καταγραφές που έγιναν το 2004 και το 2007 ο αριθμός των αλλοδαπών στην Ελλάδα φαίνεται να έφτανε περίπου σε ποσοστό 8,8-10% του συνολικού πληθυσμού (Baldwin-Edwards, 2004, Κοτσιώνη, 2009). Ωστόσο, υπάρχει προφανώς δυσκολία στον υπολογισμό του ακριβή αριθμού μεταναστών λόγω της μεγάλης έκτασης του φαινομένου της μετανάστευσης χωρίς τα απαραίτητα νόμιμα έγγραφα, επομένως της μη υπολογίσιμης μετανάστευσης.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001, ο αριθμός των εγγεγραμμένων αλλοδαπών χωρίς Ελληνική υπηκοότητα που βρίσκονταν στην Ελλάδα ήταν 762.000, ενώ υπολογίζεται ότι περίπου 100.000 δεν καταγράφηκαν, καθώς δεν είχαν άδειες παραμονής (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2001, Baldwin-Edwards, 2004). Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, οι μετανάστες Αλβανικής καταγωγής αποτελούσαν το 56% του συνόλου των μεταναστών. Ακολουθούν οι Βούλγαροι (5%), οι Γεωργιανοί (3%) και οι Ρουμάνοι (3%). Οι Αμερικανοί, Κύπριοι, Βρετανοί, και Γερμανοί παρουσιάζονται ως σημαντικές κοινότητες και η καθεμία αποτελεί περίπου το 2% του συνόλου του αλλοδαπού πληθυσμού. Ωστόσο, η Ελλάδα φαίνεται να ήταν η μοναδική χώρα της Ε.Ε. η οποία είχε μια εθνικότητα μεταναστών που ξεπερνούσε το 50% του συνόλου των αλλοδαπών που βρίσκονταν στη χώρα. Το ποσοστό των

Αλβανών αντρών που καταγράφηκαν ήταν 60%, έναντι 40% των γυναικών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άτομα νεαρής ηλικίας (70% κάτω των 35 ετών).

Πίνακας 1

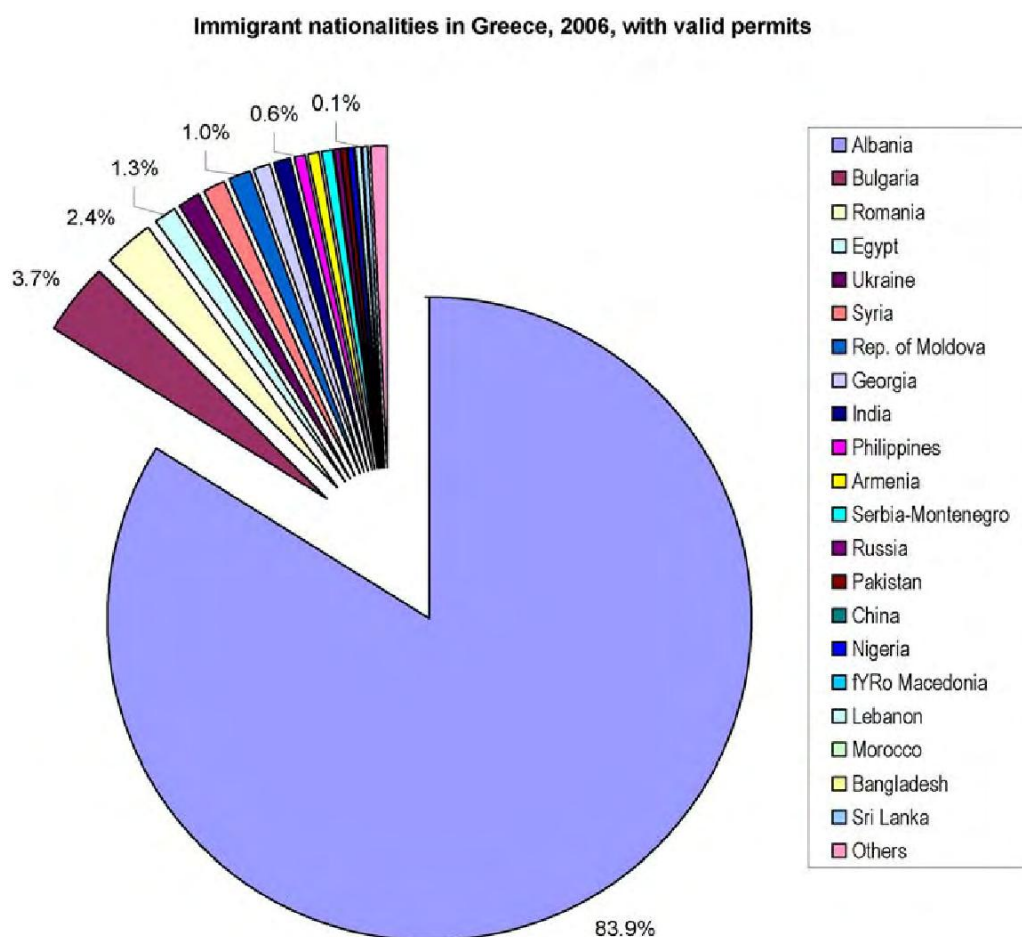
Στοιχεία για τον αριθμό μεταναστών για τα έτη 2001 και 2006

| Χώρα υπηκοότητας | 2001 | | Χώρα υπηκοότητας | 2006 | |
|---------------------|----------------|------|---------------------|----------------|------|
| | Σύνολο | % | | Σύνολο | % |
| Σύνολο | 796,713 | | Σύνολο | 695,979 | |
| Αλβανία | 443,55 | 55.7 | Αλβανία | 481,663 | 69.2 |
| Βουλγαρία | 37,230 | 4.7 | Βουλγαρία | 43,981 | 6.3 |
| Γεωργία | 23,159 | 2.9 | Ρουμανία | 25,375 | 3.6 |
| Ρουμανία | 23,066 | 2.9 | Ουκρανία | 19,785 | 2.8 |
| ΗΠΑ | 22,507 | 2.8 | Πακιστάν | 15,830 | 2.3 |
| Κύπρος | 19,084 | 2.4 | Ρωσική | | |
| | | | Ομοσπονδία | 13,635 | 2.0 |
| Ρωσική | 18,219 | 2.3 | | | |
| Ομοσπονδία | | | Γεωργία | 13,254 | 1.9 |
| Ηνωμένο | 15,308 | 1.9 | | | |
| Βασίλειο | | | Ινδία | 10,043 | 1.4 |
| Γερμανία | 15,303 | 1.9 | Μολδαβία | 9,920 | 1.4 |
| Ουκρανία | 14,149 | 1.8 | Αίγυπτος | 9,461 | 1.4 |
| Πολωνία | 13,378 | 1.7 | Φιλιππίνες | 6,465 | 0.9 |
| Πακισταν | 11,192 | 1.4 | Συρία | 5,747 | 0.8 |
| Αυστραλία | 9,677 | 1.2 | Μπαγκλαντές | 5,661 | 0.8 |
| Τουρκία | 8,297 | 1.0 | Αρμενία | 4,687 | 0.7 |
| Ιταλία | 7,953 | 1.0 | Σερβία- | | |
| | | | Μαυροβούνιο | 3,691 | 0.5 |
| Αίγυπτος | 7,846 | 1.0 | Κίνα | 2,041 | 0.3 |
| Αρμενία | 7,808 | 1.0 | Πολωνία | 1,855 | 0.3 |
| Ινδία | 7,409 | 0.9 | ΗΠΑ | 1,769 | 0.3 |
| Ιράκ | 7,188 | 0.9 | Νιγηρία | 1,632 | 0.2 |
| Καναδάς | 6,909 | 0.9 | ΠΔΓΜ | 1,406 | 0.2 |

MIGHEALTHNET (Κοτσιώνη, 2009), Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2001)

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με σχετική μελέτη του Baldwin-Edwards (2008), το ποσοστό των μεταναστών από την Αλβανία σε σχέση με το σύνολο των μεταναστών που καταγράφηκαν στην Απογραφή του 2001, είναι πολύ

μεγαλύτερο αν αποκλειστούν οι ομογενείς και οι Ευρωπαίοι Υπήκοοι, όπως φαίνεται στο Γράφημα 1.



Γράφημα 1. Εθνικότητες μεταναστών στην Ελλάδα (2006).

Πηγή: Baldwin-Edwards (2008).

Επιπρόσθετα, τα μεγαλύτερα ποσοστά μεταναστών επί του συνολικού πληθυσμού από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάστηκαν σε νησιά των Κυκλάδων (π.χ. Μύκονος, Κέα, Πάρος, Σίφνος), στη Σκιάθο, στη Ζάκυνθο, στην Αττική και στα βορειοδυτικά σύνορα της χώρας (13-25% επί του συνολικού πληθυσμού, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2001). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται κι

από στοιχεία που καταγράφηκαν από τις Περιφέρειες, αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, σύμφωνα με τα οποία οι Κυκλάδες ανήκουν σε έναν από τους συχνότερους προορισμούς των Αλβανών μεταναστών, αποτελώντας σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού σε κάποια νησιά (Baldwin-Edwards, 2008).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας απογραφής, η ευρεία πλειοψηφία των αδειών απονέμονταν για λόγους εργασίας (68%), ενώ από το συνολικό αριθμό μεταναστών που δήλωσαν ότι μεταναστεύουν για λόγους οικογενειακής συνένωσης, το 80% ήταν Αλβανοί, το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων απασχολούνταν σε θέσεις ανειδίκευτης εργασίας (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2001).

Με βάση σχετική ανάλυση των στοιχείων της Απογραφής του 2001, οι Αλβανοί μετανάστες στις μεγάλες πόλεις στη μεγάλη πλειοψηφία τους, 68%, ζούσαν σε πυρηνικές οικογένειες, 9% αποτελούσαν ζευγάρια χωρίς παιδιά και μόνο 6% συγκατοικούσαν με άλλους ομοεθνείς τους, με τους οποίους δεν είχαν συγγένεια πυρηνικής οικογένειας. Σε αγροτικές περιοχές, το ποσοστό των οικογενειών ήταν 52%, το ποσοστό των ζευγαριών χωρίς παιδιά παρέμενε το ίδιο με τα αστικά κέντρα, 9%, κι αυξήθηκε το ποσοστό στο 20%, των ατόμων που συγκατοικούσαν με ομοεθνείς με τους οποίους δεν είχαν συγγένεια πυρηνικής οικογένειας, σε σχέση με παλιότερες καταγραφές (Baldwin-Edwards, 2008).

Όσον αφορά τον τομέα απασχόλησης, για τους Αλβανούς μετανάστες, φαίνεται ότι τη δεκαετία του 2000, καταγράφηκε μια αλλαγή σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια (Λαμπριανίδης & Λυμπεράκη, 2001, Lyberaki & Maroukis, 2005), με μείωση της απασχόλησης των Αλβανών στον αγροτικό τομέα (έως και 50%), στροφή προς τον κατασκευαστικό τομέα (αύξηση 10%), τον τουριστικό τομέα (αύξηση 40% στην απασχόληση σε ξενοδοχεία/εστιατόρια) και τον τομέα των οικιακών βοηθών (αύξηση 20%). Σύμφωνα με τις ίδιες μελέτες, περίπου ποσοστό 45% των Αλβανών απασχολούνταν στον κατασκευαστικό τομέα. Ο τομέας απασχόλησης των Αλβανών μεταναστών, συνδέεται και με το προφίλ εκπαίδευσης τους, όπως καταγράφηκε στην απογραφή του 2001: 26% απόφοιτοι λυκείου, 20% απόφοιτοι γυμνασίου, 25% απόφοιτοι δημοτικού, 11% αγράμματοι, 2% σταμάτησαν την εκπαίδευση πριν ολοκληρώσουν το δημοτικό και 5% Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Φαίνεται ότι το ποσοστό των εξειδικευμένων-απόφοιτων σχολών ήταν μικρό, ενώ υψηλό ήταν το ποσοστό των αποφοίτων δημοτικού κι όσων δεν είχαν λάβει εκπαίδευση.

Από ανάλυση στοιχείων της απογραφής του 2001, σχεδόν 120.000 άτομα γεννήθηκαν στην Ελλάδα από μετανάστες, 44.000 εκ των οποίων από Αλβανούς γονείς. Ωστόσο, υψηλά ήταν και τα ποσοστά των παιδιών από την Αλβανία που ήρθαν στην Ελλάδα σε μικρή ηλικία και δεν καταγράφηκαν (Baldwin-Edwards, 2008). Στην ίδια κατεύθυνση, ενδεικτικό του μεγάλου αριθμού Αλβανών δεύτερης γενιάς που κατοικούν στην Ελλάδα είναι ότι σύμφωνα με στοιχεία των γεννήσεων το 2005, οι γεννήσεις από μετανάστριες στην Ελλάδα αποτελούσαν το 16.5% του συνόλου των γεννήσεων για το συγκεκριμένο έτος, με τους Αλβανούς να αποτελούν το 60% αυτών (Baldwin-Edwards, 2008). Προς αυτή την κατεύθυνση η Μιχαήλ (2010, 2014) σχολιάζει ότι το 2009 καταγράφηκαν περίπου 79.500 Αλβανοί στα ελληνικά σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (εκ των οποίων μόνο 6000 ομογενείς), ενδεικτικό του υψηλού ποσοστού των Αλβανών δεύτερης γενιάς και των παιδιών που ήρθαν στην Ελλάδα σε μικρή ηλικία (ΙΠΟΔΕ, 2009).

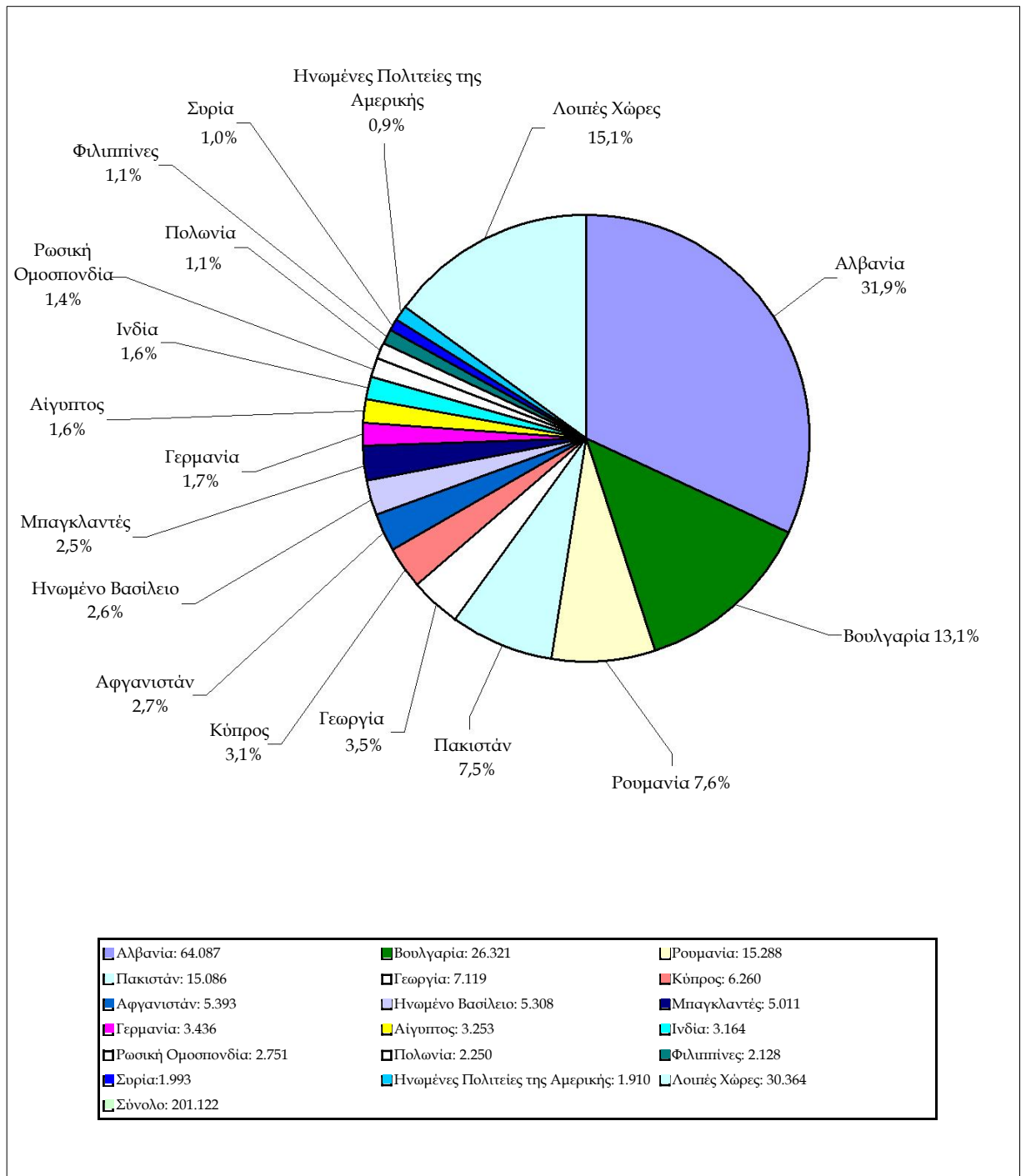
Με βάση στοιχεία της EUROSTAT, το 2006 εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα 86.693 μετανάστες, εκ των οποίων περίπου το 80% προέρχονταν από χώρες που δεν ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Το 42% των νέο-εισερχόμενων μεταναστών ήταν Αλβανικής καταγωγής, και ακολουθούσαν οι Βούλγαροι (15%) και οι Ρουμάνοι (6%). Το 2008 το σύνολο των ξένων πολιτών στην Ελλάδα υπολογίζονταν σε 906.000 και αποτελούσαν το 8.1% του συνολικού πληθυσμού. Από αυτούς, 748.000 (6.7% του πληθυσμού) προέρχονταν από χώρες εκτός της ΕΕ και 63.7% των ξένων πολιτών (577.500 άτομα) προέρχονταν από την Αλβανία, καθιστώντας και πάλι την Ελλάδα ως μία από τις τέσσερις χώρες της ΕΕ με τα υψηλότερα ποσοστά ξένων πολιτών από μία μόνο χώρα (EUROSTAT, 2009). Από τη συγκεκριμένη μέτρηση προέκυψε ότι σχεδόν έξι στους δέκα Αλβανούς που ζούσαν κι εργάζονταν στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατοικούσαν στην Ελλάδα. Επίσης, η Ελλάδα βρισκόταν σε μία από τις χαμηλότερες θέσεις αναφορικά με τον συσχετισμό αλλοδαπών που προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και μη, με τη μεγάλη πλειονότητα να ανήκει στη δεύτερη κατηγορία (από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης).

Όσον αφορά στα ποσοστά των Αλβανών μεταναστών σε νησιά των Κυκλάδων, φαίνεται ότι σε σύνολο πληθυσμού 78.000 καταγεγραμμένων κατοίκων, περίπου 7.400 ήταν Αλβανικής καταγωγής, δηλαδή σχεδόν 9,5% του πληθυσμού (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2001). Το ποσοστό αυτό είναι ακόμα μεγαλύτερο, αν αναλογιστεί

κανείς και τον αριθμό των μεταναστών χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα, που διέμεναν στα νησιά.

B. Χρονική περίοδος 2011-2017

Για αυτή τη χρονική περίοδο, τα δεδομένα είναι λιγότερα, καθώς οι καταγραφές και σχετικές μελέτες είναι σχετικά πρόσφατες κι ορισμένες είναι ακόμα σε εξέλιξη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής πληθυσμού-κατοικιών 2011, ο μόνιμος πληθυσμός της Ελλάδας ηλικίας ενός έτους και άνω ανήλθε σε 10.712.409 άτομα, εκ των οποίων περίπου 10% αλλοδαποί. Κατά το τελευταίο έτος πριν την απογραφή, εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα από χώρες του εξωτερικού σχεδόν 80.000 μετανάστες, 22,2% εκ των οποίων από την Αλβανία. Φαίνεται ότι οι Αλβανοί εξακολουθούσαν να αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών με διαφορά από άλλες υπηκοότητες (ακολουθούν Βουλγαρία 16%, Ρουμανία 7%). Αυτό αναδεικνύεται και από τα στοιχεία της τελευταίας 5ετίας πριν την απογραφή, καθώς οι Αλβανοί μετανάστες αποτελούσαν το 1/3 του συνόλου των μεταναστών που εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Χώρες προέλευσης εγκατασταθέντων στην Ελλάδα κατά την τελευταία δετία πριν την Απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής το 2011.

ΠΗΓΗ: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011).

Ο αριθμός των μεταναστών που καταγράφηκαν στο μόνιμο πληθυσμό από την απογραφή ήταν περίπου 1.000.000, εκ των οποίων σχεδόν οι μισοί από χώρες εκτός ΕΕ (Εθνική Στατιστική Αρχή, 2011). Από αυτούς 480.875 κατάγονταν από την Αλβανία, δηλαδή αποτελούσαν περίπου το 5% του συνολικού πληθυσμού και σχεδόν το 50% των αλλοδαπών που έμεναν στην Ελλάδα.

Οι Αλβανοί μετανάστες δεν εγκαταστάθηκαν σε όλες τις περιοχές της χώρας. Με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 2011, ο μισός, περίπου, μεταναστευτικός πληθυσμός συγκεντρώθηκε στο νομό Αττικής (193.521). Στη πλειοψηφία τους, οι Αλβανοί έμειναν σε αστικές περιοχές και, κυρίως, στα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας, στην περιφερειακή ενότητα της Αθήνας (60.497 στο Δήμο Αθηναίων) και στην περιφερειακή ενότητα της Θεσσαλονίκης (12.893 στο δήμο Θεσσαλονίκης). Στα νησιά του Αιγαίου εγκαταστάθηκαν περίπου 27.500 Αλβανοί (Μάνος και συν., 2017). Ειδικά για την περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, το ποσοστό των Αλβανών μεταναστών ανερχόταν σε 6,5% του συνολικού πληθυσμού (20.190 σε σύνολο 309.000 κατοίκων).

Όσον αφορά στον πληθυσμό των Αλβανών που μένουν στις Κυκλάδες, σύμφωνα με στοιχεία για το 2015 που δόθηκαν από καταγραφές του γραφείου αλλοδαπών Κυκλάδων με έδρα τη Σύρο, κατόπιν σχετική αίτησης που έγινε, συνολικά στα νησιά αυτά διαμένουν περίπου 9.000 Αλβανοί μετανάστες, με τα απαραίτητα έγγραφα για νόμιμη παραμονή κι εργασία στην Ελλάδα. Ο μεγαλύτερος αριθμός μεταναστών από την Αλβανία συγκεντρώνεται στα νησιά Πάρο, Μύκονο, Σαντορίνη κι Άνδρο. Ειδικά, στα νησιά Πάρο κι Αντίπαρο, το 2015 υπήρχαν περίπου 1800 εγγεγραμμένοι Αλβανοί (1700 στην Πάρο και 100 στην Αντίπαρο), οι οποίοι αντιστοιχούν περίπου στο 11% και 6% του μόνιμου πληθυσμού για τα δύο νησιά. Τα ποσοστά αυτά είναι αρκετά μεγαλύτερα στην πραγματικότητα, αν υπολογιστεί και ο αριθμός των μεταναστών χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Δήμου Πάρου, ο αριθμός των μεταναστών από την Αλβανία ξεπερνά τους 3.000 στο νησί (προφορική επικοινωνία).

Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί ότι υπάρχουν στοιχεία μετά το 2011 που αναφέρουν πιθανή μείωση των υπηκόων χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης που ζουν στην Ελλάδα. Φαίνεται ότι το 2012 ο αριθμός των αλλοδαπών μειώθηκε σημαντικά, κάτι που πιθανά συνδέεται με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και την κρίση

(INSTAT & IOM, 2014). Σε αυτή την ομάδα μεταναστών, περιλαμβάνονται και οι Αλβανοί, ο πληθυσμός των οποίων μειώθηκε κατά 133.787 άτομα μέσα σε μόλις ένα χρόνο (2011-2012). Το κύμα φυγής εκτιμάται ότι συνεχίστηκε και το 2013, ωστόσο δεν υπάρχουν νεότερα διαθέσιμα στοιχεία (INSTAT & IOM, 2014). Παρότι η κρίση στην Ελλάδα αναγκάζει ως ένα βαθμό και τους Αλβανούς μετανάστες να επιστρέψουν, οι στατιστικές μέχρι το 2012 έδειχναν ότι η έκταση του φαινομένου είναι σχετικά μικρή (The Economist, 2012), καθώς κάτι τέτοιο δε φαίνεται να υποστηρίζεται από πολιτικές σε κυβερνητικό επίπεδο στην Αλβανία και την Ελλάδα. Περισσότερα στοιχεία παρουσιάζονται σε επόμενη ενότητα, από πηγές καταγραφής υπηρεσιών της Αλβανίας.

Αναφορικά με τους πρόσφυγες, είναι γνωστό ότι τα τελευταία έτη έχει υπάρξει σημαντικό κύμα εισροής αυτής της ειδικής κατηγορίας μεταναστών στην Ελλάδα. Ειδικά το έτος 2015 είχε σημειωθεί ο μεγαλύτερος αριθμός προσφύγων που ήρθαν στη χώρα από το 2014 έως το 2017. Στον παρακάτω πίνακα δίνονται αδρά κάποια στοιχεία, όπως δημοσιεύτηκαν από την Ύπατη Αρμοστεία (2019).

Πίνακας 2

Αριθμός προσφύγων που εισήλθαν στην Ελλάδα κατά τα έτη 2014-2017

| Έτος | Αριθμός προσφύγων |
|------|-------------------|
| 2017 | 36.310 |
| 2016 | 177.234 |
| 2015 | 861.630 |
| 2014 | 43.318 |

1.1.4. Ενσωμάτωση των μεταναστών και νομικό πλαίσιο

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των μεταναστών από τη χώρα υποδοχής, φαίνεται ότι η ελληνική κοινωνία αποδείχτηκε ανέτοιμη να ενσωματώσει τη μεγάλη εισροή των μεταναστευτικών ρευμάτων σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Μόλις το 1998

εφαρμόστηκε το πρώτο πρόγραμμα νομιμοποίησης μεταναστών κι ακολούθησε ο νέος νόμος το 2001 (Ν.2910/2001), ενώ ουσιαστικά μέχρι το 2010 εξακολουθούσε να είναι χρονοβόρα και δύσκολη η όλη διαδικασία (Μιχαήλ, 2014). Το 2004, το Υπουργείο Εσωτερικών έθεσε σε πλήρη λειτουργία τη βάση δεδομένων για τις άδειες παραμονής. Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΚΕ (2003), οι Έλληνες αρχικά, ανάμεσα στους Ευρωπαίους εξέφραζαν τις πιο αρνητικές απόψεις για τους μετανάστες σε κοινωνικοοικονομικά ζητήματα.

Το 2010 ψηφίστηκε ο νόμος 3838/2010 για την ιδιότητα του πολίτη, τη νομιμοποίηση κι απόδοση της ιθαγένειας με βάση την αρχή του δικαίου του εδάφους (jus soli), και όχι του δικαίου του αίματος (jus sanguinis), που ίσχυε μέχρι τότε (Μιχαήλ, 2014). Ο νέος νόμος μείωνε το χρόνο παραμονής που απαιτούνταν για αίτηση ιθαγένειας και προέβλεπε πολιτικά δικαιώματα για τους μετανάστες που ζούσαν πάνω από 5 χρόνια στην Ελλάδα (Gropas & Triantafyllidou, 2012). Έτσι με το νόμο αυτό τα παιδιά μεταναστών αποκτούσαν την ελληνική ιθαγένεια, με τη γέννησή τους στην Ελλάδα, με προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διέμεναν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα για 5 συνεχόμενα έτη. Επίσης, παιδιά μεταναστών, τα οποία είχαν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικού σχολείου και κατοικούσαν μόνιμα και νόμιμα στη χώρα, δικαιούνταν την ελληνική ιθαγένεια. Οι αλλοδαποί οι οποίοι επιθυμούσαν την πολιτογράφηση ως Έλληνες θα έπρεπε να διαμένουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή, αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος. Ωστόσο, το 2012 ο συγκεκριμένος νόμος κρίθηκε αντισυνταγματικός από το Συμβούλιο της Επικρατείας.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το Ν. 3852/2010, συγκροτούνται τα Συμβούλια Ένταξης Μεταναστών (ΣΕΜ) ως συμβουλευτικό όργανο των Δήμων για την ενίσχυση της ένταξης των μεταναστών στην τοπική κοινωνία. Ο βασικός τους ρόλος είναι η καταγραφή και διερεύνηση προβλημάτων που απασχολούν τους μόνιμους μετανάστες, η ανάπτυξη τοπικών δράσεων που προωθούν την ομαλή κοινωνική ένταξη των μεταναστών, η ευαισθητοποίηση κι ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής του τοπικού πληθυσμού κι η οργάνωση συμβουλευτικών υπηρεσιών από τις Δημοτικές Υπηρεσίες (Λιναρδής, 2011). Ωστόσο, σε λίγους μόνο Δήμους συγκροτήθηκαν και απέκτησαν έναν ενεργό και ουσιαστικό ρόλο.

Με το νέο Κώδικα Μετανάστευσης και Κοινωνικής Ένταξης (νόμος 4251/2014) εντάσσονται ρυθμίσεις όπως η μείωση του εισοδηματικού κριτηρίου στα μέλη της οικογένειας, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ανανέωση της άδειας διαμονής, η μείωση του ποσού των απαιτούμενων παράβολων, αλλά και προστίμων (άρθρο 132 και άρθρο 23 του νόμου 4251/2014), καθώς και η ανανέωση των αδειών διαμονής για τρία (3) έτη, με απαραίτητη ωστόσο την προσκόμιση του θεωρημένου βιβλιαρίου υγείας (Μάνος και συν. 2017).

Με το Νόμο 4332/2015, κατοχυρώνονται ευνοϊκότερες συνθήκες για τους μετανάστες δεύτερης γενιάς. Τα παιδιά των μεταναστών που γεννιούνται στην Ελλάδα αποκτούν δικαίωμα κτήσης της ελληνικής ιθαγένειας με δήλωση και αίτηση, λόγω γέννησης και φοίτησης σε σχολείο στην Ελλάδα. Ο νόμος εισάγει το δικαίωμα κτήσης της ελληνικής ιθαγένειας από παιδιά αλλοδαπών που γεννήθηκαν στην Ελλάδα με την προϋπόθεση της εγγραφής τους στην Α' τάξη του Δημοτικού και της συνέχισης παρακολούθησης του σχολείου και σε συνδυασμό με τη συνεχή νόμιμη διαμονή του ενός από τους γονείς του για πέντε χρόνια, πριν από τη γέννησή τους. Περιέχει, επίσης, διατάξεις που αφορούν την κτήση της ιθαγένειας, όχι μόνο από τα παιδιά των μεταναστών που γεννήθηκαν εδώ, αλλά και για όσα έχουν απολυτήριο ελληνικού Λυκείου και είναι απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ, καθώς και για τα παιδιά που έχουν φοιτήσει εννιά χρόνια σε ελληνικό σχολείο.

Παράλληλα, το 2016, θεσπίστηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των αιτούντων και δικαιούχων διεθνούς προστασίας (Ν.4368/2016, Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016).

Παρατηρήσεις

Το φαινόμενο της μετανάστευσης έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια και εξακολουθεί να την απασχολεί, καθώς συνεχίζεται η μεγάλη εισροή μεταναστών (συμπεριλαμβανομένων προσφύγων κι αιτούντων άσυλο). Τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν συνοπτικά από επίσημες καταγραφές που έγιναν από κρατικούς και μη φορείς, δείχνουν ότι οι Αλβανοί αποτελούσαν και συνεχίζουν να

αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των αλλοδαπών στην Ελλάδα. Υπάρχουν περισσότερα στοιχεία για τα έτη πριν το 2008, καθώς τα στοιχεία των τελευταίων ετών και τα δεδομένα της απογραφής είναι ακόμα σε επεξεργασία και δεν έχουν αποτελέσει αντικείμενο μεγαλύτερων μελετών. Το ίδιο ισχύει και για τα δεδομένα που αναφέρουν εκροή των οικονομικών μεταναστών προς άλλες χώρες του εξωτερικού, μετά το 2011. Τα στοιχεία για μετανάστες δεύτερης γενιάς, καθώς και για τους πρόσφυγες αποτελούν ξεχωριστό αντικείμενο μελέτης, και για αυτό το λόγο μόνο κάποια αδρά στοιχεία παρουσιάστηκαν στην ενότητα αυτή.

Βασικό χαρακτηριστικό της μετανάστευσης από την Αλβανία, είναι η εγκατάσταση ολόκληρων οικογενειών στην Ελλάδα, για λόγους κυρίως εργασίας με στόχο τη μόνιμη και όχι προσωρινή κατοικία. Εστιάζοντας περισσότερο στις Κυκλάδες, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες, αποτέλεσαν έναν από τους βασικούς προορισμούς Αλβανών μεταναστών, κυρίως λόγω της δυνατότητας που υπήρχε για ανεύρεση ανειδίκευτης εργασίας. Οι περισσότεροι άντρες μετανάστες απασχολούνταν στον κατασκευαστικό τομέα (σε οικοδομικές εργασίες), ενώ οι γυναίκες κυρίως ως οικιακοί βοηθοί.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση που επηρέασε σε σημαντικό βαθμό και τον τομέα των οικοδομικών έργων, είχε σημαντικό αντίκτυπο και στη λειτουργία της Αλβανικής οικογένειας (όπως παρουσιάζεται και στην επόμενη ενότητα). Τα τελευταία έτη, φαίνεται να υπάρχει η τάση επιστροφής προς την Αλβανία κάποιων μελών της οικογένειας, τάση ίσως αρκετά μικρότερη για τα νησιά, σε σχέση με άλλες περιοχές της Ελλάδας, καθώς λόγω του τουρισμού υπάρχει η δυνατότητα απασχόλησης των μεταναστών και σε άλλους τομείς. Επίσης, η πτώση που σημειώθηκε στον κατασκευαστικό τομέα στην Ελλάδα (στον οποίο απασχολούνταν κυρίως οι Αλβανοί), φαίνεται να επηρέασε και νησιά όπως η Πάρος, παρότι σε μικρότερο ίσως βαθμό σε σχέση με άλλες περιοχές. Οι παρατηρήσεις αυτές είναι κυρίως εμπειρικές, καθώς ουσιαστικά δεν υπάρχουν επίσημα καταγεγραμμένα στοιχεία για τον επαναπατρισμό ή τη μετανάστευση Αλβανών από τις Κυκλάδες προς άλλες χώρες του εξωτερικού.

Στη συνέχεια θα επικεντρωθούμε αναλυτικότερα στα χαρακτηριστικά της Αλβανικής μετανάστευσης.

1.2. Ιστορικά και κοινωνικο-ανθρωπολογικά χαρακτηριστικά της Αλβανικής μετανάστευσης

Οι περισσότερες αναφορές στην ιστορία της Αλβανίας εστιάζουν στα μεγάλα διαστήματα πολέμων, την επίδραση του κομμουνιστικού καθεστώτος, τα σημαντικά μεταναστευτικά ρεύματα, και τη συνεχή προσπάθεια διατήρησης της εθνικής ταυτότητας, υπό τις συνθήκες αυτές (Vullnetari, 2007). Η ανεξαρτησία της Αλβανίας αναγνωρίστηκε επίσημα το 1913 μετά από 500 έτη τουρκοκρατίας. Ήδη από το 19ο αιώνα η Αλβανία αναδεικνύεται σε χώρα με σημαντική μεταναστευτική ιστορία. Από τότε οι Αλβανοί μετανάστευαν κυρίως στη Μικρά Ασία, τη Ρουμανία, τη Βόρεια Αφρική (Αίγυπτο), ενώ από τις αρχές του 20ου αιώνα ξεκίνησε η μετανάστευση προς τις ΗΠΑ, την Αργεντινή και την Αυστραλία (Civici et al., 1999). Η ύφεση της αγροτικής οικονομίας, η έλλειψη βιομηχανικής ανάπτυξης κι εκμετάλλευσης των φυσικών πόρων, είχαν ως αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού λόγω των συνθηκών φτώχειας, να αναγκάζεται να μεταναστεύσει (IOM, 2005). Η πολιτική αβεβαιότητα σε συνδυασμό με την οικονομική ύφεση, οδήγησαν κατά τη διάρκεια των ετών 1923-1939, το 12% του πληθυσμού στη μετανάστευση, κυρίως σε βιομηχανοποιημένες χώρες. Μετά τη Ναζιστική κατοχή, η χώρα έγινε Κομμουνιστικό κράτος, η Λαϊκή Δημοκρατία της Αλβανίας (που μετονομάστηκε σε «Λαϊκή Σοσιαλιστική Δημοκρατία της Αλβανίας» το 1976), υπό την ηγεσία του Ενβέρ Χότζα και του Κόμματος Εργασίας της Αλβανίας, με στοιχεία απολυταρχίας. Τα έτη 1945-1990 μετανάστευσαν περίπου 20.000 Αλβανοί. Η οικονομική μετανάστευση τότε απαγορευόταν από τις αρχές της χώρας, καθώς θεωρήθηκε ως ανικανότητα του συστήματος να προσφέρει στους εργάτες εξασφαλισμένη μόνιμη εργασία στις περιφερειακές γεωγραφικές κοινότητες (IOM, 2005). Παράλληλα, υπήρξε μεγάλη εκμετάλλευση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της παραγωγής (King et al., 1998). Σε αυτό το πλαίσιο, το κομμουνιστικό καθεστώς αντιμετώπιζε τη μετανάστευση ως εγκληματική πράξη, προδοσία ενάντια στο κράτος, που έπρεπε να τιμωρηθεί με βαριές ποινές φυλάκισης και θανάτου, καθιστώντας τη χώρα ως το πιο κλειστό και απομονωμένο κράτος του ανατολικού μπλοκ (Vullnetari, 2007). Η μόνη διέξοδος προς τη Δύση, φαίνεται να ήταν η παράνομη παρακολούθηση ιταλικών καναλιών, σύμφωνα με τον Mai (2001).

Οι συνθήκες αυτές μεταβλήθηκαν μετά την πτώση του «κομμουνιστικού καθεστώτος» του Ενβέρ Χότζα (1945-1990), οπότε και ακολούθησε περίοδος πολιτικών και κοινωνικών αναταράξεων μέχρι το 1992, με την εκλογή του δημοκρατικού κόμματος (υπό την ηγεσία του Σαλί Μπερίσα). Από το 1990, η μετανάστευση γίνεται ένα από τα βασικά κοινωνικά και πολιτικά φαινόμενα που χαρακτηρίζουν την Αλβανία (IOM, 2005), με το ένα τέταρτο περίπου του πληθυσμού να μεταναστεύει (σε σύνολο πληθυσμού μόλις περίπου 3.000.000 κατοίκων) μέχρι το 2004, με αρχικούς προορισμούς, κυρίως την Ιταλία και στη συνέχεια την Ελλάδα. Με την Αλβανία να είναι μια από τις φτωχότερες χώρες της Ευρώπης, 25.4% του πληθυσμού να ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας, η μετανάστευση ήταν ένας σημαντικός μηχανισμός επιβίωσης (IOM, 2008). Η Ελλάδα ήταν μια προτιμώμενη χώρα μετανάστευσης, λόγω της εγγύτητας με την Αλβανία, της ευκολίας πρόσβασης και των ιστορικών δεσμών των δύο χωρών. Αρχικά φαίνεται ότι ήταν πρώτη στις προτιμήσεις, κυρίως από κατοίκους περιοχών της Νότιας και Νοτιοανατολικής Αλβανίας, όπου κατοικούσαν στην πλειοψηφία τους Αλβανοί Χριστιανοί Ορθόδοξοι κι ελληνικής καταγωγής (IOM, 2008).

Μεγάλο κύμα μαζικής μετανάστευσης παρατηρήθηκε επίσης κατά τα έτη 1996-1997, μετά την κατάρρευση των «πυραμιδικών σχημάτων», με τους Αλβανούς να χάνουν περίπου 1.2 δισεκατομμύρια δολάρια καταθέσεων (σχεδόν το 50% του ΑΕΠ, Barjaba, 2004), ενώ ακολούθησε αναρχία κι ανομία. Διαφορετικές πηγές δείχνουν ότι περίπου 100.000 Αλβανοί έφυγαν από τη χώρα εκείνο το έτος (Kule et al., 2002). Παράλληλα, παρατηρείται εισροή Ελλήνων ομογενών από την Αλβανία, οι οποίοι καταχωρούνται ως «Βορειοηπειρώτες». Πρόκειται για Αλβανούς πολίτες, οι περισσότεροι από τους οποίους εντάσσονται στα μέλη της ελληνικής εθνικής μειονότητας της νότιας Αλβανίας και οι οποίοι θεωρούνται ότι είναι ελληνικής εθνικότητας κι αλβανικής υπηκοότητας. Από την πλευρά του ελληνικού κράτους αναγνωρίζονται ως ομογενείς και φέρουν Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (Μάνος και συν., 2017).

Έτσι, αρχικά, οι βασικοί λόγοι της αλβανικής μετανάστευσης, υπό τις επικρατούσες πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες, ήταν οι φτωχές συνθήκες διαβίωσης, η ελλιπής ιατρική περίθαλψη, η έλλειψη ασφάλειας κι ασφάλισης στην Αλβανία (IOM 2008), ενώ στη βιβλιογραφία αναφέρονται και λόγοι που συνδέονται

με πολιτισμικά και μορφωτικά κίνητρα, κι αργότερα η οικογενειακή επανένωση (Barjaba, 2004).

Επομένως, τουλάχιστον στην αρχή, η μετανάστευση προέκυψε ως μια λύση ανάγκης σε άμεσα προβλήματα και όχι σαν μια μακροπρόθεσμη επιλογή ζωής και κατά συνέπεια θα μπορούσε να αντιστραφεί οποιαδήποτε στιγμή (Kazazi & Lambrianidis, 2006). Η μετανάστευση φαίνεται όμως ότι ήταν πανάκεια για πολλές οικογένειες (Labrianidis & Hatziprokopiou, 2005), ενώ μια οικογένεια στην Αλβανία θεωρούνταν φτωχή αν ένα τουλάχιστο μέλος της δεν είχε μεταναστεύσει στο εξωτερικό (Carletto et al., 2004).

Αρκετοί Αλβανοί μετανάστευαν χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα, με καταγραφές να δείχνουν ότι ποσοστό 60% των νόμιμων μεταναστών στην Ελλάδα και 64% των παράνομων κατά την περίοδο 1999-2002 ήταν Αλβανοί (Kanelloroulos et al, 2006), ενώ το ποσοστό των νόμιμων αυξήθηκε σταδιακά μετά το 2002 (Maroukis, 2008). Σε περιόδους μαζικών απελάσεων, φαίνεται ότι μεγάλα ποσοστά Αλβανών πήγαιναν στην Αλβανία κι επέστρεφαν στην Ελλάδα, με πολλούς από αυτούς να εγκαθίστανται τελικά μόνιμα στη χώρα μας (Labrianidis & Lyberaki, 2001, Maroukis, 2008).

Από το 2000 και μετά, ακολούθησε περίοδος με σταθεροποίηση του κύματος της μετανάστευσης προς το εξωτερικό, χωρίς μεγάλης έκτασης μαζικές κινήσεις, ενώ παράλληλα το νομικό καθεστώς που αναπτύχθηκε στις χώρες υποδοχής, επέτρεπε τη νόμιμη μετανάστευση και για εποχιακή εργασία ή οικογενειακή επανένωση (Vullnetari, 2007). Στον Πίνακα 3 φαίνεται ο αριθμός των μεταναστών που έμεναν στο εξωτερικό κατά τα έτη 1999 και 2005.

Πίνακας 3

Αριθμός Αλβανών που διέμεναν στο εξωτερικό κατά τα έτη 1999 και 2005

| Χώρα | 1999 | 2005 |
|------------------|----------------|------------------|
| Ελλάδα | 500,000 | 600,000 |
| Ιταλία | 200,000 | 250,000 |
| Αμερική | 12,000 | 150,000 |
| Ηνωμένο Βασίλειο | 5,000 | 50,000 |
| Γερμανία | 12,000 | 15,000 |
| Καναδάς | 5,000 | 11,500 |
| Βέλγιο | 2,500 | 5,000 |
| Τουρκία | 1,000 | 5,000 |
| Γαλλία | 2,000 | 2,000 |
| Αυστρία | 2,000 | 2,000 |
| Ελβετία | 1,000 | 1,500 |
| Ολλανδία | - | 1,000 |
| Σύνολο | 742,500 | 1,093,000 |

Πηγή: Barjaba (2004).

Αρχικά η μετανάστευση αφορούσε κυρίως τους άντρες, ενώ από το 2000 και μετά αυξήθηκε σταδιακά ο αριθμός των γυναικών που έφευγαν από την Αλβανία για λόγους επανένωσης με την οικογένεια, μαζί με τα παιδιά. Μέχρι το 2009 σχεδόν ένα εκατομμύριο Αλβανοί είχαν μεταναστεύσει, που αποτελούσαν το 35% του ενεργού πληθυσμού (King & Vullnetari, 2009). Το 2009 οι Αλβανοί στην Ελλάδα αποτέλεσαν τη μεγαλύτερη Αλβανική κοινότητα στην Ευρώπη (Kasimati et al., 2009).

Οικονομικά στοιχεία δείχνουν ότι το 68% των μεταναστών μέχρι το 2008, έστειλαν εμβάσματα στην Αλβανία (IOM, 2008). Οι αποδέκτες ήταν κυρίως οι γονείς του αποστολέα, τα παιδιά και η σύζυγος, ενώ ακολουθούσε η ευρύτερη οικογένεια. Σε άλλες περιπτώσεις χρήματα επενδύονταν σε ανακαινίσεις και αγορές σπιτιών.

Μετά το 2007, περίοδος που συμπίπτει με την έναρξη της οικονομικής κρίσης στα κράτη στα οποία είχαν μεταναστεύσει οι Αλβανοί, φαίνεται ότι σταδιακά αυξανόταν ο αριθμός των μεταναστών που πηγαينوέρχονταν μεταξύ Αλβανίας και Ελλάδας-Ιταλίας, ενώ κάποιοι επέλεξαν να επιστρέψουν στην

Αλβανία (Kilic et al., 2007). Η διατήρηση των δεσμών με τη χώρα καταγωγής και οι νέες συνθήκες στη χώρα μετανάστευσης αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για την «κυκλικότητα» που χαρακτηρίζει την Αλβανική μετανάστευση (INSTAT & IOM, 2014). Ωστόσο, για πολλούς Αλβανούς η επιστροφή στη χώρα καταγωγής φαίνεται να είχε προσωρινό χαρακτήρα, καθώς τα στοιχεία δείχνουν μια διαρκή κυκλική μεταναστευτική πορεία, παρά μια μόνιμη συνθήκη (Μάνος και συν. 2017).

Σύμφωνα με έρευνα της Στατιστικής Υπηρεσίας της Αλβανίας και του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης, 133.544 Αλβανοί μετανάστες, άνω των 18 ετών επέστρεψαν στην Αλβανία κατά την περίοδο 2009-2013 (53% κατά τη διάρκεια των ετών 2012 και 2013), 73% εκ των οποίων άντρες και 27% γυναίκες (INSTAT & IOM, 2014). Στον Πίνακα 4 φαίνονται οι χώρες τελευταίας μετανάστευσης από τις οποίες επέστρεψαν οι Αλβανοί και ο μέσος όρος των ετών που έζησαν εκεί (INSTAT & IOM, 2014). Ο κύριος λόγος μετανάστευσης από την Ελλάδα προς την Αλβανία φαίνεται να ήταν η οικονομική κρίση, που συνδέεται με την ανεργία και την ύφεση στον κατασκευαστικό τομέα, τον τουρισμό και την αγροτική οικονομία, τομείς απασχόλησης των Αλβανών.

Πίνακας 4

Χώρες τελευταίας μετανάστευσης και μέσος χρόνος παραμονής εκεί πριν την επιστροφή στην Αλβανία

| | Ποσοστό επί του συνόλου των Αλβανών που επέστρεψαν στην Αλβανία | Μέσος χρόνος παραμονής (έτη) |
|-----------------|--|-------------------------------------|
| Ελλάδα | 70,8 | 7,0 |
| Ιταλία | 23,7 | 4,3 |
| Αγγλία | 1,6 | 4,1 |
| Γερμανία | 1,1 | 6,0 |
| ΗΠΑ | 0,6 | 4,2 |
| Άλλο | 2,2 | 4,1 |
| Σύνολο | 100,0 | 6,2 |

Βασικό χαρακτηριστικό της Αλβανικής μετανάστευσης είναι ο διεθνοποιημένος/υπερεθνικός χαρακτήρας, όπως περιγράφεται από τη Μιχαήλ (2014). Ο υπερεθνισμός ή διεθνοποίηση (transnationalism) κατά τον Mintz (1998), σημαίνει τη μελέτη ομάδων ανθρώπων σε κίνηση, ενώ αποτελεί βασικό τρόπο κατανόησης των μεταναστευτικών πρακτικών (Vertonec, 2010). Πρόκειται για «υπερεθνικές κοινότητες» που φαίνονται να εκτείνονται σε περισσότερα από δύο κράτη (Kearney, 1995). Στο πλαίσιο αυτό, και λόγω της εγγύτητας της χώρας υποδοχής με τη χώρα προέλευσης, οι μετανάστες εξακολουθούν να έχουν συχνή επαφή με τη χώρα προέλευσης, διατηρώντας τους δεσμούς, κάνοντας συχνές επισκέψεις, στέλνοντας εμβάσματα, κάνοντας αγορές ακινήτων (Michael, 2013). Αυτό συμβαίνει με τέτοιο τρόπο που φαίνεται ότι η κοινότητα αποστολής με την κοινότητα υποδοχής αποτελούν μια ενιαία αρένα δράσης κατά τον Margolis (1995) και η αίσθηση του «ανήκειν» αναφέρεται και στις δύο κοινότητες (Levitt, 1998). Όπως σχολιάζει η Μιχαήλ (2014), *«ο υπερεθνισμός συνεπάγεται μια σειρά πρακτικών, αλλά και συναισθηματικών συμβιβασμών κι αλλαγών στη ζωή και την ταυτότητα του μετανάστη. Αυτές οι αλλαγές είναι βαθιές και υπόκεινται σε συνεχή διαπραγματεύση, τόσο ατομική, όσο και συλλογική, δηλαδή στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας. Στο πλαίσιο της οικογένειας ο «υπερεθνισμός», η «ταυτότητα» και το «ανήκειν» αποτελούν έμφυλες και υποκειμενικές διαστάσεις»* (Μιχαήλ, 2014: 20).

Χαρακτηριστικό της Αλβανικής μετανάστευσης στην Ελλάδα, όσον αφορά τον τρόπο αποδοχής των μεταναστών από την ελληνική κοινωνία, είναι ότι αρχικά οι Αλβανοί έγιναν αποδέκτες ρατσιστικών συμπεριφορών και στίγματος. Συχνές αναφορές γίνονταν, όσον αφορά την ταύτιση των Αλβανών με το έγκλημα και την παραβατικότητα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 (Μάνος και συν. 2017). Παρότι η εικόνα αυτή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης φαίνεται να άλλαξε σταδιακά, υπάρχουν ακόμη τέτοιου είδους στερεότυπα. Ο σχολικός εκφοβισμός σε παιδιά Αλβανών αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό, που παρότι ίσως έχει μειωθεί σε σχέση με παλιότερα, εξακολουθεί να υφίσταται.

Από την άλλη πλευρά, οι Αλβανοί μετανάστες προσπαθούν να ενσωματωθούν στις τοπικές κοινότητες, αναζητώντας τρόπους ταυτοποίησης, τόσο με τη χώρα καταγωγής, όσο και με τη χώρα μετανάστευσης (Antoniou & Dalla, 2009), παρά το γεγονός ότι αντιμετώπισαν έντονο στίγμα. Οι Αλβανοί δείχνουν να

διαπραγματεύονται τη θέση και την ταυτότητα τους στην κοινότητα, σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (επενδυτικές στρατηγικές), με τη δεύτερη γενιά να κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια για μόνιμη εγκατάσταση κι ενσωμάτωση στην ελληνική κοινωνία. Χαρακτηριστική είναι η σύνδεση της χρήσης της ελληνικής γλώσσας από τη δεύτερη γενιά μεταναστών με ζητήματα ταυτότητας και αυτοεκτίμησης και μείωση της πιθανότητας να γίνουν αποδέκτες ρατσιστικών συμπεριφορών (Μιχαήλ, 2010).

Οι στρατηγικές ενσωμάτωσης που φάνηκε να εφαρμόζουν οι Αλβανοί, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού και ρατσισμού και να πετύχουν μεγαλύτερα ποσοστά αποδοχής, αναπτύσσονται, σύμφωνα με την προσέγγιση από την Μιχαήλ (2010, 2014) σε δύο επίπεδα, στο ιδιωτικό και το δημόσιο. Έτσι στο πρώτο επίπεδο, παρατηρούμε αλλαγές στο οικογενειακό πλαίσιο, με τις παραδοσιακές αρχές και τους έμφυλους ρόλους να αμφισβητούνται σταδιακά, από τις γυναίκες κυρίως και τα παιδιά, ειδικά μετά την οικογενειακή επανένωση, και να υιοθετούνται πιο «λειτουργικές προσαρμογές» (Ζάχου & Καλεράντε, 2009:221). Η αλλαγή αυτή εντείνεται και λόγω της οικονομικής κρίσης που επέφερε μεταβολές στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, με τις γυναίκες συχνά να φέρνουν το βασικό εισόδημα στην οικογένεια, ενώ οι άντρες να είναι άνεργοι και την αλλαγή στη νοοτροπία των Αλβανών δεύτερης γενιάς, που έχουν μεγαλώσει στην Ελλάδα (Μιχαήλ, 2014). Σε δημόσιο επίπεδο, υιοθετούνται στρατηγικές ενσωμάτωσης όπως η μετονομασία, η βάπτισή-αλλαγή θρησκευματος (Hart, 1999, Hatziprokopiou, 2003, Pratsinakis, 2005, Αλεξάκης, 2006), η σταδιακά αυξανόμενη χρήση της ελληνικής γλώσσας (Νιτσιάκος, 2002, Gogonas, 2009, Michael, 2009), πρακτικές που φαίνεται να επιδιώκουν τη μετατόπιση των ορίων μεταξύ Αλβανικής κι Ελληνικής ταυτότητας (Κόκκαλη, 2011, Μιχαήλ, 2010, Pratsinakis, 2005).

Για τη δεύτερη γενιά Αλβανών μεταναστών, τα πράγματα είναι διαφορετικά, καθώς διεκδικούν την ενσωμάτωση τους με άλλους όρους, λόγω της εκπαίδευσης τους σε ελληνικά σχολεία (Μιχαήλ, 2010), και της μεγάλης σημασίας που φαίνεται να δίνουν οι Αλβανοί γονείς στο επίπεδο μόρφωσης των παιδιών τους (Michael, 2009). Ο μεγάλος αριθμός Αλβανών στα ελληνικά σχολεία, είναι ενδεικτικός τόσο της επιλογής από πλευράς των γονιών της Ελλάδας ως χώρας μόνιμης εγκατάστασης και

ταυτόχρονα της επιδίωξης να έχουν τα παιδιά τους καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης και καλύτερη ποιότητα ζωής (Gogonas, 2009).

Προς την ίδια κατεύθυνση, σύμφωνα με τους Μάνος και συν. (2017), μέσα από την εξέταση ερευνητικών δεδομένων, φάνηκε ότι υπήρξαν τελικά σημαντικά στοιχεία προόδου σε ό,τι αφορά στην ενσωμάτωση και κοινωνική ένταξη των Αλβανών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία-χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δε χρειάζεται να γίνουν περαιτέρω βελτιώσεις. Έτσι η παραμονή τους στην Ελλάδα για αρκετά χρόνια (πάνω από δύο δεκαετίες), η σταθερή επαγγελματική τους δραστηριοποίηση, η ρύθμιση των διαδικασιών με τις οποίες πιστοποιείται η νόμιμη παρουσία τους, η δημιουργία οικογένειας, η φοίτηση των παιδιών τους σε ελληνικά σχολεία αποτελούν δείγματα ένταξης κι ενσωμάτωσης (Μάνος και συν. 2017).

Σύμφωνα με σχετική μελέτη για την Αλβανική μετανάστευση, φαίνεται μια σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στην πρώτη και τις επόμενες γενιές ως προς την εθνική τους ταυτότητα (Μάνος και συν. 2017). Έτσι, ενώ η πρώτη γενιά ήταν αυτή που προσπάθησε σημαντικά να διατηρήσει την εθνική της ταυτότητα (παράδειγμα αποτελεί και η δημιουργία τοπικών συλλόγων), η δεύτερη γενιά δε φαίνεται να έχει σημαντική σχέση με αυτές τις διαδικασίες συγκρότησης συλλογικής ταυτότητας. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η δημιουργία συλλόγων είναι κάτι που δεν αφορά τους νέους, καθώς θεωρούν ότι πρόκειται για μια κίνηση συσπείρωσης σε μια εθνική ταυτότητα που γνώρισαν σε μικρό βαθμό. Τέλος οι μεγαλύτερες ηλικίες, οι οποίες εμφανίζονται ως μειοψηφία στον πληθυσμό των Αλβανών, έχουν έναν χαμηλότερο βαθμό ένταξης στην ελληνική κοινωνία (Μάνος και συν. 2017).

Οι παραπάνω διαφορές που αφορούν πρώτη και δεύτερη γενιά Αλβανών φαίνονται κι από σχετική μελέτη, σύμφωνα με την οποία, η πρώτη γενιά Αλβανών μαθητών παρουσίασε χαμηλό μέσο όρο βαθμολογίας, διαταραχές και προβλήματα προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον, σε αντίθεση με τους μαθητές δεύτερης γενιάς, οι οποίοι παρουσιάζουν καλύτερες σχολικές επιδόσεις, και μεγαλύτερο βαθμό σχολικής αφομοίωσης κι ένταξης (Παυλόπουλος και συν., 2009, Παλαιολόγου & Ευαγγέλου, 2013).

Η σχολική επιτυχία κατέχει θέση σημαντικής αξίας στην αλβανική οικογένεια και γίνεται κατανοητή ως ένα μέσο ένταξης, ενσωμάτωσης και κοινωνικής ανέλιξης

(Παλαιολόγου & Ευαγγέλου, 2013). Η αντίληψη για τη σχολική επιτυχία περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως η ανταπόκριση των παιδιών στις απαιτήσεις των σχολικών υποχρεώσεων, η κατάκτηση των στόχων που τίθενται από την εκπαιδευτική διαδικασία, η διάκριση για τη διάθεσή τους να κατακτήσουν τη γνώση και να συμμετέχουν ενεργητικά στη μαθησιακή διαδικασία (Μάνος και συν. 2017).

Τέλος η κρίση στην Ελλάδα, φαίνεται ότι επηρέασε σε σημαντικό βαθμό την οικονομική και κοινωνική θέση των Αλβανών μεταναστών, καθώς και τη λειτουργία της Αλβανικής οικογένειας. Έτσι ενώ η Αλβανική οικογένεια στηρίζεται στην πατριαρχία, με το φύλο και την ηλικία να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της οικογενειακής ζωής (με βασικά χαρακτηριστικά της δομής αυτής να είναι οι ισχυροί δεσμοί αίματος και η τιμή της οικογένειας, Kaser 2012, Μιχαήλ 2014), τα δεδομένα αρχίζουν να αλλάζουν με την Αλβανίδα γυναίκα να συμμετέχει πλέον ενεργά στην αγορά εργασίας. Οι γυναίκες άρχισαν να έχουν πιο δυναμικό ρόλο στην οικογένεια, ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομική κρίσης, βρίσκονται να παρέχουν σε κάποιες περιπτώσεις το μοναδικό εισόδημα στο νοικοκυριό, γεγονός που προφανώς είχε επίδραση στα οικογενειακά δυναμικά. Παράλληλα, το γεγονός ότι οι Αλβανίδες μετανάστριες στην Ελλάδα ζουν πλέον με λιγότερους κοινωνικούς περιορισμούς, σε σχέση με τη χώρα καταγωγής, μπορούν να είναι οικονομικά ανεξάρτητες κι έχουν περισσότερες οικονομικές ευκαιρίες, φέρνει μια μετατόπιση-αλλαγή στο ρόλο τους στην Αλβανική οικογένεια.

Συμπερασματικά, η μετανάστευση αποτελεί φαινόμενο βαθιά συνδεδεμένο με την ιστορία του Αλβανικού λαού, το πολιτικό σύστημα και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν κι επικρατούν στη χώρα καταγωγής τους και τις χώρες εγκατάστασης τους, με την Ελλάδα, να αποτελεί έναν από τους κύριους προορισμούς τους. Τα βασικά στοιχεία της Αλβανικής μετανάστευσης, θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- α) ο διεθνοποιημένος/υπερεθνικός χαρακτήρας και η κυκλικότητα,
- β) η προσπάθεια ενσωμάτωσης των Αλβανών μεταναστών στις τοπικές κοινότητες μέσα από την ανάπτυξη στρατηγικών προσαρμογής,
- γ) η αρχική μετανάστευση ανειδίκευτων κυρίως αντρών για λόγους εργασίας, που εξελίχθηκε στη συνέχεια σε μετανάστευση των γυναικών κι εγκατάσταση ολόκληρων οικογενειών,

δ) ο προσωρινός αρχικά χαρακτήρας της μετανάστευσης (ως λύση άμεσης ανάγκης), η μονιμότητα στην συνέχεια,

ε) ο ιδιαίτερος ρόλος που διαδραμάτισε στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα στην Ελλάδα, ιδιαίτερα σε αγροτικές, μη αστικές περιοχές,

στ) η αντίσταση που αντιμετώπισαν οι Αλβανοί μετανάστες από την πλευρά της ελληνικής κοινότητας για ενσωμάτωση τους, με στάσεις ρατσισμού και κοινωνικού αποκλεισμού,

ζ) η ιδιαίτερη διαδικασία ενσωμάτωσης που χαρακτηρίζει τους μετανάστες δεύτερης γενιάς,

η) η σύνδεση της με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και τις συνέπειες της στα δυναμικά του οικογενειακού συστήματος, τη διαδικασία ενσωμάτωσης στην τοπική κοινότητα και τα σχέδια για το μέλλον.

1.3. Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μεταναστών

1.3.1. Η συμβολή της Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής

Προκειμένου να διερευνηθούν ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία μεταναστών, είναι σημαντικό να κατανοήσει κανείς και την επίδραση των ιδιαίτερων πολιτισμικών στοιχείων σε διάφορες πτυχές που αφορούν την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας. Η συμβολή της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής σε αυτό ήταν καθοριστική, από τη στιγμή που καθιερώθηκε ως έννοια και κλάδος της ψυχιατρικής από τον ψυχαναλυτή Wittkower (1996), ο οποίος εστίασε στη σημασία του να λαμβάνει κανείς υπόψη το πολιτισμικό υπόβαθρο, τόσο στη θεωρία, όσο και στην κλινική πρακτική στην ψυχιατρική (ίδρυση του αντίστοιχου τμήματος στο Πανεπιστήμιο McGill του Μόντρεαλ). Συχνά χρησιμοποιούνται κι άλλοι όροι, αντί για διαπολιτισμική ψυχιατρική, όπως συγκριτική, οικολογική, εθνοψυχιατρική ή πολιτισμική ψυχιατρική (Okpaku, 1998).

Βασικοί στόχοι της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής, όπως αρχικά ορίστηκαν από τον Wittkower (1966, p. 228) είναι οι παρακάτω:

α. διερεύνηση ομοιοτήτων-διαφορών του ιδιαίτερου τρόπου εκδήλωσης της ψυχικής ασθένειας σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια,

β. αναγνώριση πολιτισμικών παραγόντων που σχετίζονται με παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες για εκδήλωση ή όχι της ψυχικής ασθένειας,

γ. εκτίμηση των επιδράσεων των πολιτισμικών παραγόντων στη συχνότητα εκδήλωσης και τη φύση των ψυχικών διαταραχών,

δ. μελέτη του είδους των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται ή προτιμώνται σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια,

ε. σύγκριση των διαφορετικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια σε διαφορετικούς πολιτισμούς.

Ο Kleinman (1977) σε μια προσπάθεια να επαναπροσδιορίσει έννοιες που σχετίζονται με τη διαπολιτισμική ψυχιατρική, τόνισε τη σημασία να ληφθούν υπόψη τα τοπικά νοήματα και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτά, προκειμένου να γίνουν διαπολιτισμικές συγκρίσεις, και να εκτιμηθεί η ψυχοπαθολογία, ενώ τόνισε την ανάγκη σύνδεσης με την ιατρική ανθρωπολογία.

Σε μια ανασκόπηση των όρων και της μεθοδολογίας της Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής ο Okraqu (1998) καταλήγει ότι ανεξάρτητα από τις εννοιολογικές διαφοροποιήσεις και τους ορισμούς που έχουν δοθεί, αυτό που έχει σημασία είναι να κατανοήσει κανείς ότι ο πολιτισμός αποτελεί το αποτύπωμα της ζωής, που μεταδίδεται με μη-γενετικό τρόπο από τη μια γενιά στην άλλη. Ο πολιτισμός περιλαμβάνει τις συνήθειες, τις ιδέες, τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, τις στάσεις, τις αξίες και τις συμπεριφορές που απορρέουν από αυτά κι επιδρά εν τέλει στον τρόπο έκφρασης των συμπτωμάτων, τη διαφοροποίηση του φυσιολογικού και μη, τη στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τις θεραπείες, την ανταπόκριση στη θεραπεία (Okraqu, 1998).

Με μια κριτική ματιά, οι Γκιωνάκης & Στυλιανίδης (2014) τόνισαν τους περιορισμούς της εθνοψυχιατρικής προσέγγισης, η οποία παρέμεινε εγκλωβισμένη σε απαρχαιωμένα ερμηνευτικά πρότυπα της σχέσης μεταξύ κουλτούρας και ψυχικής διαταραχής. Ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της εθνοψυχιατρικής θεωρείται αναγκαίος, προκειμένου να εμπεριέξει την έννοια της κουλτούρας ως ένα σύνολο διασυνδέσεων "μεταξύ σημαινόντων και μορφών που τις μεταφέρουν και μεταξύ των ατόμων" (Hannerz, 1998). Οι ίδιοι συγγραφείς καταλήγουν: "η υποδοχή, κατανόηση, συνάντηση, φροντίδα της ψυχικής υγείας του Άλλου, μας οδηγεί, στη σημερινή συγκυρία της παγκοσμιοποίησης, να σκεφτούμε διαφορετικά την "πολιτισμική ταυτότητα". Μέσα σε αυτή την πολυεπίπεδη συνάντηση με "τον Άλλο" δε μπορούν να υπάρξουν κοινής αποδοχής ερμηνευτικές γραμμές του ασυνειδήτου των ατόμων ή των ομάδων, ανεξάρτητα από το πλαίσιο στο οποίο ζουν, υπάρχουν και σχετίζονται με τους άλλους." (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2014:464).

1.3.2. Μετανάστευση και διαμόρφωση ψυχο-πολιτισμικής ταυτότητας

Ο Erikson (1987), στο πλαίσιο των θεωριών που ανέπτυξε για την ψυχονοητική εξέλιξη του παιδιού, δουλεύοντας στενά και με ανθρωπολόγους, έδωσε έμφαση στη διαμόρφωση της ταυτότητας, μέσα από κοινωνικές και πολιτισμικές επιδράσεις (Eleftheriadou, 2010). Αναγνώρισε την επίδραση της ιστορίας, της γεωγραφίας και του πολιτισμού στον τρόπο ζωής και την ανατροφή ενός παιδιού. Η ταυτότητα αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια που περιέχει στοιχεία αναπτυξιακά (γονεϊκές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις και ταυτίσεις), ιδιοσυγκρασιακά, και πολιτισμικά (Eleftheriadou, 2010).

Οι επιδράσεις στη διαμόρφωση της ψυχοπολιτισμικής ταυτότητας και οι ιδιαιτερότητες που αφορούν τους μετανάστες, μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω (Eleftheriadou, 2010):

α) Πολιτισμικές αξίες, πιστεύω και προσδοκίες

Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει το συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει κανείς και τον τρόπο που διαφοροποιείται από κάποιον άλλο, τα ιδιαίτερα δυναμικά, τις υποκοουλτούρες και τις επιδράσεις τους:

- Εμπειρία μετανάστευσης γονέων, σχήματα προσαρμογής, σχέσεις με άλλα άτομα του ίδιου πολιτισμικού υπόβαθρου,
- τρόπος που προσδιορίζεται η κατάλληλη συμπεριφορά/τα όρια που αφορούν την 'αποδεκτή' συμπεριφορά,
- ιεραρχία και λήψη αποφάσεων στην οικογένεια,
- συμπεριφορές, τελετουργίες, υποστηρικτικά συστήματα που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη εθνικότητα,
- συναισθηματικά νοήματα που αποδίδονται σε ιστορικά, θρησκευτικά, πνευματικά μέρη λατρείας,
- μορφολογία του φυσικού περιβάλλοντος κι η αρχιτεκτονική υποδομή του τόπου καταγωγής,
- πιθανές επιδράσεις του κλίματος σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο.

β) Οικογένεια

Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Αξίες, συμπεριφορές που ορίζονται ως 'αποδεκτές', κύκλος ζωής της οικογένειας,
- παραδοσιακές αξίες που χρησιμοποιεί η οικογένεια, όπως μεταφέρθηκαν από γενιά σε γενιά,
- αξίες εν ισχύ, αξίες που έχουν αλλάξει ή/ και απορριφθεί,
- στρεσογόνοι παράγοντες κι απώλειες για το άτομο και την οικογένεια (βαθμός που επιτρέπεται να συζητιούνται αυτά τα ζητήματα με άλλα μέλη της οικογένειας),
- οργάνωση της οικογένειας (για παράδειγμα πώς διαμορφώνονται οι ρόλοι για τα δύο φύλα),
- γειτονιά κι άμεσο περιβάλλον της οικογένειας, βαθμός που λειτουργεί υποστηρικτικά ή διασπαστικά ως προς τα μέλη της.

γ) Γλώσσα

Η διάσταση αυτή αναφέρεται στα παρακάτω:

- Γλώσσες που μιλάει κάθε μέλος της οικογένειας και σε τι επίπεδο - ποια είναι η κύρια γλώσσα που μιλούν με μεγαλύτερη ευχέρεια,
- γλώσσα που σχετίζεται με τη συναισθηματική ζωή του μετανάστη και με σημαντικά στάδια στη ζωή του,
- γλώσσα που συνδέεται με την κοινωνική του ζωή,
- λέξεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν μια συγκεκριμένη κουλτούρα.

δ) Ατομική και πολιτισμική ταυτότητα (στην κοινότητα καταγωγής και στη νέα κοινότητα)

Περιλαμβάνονται τα παρακάτω:

- Αίσθηση/εμπειρία του εαυτού στην κοινότητα καταγωγής και στη νέα κοινότητα,
- διαπροσωπικές επαφές, τρόπος που κανείς σχετίζεται με τους άλλους στις δυο κοινότητες,
- τρόπος που η κοινότητα καταγωγής και η νέα κοινότητα αντιμετωπίζει το άτομο και τις εμπειρίες του (είναι ευπρόσδεκτο; τον απορρίπτει;)

ε) Προσαρμογή

Αναφέρεται στη συνολική εμπειρία στο νέο πολιτισμικό πλαίσιο:

- "Προσαρμογή" για λόγους επιβίωσης στο νέο περιβάλλον ή
- προσαρμογή σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, με ουσιαστική εμπλοκή.

στ) Συνέχεια/ασυνέχεια σε σχέση με το πολιτισμικό πλαίσιο καταγωγής

Αναφέρεται στα παρακάτω:

- Φύση της επαφής που έχει ο μετανάστης με αυτούς που μένουν στη χώρα καταγωγής,
- σχέση με άλλους συγγενείς που επίσης έχουν μεταναστεύσει,
- σχέση με φίλους/συνομηλικούς από την ίδια κουλτούρα, που έχουν μεταναστεύσει.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν σημαντικές διαστάσεις που επιδρούν καθοριστικά στη διαμόρφωση της ψυχοπολιτισμικής ταυτότητας του μετανάστη, και χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη σε οποιαδήποτε μελέτη που αφορά πτυχές της ψυχικής λειτουργίας και κοινωνικής ζωής αυτής της ομάδας πληθυσμού.

1.3.3. Μετανάστευση και ψυχική υγεία

Η σχέση μεταξύ μετανάστευσης και ψυχικής υγείας έχει μελετηθεί πολύ, εξαιτίας των υψηλών ποσοστών ψυχικών διαταραχών (κυρίως σχιζοφρένειας) που είχαν αρχικά παρατηρηθεί σε συγκεκριμένες ομάδες μεταναστών. Συγκεκριμένα, από τις πρώτες κλασσικές μελέτες στον τομέα, είναι η έρευνα που έγινε σε Νορβηγούς μετανάστες στη Μινεσότα, με ευρήματα που έδειχναν σχεδόν διπλάσια ποσοστά σχιζοφρένειας σε αυτή την ομάδα μεταναστών σε σχέση με αυτά των Νορβηγών που ζούσαν στη Νορβηγία (Odegaard, 1932). Επιπρόσθετα, υψηλά ποσοστά επίπτωσης σχιζοφρένειας (περίπου 6 στους 1000) έχουν βρεθεί στους Αφρικανούς από την Καραϊβική μετανάστες στο Ηνωμένο Βασίλειο και συγκεκριμένα στη δεύτερη γενιά μεταναστών, χωρίς να έχει παρατηρηθεί κάτι ανάλογο στη χώρα καταγωγής τους (Harrison et al., 1988).

Άλλες μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν επίσης δείξει υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας σε ομάδες μεταναστών σε σχέση με τους γηγενείς, όπως για παράδειγμα στη μελέτη των Harrison et al. (1997), σύμφωνα με την οποία, οι μετανάστες πρώτης και δεύτερης γενιάς Αφρο-Καραϊβικής καταγωγής, είχαν οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες για διάγνωση σχιζοφρένειας, συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό στην περιοχή του Νότιγγαμ της Αγγλίας, ενώ ένα χρόνο μετά την έναρξη παρακολούθησή τους σε υπηρεσία ψυχικής υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά υποτροπών, σε σχέση με τους λευκούς και τους Ασιάτες. Επιπρόσθετα, κι οι Ασιατικής καταγωγής μετανάστες σε σχετικές μελέτες που έγιναν εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά ψύχωσης σε σχέση με τους λευκούς γηγενείς (King et al., 1994).

Σε μεταγενέστερες επίσης μεταanalύσεις βρέθηκε ότι το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μετανάστευσης αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση σχιζοφρένειας, τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη γενιά μεταναστών, ενώ δόθηκε έμφαση στη διερεύνηση του τρόπου που οι κοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες επιδρούν στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας (Selten et al, 2007, Cantor-Graae & Selten, J., 2005).

Διαφορετικές ερμηνείες έχουν δοθεί για τα ευρήματα των προαναφερθέντων ερευνών, χωρίς όμως να μπορούν να τεκμηριώσουν οποιουδήποτε τύπου αιτιολογικής σχέσης της διαδικασίας της μετανάστευσης με την εκδήλωση σχιζοφρένειας. Μία υπόθεση που έχει διατυπωθεί είναι ότι πιθανά οι χώρες από τις οποίες έχουν προέλθει οι μετανάστες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας. Κάτι τέτοιο δεν έχει επιβεβαιωθεί από μεγάλης έκτασης μελέτες που έχουν γίνει στον τομέα (Jablensky et al., 1992, Bhugra et al., 1996), καθώς δε φάνηκε να υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας στις χώρες καταγωγής των μεταναστών, σε σχέση με τη χώρα εγκατάστασης. Ωστόσο, δε μπορεί να αποκλειστεί η υπόθεση βιολογικής ευαλωτότητας κάποιων ομάδων πληθυσμών, για τους οποίους, υπό την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, μπορεί να αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης σχιζοφρένειας (Bhugra & Jones, 2001). Άλλη υπόθεση που έχει διατυπωθεί είναι αυτή της επιλεκτικής μετανάστευσης, σύμφωνα με την οποία επιλέγουν να μεταναστεύσουν άτομα με μεγαλύτερη ψυχική ευαλωτότητα. Κάτι τέτοιο όμως επίσης δεν έχει υποστηριχθεί ερευνητικά, ενώ η διαδικασία της μετανάστευσης είναι στρεσογόνα κι απαιτητική σωματικά και ψυχικά, και ίσως τελικά καθιστά δύσκολο για ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια να καταφέρει να ανταπεξέλθει (Bhugra et al., 1997). Άλλος παράγοντας που έχει συζητηθεί είναι αν λόγω του στρες που εκλύεται κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης, αυξάνονται οι πιθανότητες ένας μετανάστης να εκδηλώσει τη διαταραχή. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δε θα εξηγούσε τα υψηλά ποσοστά σε μετανάστες δεύτερης γενιάς (Bhugra et al., 1997). Είναι πλέον αποδεκτό ότι οι χρόνιες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες κι οι συνεχείς στρεσογόνοι παράγοντες που κάποιοι μετανάστες μπορεί να αντιμετωπίζουν, όπως η ανεργία, ο ρατσισμός, η κοινωνική απομόνωση, η φτώχεια κλπ., πιθανά να λειτουργούν επιβαρυντικά για την ψυχική υγεία, χωρίς όμως να μπορεί να θεωρηθεί ότι αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης σχιζοφρένειας στους μετανάστες (Bhugra & Jones, 2001). Ένα άλλο ζήτημα είναι η πιθανότητα να μη γίνει σωστή διάγνωση, λόγω του διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου. Ωστόσο κι αυτός ο παράγοντας έχει αμφισβητηθεί, καθώς αν ίσχυε κάτι τέτοιο θα καταγράφονταν υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας και στις χώρες καταγωγής των μεταναστών από τους ίδιους μελετητές που έκαναν την έρευνα σε μετανάστες (Bhugra & Jones, 2001).

Όσον αφορά την επικράτηση άλλων ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς, υπάρχουν ποικίλα κι αντικρουόμενα δεδομένα. Έρευνες που

αφορούν τα επίπεδα άγχους και την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μετανάστες από το Πακιστάν, την Καραϊβική, την Κίνα, το Μπαγκλαντές, έδειξαν μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τους λευκούς γηγενείς Βρετανούς (Nazroo, 1997, Murray & Williams, 1986). Οι Mavreas & Bebbington (1988) σε σχετική έρευνα βρήκαν υψηλότερα επίπεδα στρες σε Ελληνοκύπριους μετανάστες στο Λονδίνο, σε σχέση με τους γηγενείς Άγγλους, αλλά παρόμοια με αυτά των Ελλήνων στην Αθήνα και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους γηγενείς. Σε πιο πρόσφατες ανασκοπήσεις μελετών που αφορούν την ψυχική υγεία μεταναστών στον Καναδά και στις ΗΠΑ αναφέρεται αρχικά χαμηλότερη επικράτηση ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς (Ali et al., 2004, Breslau et al., 2007), αλλά με το πέρασμα του χρόνου φτάνουν σε παρόμοια επίπεδα (McDonald & Kennedy, 2004, Newbold, 2005), υποστηρίζοντας την υπόθεση του «υγιούς» μετανάστη που καταφέρνει τελικά να μεταναστεύσει.

Ωστόσο, άλλες έρευνες σε Ευρωπαϊκές χώρες καταλήγουν σε αναφερόμενα υψηλότερα επίπεδα κοινών ψυχικών διαταραχών σε μετανάστες, σε σχέση με τους γηγενείς (Jurado et al, 2017). Σε σχετική έρευνα στη Γερμανία βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης κι αγχωδών διαταραχών σε μετανάστες από την Πολωνία και το Βιετνάμ, συγκριτικά με τους ντόπιους (Wittig et al, 2008). Ομοίως, στην Ολλανδία και το Βέλγιο παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επικράτηση των κοινών ψυχικών διαταραχών σε μετανάστες μουσουλμάνους, σε σχέση με τους γηγενείς (Levecque et al., 2007, 2009). Στη Σουηδία μετανάστες από Ευρωπαϊκές και μη χώρες βρέθηκε να έχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης κοινών ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τους ντόπιους (Taloyan et al., 2008). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και για ομάδες μεταναστών Ασιατικής ή Αφροκαραϊβικής καταγωγής (Shaw et al., 1999, Williams et al. 2007). Σε άλλη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρήθηκε στις γυναίκες από το Πακιστάν μεγαλύτερη επικράτηση της κατάθλιψης σε σχέση με τις γηγενείς, παρότι η διαφορά αυτή δεν εντοπίστηκε στους άντρες (Gater et al., 2009).

Σε σχετικές έρευνες έχει βρεθεί επίσης ότι οι μετανάστριες γυναίκες είναι δύο ή τρεις φορές σε μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τις ντόπιες για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης (Zelkowitz et al., 2004, Stewart et al., 2008, Davey et al., 2008), ενώ δυσκολεύονται να αναζητήσουν βοήθεια, λόγω έλλειψης ενημέρωσης για την κατάσταση αυτή και τους τρόπους θεραπείας, λόγω διστακτικότητας να

αποκαλύψουν συναισθηματικές δυσκολίες σε άτομα εκτός οικογένειας και να ακολουθήσουν ιατρικές θεραπείες, και λόγω του στίγματος.

Όσον αφορά την αυτοκτονικότητα επίσης, έχουν βρεθεί σε μελέτες στοιχεία που δείχνουν ότι οι νεαρές γυναίκες μετανάστριες από την Ασία, ηλικίας 18-24 ετών έχουν 2.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, σε σχέση με τις γηγενείς (Bhugra et al., 1999).

Ειδικά όμως οι πρόσφυγες, εξαιτίας της έκθεσης τους σε ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις (πόλεμος, βία, βασανιστήρια κλπ.), σύμφωνα με μεταanalύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις, φαίνεται να διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών (μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη, χρόνιο πόνο, σωματικά ενοχλήματα) σε σχέση με τους γηγενείς (Lindert et al., 2009, Fazel et al., 2005).

Σε μεγάλης εμβέλειας έρευνα που έγινε σε μετανάστες (n=2399), στο πλαίσιο ανθρωπιστικού προγράμματος για πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο στην Αυστραλία, βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονταν με χειρότερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας περιλάμβαναν: μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια, κι επομένως μικρότερο βαθμό ενσωμάτωσης στην τοπική οικονομία μέσω της εργασίας, χειρότερο επίπεδο χρήσης της τοπικής γλώσσας, μικρότερο βαθμό επαφής με τους ντόπιους, περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο φίλων από διαφορετικές εθνικότητες και θρησκευτικές ομάδες, έλλειψη συμμετοχής σε εκδηλώσεις θρησκευτικής λατρείας (διάσταση που σχετίζεται με το κοινωνικό κεφάλαιο), αίσθηση ότι δεν είναι ευπρόσδεκτοι και δεν ανήκουν στην Αυστραλία (Chen et al., 2017).

Όσον αφορά στα παιδιά και τους εφήβους, φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μελετών, για το αν εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σχέση με τους γηγενείς ή όχι (Stevens & Vollebergh, 2008, Lustig et al., 2004). Κάποιες έρευνες που έχουν γίνει σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μικρά δείγματα στην κοινότητα, έχουν δείξει ότι οι μετανάστες έφηβοι είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, που περιλαμβάνει μετατραυματική διαταραχή, κατάθλιψη, διαταραχή διαγωγής και χρήση ουσιών, ενώ άλλες έρευνες σε μεγάλα δείγματα στην κοινότητα δεν έχουν βρει διαφορές σε σχέση με τους γηγενείς (Kirmayer et al., 2011, Beisser, 2005, Vollebergh et al., 2005). Έρευνα που έγινε σε

μεγάλο δείγμα παιδιών κι εφήβων ($n=3426$) έδειξε ότι το ιστορικό μετανάστευσης (μετανάστες πρώτης και δεύτερης γενιάς) και η δυσλειτουργία στην οικογένεια αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχωτικών συμπτωμάτων (Patino et al., 2005). Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης έχουν βρεθεί σε παιδιά προσφύγων πιθανά λόγω των απωλειών όσον αφορά τα δίκτυα της οικογένειας και των φίλων ή των ιδιαίτερων συνθηκών που εκτίθενται (Lustig et al., 2004, Fazel et al., 2005, Stein et al., 1999).

Ωστόσο στις έρευνες αυτές βασικό μεθοδολογικό ζήτημα αποτελεί το πώς εκφράζεται και καταγράφεται η συμπτωματολογία, καθώς ο τρόπος που βιώνεται κι εκδηλώνεται το σύμπτωμα μπορεί να διαφέρει πολιτισμικά. Έτσι, πέρα από τα ερευνητικά δεδομένα και τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα μπορεί να επηρεάζουν τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών, πλέον είναι κοινά αποδεκτό ότι μεγαλύτερη σημασία έχει οι ερευνητές κι οι κλινικοί να διερευνούν τους παράγοντες εκείνους που καθιστούν τους μετανάστες πιο ευάλωτους ή που λειτουργούν προστατευτικά για την εκδήλωση ψυχικής διαταραχής (Ζήση, 2006, Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2014, Kirmayer et al., 2011). Σε κάθε περίπτωση, οι μετανάστες δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα, όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, και η σχέση μεταξύ μετανάστευσης και ψυχικής υγείας επηρεάζεται από πολλές και διαφορετικές μεταβλητές (Jurado et al, 2017, Carta et al., 2001).

1.3.4. Φάσεις της μετανάστευσης και ειδικοί παράγοντες κινδύνου

Η μετανάστευση περιλαμβάνει τρεις φάσεις αλλαγών: αλλαγές σε προσωπικούς δεσμούς κι επανασυγκρότηση κοινωνικών δικτύων, μετακίνηση από το ένα κοινωνικο-οικονομικό σύστημα στο άλλο και πέρασμα από το ένα πολιτισμικό πλαίσιο στο άλλο (Kirmayer et al., 2011, Rogler, 1994, Bhugra, 2004). Η μετανάστευση ως διαδικασία μπορεί να χωριστεί στην περίοδο πριν τη μετανάστευση στη χώρα καταγωγής, την περίοδο κατά την οποία λαμβάνει χώρα η μετακίνηση και την μετέπειτα περίοδο της εγκατάστασης στη χώρα υποδοχής (Kirmayer et al., 2011). Όπως δείχνει ο πίνακας που ακολουθεί, κάθε φάση της μετανάστευσης σχετίζεται με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου (Kirmayer et al., 2011).

Πίνακας 5

Παράγοντες που σχετίζονται με τη μετανάστευση κι επηρεάζουν την ψυχική υγεία

| ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ | ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ | ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ |
|--|---|--|
| <i>ΕΝΗΛΙΚΕΣ</i> | | |
| Οικονομικές, εκπαιδευτικές, επαγγελματικές συνθήκες στη χώρα καταγωγής. | Πορεία (διαδρομή, διάρκεια κλπ.). | Αβεβαιότητα για το καθεστώς της μετανάστευσης. |
| Διακοπή/διάρρηξη υποστήριξης, ρόλων και δικτύων. | Έκθεση σε αντίξοες συνθήκες διαβίωσης και στη βία. | Απώλεια κοινωνικού status. |
| Τραύμα (είδος, σοβαρότητα, αντιλαμβανόμενο επίπεδο απειλής, αριθμός επεισοδίων). | Διακοπή από τα δίκτυα οικογένειας και κοινότητας. | Απώλεια κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια και την κοινότητα. |
| Πολιτική εμπλοκή. | Αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα της μετανάστευσης | Ανησυχία για τα μέλη της οικογένειας που έχουν μείνει πίσω και την πιθανότητα επανασύνδεσης. Δυσκολίες στην εκμάθηση της γλώσσας, τον επιπολιτισμό και την προσαρμογή. Οικονομική αβεβαιότητα/ ανεργία και δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης. |
| <i>ΠΑΙΔΙΑ</i> | | |
| Ειδικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο. | Διακοπή δεσμών με συνομηλίκους και μέλη του ευρύτερου οικογενειακού συστήματος. | Άγχος που σχετίζεται με την προσαρμογή της οικογένειας. |
| Προβλήματα εκπαίδευσης. | Έκθεση στη βία και σε αντίξοες συνθήκες. | Δυσκολίες με τη γλώσσα και τον επιπολιτισμό. |
| Διακοπή δεσμών από το ευρύτερο οικογενειακό πλαίσιο. | Φτωχή διατροφή, διακοπή εκπαίδευσης. | Διακρίσεις, κοινωνικός αποκλεισμός. |

Την περίοδο πριν τη μετανάστευση, όσον αφορά στους ενήλικες, μπορεί να υπάρχουν προβλήματα που σχετίζονται με οικονομικά ζητήματα (οικονομική δυσχέρεια), με επαγγελματικά (περίοδοι ανεργίας) ή εκπαιδευτικά (μειωμένες

ευκαιρίες για μόρφωση κλπ.). Αυτά τα ζητήματα πιθανά συνδέονται με το λόγο της μετανάστευσης και σχετίζονται επίσης με τις προσδοκίες των μεταναστών για τη νέα τους ζωή μετά τη μετανάστευση. Η νέα αυτή αρχή μπορεί να επενδύεται με ελπίδα κι αναμονή για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης ή να θεωρείται ως μόνη αναγκαστική διέξοδος από τη δύσκολη κατάσταση την οποία βιώνει ο μετανάστης. Επιπρόσθετα, συνήθως με τη μετανάστευση, επέρχεται μια σοβαρή διάρρηξη, όσον αφορά στις κοινωνικές σχέσεις και τα δίκτυα που προϋπήρχαν. Ήδη από πριν, μέλη της οικογένειας μπορεί να έχουν ήδη μεταναστεύσει στη χώρα προορισμού, επομένως να υπάρχουν αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και τις σχέσεις. Επιπλέον, την περίοδο αυτή μπορεί να παρατηρούνται δυσκολίες/περιορισμοί που οφείλονται στο πολιτικό σύστημα ή σε τραυματικά γεγονότα (πχ. πόλεμος). Για τα παιδιά, πέρα από τις παραπάνω δυσκολίες, που ουσιαστικά επηρεάζουν και τα ίδια, εφόσον αφορούν το ευρύτερο σύστημα της οικογένειας, ειδικά ζητήματα μπορεί να υπάρχουν ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκονται. Προβλήματα μπορεί να παρατηρούνται για παράδειγμα στον τομέα της εκπαίδευσης, λόγω των συνθηκών που επικρατούν στη χώρα καταγωγής.

Κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης, οι μετανάστες μπορεί να εκτεθούν σε παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την πορεία που θα ακολουθήσουν, πιθανά και με καταστάσεις που τους εκθέτουν σε βία, ενώ συχνά βιώνουν μεγάλες περιόδους αβεβαιότητας. Οι συνθήκες διαβίωσης τους αυτά τα διαστήματα συχνά είναι ιδιαίτερα δυσχερείς. Η απομάκρυνση από τα οικεία δίκτυα της οικογένειας και της κοινότητας αποτελεί επίσης μια δύσκολη συνθήκη. Το ίδιο συμβαίνει και για τα παιδιά που ίσως επιπλέον αποχωρίζονται πρόσωπα της ευρύτερης οικογένειας και τους συνομηλίκους. Σε ορισμένες περιπτώσεις συνυπάρχουν ζητήματα που σχετίζονται με φτώχη διατροφή κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης, ενώ για ορισμένο χρόνο μπορεί να βρεθούν εκτός εκπαιδευτικού συστήματος.

Όσον αφορά στην περίοδο μετά τη μετανάστευση, συνήθως υπάρχουν δυσκολίες που σχετίζονται με την αβεβαιότητα ως προς το καθεστώς του μετανάστη και την άδεια παραμονής. Η εγκατάσταση κι έκδοση άδειας παραμονής μπορεί να φέρει μια περίοδο ελπίδας κι αισιοδοξίας. Στη συνέχεια, οι απώλειες που συνδέονται με τη μετανάστευση, η ματαίωση, οι απαιτήσεις της περιόδου προσαρμογής, οι κοινωνικές ανισότητες πιθανά να είναι επιβαρυντικές για την ψυχική υγεία των μεταναστών και

να σχετίζονται με την εκδήλωση κατάθλιψης ή άλλων διαταραχών (Porter & Haslam, 2005, Cantor-Graae & Selten, 2005).

Ειδικές δυσκολίες μπορεί να υπάρχουν και γενικότερα λόγω της διαδικασίας επιπολιτισμού, δηλαδή των αλλαγών που βιώνει ένα άτομο ως αποτέλεσμα της επαφής του με έναν άλλο πολιτισμό (Berry et al., 1992). Πρόκειται για μια διαδικασία που απαιτεί γνωστικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές και σχεσιακές προσαρμογές.

Έχει περιγραφθεί στη βιβλιογραφία ο όρος ‘πολιτισμικό σοκ’, όπως χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον ανθρωπολόγο Kalervo Oberg (Oberg 1960), που αναφέρεται στο είδος της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν τα άτομα όταν έρχονται σε επαφή με ένα νέο πολιτισμό, κατά τη μετανάστευση. Σε μια ανασκόπηση των διαφόρων περιγραφών του όρου ‘πολιτισμικού σοκ’ ο Taft (1977) προσδιόρισε τις εξής βασικές πτυχές του:

- Δυσφορία λόγω της ανάγκης προσαρμογής στα νέα δεδομένα.
- Αίσθημα απώλειας, σε σχέση με το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον, τον τρόπο ζωής, την κοινωνική θέση, το επάγγελμα, τα υπάρχοντα.
- Αίσθημα απόρριψης από τα μέλη του νέου περιβάλλοντος.
- Σύγχυση στους ρόλους, τις αξίες, τα συναισθήματα, την αίσθηση ταυτότητας.
- Έκπληξη, ανησυχία με την επίγνωση των πολιτιστικών διαφορών.
- Αίσθημα αδυναμίας προσαρμογής στο νέο περιβάλλον.

Ωστόσο, η ίδια η έννοια του πολιτισμικού σοκ, με την αρνητική χροιά που της δόθηκε, αμφισβητήθηκε από κάποιους μελετητές, οι οποίοι τόνισαν ότι ουσιαστικά για πολλούς μετανάστες η επαφή με τον νέο πολιτισμικό πλαίσιο και τα συναισθήματα που προκαλεί, ουσιαστικά αποτελούν μέρος της διαδικασίας προσαρμογής στα νέα δεδομένα, μέσα από συνεχείς διαπραγματεύσεις κι αλλαγές (Pedersen, 1996). Επιπρόσθετα, η προσαρμογή απαιτεί μια φυσιολογική διεργασία πένθους, για ό,τι έχει χαθεί. Ο τρόπος που γενικά κανείς διαχειρίζεται την απώλεια, η σχέση και τα συναισθήματα για τα άτομα της οικογένειας που δε μετανάστευσαν, ο

τρόπος που το οικογενειακό σύστημα διαπραγματεύεται την αλλαγή (Eleftheriadou, 2010) κι ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζουν και τον τρόπο που κανείς προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες (Pantelidou & Craig, 2006).

Μια άλλη σειρά μελετών αναδεικνύουν ως κύριες αιτίες στρες την περίοδο της εγκατάστασης στη χώρα προορισμού, τα κοινωνικά κι οικονομικά προβλήματα, την κοινωνική απομόνωση, το ρατσισμό και τα συναισθήματα θυμού, αδυναμίας, φόβου και δυσπιστίας που προκαλεί, την απώλεια του κοινωνικού status και την έκθεση στη βία (Porter 2005,2007, Tang et al., 2007). Η αλλαγή πολιτισμικού πλαισίου θέτει προκλήσεις στην προσωπική ταυτότητα κι οικογενειακή ζωή, ενώ οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να διαφέρουν για γυναίκες κι άντρες (Kirmayer et al., 2011). Για παράδειγμα, οι δυσκολίες που αφορούν την εκμάθηση της γλώσσας ίσως έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην επαγγελματική ζωή των ανδρών κι επομένως στην ψυχική τους υγεία (Takeuchi et al., 2007). Όσον αφορά στις γυναίκες, οι πολλαπλοί ρόλοι και οι ευθύνες των γυναικών μεταναστριών στο σπίτι και την εργασία μπορεί να έχουν επίδραση στην ψυχική τους υγεία ή να δυσχεραίνουν την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες (Kirmayer et al., 2011).

Ειδική ίσως κατηγορία αποτελούν οι ηλικιωμένοι μετανάστες. Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ως παράγοντες κινδύνου για ψυχολογική δυσφορία έχουν αναγνωριστεί το γυναικείο φύλο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τα χρόνια προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, άσθμα), η χηρεία και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Silveira & Ebrahim, 1998, Livingston & Sembhi, 2003). Συνήθως, οι ηλικιωμένοι μετανάστες έρχονται σε δεύτερο χρόνο στη χώρα προορισμού, σε σχέση με την υπόλοιπη οικογένεια και δυσκολεύονται περισσότερο με την εκμάθηση της γλώσσας.

Σε κάθε περίπτωση, η προσαρμογή και συναισθηματική ανταπόκριση του μετανάστη στα νέα δεδομένα εξαρτάται σημαντικά κι από τη στάση της κοινότητας απέναντι του. Έτσι όταν οι μετανάστες αντιμετωπίζονται ως ξένο σώμα με χαρακτήρα απειλητικό, η τάση που επικρατεί είναι να μένουν στο περιθώριο. Σε περιπτώσεις που οι κοινότητες είναι πιο δεκτικές, μπορεί να υπάρχουν πιο υποστηρικτικές συμπεριφορές, με στόχο την ομαλή ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο (Eleftheriadou, 2010). Από την άλλη, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι προβολές του ίδιου του μετανάστη, στην κοινότητα στην οποία μεταναστεύει. Για

παράδειγμα, ακόμη και υποστηρικτικές συμπεριφορές μπορεί να ερμηνευθούν ως υποτιμητικές-ταπεινωτικές (Eleftheriadou, 2010).

Όσον αφορά στα παιδιά και τους εφήβους, στην περίοδο μετά τη μετανάστευση, έχουν να αντιμετωπίσουν το άγχος που σχετίζεται με τον επιπολιτισμό, τις δυσχερείς οικονομικές συνθήκες της οικογένειας, τις δυσκολίες αναφορικά με την εκμάθηση της γλώσσας, την ένταξη και προσαρμογή στο νέο εκπαιδευτικό σύστημα. Έρχονται επίσης αντιμέτωποι με απώλειες σε πολλαπλά επίπεδα. Επιπρόσθετα, καλούνται να επαναπροσδιορίσουν την πολιτισμική τους ταυτότητα, ενώ συχνά μπορεί να αντιμετωπίζουν διακρίσεις και ρατσισμό. Ειδικά οι έφηβοι, έρχονται σε σύγκρουση με την οικογένεια, λόγω των νέων αξιών που ενστερνίζονται. Ο έφηβος μετανάστης που εγκαταλείπει την πατρίδα μαζί με τους γονείς του αντιμετωπίζει μια σειρά από προκλήσεις, οι οποίες σχετίζονται με το «επιπολιτισμικό χάσμα» μεταξύ γονιών και παιδιών, καθώς και με αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 2001). Η αδυναμία των γονέων να ανταποκριθούν στις προκλήσεις αυτές πυροδοτεί συχνά εντάσεις, συγκρούσεις, χαμηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής και ασάφεια ρόλων στην οικογένεια. Στην προσπάθεια να προστατεύσουν τα παιδιά από τις επιδράσεις του επιπολιτισμού, οι γονείς μπορεί να επιβάλλουν αυστηρή πειθαρχία κι έντονο έλεγχο ή να μεταθέτουν στα παιδιά ευθύνες ενηλίκων (π.χ. επικοινωνία με φορείς στη χώρα εγκατάστασης). Οι ασυνεπείς στάσεις των γονέων και η αντιστροφή ρόλων στην οικογένεια μπορεί να αυξάνουν τις συγκρούσεις γονέων-εφήβων και να εμποδίζουν την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων (Chun & Akutsu, 2003). Η ομαλή ένταξη στο σχολικό περιβάλλον λειτουργεί συνήθως προστατευτικά για την ψυχική υγεία των παιδιών κι των εφήβων μεταναστών (Eleftheriadou, 2010).

Από όλα τα παραπάνω, είναι σαφές ότι η μετανάστευση αποτελεί μια πρόκληση για κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά, τα παιδιά και τους ενήλικες και για την οικογένεια ως σύστημα, ενώ υπό την επίδραση διαφόρων παραγόντων μπορεί να υπάρχει σημαντική ψυχοκοινωνική επιβάρυνση για το άτομο που μεταναστεύει. Η ψυχολογική προσαρμογή κι οι επιδράσεις της μετανάστευσης εξαρτιόνται επίσης κι από τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και την ψυχική ανθεκτικότητα κάθε ατόμου, όπως και την ικανότητα ανάπτυξης ενός ενδιάμεσου μεταβατικού χώρου (Winnicott, 1971) μεταξύ της μητέρας πατρίδας και της νέας πατρίδας, προκειμένου να

διαπραγματευτεί κανείς τις αλλαγές που συμβαίνουν σε εσωτερικό κι εξωτερικό επίπεδο (Eleftheriadou, 2010).

1.3.5. Αλβανοί μετανάστες και ψυχική υγεία: μελέτες στα ελληνικά δεδομένα

Στην Ελλάδα οι περισσότερες έρευνες που αφορούν Αλβανούς μετανάστες, επικεντρώνονται κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονται με τον επιπολιτισμό και την ψυχική υγεία, ενώ λιγότερες σε θέματα ικανοποίησης – ποιότητας ζωής (περιγράφονται αναλυτικά στο αντίστοιχο κεφάλαιο παρακάτω) ή αποτελούν περιγραφικές μελέτες αναφορικά με εξυπηρετούμενους φορέων κι υπηρεσιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται σύγκριση με αντίστοιχα δείγματα Ελλήνων ή μεταναστών διαφορετικής εθνικής προέλευσης. Σε γενικές γραμμές, τα δεδομένα που αφορούν παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία μεταναστών είναι ακόμα περιορισμένα στην Ελλάδα. Στη συνέχεια γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση των κυριότερων μελετών στον ελληνικό χώρο.

Από τις πρώτες δημοσιευμένες μελέτες στον τομέα που εξετάζουμε, ήταν η έρευνα των Ντάλλα και συν. (2004), στο πλαίσιο της οποίας εξετάστηκαν παράγοντες που συνδέονται με την προσαρμογή και την ψυχική υγεία μεταναστών από την Αλβανία (n=87) και παλιννοστούντων από την πρώην Σοβιετική Ένωση (n=78) στην Ελλάδα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι Αλβανοί μετανάστες είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους (με διαταραχές ύπνου) σε σχέση με τους γηγενείς (n=197) και τους παλιννοστούντες Ελληνοπόντιους. Παρουσίαζαν επίσης αυξημένα επίπεδα ανησυχίας κι ανασφάλειας συγκριτικά με τους Έλληνες και Ελληνοπόντιους. Επιπρόσθετα, η ανεργία και οι τακτικές προσαρμογής, όπως η περιθωριοποίηση κι ο διαχωρισμός, συνδέθηκαν με υψηλό άγχος, δυσφορία και ψυχοσωματικά προβλήματα στους μετανάστες.

Ωστόσο, σε άλλη πιο πρόσφατη έρευνα (Πράπας & Μαυρέας, 2015), διαφορετικά φαίνεται να ήταν κάποια ευρήματα, όσον αφορά στη σύγκριση Αλβανών

και Ποντίων παλιννοστούντων για τη σωματική και ψυχική τους υγεία, παρότι σε σχέση με τους γηγενείς ήταν σε χειρότερα επίπεδα και για τις δυο κατηγορίες μεταναστών (όπως και στην προαναφερθείσα μελέτη). Συγκεκριμένα μελετήθηκαν οι αντιλήψεις Ελλήνων (N=303), Αλβανών μεταναστών (N=114) και Ποντίων παλιννοστούντων (N=103) για την ποιότητα ζωής και η σχέση της με τη γενική και ψυχική υγεία. Βρέθηκε ότι οι παλιννοστούντες είχαν χαμηλότερο επίπεδο αίσθησης για το σωματικό τους ρόλο (κόπωση, κούραση), τη ζωτικότητα και την ενέργεια, σε σχέση με τους Αλβανούς και τους Έλληνες. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν λιγότερα σωματικά και ψυχικά προβλήματα είχαν καλύτερη αντίληψη για την ποιότητα ζωής τους, με τους παλιννοστούντες Ποντίους και τους μετανάστες από την Αλβανία να δηλώνουν χαμηλότερο επίπεδο φυσικής ευημερίας σε σχέση με τους Έλληνες. Οι Αλβανοί μετανάστες ανέφεραν καλύτερη κατάσταση γενικής υγείας σε σύγκριση με τους Πόντιους, αλλά χειρότερη σε σχέση με τους Έλληνες. Επίσης, η κοινωνική λειτουργικότητα που σχετίζεται με τη στήριξη από την οικογένεια αξιολογήθηκε θετικότερα από τους Αλβανούς, σε σχέση με τους Πόντιους. Οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι η Αλβανική οικογένεια που μεταναστεύει στην Ελλάδα, φαίνεται να δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε παραδοσιακές συλλογικές αξίες, ενώ η ποντιακή οικογένεια περισσότερο στηρίζει την αλλαγή και προσαρμογή στις νέες συνθήκες, καθώς και την ατομική ανεξαρτησία (Μπεζεβέγκης και συν. 2010).

Σε άλλη μελέτη εξετάστηκε η σχέση μεταξύ επιπολιτισμού, υποκειμενικής αίσθησης ευτυχίας και δημογραφικών χαρακτηριστικών σε δείγμα 200 ενηλίκων Αλβανών μεταναστών στην Αθήνα (Dalla & Sokoli, 2012). Βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των μεταναστών σε σχέση με τη ζωή τους συσχετιζόταν θετικά με το βαθμό αφομοίωσης τους στην τοπική κοινωνία. Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων εξέφρασε μια προτίμηση για έθιμα και παραδόσεις της χώρας καταγωγής, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες με ομοεθνείς, ενώ δήλωσαν ότι συχνά ακολουθούνται τρόποι συμπεριφοράς τυπικοί του πολιτισμού της χώρας καταγωγής. Το φαινόμενο αυτό φάνηκε να είναι πιο έντονο στους άντρες, σε αντίθεση με τις γυναίκες, που ήταν μάλλον πιο ανοικτές σε συμπεριφορές αφομοίωσης προς τις αξίες και της παραδόσεις της χώρας όπου μετανάστευσαν, διεκδικώντας με αυτό τον τρόπο πιθανά μεγαλύτερη αυτονομία και ανεξαρτησία. Έτσι, παρότι η Αλβανική οικογένεια είναι αυστηρά πατριαρχική (King & Vulnetari, 2009), κάποιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό σε σχέση με τους άνδρες να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά το

κοινωνικό δίκτυο τους για ανεύρεση εργασίας, ενώ τα κορίτσια μικρότερης ηλικίας δείχνουν μεγαλύτερο βαθμό ενσωμάτωσης στη χώρα μετανάστευσης από τα αγόρια (Motti- Stefanidi et al., 2008).

Άλλη έρευνα των Μπεζεβέγκη & Παυλόπουλο (2008) σε δείγμα 601 μεταναστών, μεταξύ των οποίων κι Αλβανοί, αφορούσε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τη διαδικασία επιπολιτισμού μεταναστών και ανέδειξε την εναρμόνιση (integration) ως επιλεγόμενη στρατηγική επιπολιτισμού από τους μετανάστες, που σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα προσαρμογής. Οι θετικές αλληλεπιδράσεις με μέλη του πολιτισμού της χώρας που εγκαθίστανται οι μετανάστες μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, εφόσον φαίνεται να διευκολύνουν την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η εκμάθηση της νέας γλώσσας, η αντιμετώπιση προβλημάτων στην καθημερινή ζωή, η εύρεση εργασίας (Μπεζεβεγκής & Παυλόπουλος, 2008).

Προς την ίδια κατεύθυνση, οι Madianos et al. (2008) σε μελέτη που διεξήχθη σε δείγμα 157 μεταναστών κατοίκων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, μεταξύ των οποίων κι Αλβανοί, βρήκαν ότι ο μεγαλύτερος βαθμός επιπολιτισμού συνδέεται με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ γενικά το χρονικό διάστημα παραμονής και η ύπαρξη οικογένειας στην Ελλάδα, καθώς επίσης η νομιμότητα της παραμονής και εργασίας είχαν επίδραση στην ψυχολογική τους κατάσταση.

Σε έρευνα που έγινε σε 317 μετανάστες που απευθύνθηκαν σε πολυκλινικές δυο Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στην Αθήνα, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ παραγόντων επιπολιτισμού και κατάθλιψης (Gonidakis et al., 2011). 42% του δείγματος των μεταναστών παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff, 1977) σχετίστηκε με χαμηλή βαθμολογία στους παράγοντες της Κλίμακας Επιπολιτισμού Μεταναστών (Immigrant Acculturation Scale, Madianos et al., 2008), που αφορούσαν την Καθημερινή Ζωή (Everyday Life) και τον Αισιόδοξο Προσανατολισμό (Wishful Orientation), ενώ δε σχετίστηκε με τη βαθμολογία στον παράγοντα Εθνική Ταυτότητα της κλίμακας. Μικρός χρόνος παραμονής στην Ελλάδα, έλλειψη σταθερής εργασίας, έλλειψη άδειας παραμονής, επίσης σχετιζόνταν με υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η προσαρμογή των μεταναστών στην καθημερινότητα του

επικρατούντος πολιτισμού, καθώς και η επιθυμία ενσωμάτωσης τους και μόνιμης εγκατάστασης στη χώρα αποτελούν μέρος ενός μηχανισμού προσαρμογής που μάλλον προστατεύει το άτομο από την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Gonidakis et al., 2011, Madianos et al., 2008).

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ επιπολιτισμού και ψυχωσικής συμπτωματολογίας, σχετική μελέτη έγινε σε δείγμα 65 μεταναστών που έπασχαν από ψύχωση σε σχέση με 317 μετανάστες, που δεν παρουσίαζαν ψυχωτική συμπτωματολογία (Gonidakis et al., 2013). Στους μετανάστες με ψύχωση, η διαδικασία επιπολιτισμού δε βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Σε έρευνα των Σπανέα & Καλαντζή-Αζίζι (2008), με στόχο να διερευνηθεί η διαφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας μεταξύ μεταναστών Αλβανικής και Βουλγαρικής καταγωγής (τυχαίο δείγμα, N=404) σε σύγκριση με δείγμα γηγενών Ελλήνων (N= 376, αντιστοίχιση ως προς την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση), καθώς και τους παράγοντες που συνδέονται με τα συμπτώματα αυτά, βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης στους μετανάστες. Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονταν στις γυναίκες, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία άφιξης του μετανάστη, ο μικρότερος αριθμός παιδιών, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, σχετίζονταν με περισσότερα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας. Οι μετανάστες χωρίς οικογενειακή υποστήριξη φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε σύγκριση με όσους έχουν κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, όπως φαίνεται κι από άλλες μελέτες (Vega et al., 1987).

Σε μια άλλη έρευνα μελετήθηκε η κλινική συμπτωματολογία και η κοινωνική λειτουργικότητα μεταναστών ασθενών με σχιζοφρένεια (N=65), μεταξύ των οποίων κι Αλβανοί, σε σύγκριση με Έλληνες ασθενείς (N=58), που παρακολουθήθηκαν από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο και το Δρομοκαϊτειο (Lempesi et al., 2009). Βρέθηκε ότι οι μετανάστες ασθενείς είχαν μικρότερη βαθμολογία (μικρότερης έντασης συμπτώματα) στην κλίμακα αρνητικού συνδρόμου και γενικής ψυχοπαθολογίας της κλίμακας PANSS (Kay et al 1987) και καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας βάσει της κλίμακας Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας GAF (Endicott, 1976,

Madianos 1987), σε σχέση με τους Έλληνες ασθενείς. Τα ευρήματα διαφοροποιούνται συγκριτικά με άλλες μελέτες που δείχνουν περισσότερα αρνητικά ή θετικά συμπτώματα στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε μετανάστες, συγκριτικά με τους γηγενείς (Takei et al, 1998, Sugarman, 1992, McGovern et al, 1994, Bhugra et al, 1997, Barrio, 2003, Arnold et al., 2004) ή δε δείχνουν διαφορά (Harvey et al., 1990, Hutchinson et al., 1999). Οι συγγραφείς έδωσαν την εξήγηση ότι η εικόνα αυτή ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με πιο σοβαρά συμπτώματα και μεγαλύτερη έκπτωση της λειτουργικότητας πιθανά επιστρέφουν στη χώρα καταγωγής τους, κι επομένως παραμένουν στην Ελλάδα οι πιο λειτουργικοί που τελικά απευθύνονται και στις υπηρεσίες. Άλλη υπόθεση που έκαναν οι συγγραφείς είναι ότι το εύρημα αυτό ίσως σχετίζεται με τους ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς και την υποστήριξη που έχουν οι μετανάστες ασθενείς από τις τοπικές κοινότητες και τις οικογένειες τους. Ανάλογες υποθέσεις και ευρήματα υπήρχαν και σε κάποιες άλλες παλιότερες έρευνες στο εξωτερικό (Birchwood et al, 1992, McKenzie et al., 1995). Ωστόσο, βασικοί περιορισμοί της συγκεκριμένης μελέτης ήταν το μικρό δείγμα και η μεγαλύτερη ηλικία και διάρκεια της ασθένειας για τους Έλληνες ασθενείς (Lempesi et al., 2009).

Περιγραφικά στοιχεία για τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε μετανάστες χρήστες της υπηρεσίας έχουν δημοσιευτεί από το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, για την τετραετία 2000-2004 (Γονιδάκης και συν, 2005). Σύμφωνα με τα ευρήματα, από τους 140 μετανάστες που απευθύνθηκαν στην υπηρεσία, 30% ήταν από την Αλβανία και συνιστούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών. Οι παραπομπές στο Ιατρείο έγιναν κυρίως από το τμήμα των επειγόντων του αντίστοιχου Νοσοκομείου (36%), και από ιατρεία ΜΚΟ (34%), 18% έγιναν από άλλες μονάδες ψυχικής υγείας, ενώ μικρότερος αριθμός μεταναστών ενημερώθηκαν από γνωστό ή φίλο (12%). Οι λόγοι παραπομπής ήταν κατά ένα μεγάλο ποσοστό (45%) η έναρξη ψυχικής διαταραχής. Το ένα τέταρτο των ασθενών επισκέφθηκαν για πρώτη φορά την υπηρεσία. Όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία, 31% έπασχαν από ψυχωσική συνδρομή, 33% από συναισθηματικές διαταραχές και 28% από αγχώδεις διαταραχές. Το μεγάλο ποσοστό των ασθενών με ψυχωσική συνδρομή, πιθανά οφειλόταν και στην κυρίως πηγή παραπομπών στην υπηρεσία, που ήταν τα επείγοντα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Άλλη περιγραφική μελέτη αφορούσε τα χαρακτηριστικά μεταναστών που έχουν διαπράξει αυτοκτονία στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία του τμήματος Ψυχιατροδικαστικής στην Αθήνα (Paraschakis et al., 2014). Για την περίοδο 2007-2009, από 53 περιπτώσεις μεταναστών που αυτοκτόνησαν, με βάση τα στοιχεία του συγκεκριμένου τμήματος, τα χαμηλότερα ποσοστά αφορούσαν Αλβανούς μετανάστες. Τα υψηλότερα ποσοστά μεταναστών που είχαν αυτοκτονήσει αφορούσαν άτομα από το Κουβέιτ, τη Σομαλία και το Αφγανιστάν. Γενικά, παρατηρήθηκε ότι σε σχέση με τους Έλληνες που είχαν διαπράξει αυτοκτονία, οι μετανάστες ήταν μικρότεροι σε ηλικία, συχνότερα άνεργοι και είχαν ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ. Κύρια μέθοδος αυτοκτονίας στους μετανάστες ήταν ο απαγχονισμός, ενώ στους Έλληνες ήταν η πτώση από ύψος.

Λίγες μόνο μελέτες από τον ελληνικό χώρο αφορούν παιδιά μεταναστών. Έτσι, σε σχετική έρευνα με δείγμα από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βύρωνα-Καισαριανής (Anagnostopoulos et al., 2004), για τα έτη 1997-2000, δε βρέθηκε διαφορά όσον αφορά στη συχνότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων σε παιδιά μεταναστών (N=35) σε σχέση με τα παιδιά Ελλήνων (N=70, αντιστοίχιση ως προς το φύλο, την ηλικία, την ημερομηνία υποδοχής), που απευθύνθηκαν στην υπηρεσία. Τα παιδιά των μεταναστών δεν παρουσίαζαν πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τα παιδιά των γηγενών. Ωστόσο οι ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις ήταν πολύ συχνότερες στους μετανάστες, οι οποίοι αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια και χειρότερες συνθήκες διαβίωσης σε σχέση με τους γηγενείς. Δεν παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές ως προς τους παράγοντες που αφορούσαν τη χρήση υπηρεσιών, την ψυχοπαθολογία των γονέων και τη δομή της οικογένειας. Ωστόσο, το δείγμα των μεταναστών ήταν σχετικά περιορισμένο (N=35), σε βάθος χρόνου 3ετίας, που αποτελεί αδυναμία της συγκεκριμένης μελέτης.

Λίγο διαφορετικά ήταν τα ευρήματα σε μεταγενέστερη μελέτη στο ίδιο Κέντρο, σε μεγαλύτερο δείγμα και με διαφορετική μεθοδολογία (Παπαδάκη και συν., 2009). Μελετήθηκε εκ νέου η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας σε δίγλωσσα παιδιά που εξυπηρετήθηκαν από το 2000 έως το 2005 (N=62), εκ των οποίων 41% ήταν από την Αλβανία, σε σύγκριση με το σύνολο των περιστατικών που προσήλθαν στην υπηρεσία το ίδιο χρονικό διάστημα (N=2092). Βρέθηκαν τριπλάσια ποσοστά Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών στα δίγλωσσα παιδιά (κυρίως Αλβανικής

καταγωγής), σε σχέση με τα μονόγλωσσα. Στη σχολική ηλικία το μεγαλύτερο μέρος των διαγνώσεων αφορούσαν Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές λόγου, κίνησης και μάθησης, τόσο στα μονόγλωσσα, όσο και στα δίγλωσσα παιδιά. Από την άλλη, στους δίγλωσσους εφήβους παρατηρήθηκαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας που αφορούσε κυρίως διαταραχές συμπεριφοράς για τα αγόρια και συναισθήματος για τα κορίτσια, σε σχέση με τα παιδιά των γηγενών Ελλήνων. Βέβαια στους περιορισμούς της μελέτης, σύμφωνα με τους συγγραφείς, συγκαταλέγονται αφενός το γεγονός ότι το δείγμα προέρχεται από τους εξυπηρετούμενους του συγκεκριμένου Κέντρου, κατά συνέπεια δε θεωρείται αντιπροσωπευτικό των δίγλωσσων παιδιών, αφετέρου ότι πρόκειται για αναδρομική μελέτη των στοιχείων που είχαν καταγραφεί στους φακέλους των εξυπηρετούμενων (Παπαδάκη και συν., 2009).

Άλλες έρευνες σε εφήβους εστιάζουν στη σχέση της μετανάστευσης και της διαδικασίας επιπολιτισμού με την ψυχολογική κατάσταση, τη σχολική προσαρμογή και τη σχολική αποτυχία. Σχετική μελέτη έγινε σε εφήβους μαθητές, στο πλαίσιο της οποίας συγκρίθηκε δείγμα Ποντίων μεταναστών (N=175) με δείγμα Αλβανών μεταναστών (N=272) κι Ελλήνων (N=525), ως προς τη συσχέτιση της διαδικασίας επιπολιτισμού, της ψυχολογικής κατάστασης και της σχολικής προσαρμογής (Motti-Stefanidi et al., 2008). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Πόντιοι μαθητές ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι στην εθνική τους κουλτούρα (και λιγότερο στην κουλτούρα της Ελλάδας), από ότι οι Αλβανοί μαθητές. Ο μεγαλύτερος βαθμός ενσωμάτωσης στον ελληνικό πολιτισμό ήταν προβλεπτικός παράγοντας της σχολικής επιτυχίας, ωστόσο ο μεγαλύτερος βαθμός προσήλωσης στον εθνικό πολιτισμό (της χώρας προέλευσης) συνδέονταν με καλύτερη υποκειμενική αίσθηση ψυχικής κατάστασης. Και οι δυο ομάδες μεταναστών είχαν χειρότερη σχολική επίδοση από ότι οι Έλληνες (Motti-Stefanidi et al., 2008).

Προς την ίδια κατεύθυνση, σε σχετική έρευνα σε δείγμα Αλβανών εφήβων (N=219) στην Αθήνα (Παυλόπουλος και συν, 2009), βρέθηκε ότι η σχολική αποτυχία και ο βαθμός σχολικής προσαρμογής συνδέονταν με στρατηγικές επιπολιτισμού, που σχετίζονταν με το διαχωρισμό και την περιθωριοποίηση (Berry, 2006). Η αφομοίωση συνδέθηκε με θετικότερη έκβαση στον ψυχοκοινωνικό τομέα. Οι συγγραφείς τόνισαν τη σημασία των διεργασιών επιπολιτισμού για την προσαρμογή των εφήβων

μεταναστών και την ανάγκη σχεδιασμού εξειδικευμένων παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της διομαδικής επαφής και την προαγωγή της διαπολιτισμικής ενσυναίσθησης (Παυλόπουλος και συν. 2009).

Επιπρόσθετα, σε εφήβους πάλι, μελετήθηκαν παράγοντες που σχετίζονταν με την προσαρμογή μεταναστών πρώτης και δεύτερης γενιάς, σε σύγκριση με Έλληνες συμμαθητές τους (N=1057, 532 εκ των οποίων μετανάστες Αλβανικής καταγωγής), ηλικίας 13-15 ετών, σε βάθος χρόνου 3ετίας (Motti-Stefanidi et al, 2012). Βρέθηκε ότι η προσαρμογή σχετιζόταν περισσότερο με την αυτο-αποτελεσματικότητα και την εμπλοκή των γονιών, παρά με το status των μεταναστών και την κοινωνική αντιξοότητα, παράγοντες κινδύνου, που όμως συνδέονταν με την επίδοση στο σχολείο.

Άλλη διαχρονική μελέτη (δύο έτη) εστίασε στο ρόλο που παίζει η λειτουργία της οικογένειας όσον αφορά τον επιπολιτισμό, καθώς και την προσαρμογή στα νέα αναπτυξιακά δεδομένα σε μετανάστες έφηβους (κυρίως Αλβανικής καταγωγής), ηλικίας 13 ετών (N=609) που μένουν στην Αθήνα (Reitz et al., 2014). Σύμφωνα με τα ευρήματα, η καλή λειτουργία οικογένειας για ανήλικους στην αρχή της εφηβείας ήταν ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την καλή ανταπόκριση-προσαρμογή στα νέα δεδομένα αυτού του αναπτυξιακού σταδίου. Κύριο ρόλο διαδραμάτιζε επίσης η εμπλοκή σε δραστηριότητες που αφορούν τόσο το νέο πολιτισμό στη χώρα που διαμένουν, όσο και τον πολιτισμό της χώρας καταγωγής τους.

1.4. Μετανάστες και χρήση υπηρεσιών υγείας

Ένας άλλος σημαντικός τομέας που αποτελεί αντικείμενο μελέτης, όσον αφορά τους μετανάστες, είναι η χρήση υπηρεσιών υγείας. Στην ενότητα αυτή γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση μελετών που έχουν αναδείξει τις δυσκολίες που σχετίζονται με την πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας γενικά και σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ειδικά, στο εξωτερικό και την Ελλάδα.

1.4.1. Πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας έχει πολλές διαστάσεις. Αναφέρεται στο δικαίωμα να απευθυνθεί κάποιος σε μια υπηρεσία και να λάβει βοήθεια (νομικό δικαίωμα, οικονομική δυνατότητα), στην ικανότητα/δυνατότητα να έρθει σε επαφή με τον επαγγελματία υγείας που θα προσφέρει διάγνωση και θεραπεία, καθώς και στη δυνατότητα να έχει πρόσβαση και να επωφεληθεί/βοηθηθεί από την παρεχόμενη υπηρεσία (Fonseca & Malheiros, 2005). Στην ίδια κατεύθυνση, σύμφωνα με τους Gulliford et al. (2002) η έννοια της πρόσβασης αναφέρεται: α) στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, β) τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή την ικανότητα να χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες υγείας από τους ασθενείς μετά την πρόσβαση, β) τη σχετικότητα ως προς τις ανάγκες τους, δηλαδή τη δυνατότητα να προσφέρονται οι κατάλληλες υπηρεσίες για τα ανάλογα προβλήματα των ασθενών και γ) την ισότητα στην πρόσβαση, δηλαδή να είναι εφικτή η ικανοποίηση των αναγκών υγείας όλων των ομάδων πληθυσμού. Ο παράγοντας της ισότητας είναι μέγιστης σημασίας για τον καθορισμό της έννοιας της πρόσβασης στην υγεία, καθώς ενέχει στοιχεία κοινωνικής δικαιοσύνης κι ισότητας (Goddard & Smith, 2001).

Τα ζητήματα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας έχουν αποτελέσει αντικείμενο διαφόρων μελετών, ενώ ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στις μη αστικές περιοχές, καθώς εκεί φαίνεται να υπάρχουν μεγαλύτερες δυσκολίες, λόγω του περιορισμένου αριθμού

υπηρεσιών και της δυσκολίας μετακίνησης σε κάποιες περιπτώσεις, εξαιτίας της γεωγραφικής θέσης (Probst et al., 2007, Shin & Kim, 2010).

Όσον αφορά στους μετανάστες, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που καθορίζουν τα ζητήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας: παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το σύστημα υγείας και παράγοντες που συνδέονται με τα χαρακτηριστικά των μεταναστών-ασθενών. Έτσι, όσον αφορά στο σύστημα υγείας, ο τρόπος και το εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης, το ύψος και η κατανομή των πόρων υγείας, οι λίστες αναμονής, οι τρόποι παραπομπής, ο βαθμός διασύνδεσης των υπηρεσιών και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας μπορεί να επιδρούν καθοριστικά στο βαθμό πρόσβασης (Gulliford et al., 2002). Από την πλευρά των ίδιων των μεταναστών, χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το εκπαιδευτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η επαφή με τις υπηρεσίες στο παρελθόν, οι αντιλήψεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την ποιότητά τους, το επίπεδο γνώσης του συστήματος πιθανά να έχουν επίδραση στο βαθμό ζήτησης και την πρόσβαση στις υπηρεσίες (Fernandes & Miguel, 2009).

Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), παρά τις συνθήκες και διακηρύξεις που αφορούν την προστασία των δικαιωμάτων των μεταναστών, μεταξύ των οποίων και το δικαίωμα τους στην υγεία, πολλοί μετανάστες αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (IOM-WHO, 2010). Έτσι, φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες για τους μετανάστες, συγκριτικά με άλλες ομάδες πληθυσμού (Mladovsky, 2009).

Σύμφωνα με την ίδια έκθεση του ΠΟΥ, ειδικά οι μετανάστες που δε διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα έχουν προφανώς μικρή ή καθόλου πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες, παρότι εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου, μεταξύ των οποίων πολλές ώρες εργασίας, επαγγέλματα με ρίσκο για ατυχήματα και δύσκολες συνθήκες διαβίωσης (WHO, 2010). Η έλλειψη ασφάλισης οδηγεί σε περιορισμένη χρήση υπηρεσιών με υψηλό κόστος. Αυτό έχει συχνά ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των μεταναστών, κάτι που θα είχε αποφευχθεί με μικρότερο κόστος, αν υπήρχαν διαθέσιμες υπηρεσίες. Η αυτό-διάγνωση και η αυθαίρετη λήψη φαρμακευτικής αγωγής συχνά χρησιμοποιούνται ως εναλλακτικές, κάτι που μπορεί να θέσει την ατομική και δημόσια υγεία σε κίνδυνο (WHO, 2010). Η ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας είναι καθοριστική για την ένταξή τους στην κοινωνία υποδοχής και την πρόληψη των ανισοτήτων.

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει σε Ευρώπη κι Αμερική κι αφορούν την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, αναδεικνύουν την ανισότητα και την πολυπλοκότητα των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι αλλοδαποί, όσον αφορά στη λήψη κατάλληλης θεραπείας και φροντίδας (Mladovsky et al., 2007, Lindert et al., 2008, Nørredam et al., 2010).

Σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μια μεγάλης εμβέλειας μελέτη που έγινε στη Νορβηγία (βάση δεδομένων που αφορά τη χρήση υπηρεσιών για 2.962.408 άτομα) ανέδειξε τις διαφορές μεταξύ γηγενών και μεταναστών διαφορετικής προέλευσης (Straiton et al., 2014). Βρέθηκε ότι οι μετανάστες απευθύνονται λιγότερο συχνά σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ζητήματα ψυχικής υγείας, σε σχέση με τους γηγενείς. Μεγάλη διαφορά παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ αντρών και γυναικών, τόσο στους μετανάστες, όσο και τους γηγενείς. Οι άντρες χρησιμοποιούσαν σε πολύ μικρότερο βαθμό τις αντίστοιχες υπηρεσίες για ζητήματα ψυχικής υγείας, εκτός από την περίπτωση των Ιρακινών. Οι Ιρακινοί άντρες βρέθηκε να απευθύνονται συχνότερα στις αντίστοιχες υπηρεσίες, σε σχέση με τις γυναίκες από το Ιράκ και σε σχέση με τους γηγενείς. Οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι οι Ιρακινοί πιθανά λόγω των ιδιαίτερα αντίξοων συνθηκών που αντιμετώπισαν πριν τη μετανάστευση, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ψυχική δυσφορία μετά τη μετανάστευση, ενώ πιθανά λόγω πολιτισμικών παραγόντων, ίσως οι γυναίκες έχουν περισσότερες δυσκολίες στην αναζήτηση βοήθειας (Straiton et al., 2014). Στο πλαίσιο της ίδιας μελέτης φάνηκε ότι μικρότερο χρονικό διάστημα διαμονής στη χώρα προορισμού σχετίζεται με μειωμένη χρήση των σχετικών υπηρεσιών.

Σειρά μελετών στον Καναδά έχουν επίσης δείξει ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες σε σύγκριση με τους γηγενείς είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια και να παραπεμφθούν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ακόμα κι όταν αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα δυσφορίας (Chen & Kazanjian, 2005, Fenta et al., 2006, Kirmayer et al., 2007, Tiwary & Wang, 2008). Αυτό μπορεί να σχετίζεται με παράγοντες που αφορούν τις νέες συνθήκες ζωής, το σύστημα υπηρεσιών, καθώς και με ιδιαίτερους πολιτισμικούς παράγοντες. Για παράδειγμα η δυσκολία να πάρουν άδεια από την εργασία τους και να μετακινηθούν, τα προβλήματα γλώσσας, η επιθυμία να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τις δυσκολίες τους, ο φόβος ότι ίσως οι

θεραπευτές δε μπορούν να τους καταλάβουν είναι κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες (Whitley et al., 2006, Nadeem et al., 2007, Chen et al., 2009). Άλλες μελέτες όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έχουν αναδείξει το στίγμα, ως σημαντικό εμπόδιο στην αναζήτηση βοήθειας (Gilbert et al., 2004).

Επιπρόσθετα, σε μια πρόσφατη εκτεταμένη ανασκόπηση των δημοσιευμένων επιστημονικών άρθρων που αφορούν τους μετανάστες, βρέθηκε ότι παρότι φαίνεται να είναι σε αυξημένο κίνδυνο όσον αφορά στην εκδήλωση ψυχωτικής συνδρομής και τη διάπραξη αυτοκτονίας, είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων και γενικότερα φαίνεται να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Patel et al., 2017).

Προς την ίδια κατεύθυνση, σε άλλη ανασκόπηση μελετών που αφορούσαν γυναίκες μετανάστριες με επιλόχεια κατάθλιψη, αναδείχθηκαν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες υγείας και η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης από το δίκτυο των φίλων και την κοινότητα (Schmied et al., 2017).

1.4.2. Χρήση υπηρεσιών από μετανάστες στην Ελλάδα

Σύμφωνα με σχετική έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα (MIGHEALTHNET, Κοτσιώνη, 2009) η ελλιπής ενημέρωση των εργαζομένων σε υπηρεσίες σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο ή οι πρόσφυγες αποτελεί συχνά σημαντικό εμπόδιο στην προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης, οι μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωση αδειών παραμονής/ ειδικών δελτίων αιτούντος άσυλο αλλοδαπού, δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την πρόσβαση των μεταναστών σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με προβλήματα που σχετίζονται με τη γραφειοκρατία, τις μεγάλες λίστες αναμονής, τις ανεπαρκείς υποδομές κλπ., δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την πρόσβαση κι επηρεάζουν την ποιότητα των

παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν εξειδικευμένο προσωπικό και δομές με διερμηνείς/διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές, ενώ ελάχιστες υπηρεσίες διαθέτουν ενημερωτικά φυλλάδια σε άλλες γλώσσες, που να απευθύνονται στους μετανάστες.

Σε σχετική έρευνα που έγινε σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων κι η Ελλάδα, μελετήθηκαν οι δυσκολίες που αναφέρονται από τους επαγγελματίες υγείας (σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, νοσοκομεία και κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας), όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών στους μετανάστες, καθώς και ποιες θεωρούν καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας (Priebe et al., 2011). Μεταξύ των βασικών προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν ήταν:

- οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη γλώσσα,
- η έλλειψη εξοικείωσης των μεταναστών με το εθνικό σύστημα υγείας,
- η παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες που δε διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα,
- η κοινωνική αποστέρηση και οι τραυματικές εμπειρίες που έχουν συνήθως βιώσει συγκεκριμένες κατηγορίες μεταναστών,
- οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες,
- οι διαφορετικοί τρόποι που κατανοούν την ασθένεια και τη θεραπεία,
- οι αρνητικές συμπεριφορές από την πλευρά προσωπικού κι ασθενών,
- οι δυσκολίες των ειδικών που σχετίζονται με τη διάγνωση,
- ο αυξημένος κίνδυνος περιθωριοποίησης (Sandhu et al. 2013).

Σαν καλές πρακτικές αναγνωρίστηκαν οι παρακάτω:

- η ευελιξία της υπηρεσίας με διαθεσιμότητα επαρκή χρόνου και πόρων,
- η ύπαρξη κατάλληλα εκπαιδευμένων διερμηνέων,
- η εργασία με τις οικογένειες και τις κοινωνικές υπηρεσίες,
- η γνώση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων από την πλευρά του προσωπικού,
- η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας,
- η παροχή ενημερωτικού υλικού σε μετανάστες,
- οι θετικές και σταθερές σχέσεις του προσωπικού και

- η ύπαρξη ξεκάθαρων κατευθυντήριων γραμμών, όσον αφορά τα δικαιώματα και την ιδιαίτερη μεταχείριση μεταναστών από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (Priebe et al., 2011).

Επιπλέον, και σε άλλη πρόσφατη έρευνα αναδείχθηκαν, μέσα από τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, οι προκλήσεις και τα εμπόδια που σχετίζονται με το σύστημα υγείας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όσον αφορά την πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών στους μετανάστες σε συνθήκες οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα (Papadakaki et al., 2017). Τονίστηκε η σημασία να υποστηριχθεί με διάφορους τρόπους η επικοινωνία με τα διαφορετικά διαπολιτισμικά πλαίσια που αφορούν τους μετανάστες.

Γενικότερα, οι ιδιαιτερότητες που αφορούν την πρόσβαση των μεταναστών (η πλειοψηφία των οποίων είναι Αλβανικής καταγωγής) στις υπηρεσίες υγείας έχουν αναδειχθεί και σε άλλες ελληνικές μελέτες. Έτσι σε σχετική έρευνα φαίνεται ότι οι Έλληνες πιο συχνά χρησιμοποιούσαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, ενώ οι Αλβανοί πιο συχνά απευθύνονταν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (Lahana et al., 2011). Το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, η ηλικία και το εισόδημα βρέθηκαν να συνδέονται σημαντικά για Έλληνες κι Αλβανούς με την πιθανότητα νοσηλείας και επίσκεψης σε ιδιώτη ιατρό.

Σε άλλη έρευνα που έγινε σε μετανάστες (N=191) στην Αθήνα, 27% εκ των οποίων Αλβανικής καταγωγής, 20% μόνο ανέφεραν ότι είχαν καλή γνώση των υπηρεσιών, 60% μέτρια γνώση και 19% φτωχή γνώση (Galanis et al., 2013). Ο βαθμός γνώσης της ελληνικής γλώσσας φάνηκε να είναι βασικός παράγοντας του βαθμού γνώσης των υπηρεσιών υγείας. 50% είχαν κάνει χρήση δημοσίων υπηρεσιών το τελευταίο έτος, ενώ περισσότεροι από τους μισούς (53%) ανέφεραν ότι είχαν μεγάλες δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στην έρευνα (62%) δήλωσαν ότι δεν ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες τους από τις υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω μεγάλων λιστών αναμονής στα νοσοκομεία, δυσκολιών στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, υψηλό κόστος και πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας.

Η ανεπαρκής γνώση για διαγνωστικούς ελέγχους στις γυναίκες μετανάστριες εγκύους αναδείχθηκε σε άλλη μελέτη, σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις Ελληνίδες (Kitsiou-Tzeli et al., 2010). Στην ίδια κατεύθυνση οι μετανάστριες δήλωσαν μεγάλες δυσκολίες όσον αφορά στην κατανόηση ιατρικών οδηγιών και φόβο για διαφορετική αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό, παρότι υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (86,3%) ανέφεραν ότι δεν αντιλήφθηκαν κάποια ρατσιστική συμπεριφορά εις βάρος τους (Μωραΐτου & Λαμάι, 2007).

Σημαντική επίδραση της εθνικότητας βρέθηκε όσον αφορά τις οδοντιατρικές υπηρεσίες για παιδιά μεταναστών, που σε μεγάλο βαθμό φαίνεται να έχουν ανικανοποίητες ανάγκες για θεραπεία, σε σχέση με τους γηγενείς (Gatou et al., 2011).

Επίσης, σε έρευνα που έχει γίνει σε 5 δημόσια νοσοκομεία της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, βρέθηκε ότι το ποσοστό νοσηλείας των μεταναστών λόγω χρόνιων ασθενειών ήταν σημαντικά χαμηλότερο σε σχέση με τους γηγενείς, ενώ ήταν αυξημένο στις περιπτώσεις ιατρικών καταστάσεων που συνδέονταν με ατυχήματα, μεταδιδόμενα νοσήματα και κατάθλιψη/χρήση αλκοόλ (Tsitsakis et al., 2017). Μόνο ποσοστό 2% των μεταναστών που έλαβαν υπηρεσίες δεν ήταν ασφαλισμένοι.

Ωστόσο, σε παλιότερες μελέτες (Μαράτου-Αλιπράντη & Γκαζόν, 2008) δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας, μεταξύ Ελλήνων και μεταναστών. Η αρχική διαπίστωση ήταν ότι οι μετανάστες είχαν χρησιμοποιήσει λιγότερο αυτές τις υπηρεσίες υγείας (31,3% έναντι 45,4% των Ελλήνων), ελέγχοντας όμως στατιστικά την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, η διαφορά μεταξύ των δύο πληθυσμών μειωνόταν σημαντικά. Επιπλέον, η παρουσία παιδιών στα νοικοκυριά των μεταναστών αύξανε την πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας. Βέβαια, οι συγγραφείς τόνισαν ότι υπήρχε μεγάλη δυσκολία να εκτιμηθεί η μεταναστευτική κίνηση στις δημόσιες δομές υγείας, γιατί δεν τηρούνταν ξεχωριστά αρχεία για μετανάστες κι ο κώδικας προστασίας των προσωπικών δεδομένων τηρούνταν απαρέγκλιτα, ακόμη και στην περίπτωση των ερευνητών, με αποτέλεσμα οι σχετικές έρευνες να πραγματοποιούνται συνήθως κατά προσέγγιση και έχοντας ως βάση μάλλον τις εμπειρικές παρατηρήσεις, παρά πραγματικά τεκμήρια και δεδομένα (Μαράτου-Αλιπράντη και συν., 2005, Μαράτου-Αλιπράνη & Γκαζόν, 2008).

Στην ίδια κατεύθυνση σε άλλη έρευνα (Geitona et al., 2007), σε πανελλαδικό δείγμα 1.819 ατόμων, βρέθηκε ότι η χώρα γέννησης του ιδίου του συμμετέχοντα στην έρευνα και η χώρα γέννησης των γονέων ως μεταβλητές δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας εξαρτιόνταν από το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, την ηλικία, το εισόδημα και το φύλο, ενώ οι γυναίκες κι οι ηλικιωμένοι ήταν πιο πιθανό να έχουν χρησιμοποιήσει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας τον προηγούμενο μήνα.

Όσον αφορά στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από μετανάστες, στην Ελλάδα υπάρχουν εξαιρετικά περιορισμένα δημοσιευμένα δεδομένα. Συγκεκριμένα, η μόνη σχετική δημοσιευμένη μελέτη είναι των Anagnostopoulos et al. (2004), στο πλαίσιο της οποίας, μελετήθηκε η ψυχοπαθολογία και η χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από οικογένειες μεταναστών που επισκέφθηκαν κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας στην Αθήνα, με αίτημα παρακολούθησης των παιδιών τους. Δε βρέθηκαν ουσιαστικές διαφορές σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας (όσον αφορά τη συχνότητα συγκεκριμένων διαγνώσεων), ούτε σημαντικές διαφορές στη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ωστόσο, φαίνεται ότι οικογένειες των μεταναστών δεν αναζητούσαν έγκαιρα βοήθεια σε σύγκριση με τους γηγενείς, ενώ βρίσκονταν σε χειρότερη οικονομική κατάσταση, απασχολούνταν σε χαμηλότερης κοινωνικής στάθμης επαγγέλματα, οι συνθήκες διαβίωσής τους ήταν χειρότερες και ήταν πιο συχνά ανασφάλιστοι.

Με βάση τα παραπάνω, προκύπτει η ανάγκη για διενέργεια μελετών όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την επαφή των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να αναδειχθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να γίνουν προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.5. Μετανάστες και ποιότητα ζωής

1.5.1. Η έννοια της ποιότητας ζωής

Η μελέτη της έννοιας της ποιότητας ζωής και του τρόπου βελτίωσης της αποτελεί αντικείμενο διαφόρων επιστημών, από την αρχαιότητα έως σήμερα: της φιλοσοφίας, της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας, της ιατρικής, της οικονομίας κλπ. Ειδικά στον τομέα της υγείας, ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί η σημασία της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής, μέσα από μια ευρεία ψυχοκοινωνική οπτική της ευημερίας, που δεν περιορίζεται μόνο σε αντικειμενικούς και αυστηρά κοινωνιολογικούς δείκτες (Gigantesco & Giuliani, 2011).

Στη συγκεκριμένη ενότητα και στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης θα επικεντρωθούμε κυρίως στην έννοια της ποιότητας ζωής, όπως χρησιμοποιείται στον τομέα της έρευνας, αξιολόγησης και κλινικής πρακτικής στο χώρο της ψυχικής υγείας. Πρόκειται για μια κεντρική έννοια, συνυφασμένη με εσωτερικές κι εξωτερικές διεργασίες που αφορούν το κάθε άτομο (την αίσθηση της ευεξίας, την ικανοποίηση από τη ζωή) και με διάφορους αντικειμενικούς παράγοντες που εξασφαλίζουν τις απαραίτητες συνθήκες για την επιδίωξη των παραπάνω. Επιπρόσθετα, τα τελευταία έτη δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ένταξη της ποιότητας ζωής στους δείκτες αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων στον τομέα της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς προσδιορίζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα τους.

Διάφοροι ορισμοί έχουν δοθεί προκειμένου να περιγραφθεί η έννοια της ποιότητας ζωής ακριβέστερα. Βασικοί δείκτες της ποιότητας ζωής, όπως έχουν διατυπωθεί στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν:

- Οικονομικούς δείκτες: Στηρίζονται κυρίως σε οικονομικά δεδομένα σε χώρες του Δυτικού πολιτισμού, μέσα από στατιστικές έρευνες για το εισόδημα, την παραγωγική κι εμπορική δραστηριότητα κλπ. (Campbel, 1976). Τα κριτήρια αυτά βασίζονται στην αρχή ότι οι οικονομικές δραστηριότητες έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχική ευημερία του

ατόμου. Ωστόσο, η αιτιολογική σύνδεση ευημερίας και οικονομικής κατάστασης δεν είναι τεκμηριωμένη κι επαρκής για να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου μεμονωμένα.

- Κοινωνικούς δείκτες: Οι δείκτες αυτοί προστέθηκαν προκειμένου να περιγράψουν καλύτερα παράγοντες που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον κι επηρεάζουν την ευημερία ενός ατόμου, σε συνδυασμό και με τους οικονομικούς δείκτες. Εδώ περιλαμβάνονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κοινωνική τάξη, η εργασία/ανεργία, η μόρφωση, το προσδόκιμο ζωής κλπ. Ωστόσο, κι αυτοί οι δείκτες είναι κυρίως αντικειμενικοί, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι αντιλήψεις, η προσωπικότητα, οι αξίες κάθε ατόμου και χωρίς να διερευνώνται μέσα από εκτιμήσεις των ίδιων των ατόμων (Lehman, 1982). Παρότι οι παραπάνω δείκτες περιγράφουν συνθήκες που αναγνωρίζονται ως ευνοϊκές για τη ζωή, δε μπορούν επίσης να συνδεθούν άμεσα με την υποκειμενική εκτίμηση ενός ατόμου για την ποιότητα ζωής του. Έτσι αναδείχθηκε η ανάγκη να περιληφθούν και υποκειμενικά κριτήρια.
- Υποκειμενικά κριτήρια: Περιλαμβάνει δείκτες που σχετίζονται με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας, την ικανοποίηση, την ευημερία, την ευτυχία. Οι τελευταίες θεωρίες για την ευημερία ακολουθούν δυο ξεχωριστά παραδείγματα: το ένα στηρίζεται στην «ηδονή» και αναφέρεται σε συναισθηματικά και γνωσιακά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ευτυχία, την ικανοποίηση, την αναζήτηση ευχαρίστησης (Kahneman et al., 1999), και το άλλο στηρίζεται στην «ευδαιμονία» που σχετίζεται με την αυτοπραγμάτωση, βάσει διαστάσεων όπως η αυτοαποδοχή, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους, η αυτονομία, η προσωπική ανάπτυξη (Waterman et al., 2008, Ryan & Deci, 2001, Ryff & Singer, 2008). Παράλληλα, λαμβάνονται υπόψη και διαστάσεις που αφορούν το οικολογικό και πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου (Diener, 2000, 2006).

Ο Lehman (1982) προσδιόρισε την ποιότητα ζωής ενσωματώνοντας υποκειμενικούς κι αντικειμενικούς δείκτες, αναπτύσσοντας ένα θεωρητικό μοντέλο που περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις της γενικής ποιότητας ζωής: το επίπεδο γενικής

λειτουργικότητας (τι μπορεί να κάνει το άτομο), τις διαθέσιμες πηγές (τι διαθέτει το άτομο), και την αίσθηση ευημερίας κι ικανοποίησης από τη ζωή. Στο μοντέλο αυτό περιλαμβάνονται και συγκεκριμένες διαστάσεις που σχετίζονται με την υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, την οικογένεια, την εργασία, την οικονομική κατάσταση και το βιοτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της ποιότητας ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο και το σύστημα αξιών στο οποίο εντάσσεται και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (WHO, 1997). Περιγράφεται ως μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με σύνθετο τρόπο από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο της ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές αντιλήψεις/πιστεύω και τις σχέσεις με τα κύρια χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος. Είναι σαφές από τον παραπάνω ορισμό ότι δίνεται έμφαση στην υποκειμενική εκτίμηση της έννοιας της ποιότητας ζωής και στη σημασία του πολιτισμικού, κοινωνικού και περιβαλλοντικού πλαισίου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1997) αναγνώρισε έξι βασικές διαστάσεις που περιγράφουν την ποιότητα ζωής στους διάφορους πολιτισμούς και είναι συμπληρωματικές μεταξύ τους: σωματική διάσταση (π.χ. ενέργεια, κούραση), ψυχολογική διάσταση (π.χ. θετικά συναισθήματα), επίπεδο ανεξαρτησίας (π.χ. ως προς την κινητικότητα), κοινωνικές σχέσεις (π.χ. κοινωνική υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο), περιβάλλον (π.χ. πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας) και προσωπικές αξίες/πνευματικότητα (π.χ. νόημα στη ζωή).

Στο ίδιο πλαίσιο, τονίζεται ότι η ποιότητα ζωής αντανακλά την αντίληψη των ατόμων ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται, ότι δε στερούνται ευκαιρίες για να πετύχουν την ολοκλήρωση κι ευτυχία, ανεξάρτητα από την κατάσταση της σωματικής τους υγείας ή τις κοινωνικές κι οικονομικές συνθήκες. Ο στόχος της βελτίωσης της ποιότητας ζωής, μαζί με την πρόληψη της κακής κατάστασης υγείας, έχουν αναγνωρισθεί ως εξαιρετικής σημασίας στον τομέα της προαγωγής υγείας (WHO, 1997).

Στην κλινική πρακτική, η υγεία, η ενεργητικότητα, η λειτουργικότητα του ατόμου και η συναισθηματική του κατάσταση είναι βασικοί παράγοντες που έχουν αναγνωρισθεί ως σχετικοί με την ποιότητα ζωής του (Hagerty et al., 2001).

Οι Οικονόμου και συν. (2001) σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση όρων και μελετών που αφορούν την ποιότητα ζωής στο χώρο της ψυχικής υγείας, τονίζουν ότι ακόμα η έννοια αυτή δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο κοινά αποδεκτό τρόπο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν εννοιολογικές ασάφειες. Δίνουν έμφαση στους αντικειμενικούς κι υποκειμενικούς δείκτες που συνδέονται με την ποιότητα ζωής και περιλαμβάνουν, τόσο τον τρόπο που αξιολογείται η ποιότητα ζωής από το ίδιο το άτομο, όσο και το πώς καθορίζεται από τις εξωτερικές συνθήκες. Επιπρόσθετα, τονίζουν και τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων και διεργασιών που δρουν καθοριστικά στην υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής (Οικονόμου και συν., 2001).

Η ανάγκη αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της επίδρασης σε αυτήν της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης στο χώρο της ψυχικής υγείας, αναγνωρίστηκε όταν ξεκίνησαν οι πρώτες συστηματικές μελέτες στον τομέα αυτό, με το Lehman (1982) να διατυπώνει τη σημασία της αντικατάστασης της έννοιας της θεραπείας από την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας ζωής.

1.5.2. Ποιότητα ζωής και ψυχικές διαταραχές

Όσον αφορά στη μελέτη της σχέσης ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας, εκτεταμένες μελέτες έχουν διενεργηθεί για διάφορες διαταραχές, ενώ γίνεται σύγκριση του βαθμού της επίδρασης στην υποκειμενική αίσθηση ευημερίας, που μπορεί να έχουν τα συμπτώματα και οι προτεινόμενες θεραπείες για διαφορετικές κατηγορίες ψυχικών και σωματικών παθήσεων. Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά κάποιες από αυτές τις έρευνες.

Ο κύριος όγκος των μελετών επικεντρώνονται σε οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια, με στόχο όχι μόνο την αναγνώριση και καταγραφή των επιδράσεων της νόσου στην ποιότητα ζωής, αλλά και την ανάπτυξη θεραπευτικών πλάνων και δεικτών έκβασης, βάσει αυτής της διάστασης. Η ανάγκη αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, προέκυψε και μέσα από την εφαρμογή νέων

θεραπειών και την αξιολόγηση τους, όπως η χρήση νέων αντιψυχωσικών φαρμάκων και τα προγράμματα αποκατάστασης, που αναπτύχθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες. Κατά συνέπεια υπήρξε μεγάλη κινητοποίηση για ανάπτυξη θεωρητικών μοντέλων και κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης κι έρευνας στο συγκεκριμένο τομέα (Gigantesco & Giuliani, 2001, Zissi et al., 1998, Οικονόμου και συν., 2001 κλπ.).

Σε έρευνα που έγινε στα ελληνικά δεδομένα, στο πλαίσιο της στάθμισης της κλίμακας WHOQOL-100, 425 άτομα συμμετείχαν σε 3 ομάδες: ομάδα ψυχιατρικών ασθενών (σχιζοφρένεια, κατάχρηση/εξάρτηση από αλκοόλ), ομάδα ασθενών που πάσχουν από σωματική νόσο (υπέρταση, καρκίνος) και ομάδα ελέγχου υγιών ατόμων (Coccossis et al., 2009). Η ομάδα των υγιών συμμετεχόντων εκτίμησε σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα την ποιότητα ζωής τους, σε σχέση με την ομάδα των ασθενών με ψυχική ή σωματική νόσο. Η βασική διαφορά μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών και των ασθενών με σωματική νόσο εντοπίστηκε στη διάσταση κοινωνικές σχέσεις και στη συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής, που στην πρώτη κατηγορία συμμετεχόντων αξιολογήθηκε πιο αρνητικά.

Οι Οικονόμου και συν. (2001) συνοψίζουν τα αποτελέσματα των ερευνών στον τομέα της ποιότητας ζωής ασθενών με σχιζοφρένεια στα παρακάτω: α) η ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια αξιολογείται ως χειρότερη από αυτή του υγιή πληθυσμού, β) οι ασθενείς που είναι νέοι, οι έγγαμοι, οι γυναίκες, τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, γ) η χρονιότητα της νόσου σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής, δ) υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ψυχωσικών συμπτωμάτων, ειδικά του αρνητικού συνδρόμου και διαφόρων τομέων της ποιότητας ζωής, ε) καλύτερη ποιότητα ζωής συνδέεται με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, με θεραπείες που περιλαμβάνουν φάρμακα και ψυχοθεραπεία και με παρεμβάσεις που αφορούν υποστηρικτικά προγράμματα στην κοινότητα.

Δε θα γίνει περαιτέρω αναλυτική περιγραφή μελετών που αφορούν την ποιότητα ζωής ασθενών με σχιζοφρένεια, καθώς κάτι τέτοιο θα ξέφευγε από τα όρια της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής κι άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, από τις πρώτες μελέτες στον τομέα ήταν αυτή που διεξήχθη σε δείγμα

1000 ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Αμερική, στο πλαίσιο της οποίας εξετάστηκε η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, σε ασθενείς που έπασχαν από διαταραχές διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές συνδεδεμένες με τη χρήση αλκοολ και διαταραχές διατροφής (Spitzer et al., 1995). Βρέθηκε ότι οι διαταραχές διάθεσης συνδέονταν αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ενώ οι αγχώδεις και οι διαταραχές διατροφής μόνο με κάποιες διαστάσεις. Αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής βρέθηκαν και σε υποκλινικές μορφές ψυχικών διαταραχών, όπως στο ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο και σε αγχώδη διαταραχή μη ταξινομούμενη σε κάποια κατηγορία.

Προς την ίδια κατεύθυνση άλλη μεγάλη εμβέλειας Ευρωπαϊκή έρευνα που υλοποιήθηκε σε 6 χώρες, μελέτησε την επίδραση διαφόρων κατηγοριών ψυχικών διαταραχών και σωματικών παθήσεων στην ποιότητα ζωή και την ανικανότητα ως προς τον εργασιακό ρόλο (Alonso et al., 2004, ESEMeDproject). Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη σημαντική αρνητική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στην ποιότητα ζωής, και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι χρόνιες σωματικές παθήσεις. Μεταξύ των διαταραχών με τη μεγαλύτερη επίδραση ως προς τη λειτουργικότητα στην εργασία ήταν η διαταραχή πανικού, το μετατραυματικό στρες, η δυσθυμία, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, η ειδική φοβία.

Στο πλαίσιο επίσης μιας ανασκόπησης επιδημιολογικών και κλινικών μελετών που έγιναν, όσον αφορά στην ποιότητα ζωής ατόμων που έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία, μετατραυματικό στρες, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή) αναδείχθηκε η σημαντική επίδραση τους στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και την αίσθηση ευημερίας (Mendlowicz & Stein, 2000). Σημαντική επιβάρυνση υπήρχε ακόμα και στις υποκλινικές μορφές αγχωδών διαταραχών, ενώ τονίστηκε ότι ο βασικός στόχος κάθε θεραπευτικής παρέμβασης (φαρμακευτική αγωγή και/ ή ψυχοθεραπεία) χρειάζεται να είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής έχουν αναγνωριστεί κι όσον αφορά άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα οι διαταραχές διατροφής που συσχετίστηκαν με σημαντική έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητα (Spitzer et al., 1995). Στο πλαίσιο άλλης μελέτης συγκρίθηκαν δείγματα ασθενών που έπασχαν από διαταραχές διατροφής κι από διαταραχές συναισθήματος, με υγιή άτομα από το

γενικό πληθυσμό (De la Rie et al., 2005). Οι ασθενείς με διαταραχές διατροφής είχαν σαφώς χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υγιείς, αλλά και σε σχέση με ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές. Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ποιότητας ζωής.

1.5.3. Μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής μεταναστών

Όσον αφορά στις μελέτες της ποιότητας ζωής των μεταναστών, υπάρχουν λίγες μόνο δημοσιευμένες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία, κι ακόμα λιγότερες στα ελληνικά δεδομένα. Στη συνέχεια συνοψίζονται τα ευρήματα μελετών των τελευταίων ετών, που εξετάζουν την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής των μεταναστών σε σχέση με διάφορους παράγοντες και σε σύγκριση με την αντίστοιχη των γηγενών στη χώρα υποδοχής.

Οι κατηγορίες των παραγόντων που έχουν αναγνωριστεί στη βιβλιογραφία ως σημαντικοί για την υποκειμενική αίσθηση της ποιότητας ζωής των μεταναστών μπορούν να συνοψιστούν στις παρακάτω (Bălățescu, 2007):

A. Εγγενείς: Οι άνθρωποι συχνά μεταναστεύουν λόγω δυσχερής θέσης ως προς τις συνθήκες διαβίωσης τους, με προφανή στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι μετανάστες δηλώνουν ότι το κίνητρο για μετανάστευση πηγάζει από την αίσθηση ότι οι κοινωνικές συνθήκες και κατ' επέκταση η ποιότητα ζωής τους στη χώρα καταγωγής βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο (Hubert, 2004). Επιπρόσθετα, η αίσθηση της ευτυχίας κι η αντίληψη της καλής ποιότητας ζωής, επηρεάζονται κι από πολιτισμικούς παράγοντες. Για παράδειγμα η αίσθηση προσωπικής ελευθερίας κι ελέγχου, η έμφαση που δίνεται στο ρόλο της αποταμίευσης και του πλούτου, η σημασία της αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου για διασκέδαση-ψυχαγωγία, η προσήλωση στη συλλογικότητα ή στην εξατομίκευση είναι διαστάσεις που καθορίζονται πολιτισμικά κι επηρεάζουν την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή και την αίσθηση ευτυχίας (Minkov, 2009). Για αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να λάβει κανείς υπόψη την επίδραση των πολιτισμικών

παραγόντων που σχετίζονται με την εθνικότητα, σε κάθε μελέτη που περιλαμβάνει εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους μετανάστες (Πράπας & Μαυρέας, 2015).

B. Επικτήτοι: Οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με την εμπειρία των μεταναστών στη χώρα υποδοχής και τις αντικειμενικές συνθήκες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους: δυσκολίες στην επικοινωνία, οικονομική δυσχέρεια, μοναξιά, κοινωνική απομόνωση, ανεργία, στίγμα, που έχουν ως αποτέλεσμα την ψυχολογική επιβάρυνση και την υποκειμενική αίσθηση χαμηλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Επιπρόσθετα, η πολιτική της χώρας για τη μετανάστευση κι η στάση/συμπεριφορά των γηγενών απέναντι στους μετανάστες, εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία κι επηρεάζουν την αίσθηση ευεξίας και τη ζωή των μεταναστών.

Η προσαρμογή των μεταναστών κι η ποιότητα ζωής τους σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο καθορίζονται σημαντικά από την αίσθηση ικανοποίησης τους από τη ζωή στη χώρα υποδοχής, την αίσθηση σταθερής κοινωνικής και προσωπικής ταυτότητας, την ικανοποιητική ανταπόκριση στις συναλλαγές με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σε καθημερινή βάση και την ικανοποίηση από την εργασία και τις οικονομικές απολαβές (Liebkind, 2006). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης το «παράδοξο της ικανοποίησης», με τους μετανάστες, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη χώρα υποδοχής, να δηλώνουν περισσότερο ευχαριστημένοι με κάποιες διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους, σε σχέση με τους γηγενείς, πιθανά συγκρίνοντας τα δεδομένα με τα αντίστοιχα στη χώρα καταγωγής τους (Bălătescu, 2007).

Τα ευρήματα έρευνας σε 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αφορούσε την «Ποιότητα ζωής σε γειτονιές με εθνοτική πολυμορφία», η οποία διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (2011), έδειξαν ότι οι περιοχές με υψηλά ποσοστά μεταναστών χαρακτηρίζονται από χαμηλή ποιότητα ζωής, σχετικά υψηλά επίπεδα φτώχειας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και κακής ποιότητας στέγαση. Το ποσοστό των μεταναστών που αντιμετωπίζει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σε πέντε χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, βρέθηκε να είναι τουλάχιστον 15% υψηλότερο του συνολικού πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT, 2011).

Ωστόσο, φαίνεται ότι η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής από τους μετανάστες, εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (πχ. βαθμός επιπολιτισμού,

διακρίσεις, κοινωνική υποστήριξη, επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας κλπ.), όπως έχουν αναδειχθεί από τη βιβλιογραφία και δεν είναι δεδομένο ότι αξιολογείται πάντα σε χαμηλά ή σε χειρότερα επίπεδα σε σχέση με τους γηγενείς.

Ένας παράγοντας που έχει μελετηθεί αναφορικά με τη συσχέτιση του με την ποιότητα ζωής των μεταναστών, είναι ο βαθμός του επιπολιτισμού. Έτσι, σε πρόσφατη έρευνα εξετάστηκε η σχέση της ποιότητας ζωής αναφορικά με την υγεία, με το βαθμό επιπολιτισμού σε 1226 Τούρκους μετανάστες στη Γερμανία (Brandt, 2017). Βρέθηκε ότι οι στρατηγικές επιπολιτισμού που συνδέονταν με διαχωρισμό και περιθωριοποίηση σχετίζονταν με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στους μετανάστες.

Προς την ίδια κατεύθυνση, άλλη διαχρονική μελέτη κοόρτης σε δομές ψυχικής υγείας, αφορούσε μετανάστες διαφορετικής καταγωγής στην Ολλανδία, κι ανέδειξε τις διαφορές στο βαθμό του επιπολιτισμού μεταξύ των μεταναστών και τη σχέση του με το επίπεδο ψυχικής υγείας, την ποιότητα ζωής και την ανάγκη για θεραπεία (Naret al., 2015). Οι Τούρκοι μετανάστες εμφανίζονταν περισσότερο προσηλωμένοι στη διατήρηση της παράδοσης, των ηθών και αξιών του πολιτισμού καταγωγής, οι Σουριναμέζοι έδειξαν μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικής ενσωμάτωσης στην Ολλανδική κοινωνία και οι Μαροκινοί τοποθετούνταν ενδιάμεσα μεταξύ των δύο, ως προς το βαθμό ενσωμάτωσης κι επιπολιτισμού. Μεγαλύτερος βαθμός πολιτισμικής προσαρμογής συσχετίστηκε με μικρότερες ανάγκες για θεραπεία. Επίσης, συσχετίστηκε με λιγότερα συμπτώματα και καλύτερη ποιότητα ζωής, τόσο κατά την έναρξη της θεραπείας, όσο και 6 μήνες μετά.

Οι Wang et al. (2010) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ κοινωνικού στίγματος και διακρίσεων με την ποιότητα ζωής σε 1006 εσωτερικούς μετανάστες στη Κίνα. Βρήκαν ότι το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα κι οι εμπειρίες ρατσισμού είχαν άμεσα αρνητικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των μεταναστών, ενώ καλύτερη ποιότητα ζωής συνδεόταν με μειωμένη ψυχολογική δυσφορία. Η κατάλληλη προετοιμασία πριν τη μετανάστευση κι η ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, συνδέονταν με καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρόμοια ευρήματα υπήρχαν και σε μεταγενέστερη έρευνα σε 2315 εσωτερικούς μετανάστες στην ίδια χώρα, με τη μετανάστευση να σχετίζεται με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στον

τομέα της υγείας και μικρότερη πιθανότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Lu et al., 2015).

Κι άλλη πρόσφατη έρευνα σε γυναίκες μετανάστριες (N=205) από τη Βόρεια Αφρική στην Ιταλία, σε σύγκριση με γυναίκες που είχαν γεννηθεί στην Ιταλία (γηγενείς) έδειξε υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και στρες και χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στις πρώτες (Toselli et al., 2018). Προς την ίδια κατεύθυνση έρευνα σε 200 μετανάστες χωρίς τα νόμιμα έγγραφα στην Ιταλία, ανέδειξε την επίδραση διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων (ηλικία, προβλήματα υγείας που σχετίζονταν με τη δυσχερή οικονομική κατάσταση) στην υποκειμενική αντίληψη τους για την ποιότητα ζωής τους στον τομέα της υγείας (D' Egidio et al., 2017). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν βρεθεί και σε μετανάστες χωρίς τα νόμιμα έγγραφα στη Γερμανία (N=96), με ευρήματα που δείχνουν χειρότερα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας σε σχέση με τους γηγενείς.

Σε άλλη μελέτη εξετάστηκε η ποιότητα ζωής μεταναστών σε σύγκριση με ομοεθνείς τους στη χώρα καταγωγής. Βρέθηκε ότι η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής Τούρκων μεταναστών στη Σουηδία (N=520) αξιολογήθηκε σε μέτρια επίπεδα, ωστόσο σε καλύτερα επίπεδα σε σχέση με τους Τούρκους στη χώρα καταγωγής τους (Bayram et al., 2007). Το εύρημα αυτό αφορούσε μετανάστες πρώτης, δεύτερης και τρίτης γενιάς, με τους μετανάστες στην τελευταία κατηγορία και τους άντρες (συγκριτικά με τις γυναίκες) να δίνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες, δηλώνοντας καλύτερη υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Σε άλλες μελέτες, διαφοροποιούνται κάπως τα ευρήματα, καθώς η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής στους μετανάστες εμφανίζεται σε καλύτερα επίπεδα, και αναδεικνύεται η επίδραση διαφόρων παραγόντων σε αυτό.

Σε σχετική μελέτη που έγινε σε γυναίκες μετανάστριες που εργάζονταν ως οικιακοί βοηθοί στη Σιγκαπούρη (N=182), βρέθηκε ότι υπήρχε μια καλή αντίληψη συνολικά για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους. Το στρες, η κοινωνική δικτύωση και παράγοντες που σχετίζονταν με την ικανοποίηση από την εργασία, φάνηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με διάφορες διαστάσεις της υποκειμενικής αντίληψης για την ποιότητα ζωής τους (Anjara et al., 2017).

Άλλη έρευνα συνέκρινε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, μεταναστών από το Μαρόκο στην Ισπανία (N=149), σε σχέση με Μαροκινούς που ζούσαν στο Μαρόκο (N=1239) κι Ισπανούς στην Ισπανία (N=1388), ενώ εξετάστηκε επίσης η συσχέτιση ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης (Rodríguez et al., 2009). Κύριο εύρημα ήταν ότι ο χαμηλότερος βαθμός κοινωνικής υποστήριξης κι η μικρότερη ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις, σχετίζονταν με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στους μετανάστες. Ωστόσο, σε αυτή την έρευνα, η μετανάστευση δε βρέθηκε ως παράγοντας που συνδέεται με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους γηγενείς, όταν λαμβανόταν υπόψη η μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης.

Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν σε άλλη μελέτη που διεξήχθη σε 1246 εφήβους στην Ισπανία, καθώς φάνηκε ότι οι μετανάστες (N=226) είχαν χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους γηγενείς, όχι λόγω της μετανάστευσης αυτής καθυψής, αλλά εξαιτίας του χειρότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, του μικρότερου βαθμού κοινωνικής υποστήριξης και του υψηλότερου βαθμού ψυχολογικής δυσφορίας (Pantzer et al., 2006).

1.5.4. Αλβανοί μετανάστες στην Ελλάδα και ποιότητα ζωής

Στα ελληνικά δεδομένα υπάρχουν πολύ λίγες μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής των μεταναστών και των Αλβανών ειδικότερα.

Σε μια μεγάλης εμβέλειας μελέτη, που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας (European Social Survey, European Commission's 5th Framework Programme) και στα ελληνικά δεδομένα, μεταξύ άλλων παραγόντων αξιολογήθηκε η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής μεταναστών από την Κεντρική κι Ανατολική Ευρώπη σε 21 Ευρωπαϊκές Χώρες (Bălătescu, 2007), βάσει καταχωρήσεων που αφορούσαν 42.359 άτομα το 2002-2003 κι αντίστοιχα 45.881 το 2004-2005. Το δείγμα περιλάμβανε μετανάστες διαφόρων εθνικοτήτων (περίπου 1.500-3.000 από κάθε εθνικότητα) και γηγενείς από το γενικό πληθυσμό. Σε

αναλύσεις που έγιναν συγκεκριμένα σε δεδομένα από 14 Δυτικές Ευρωπαϊκές Χώρες, μεταξύ των οποίων κι η Ελλάδα (56.499 καταχωρήσεις), οι μετανάστες συνολικά φάνηκε να είναι περισσότερο ευχαριστημένοι, παρά δυσαρεστημένοι με την ποιότητα ζωή τους, ωστόσο την αξιολόγησαν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους γηγενείς. Οι μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένων και των Αλβανών, εμφανίζονταν με μικρότερα επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης σε σχέση με τους γηγενείς και σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες μεταναστών, ειδικά στη Γερμανία, την Ελλάδα και την Αυστρία. Ωστόσο, σε κάποιες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, που αφορούσαν για παράδειγμα το επίπεδο εκπαίδευσης, το πολιτικό σύστημα, τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη δήλωσαν περισσότερο ευχαριστημένοι, από ότι οι γηγενείς. Ειδικά στην Ελλάδα και την Αυστρία, οι μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη αξιολογούσαν πιο θετικά τις κοινωνικές συνθήκες, σε σχέση με τους ντόπιους, συγκρίνοντας πιθανά τις αντίστοιχες συνθήκες στη χώρα καταγωγής.

Σε άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, συγκρίθηκε η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε δείγμα 330 Αλβανών και 330 Ελλήνων στη Θεσσαλία (Lahana & Niakas, 2013). Οι Αλβανοί μετανάστες φαίνεται ότι δήλωναν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία, σε σχέση με τους Έλληνες. Τα αναφερόμενα προβλήματα υγείας αυξάνονταν με την ηλικία και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κι εμφανίζονταν λίγο περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες του δείγματος. Η μόνιμη κατοικία σε αστικές περιοχές και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετιζονταν με χειρότερη βαθμολογία στη σχετική κλίμακα μέτρησης ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία, σε Έλληνες και Αλβανούς. Οι συγγραφείς επισήμαναν ότι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μπορεί να καθορίζεται από διαφορετικά σημεία αναφοράς και δεδομένα για κάθε εθνικότητα (πχ. προσωπικές ή πολιτισμικές αξίες για την υγεία), και επομένως να αξιολογείται με διαφορετικό τρόπο. Επιπρόσθετα, οι μετανάστες έρχονται στην Ελλάδα προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες ζωής τους και μπορεί να αξιολογούν θετικά την ποιότητα ζωής τους στη χώρα εγκατάστασης, σε σχέση με τη χώρα καταγωγής.

Η ικανοποίηση από τη ζωή των Ελλήνων και των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα φαίνεται να έχει μειωθεί σημαντικά μετά την οικονομική κρίση, σύμφωνα με

κάποια ευρήματα στα ελληνικά δεδομένα (Antoniou & Dalla, 2013). Σε σύγκριση με τους Ελληνοπόντιους, οι Αλβανοί παρότι φαίνεται να είχαν μικρότερο βαθμό κοινωνικής αποδοχής από την ελληνική κοινωνία, εμφάνιζαν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή σε σχέση με τους πρώτους.

Σε άλλη πρόσφατη έρευνα διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις Ελλήνων γηγενών (N=303), μεταναστών από την Αλβανία (N=114) και Ποντίων παλιννοστούντων (N=103) από το γενικό πληθυσμό, σχετικά με διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους (Πράπας & Μαυρέας, 2015). Όσον αφορά συγκεκριμένα την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής, οι διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος εντοπίστηκαν κυρίως στις διαστάσεις σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας. Οι Πόντιοι κι οι Αλβανοί δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα σωματικού πόνου, περισσότερα προβλήματα ύπνου, και χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων σε σχέση με τους Έλληνες. Από την άλλη, Έλληνες και Αλβανοί είχαν παρόμοια εικόνα όσον αφορά την κοινωνική ποιότητα ζωής, την ικανοποίηση από το περιβάλλον, την πρόσβαση στις υπηρεσίες, ενώ οι Πόντιοι φάνηκε να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις διαπροσωπικές σχέσεις, σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες συμμετεχόντων.

Τέλος, στο πλαίσιο άλλης πρόσφατης έρευνας που συνέκρινε την ποιότητα ζωής παιδιών μεταναστών από την Αλβανία και την Ανατολική Ευρώπη, σε σχέση με γηγενή παιδιά στην Ελλάδα, τα ευρήματα έδειξαν ότι τα παιδιά των μεταναστών δήλωναν χαμηλότερα επίπεδα στην υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής συνολικά και ειδικά σε τομείς που αφορούσαν την αυτό-εκτίμηση και την οικογενειακή ζωή (Rotsika et al., 2016).

1.6. Λειτουργία οικογένειας, μετανάστευση και ψυχική υγεία

1.6.1. Η οικογένεια ως σύστημα και η λειτουργία της

Σύμφωνα με την θεωρία των συστημάτων, η οικογένεια αποτελεί ένα μικρό κοινωνικό σύστημα, δυναμικό, που αλλάζει με ποικίλους τρόπους μέσα στο χρόνο (Minuchin & Simon, 1996). Η οικογένεια εξελίσσεται και διανύει το δικό της κύκλο ζωής, ο οποίος βρίσκεται σε συνάρτηση με την εξελικτική πορεία κάθε μέλους στις διάφορες ηλικίες. Κάθε αλλαγή που συμβαίνει σε ένα μέλος της οικογένειας έχει έμμεση ή άμεση επίδραση και στα υπόλοιπα μέλη αντίστοιχα και στο σύστημα συνολικά. Ο εαυτός, αποτελεί ένα όλον και την ίδια στιγμή μέρος του πλέγματος που σχηματίζουν οι οικογενειακές σχέσεις, ενώ οι εναλλακτικοί τρόποι σχετίζεσθαι που διαθέτει κάθε μέλος, μπορεί να περιθωριοποιούνται από προτιμώμενους τρόπους συναλλαγής της οικογένειας (Minuchin & Simon, 1996).

1.6.1.1. Το μοντέλο McMaster για την οικογενειακή λειτουργία

Το μοντέλο McMaster για την οικογενειακή λειτουργία αναπτύχθηκε πριν περίπου 50 έτη, από τον Epstein και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο McGill (Μόντρεαλ) με ευρεία επίδραση στη συστημική σκέψη και θεραπεία, στον κλινικό κι ερευνητικό τομέα, τα έτη που ακολούθησαν (Epstein, 1969, Epstein & Bishop, 1973). Υπό την επίδραση και σύνθεση διαφόρων θεωριών που αφορούσαν την ενδοψυχική λειτουργία και τη λειτουργία των συστημάτων, το μοντέλο μετεξελίχθηκε και πήρε συγκεκριμένη μορφή, με βασικές αρχές που συνοψίζονται παρακάτω (Ryan et al., 2005):

- Το μοντέλο στηρίζεται στη συστημική προσέγγιση και σκέψη, σύμφωνα με την οποία η οικογένεια αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα που περιλαμβάνει άλλα υποσυστήματα (ατομικά, γονεϊκά κλπ.) και σχετίζεται επίσης με άλλα συστήματα (ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον, σχολείο, εργασία, θρησκεία

κλπ.). Τα μοναδικά χαρακτηριστικά του δυναμικού συστήματος της οικογένειας δεν περιορίζονται απλά στα χαρακτηριστικά κάθε μέλους ή στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των δυάδων. Τα μέλη και τα υποσυστήματα αλληλεπιδρούν με διάφορους τρόπους. Η δομή, η λειτουργία και τα σχήματα αλληλεπίδρασης στο οικογενειακό σύστημα είναι μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά κάθε μέλους.

- Παρότι αναγνωρίζεται ως εξαιρετικά δύσκολο να προσδιορίσει κανείς ποια θα ήταν τα χαρακτηριστικά μιας «υγιούς» και «φυσιολογικής» οικογένειας, καθώς η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα που επηρεάζεται από άλλα συστήματα (πολιτισμικά, κοινωνικά, πολιτικά, οικονομικά, βιολογικά κλπ.), για κλινικούς κι ερευνητικούς λόγους είναι χρήσιμο να υπάρχουν κοινά αποδεκτά χαρακτηριστικά της οικογενειακής λειτουργίας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν πιο λειτουργικά. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο οι πιο λειτουργικές οικογένειες είναι αυτές που υποστηρίζουν και μπορούν να προστατέψουν την ψυχική και σωματική υγεία των μελών τους, και γενικά φαίνεται να έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν περισσότερο αποτελεσματικά τα προβλήματα.
- Έμφαση δίνεται επίσης στους ρόλους που χρειάζεται να επιτελέσει η οικογένεια, όσον αφορά στον κοινωνικό, ψυχολογικό και βιολογικό τομέα. Αναγνωρίζονται συγκεκριμένοι τομείς στο πλαίσιο των οποίων μπορούν να εντοπιστούν στοιχεία που σχετίζονται με μεγαλύτερη ή μικρότερη δυσλειτουργία στην οικογένεια. Οι τομείς αυτοί περιλαμβάνουν α. την κάλυψη βασικών αναγκών (τροφή, στέγη κλπ.), β. την αποτελεσματική ανταπόκριση στις αναπτυξιακές ανάγκες των μελών της οικογένειας, με βάση τον κύκλο ζωής (π.χ. γέννηση παιδιού, εφηβεία, γάμος, συνταξιοδότηση κλπ.) και γ. την αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων (πχ. ασθένεια, ατύχημα, ανεργία).
- Στο πλαίσιο κλινικής εφαρμογής του συγκεκριμένου μοντέλου, ο θεραπευτής δεν εστιάζει στην ενδοψυχική παθολογία κάθε μέλους, αλλά στους

μηχανισμούς εντός του οικογενειακού συστήματος που συνδέονται με τη δυσλειτουργική συμπεριφορά. Η θεραπεία κατευθύνεται προς την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας του συστήματος, προκειμένου να υπάρξουν αλλαγές και σε κάθε μέλος. Μεγάλης σημασίας είναι ότι στο πλαίσιο του συγκεκριμένου μοντέλου αναπτύχθηκαν ειδικά εγχειρίδια για την εκπαίδευση θεραπειών και την εφαρμογή της θεραπείας.

- Τίθεται εξαρχής χρονικό όριο στη θεραπεία, 6-12 συνεδρίες κι η εστίαση γίνεται σε προβλήματα που αφορούν το παρόν, χωρίς να γίνονται λεπτομερείς αναδρομές στο παρελθόν. Τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να ονοματίζουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις και τις επιδράσεις τους στον καθένα και σε όλο το σύστημα στο παρόν. Αυτό δε σημαίνει ότι αγνοούνται τραύματα του παρελθόντος ή χρόνια προβλήματα, όταν αυτά επηρεάζουν τη λειτουργία της οικογένειας στην παρούσα φάση.
- Έμφαση δίνεται επίσης στον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ θεραπειών και οικογένειας και μεταξύ των μελών της οικογένειας, καθώς θεωρείται απαραίτητο να είναι ευθύς και άμεσος. Ο θεραπευτής λειτουργεί διευκολυντικά προς αυτή την κατεύθυνση, ενθαρρύνοντας ξεκάθαρους, ευθείς, ανοικτούς τρόπους επικοινωνίας και την ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αναγνώρισης και διαχείρισης των προβλημάτων, ζητώντας την ενεργή συνεργασία και συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία. Προς αυτή την κατεύθυνση, κάθε μέλος της οικογένειας συμμετέχει ενεργά στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση των ζητημάτων που επιβαρύνουν την οικογένεια.

Μεγάλης σημασίας στο συγκεκριμένο μοντέλο είναι η εκτίμηση από την πλευρά του θεραπευτή του ρόλου που διαδραματίζουν οι πολιτισμικές αξίες στη λειτουργία της οικογένειας και κάθε μέλους, τόσο σε επίπεδο συμπεριφοράς, όσο και συναισθηματικής έκφρασης. Επιπρόσθετα, η κρίση για το αν κάτι είναι φυσιολογικό ή όχι, όσον αφορά τα σχήματα επικοινωνίας και συναισθηματικής έκφρασης στην οικογένεια, χρειάζεται να συνδέεται με το πολιτισμικό υπόβαθρο της.

Πέρα από τη σημαντική κλινική εφαρμογή του μοντέλου, μεγάλη ήταν η συνεισφορά του στην ανάπτυξη σε σημαντικό βαθμό του τομέα της έρευνας, όσον αφορά την οικογενειακή λειτουργία και τη σύνδεση της με ψυχικές διαταραχές ή σωματικές παθήσεις κι όσον αφορά την αξιολόγηση των εκβάσεων των θεραπειών οικογένειας. Τέλος, δημιουργήθηκε σειρά εργαλείων για την εκτίμηση των αλληλεπιδράσεων στην οικογένεια και την οικογενειακή λειτουργία, τα οποία σταθμίστηκαν και μεταφράστηκαν σε διάφορες γλώσσες, με ευρεία χρήση σε ποικίλα πολιτισμικά πλαίσια (Ryan et al., 2005).

Με βάση το Μοντέλο McMaster, η λειτουργία οικογένειας αναφέρεται στη δομή, την οργάνωση και τα σχήματα αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών του οικογενειακού συστήματος, σε βασικούς τομείς που περιλαμβάνουν την Επικοινωνία, τους Ρόλους, την Επίλυση Προβλημάτων, τη Συναισθηματική Απαντητικότητα, τη Συναισθηματική Εμπλοκή και τον Έλεγχο Συμπεριφοράς (Epstein, 1969, Epstein & Bishop, 1973). Αυτές οι διαστάσεις, παρότι δεν εξαντλούν σε καμιά περίπτωση όλους τους τομείς της οικογενειακής ζωής, φαίνεται να έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχική και σωματική υγεία των μελών της οικογένειας (Ryan et al., 2005). Σε ερευνητικό και κλινικό επίπεδο αξιολογείται ο βαθμός λειτουργικότητας της οικογένειας (πόσο αποτελεσματικά/λειτουργικά αλληλεπιδρούν τα μέλη της) σε κάθε έναν από τους τομείς αυτούς. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικότερα οι διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, με αναφορά προς ποια κατεύθυνση θεωρείται ότι μια οικογένεια λειτουργεί με πιο «υγιή» και λειτουργικό τρόπο σε κάθε μία από αυτές.

A. Επίλυση Προβλημάτων

Η διάσταση αυτή αναφέρεται στην ικανότητα της οικογένειας να λύνει προβλήματα σε ένα βασικό επίπεδο που εξασφαλίζει την αποτελεσματική οικογενειακή λειτουργία. Σχετίζεται με ζητήματα που μπορεί να επηρεάζουν την ολότητα-συνοχή της οικογένειας, τη λειτουργική της ικανότητα, και που συνήθως παρουσιάζουν δυσκολία στην επίλυση τους. Τα προβλήματα μπορεί να αφορούν πρακτικά ζητήματα, για παράδειγμα οικονομικά θέματα ή συναισθηματικά ζητήματα, που

συνδέονται με άγχος, θυμό, θλίψη κλπ. Φαίνεται ότι κάποιες οικογένειες έχουν καλύτερη δυνατότητα επεξεργασίας κι επίλυσης των προβλημάτων, ενώ άλλες παρουσιάζουν δυσκολία ακόμα και στην αναγνώριση και τον προσδιορισμό του προβλήματος αυτού καθαυτού. Οι πιο λειτουργικές οικογένειες συζητούν ανοικτά το πρόβλημα, παίρνουν αποφάσεις για την επίλυση τους και τις ακολουθούν δοκιμάζοντας εναλλακτικές λύσεις. Συνήθως αντιμετωπίζουν πιο εύκολα τα πρακτικά προβλήματα, ενώ μπορεί να έχουν δυσκολία στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών ζητημάτων.

Σύμφωνα με τους ερευνητές που ανέπτυξαν το μοντέλο McMaster, τα ακόλουθα στάδια επίλυσης προβλημάτων θεωρούνται πιο λειτουργικά:

- Αναγνώριση και προσδιορισμός του προβλήματος,
- επικοινωνία με τα κατάλληλα άτομα,
- ανάπτυξη πιθανών εναλλακτικών λύσεων,
- επιλογή μιας λύσης,
- δοκιμή της λύσης που επιλέχθηκε,
- παρακολούθηση αν εφαρμόζεται η λύση που επιλέχθηκε,
- αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας εφαρμογής της λύσης και της διαδικασίας που ακολουθήθηκε.

B. Επικοινωνία

Αναφέρεται στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η μη λεκτική επικοινωνία αναγνωρίζεται ως εξαιρετικά σημαντική, ωστόσο δεν περιλαμβάνεται στο συγκεκριμένο μοντέλο γιατί θεωρήθηκε δύσκολο να αξιολογηθεί από τις κλίμακες οικογενειακής λειτουργίας. Επιπρόσθετα, το συγκεκριμένο μοντέλο επικεντρώνεται περισσότερο στα σχήματα επικοινωνίας της οικογένειας ως σύστημα και λιγότερο στο ατομικό στυλ επικοινωνίας κάθε μέλους. Όπως και στην προηγούμενη διάσταση, η επικοινωνία μπορεί να αφορά είτε πρακτικά-λειτουργικά ζητήματα, είτε συναισθηματικά. Δυσκολίες μπορεί να υπάρχουν και στους δυο τομείς της επικοινωνίας ή στον ένα (συνήθως το συναισθηματικό). Άλλα χαρακτηριστικά

της επικοινωνίας που αξιολογούνται αφορούν το πόσο ξεκάθαρη ή κεκαλυμμένη είναι, αν το μήνυμα απευθύνεται κατευθείαν προς το άτομο για το οποίο προορίζεται ή η επικοινωνία γίνεται μέσω κάποιου τρίτου, καθώς και πώς προσλαμβάνεται κι ερμηνεύεται το μήνυμα από τον αποδέκτη.

Γ. Ρόλοι

Οι Ρόλοι αφορούν τα επαναλαμβανόμενα σχήματα συμπεριφοράς μέσω των οποίων τα μέλη της οικογένειας εκτελούν τις οικογενειακές λειτουργίες. Κάποιες βασικές λειτουργίες της οικογένειας, για τις οποίες χρειάζεται να υπάρχει σταθερότητα, προκειμένου να διατηρείται ένα υγιές κι αποτελεσματικό σύστημα είναι οι ακόλουθες:

- Παροχή βασικών αναγκών: αναφέρεται σε πρακτικά ζητήματα π.χ. τροφή, ένδυση, χρήματα, στέγη κλπ.
- Συναισθηματική υποστήριξη: παρηγοριά, επιβεβαίωση, συναισθηματική θέρμη.
- Σεξουαλική ικανοποίηση.
- Προσωπική ανάπτυξη.
- Διατήρηση και διαχείριση του οικογενειακού συστήματος: μηχανισμοί λήψης αποφάσεων, επαφές με φίλους, συγγενείς κι εξωτερικά συστήματα, μηχανισμοί ελέγχου συμπεριφοράς (πειθαρχία, κανόνες), οικονομική διαχείριση, διαχείριση ζητημάτων υγείας στην οικογένεια.

Άλλα θέματα που αφορούν τους ρόλους περιλαμβάνουν:

α. την απόδοση ρόλων: τρόπος που αποδίδονται ευθύνες για συγκεκριμένα ζητήματα και πόσο ξεκάθαρος είναι, με ποια κριτήρια γίνεται η απόδοση αυτή, και

β. την απόδοση ευθύνης για τους ρόλους: τρόπος που η οικογένεια εξασφαλίζει ότι οι λειτουργίες της εκτελούνται, διαδικασία απόδοσης ευθύνης, μηχανισμοί ελέγχου και διορθωτικές κινήσεις.

Στις οικογένειες που πλησιάζουν την πιο «υγιή» λειτουργία, δεν επιβαρύνεται υπερβολικά ένα μέλος με περισσότερες ευθύνες κι είναι πιο ξεκάθαρος ο μηχανισμός απόδοσης καθηκόντων και ρόλων. Ταυτόχρονα, υπάρχουν μηχανισμοί παρακολούθησης για το αν εκτελούνται σωστά οι ρόλοι κι υπευθυνότητα. Κάθε οικογένεια μπορεί να περάσει περιόδους, κατά τη διάρκεια των οποίων για διάφορους λόγους διαταράσσεται η ισορροπία του συστήματος (π.χ. αρνητικά γεγονότα ζωής-ανεργία, ασθένεια κλπ.), ωστόσο υπάρχουν μηχανισμοί που επαναφέρουν την οικογένεια σε μια νέα θέση με αλλαγές στου ρόλους, ανάλογα με τις συνθήκες. Τα περιστασιακά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν με την απόδοση των ρόλων δεν οδηγούν σε συγκρούσεις που απειλούν τη συνοχή της οικογένειας.

Οι ρόλοι στην οικογένεια μπορεί να καθορίζονται από την εθνικότητα, τις θρησκευτικές πρακτικές και γενικότερα τον τρόπο ζωής των ενήλικων μελών, κάτι που χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη όταν γίνεται εκτίμηση της οικογενειακής λειτουργίας.

Δ. Συναισθηματική απαντητικότητα

Η συναισθηματική απαντητικότητα αναφέρεται στον τρόπο που αντιδρούν τα μέλη της οικογένειας στα συναισθηματικά ερεθίσματα. Πιο συγκεκριμένα, η έννοια αυτή αφορά την ικανότητα των μελών της οικογένειας να αντιδράσουν με όλο το φάσμα των συναισθημάτων και τη συμβατότητα του συναισθήματος με το ερέθισμα και το πλαίσιο στο οποίο προκύπτει. Διακρίνονται δυο κατηγορίες συναισθημάτων που περιλαμβάνουν θετικά συναισθήματα, όπως στοργή, υποστήριξη, αγάπη, χαρά και συναισθήματα που προκύπτουν λόγω συγκεκριμένων αρνητικών καταστάσεων π.χ. φόβος, θυμός, θλίψη, απογοήτευση κλπ.

Στο πλαίσιο της διάστασης αυτής εκτιμάται η ποσότητα, η ποιότητα και η καταλληλότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων των μελών της οικογένειας. Όσο πιο αποτελεσματική είναι η λειτουργία της οικογένειας, τόσο μεγαλύτερη ποικιλία υπάρχει στα εκφραζόμενα συναισθήματα και πιο κατάλληλες φαίνεται να είναι οι

συναισθηματικές απαντήσεις (κι ως προς τη διάρκεια κι ένταση). Και αυτή η διάσταση καθορίζεται σημαντικά από πολιτισμικούς παράγοντες.

E. Συναισθηματική εμπλοκή

Η συναισθηματική εμπλοκή περιγράφει το βαθμό στον οποίο η οικογένεια δείχνει ενδιαφέρον και σέβεται, δίνει αξία σε συγκεκριμένες δραστηριότητες κάθε μέλους. Η έμφαση δίνεται στο βαθμό που υπάρχει ενδιαφέρον για τον άλλο και τον τρόπο που εκφράζεται. Στο ένα άκρο βρίσκονται οικογένειες με πλήρη έλλειψη εμπλοκής κι ενδιαφέροντος και στο άλλο οικογένειες που υπερεμπλέκονται στην προσωπική ζωή κάθε μέλους.

Αναγνωρίζονται οι παρακάτω τύποι συναισθηματικής εμπλοκής:

1. Έλλειψη εμπλοκής: κανένα ενδιαφέρον κι επένδυση για τους άλλους.
2. Εμπλοκή χωρίς συναίσθημα: υπάρχει ενδιαφέρον κυρίως νοητικά κι όχι συναισθηματικά, με στοιχειώδη επένδυση στη σχέση.
3. Ναρκισσιστική εμπλοκή: η επένδυση γίνεται με εγωκεντρικό τρόπο, χωρίς συναίσθημα για τη σημασία μιας συγκεκριμένης κατάστασης για τους άλλους.
4. Ενσυναισθητική εμπλοκή: τα μέλη της οικογένειας δείχνουν ειλικρινές συναισθηματικό ενδιαφέρον για τους άλλους.
5. Υπερεμπλοκή: υπάρχουν υπερβολικά διεισδυτικές κι υπερπροστατευτικές συμπεριφορές.
6. Συμβιωτική εμπλοκή: παρατηρούνται δυσδιάκριτα όρια μεταξύ των μελών, καθώς η εμπλοκή είναι σε υπερβολικό βαθμό διεισδυτική, με δυσκολία διαφοροποίησης κάθε μέλους.

Η πιο αποτελεσματική οικογενειακή λειτουργία είναι αυτή που χαρακτηρίζεται περισσότερο από ενσυναισθητική εμπλοκή κι ενεργό ενδιαφέρον για τους άλλους, ακόμα κι αν υπάρχουν περίοδοι που κάποια μέλη δείχνουν υπερεμπλοκή ή ναρκισσιστική εμπλοκή.

Στ. Έλεγχος συμπεριφοράς

Αυτή η διάσταση προσδιορίζει το σχήμα που υιοθετεί μια οικογένεια προκειμένου να διαχειριστεί συμπεριφορές σε τρεις τομείς: α. σωματικά επικίνδυνες καταστάσεις, β. καταστάσεις που σχετίζονται με την έκφραση κι ικανοποίηση ψυχοβιολογικών αναγκών κι ορμών και γ. καταστάσεις που αφορούν συμπεριφορές κοινωνικοποίησης, τόσο μεταξύ των ίδιων των μελών της οικογένειας, όσο και με άτομα έξω από το οικογενειακό σύστημα. Η έμφαση δίνεται στους κανόνες και τα πρότυπα που θέτει μια οικογένεια σε αυτούς τους τρεις τομείς, καθώς και τα περιθώρια απόκλισης που υπάρχουν. Αυτά τα πρότυπα κι η ευελιξία της οικογένειας διαμορφώνουν τον τρόπο ελέγχου συμπεριφοράς. Η διάσταση περιλαμβάνει επίσης την πειθαρχία που απαιτείται από τους γονείς για τα παιδιά, καθώς και τις προσδοκίες για τη συμπεριφορά των ενήλικων μελών της οικογένειας. Μια κατηγοριοποίηση των πιθανών τρόπων άσκησης ελέγχου στις οικογένειες είναι η ακόλουθη:

1. Άκαμπτος έλεγχος συμπεριφοράς: οι κανόνες περιλαμβάνουν περιορισμένα και στενά πρότυπα συμπεριφοράς κι αφήνουν μικρά περιθώρια διαπραγμάτευσης κι ευελιξίας.
2. Εύκαμπτος έλεγχος συμπεριφοράς: τα πρότυπα κι οι κανόνες φαίνονται εύλογα στα μέλη της οικογένειας και δίνονται ευκαιρίες για διαπραγμάτευση κι αλλαγή.
3. «Laissez-faire» έλεγχος συμπεριφοράς: δεν υπάρχουν πρότυπα συμπεριφοράς ή κατευθύνσεις, αλλά πλήρης ελευθερία – ανοχή σε συμπεριφορές, ανεξαρτήτως πλαισίου.
4. Χαοτικός έλεγχος συμπεριφοράς: η οικογένεια αλλάζει τον τρόπο ελέγχου συμπεριφοράς τυχαία κι απρόβλεπτα, μεταξύ των προαναφερθέντων. Τα μέλη της οικογένειας δε γνωρίζουν τι πρότυπα συμπεριφοράς αναμένονται κάθε φορά και δε γνωρίζουν πόση διαπραγμάτευση είναι δυνατή.

Η ευκαμψία στον τομέα αυτό χαρακτηρίζει τις πιο λειτουργικές οικογένειες και ο χαοτικός έλεγχος συμπεριφοράς τις λιγότερο λειτουργικές. Και στις λειτουργικές οικογένειες μπορεί να είναι μεν ξεκάθαροι οι κανόνες, αλλά να υπάρχει ασάφεια ή

έλλειψη συμφωνίας για κάποιους τομείς. Ωστόσο, αυτό δεν αποτελεί πηγή σύγκρουσης, αλλά διαπραγμάτευσης.

1.6.2. Λειτουργία οικογένειας και ψυχικές διαταραχές

1.6.2.1. Λειτουργία οικογένειας και κατάθλιψη

Αρκετές μελέτες έχουν γίνει σε καταθλιπτικούς ασθενείς, όσον αφορά τη σύνδεση των συμπτωμάτων, του αυτοκτονικού ιδεασμού και την πορεία της νόσου με τη δυσλειτουργία στην οικογένεια. Σε αυτό τον τομέα, φαίνεται ότι η κατάθλιψη έχει μελετηθεί περισσότερο από τις άλλες ψυχικές διαταραχές.

Οι πρώτες έρευνες που ακολούθησαν την ανάπτυξη του Μοντέλου McMaster για τη λειτουργία της οικογένειας, συνέκριναν δείγματα καταθλιπτικών ασθενών με ασθενείς που ανήκουν σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες. Οι Miller et al. (1986) αρχικά συνέκριναν την οικογενειακή λειτουργία μιας ομάδας ασθενών που έπασχαν από διάφορες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών (σχιζοφρένεια N=18, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή N=22, διπολική διαταραχή N=15, εξάρτηση από αλκοολ N=19, διαταραχή προσαρμογής N=12) με ένα δείγμα ελέγχου «υγιών» οικογενειών (N=23). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι οικογένειες των ατόμων που έπασχαν από ψυχική διαταραχή ήταν περισσότερο δυσλειτουργικές από τις οικογένειες του «υγιούς» δείγματος. Πιο σοβαρή δυσλειτουργία παρατηρήθηκε στις οικογένειες ασθενών που έπασχαν από υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, αλκοολισμό και διαταραχή προσαρμογής. Μεταγενέστερη έρευνα σε οικογένειες ασθενών με κατάθλιψη (N=111), ψύχωση (N=61), διπολική διαταραχή (N=60), αγχώδη διαταραχή (N=15), διαταραχή διατροφής (N=26), κατάχρηση ουσιών (N=48) και διαταραχή προσαρμογής (N=46), δεν ανέδειξε διαφορές στην οικογενειακή λειτουργία που να σχετίζονται με τη διαγνωστική κατηγορία (Friedman et al., 1997). Ωστόσο, υπήρχε μεγαλύτερη δυσλειτουργία στις οικογένειες των ασθενών σε σχέση με μη κλινικό δείγμα ελέγχου 353 οικογενειών. Ένα βασικό συμπέρασμα των συγγραφέων ήταν ότι οι οικογένειες με ένα μέλος να πάσχει από

ψυχική διαταραχή αναφέρουν συνήθως οικογενειακή δυσλειτουργία, ειδικά στην οξεία φάση της νόσου.

Πιο πρόσφατες έρευνες σε αυτό τον τομέα (Koyama et al., 2004), συνέκριναν τον τρόπο που οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας τους αντιλαμβάνονταν την οικογενειακή λειτουργία σε τρεις διαγνωστικές κατηγορίες: σχιζοφρένεια (N=24), υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή (N=28) και διπολική διαταραχή (N=18). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών των οικογενειών των ασθενών όσον αφορά την αντίληψη της οικογενειακής λειτουργίας, ενώ στους ίδιους τους ασθενείς υπήρχαν διαφορές σε κάποιες διαστάσεις, σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη. Δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών που έπασχαν από σχιζοφρένεια και των συγγενών τους. Πιο ισχυρή συσχέτιση των αντιλήψεων για την οικογενειακή λειτουργία ασθενών και συγγενών υπήρξε στις περιπτώσεις της διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αξιολογούσαν πιο αρνητικά τη λειτουργικότητα της οικογένειας στον τομέα Επίλυση Προβλημάτων σε σχέση με τους συγγενείς τους, ενώ οι καταθλιπτικοί ασθενείς πιο θετικά σε σχέση με μέλη της οικογένειας τους.

Στο πλαίσιο άλλης μελέτης (Keitner et al., 1987b) εξετάστηκε η οικογενειακή λειτουργία ασθενών με κατάθλιψη (N=28) που είχαν νοσηλευτεί, 12 μήνες μετά, συγκριτικά με οικογένειες σε μη κλινικό δείγμα ελέγχου (N=36). Με εξαίρεση τον τομέα που αναφερόταν στον Έλεγχο Συμπεριφοράς, στην οξεία φάση της νόσου οι οικογένειες των ασθενών παρουσίαζαν χειρότερη οικογενειακή λειτουργία από το δείγμα ελέγχου. 12 μήνες αργότερα η οικογενειακή λειτουργία έδειχνε να έχει βελτιωθεί σε σχέση με την αρχική εκτίμηση στις οικογένειες των καταθλιπτικών ασθενών, ωστόσο σε ορισμένους παράγοντες εξακολουθούσαν να δηλώνουν μεγαλύτερη δυσλειτουργία (Επίλυση Προβλημάτων, Επικοινωνία, Γενική Λειτουργικότητα), σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου. Επίσης, στις περιπτώσεις που υπήρξε βελτίωση στην οικογενειακή λειτουργία, οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για ταχύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Σε έρευνες που έγιναν σε μεγαλύτερα δείγματα ασθενών με κατάθλιψη που είχαν νοσηλευτεί (N=78) μελετήθηκε η σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, λειτουργίας οικογένειας και συνθηκών αποκατάστασης στην οξεία φάση της νόσου, 6 και 12 μήνες μετά (Keitner et al., 1989,1992,1995, 1997, Miller et al. 1992).

Σημαντική οικογενειακή δυσλειτουργία παρατηρήθηκε στην οξεία φάση, ειδικά στον τομέα της Επικοινωνίας. Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας, η δυσλειτουργία ήταν ακόμα μεγαλύτερη, πάλι στον τομέα κυρίως της Επικοινωνίας. Τα δεδομένα επιβεβαιώνονταν κι από παρατηρήσεις για τη λειτουργικότητα της οικογένειας από θεραπευτές οικογένειας. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με χειρότερη οικογενειακή λειτουργία στην οξεία φάση, είχαν πιο δύσκολη πορεία νόσου, με μικρότερα ποσοστά αποκατάστασης και χειρότερη γενική λειτουργικότητα. Έτσι, οι παράγοντες που εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικοί, όσον αφορά την αύξηση της πιθανότητας αποκατάστασης είναι (Keitner et al., 1992): μικρότερη διάρκεια νοσηλείας, μεγαλύτερη ηλικία, καλύτερη οικογενειακή λειτουργία, λιγότερες από δύο προηγούμενες νοσηλείες κι απουσία συννοσηρότητας. Στο πλαίσιο άλλων μελετών παρακολούθηθηκαν οι ασθενείς 6 χρόνια μετά το καταθλιπτικό επεισόδιο (Keller et al., 1992, Maj et al., 1992, Giles et al., 1989). Οι ασθενείς με καλύτερη λειτουργία οικογένειας είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να διατηρήσουν την υγιή λειτουργία και να αναρρώσουν από την κατάθλιψη μέσα σε ένα χρόνο. Η βελτίωση της οικογενειακής λειτουργίας μέσα στους πρώτους 6 μήνες μετά το τέλος της νοσηλείας, συσχετιζόταν σημαντικά με καλύτερη μακρόχρονη πορεία της νόσου.

Σε άλλη έρευνα, χειρότερα επίπεδα λειτουργίας οικογένειας βρέθηκαν σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης (N=74), σε σχέση με δείγμα ελέγχου (N=73, Wang & Zhao, 2013). Στην ίδια κατεύθυνση ήταν και τα αποτελέσματα άλλων μελετών που ανέδειξαν κάποιες συγκεκριμένες διαστάσεις να συνδέονται κυρίως με την οικογενειακή δυσλειτουργία, όπως την αντιλαμβάνονταν ασθενείς με κατάθλιψη: Επίλυση Προβλημάτων, Επικοινωνία, Γενική Λειτουργικότητα (Saeki et al., 2002).

Διαφορές ως προς το πώς συνδέεται η λειτουργικότητα της οικογένειας με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης έχουν επίσης βρεθεί μεταξύ ανδρών και γυναικών στις διάφορες μελέτες. Σε έρευνα που έγινε σε δείγμα ασθενών που έχουν νοσηλευτεί (N=118) βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και διαφόρων διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας μόνο στην περίπτωση των ανδρών (Febres et al., 2011). Στις διαστάσεις που αφορούσαν Επίλυση Προβλημάτων, Επικοινωνία, Συναισθηματική Απαντητικότητα κι Έλεγχο Συμπεριφοράς, το φύλο είχε στατιστικά σημαντική

επίδραση στη συσχέτιση μεταξύ σοβαρότητας κατάθλιψης κι οικογενειακής λειτουργίας, που ήταν ισχυρότερη στους άντρες. Διαφορετικά ήταν τα ευρήματα μιας άλλης μελέτης σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων από την κοινότητα (N=469), σύμφωνα με τα οποία, στις γυναίκες ήταν μεγαλύτερη η επίδραση της δυσλειτουργίας στο συζυγικό ζευγάρι στην πιθανότητα εκδήλωση κατάθλιψης, από ότι στους άντρες (Herr et al., 2007). Ωστόσο, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες που είχαν στο παρελθόν ή στην παρούσα φάση κατάθλιψη, κατά τη διάρκεια της έρευνας παρουσίαζαν μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία συγκριτικά με όσους δεν παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία στην παρούσα φάση (ούτε παλιότερα).

Αρκετές μελέτες έχουν γίνει κι ως προς τη συσχέτιση της οικογενειακής λειτουργίας με την αυτοκτονικότητα σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι πρώτες μελέτες στον τομέα συνέκριναν την οικογενειακή λειτουργία σε περίπτωση αυτοκτονικών και μη ασθενών που είχαν νοσηλευτεί (Keitner et al., 1987a, 1990b). Η οικογενειακή λειτουργία δεν είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοκτονική συμπεριφορά, δηλαδή δε βρέθηκε διαφορά στην οικογενειακή λειτουργία ασθενών με κατάθλιψη που νοσηλεύτηκαν, αναφορικά με το αν ο ασθενής είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ή όχι. Ωστόσο, οι ίδιοι οι ασθενείς που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας εκτιμούσαν πιο αρνητικά τη λειτουργία οικογένειας σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους, και μάλιστα περισσότερο αρνητικά από ότι μη αυτοκτονικοί ασθενείς, κυρίως στους τομείς που αφορούσαν Επίλυση προβλημάτων, Επικοινωνία, Ρόλους και τη γενική λειτουργία της οικογένειας. Αντίθετα, στο πλαίσιο μεταγενέστερων ερευνών βρέθηκε ότι δυσλειτουργία στην οικογένεια στον τομέα κυρίως της Επικοινωνίας σχετίστηκε σημαντικά με την ύπαρξη απόπειρας αυτοκτονίας στο ιστορικό ασθενών με κατάθλιψη που νοσηλεύτηκαν (McDermut et al., 2001). Διαφορετικά επίπεδα αυτοκτονικότητας φάνηκε να συνδέονται με διαφορετικά επίπεδα λειτουργικότητας στην οικογένεια.

Σε πιο πρόσφατη μελέτη (Berutti et al., 2016) βρέθηκε επίσης σημαντική συσχέτιση μεταξύ λειτουργικότητας οικογένειας κι αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη (N=62). Οι ασθενείς με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας αξιολογούσαν πιο αρνητικά την οικογενειακή λειτουργία στους τομείς Επίλυση Προβλημάτων, Επικοινωνία, Ρόλοι και Γενική Λειτουργικότητα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς απόπειρα στο ιστορικό τους (Keitner et al., 1987b, 1990b).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά μελέτες που έγιναν σε περιπτώσεις συννοσηρότητας, οι καταθλιπτικοί ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα αξιολογούσαν τη λειτουργία οικογένειας σε καλύτερα επίπεδα από ότι οι ασθενείς με συννοσηρότητα σωματικής νόσου, οι οποίοι με τη σειρά τους εκτιμούσαν θετικότερα την οικογενειακή λειτουργία από τους ασθενείς με συννοσηρότητα ψυχικής νόσου (Keitner et al., 1997).

Υπό την επίδραση σοβαρών γεγονότων ζωής, όπως το να έχει επιζήσει κάποιος μετά από ένα σοβαρό σεισμό και να έχει χάσει κάποιο μέλος της οικογένειας του, μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια προέβλεπε επίσης στατιστικά σε σημαντικό βαθμό την εκδήλωση πιο σοβαρών συμπτωμάτων κατάθλιψης (Cao et al., 2013).

Τέλος, όσον αφορά τους εφήβους, η δυσλειτουργία στην οικογένεια βρέθηκε να επηρεάζει την αυτοκτονική συμπεριφορά σε όσους έπασχαν από κατάθλιψη (Martin et al., 1995), κι επιπλέον, η διάσταση της οικογενειακής λειτουργίας που αφορούσε Επίλυση Προβλημάτων συσχετίστηκε σημαντικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία που είναι ανθεκτική στη θεραπεία με φάρμακα, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Townsend et al., 2007).

1.6.2.2. Λειτουργία οικογένειας κι αγχώδεις διαταραχές

Λίγες είναι οι έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ αγχωδών διαταραχών σε ενήλικες και παιδιά με τη λειτουργία της οικογένειας. Στην πλειοψηφία τους συμφωνούν ότι η δυσλειτουργία στην οικογένεια συνδέεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και στρες.

Αρνητικές αλληλεπιδράσεις στο πλαίσιο της οικογένειας έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Himle et al., 2017). Επίσης, σε πρόσφατη έρευνα σε μεγάλο δείγμα φοιτητών στην Κίνα (N=2008), φάνηκε ότι η λειτουργία οικογένειας, σε τομείς που αφορούσαν την προσαρμοστικότητα και την οικογενειακή συνοχή, συνδεόταν με την έκφραση θυμού και τη συμπτωματολογία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Liu et al., 2017).

Βρέθηκε ότι στους άντρες με τάση εκδήλωσης θυμού και τις γυναίκες με τάση να καταπιέζουν το θυμό, τα καλά επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας μπορεί να προστατεύουν από εκδήλωση ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων. Ανάλογα ευρήματα υπάρχουν και για την περίπτωση των παιδιών και των εφήβων (Murphy & Flessner, 2015).

Μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια κι έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης από την πλευρά των γονιών σχετίστηκαν επίσης με μεγαλύτερη διάρκεια των συμπτωμάτων κοινωνικής φοβίας σε 1395 εφήβους που παρακολούθηθηκαν στο πλαίσιο 10ετούς μελέτης (Knappe et al., 2009).

Επιπρόσθετα, η λειτουργικότητα της οικογένειας έχει συσχετιστεί με το μετατραυματικό στρες. Σε έρευνα που έγινε σε 145 οικογένειες με παιδιά στην Αυστραλία, 3 μήνες μετά από ένα καταστροφικό κυκλώνα, βρέθηκε μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία σε όσους έπασχαν από κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή (McDermott & Cobham, 2012). Ωστόσο, δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν μετατραυματική διαταραχή μέλη οικογενειών που παρουσίαζαν μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία. Σε άλλη μελέτη σε Καυκάσιους Βετεράνους που έπασχαν από μετατραυματικό στρες (N=1822) και στους συντρόφους τους (N=702), βρέθηκε ότι μεγαλύτερα επίπεδα οικογενειακής δυσλειτουργίας σχετίζονταν με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής πριν τη θεραπεία και 3-9 μήνες μετά (Evans et al., 2010). Ανάλογα ευρήματα υπάρχουν και για εφήβους που έπασχαν από μετατραυματική διαταραχή (Thompson et al., 2012).

Σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς με κρίσεις πανικούς (N=30) σε σύγκριση με δείγμα ελέγχου από άτομα που δεν παρουσίαζαν τέτοια συμπτώματα (N=30), δε βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ λειτουργικότητας οικογένειας και κρίσεων πανικού (Dumas et al., 1995). Ωστόσο, στην ομάδα των ασθενών αναφέρθηκαν συχνότερα γεγονότα βίας στην οικογένεια. Σε άλλη έρευνα που έγινε αντίστοιχα σε μεγαλύτερο δείγμα (97 ενήλικες με κρίσεις πανικού και 97 χωρίς), βρέθηκε ότι τα άτομα που έπασχαν από αυτή τη διαταραχή αξιολογούσαν πιο αρνητικά τη λειτουργία της οικογένειας, αναφέροντας μεγαλύτερη δυσλειτουργία και στρες στο οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και μικρότερο βαθμό υποστήριξης, σε σχέση με το δείγμα ελέγχου (Katerndahl & Realini, 1997).

Προς την ίδια κατεύθυνση, έχει παρατηρηθεί ότι η βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας σχετίστηκε με μείωση των αγχώδων συμπτωμάτων σε παιδιά κι εφήβους, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που ακολουθήθηκε (Schleider et al., 2015).

Σε παιδιά που έπασχαν από αγχώδη διαταραχή (Hughes et al., 2008), μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης κι άγχους στους γονείς, καθώς και με χειρότερη κλινική εικόνα στα παιδιά (σοβαρότητα διαταραχής, γενική λειτουργικότητα του παιδιού). Μεγαλύτερο στρες στους γονείς παιδιών που έπασχαν από αγχώδη διαταραχή συσχετίστηκε επίσης με μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια, ως προς τον παράγοντα της οικογενειακής συνοχής (Victor et al., 2007).

Τέλος, έχει παρατηρηθεί επίσης ότι η εκδήλωση αγχώδους διαταραχής στην εφηβεία λειτούργησε ως προβλεπτικός παράγοντας για προβλήματα προσαρμογής και προβλήματα σχέσεων στην οικογένεια στους ενήλικες (N=860, Essau et al., 2014).

1.6.2.3. Λειτουργία οικογένειας κι άλλες ψυχικές διαταραχές

Μεγαλύτερα επίπεδα δυσλειτουργίας στην οικογένεια έχουν παρατηρηθεί σε οικογένειες σχιζοφρενών, στις πρώτες κιόλας έρευνες που έγιναν στον τομέα (Miller et al., 1986, Friedman et al., 1997). Δυσλειτουργία στην οικογένεια στην περίπτωση σχιζοφρενών ασθενών έχει βρεθεί επίσης και σε νεότερες μελέτες (Koyama et al., 2004, Sawant et al., 2010). Επιπρόσθετα και σε εφήβους έχει παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχωσικής συμπτωματολογίας, προβλημάτων συμπεριφοράς και δυσλειτουργίας στην οικογένεια (Weiser et al., 2008).

Στα ελληνικά δεδομένα έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία έτη έρευνες που αφορούν κυρίως τη σύνδεση της λειτουργίας οικογένειας με την υποτροπή σε ασθενείς με ψυχωσική συμπτωματολογία στο πλαίσιο σχιζοφρένειας ή διπολικής διαταραχής (N=100, Koutra et al., 2015). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής λειτουργίας (διαστάσεις που αφορούν ευκαμψία και συνοχή) και υποτροπής. Η επικριτική συμπεριφορά και η ψυχολογική επιβάρυνση της

οικογένειας από τη φροντίδα του ασθενή φαίνεται να είναι προβλεπτικοί παράγοντες της πορείας της νόσου. Η οικογενειακή δυσλειτουργία συσχετίστηκε με μεγαλύτερη σοβαρότητα της ψυχωσικής συμπτωματολογίας (Koutra et al., 2016). Μελετήθηκε επίσης η οικογενειακή λειτουργία σε οικογένειες ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (N=50), οικογένειες χρόνιων ψυχωσικών ασθενών (N=50) κι οικογένειες με υγιή μέλη (δείγμα ελέγχου N=50). Οι οικογένειες χρόνιων ασθενών παρουσίαζαν μεγαλύτερη δυσλειτουργία σε σχέση με τις οικογένειες των ασθενών με πρώτο επεισόδιο. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η δυσλειτουργία στην οικογένεια πιθανά να είναι αποτέλεσμα της ασθένειας και της επιβάρυνσης της οικογένειας με τη φροντίδα του ασθενή, παρά εκλυτικός παράγοντας εκδήλωσης της διαταραχής (Koutra et al., 2014).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει επίσης μεταξύ διαταραχών διατροφής, ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, και δυσλειτουργίας στην οικογένεια (Kugu et al., 2006, Fornari et al., 1999, Dimitropoulos et al., 2008).

Επιπρόσθετα, μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργίας στην οικογένεια έχει αναφερθεί στις περιπτώσεις εξάρτησης από το διαδίκτυο (Şenormanci et al., 2014, Yan & Sui, 2014), σε αλκοολικούς (Lierman et al. 1989), στον παθολογικό τζόγο (Black et al., 2012) και τη χρήση ουσιών (Πομίни, 2004).

Χειρότερα επίπεδα λειτουργικότητας στην οικογένεια έχουν παρατηρηθεί επιπλέον σε οικογένειες ασθενών που έπασχαν από επιληψία ή ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις, ειδικά στην περίπτωση των ανδρών (LaFrance et al., 2011).

Όσον αφορά στη σύνδεση της οικογενειακής λειτουργίας με τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας, στο πλαίσιο έρευνας που διενεργήθηκε σε ενήλικες που νοσηλεύονταν και παρουσίαζαν αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ είχαν υποστεί επίσης ενδοοικογενειακή βία από τους συντρόφους τους (N=110), βρέθηκε ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν σε σημαντικό βαθμό δυσλειτουργία στην οικογένεια, παρότι αναγνώριζαν και κάποια δυνατά σημεία (Heru et al., 2007). Ειδικά στις γυναίκες, σε περιπτώσεις μεγαλύτερης δυσλειτουργίας στην οικογένεια, αναφέρονταν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχολογική βία από το σύντροφο. Και στα δύο φύλα, η σωματική και ψυχολογική βία σχετιζόνταν σημαντικά με χειρότερη οικογενειακή λειτουργία.

Τέλος, υψηλά επίπεδα δυσλειτουργίας στην οικογένεια, στον τομέα των Ρόλων και του Ελέγχου Συμπεριφοράς έχουν παρατηρηθεί σε οικογένειες παιδιών που έπασχαν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής κι Υπερκινητικότητα, καθώς κι από Εναντιωματική Διαταραχή (Kiliç & Sener, 2005).

1.6.3. Λειτουργία οικογένειας και σωματικές ασθένειες

Γενικότερα δεν έχει βρεθεί κάποιος συγκεκριμένος δυσλειτουργικός παράγοντας σε επίπεδο οικογένειας που να συνδέεται με συγκεκριμένη σωματική νόσο (Ryan et al., 2005), παρότι τα ευρήματα φαίνεται να συμφωνούν ότι μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργίας στην οικογένεια σε ασθενείς με σοβαρή σωματική νόσο έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης.

Άλλες μελέτες έχουν επικεντρωθεί σε σοβαρές σωματικές ασθένειες που μπορεί να προκαλούν ένα βαθμό αναπηρίας (Bishop et al., 1987, 1988). Βρέθηκε ότι τα άτομα που έπασχαν από ερυθματώδη λύκο ή τραύματα στη σπονδυλική στήλη και τα μέλη των οικογενειών τους αξιολογούσαν καλύτερα την οικογενειακή λειτουργία (σε παρόμοια επίπεδα με τα μη κλινικά δείγματα ελέγχου) σε σχέση με τα άτομα που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα κι όσους έπασχαν από σκλήρυνση κατά πλάκας ή εγκεφαλικό επεισόδιο, που ανέφεραν τη μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια (στατιστικά σημαντική διαφορά από τα μη κλινικά δείγματα, Bishop et al., 1988). Είναι πιθανό ο μεγαλύτερος βαθμός αναπηρίας που συνδέεται με γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές να επηρεάζει αρνητικά σε μεγαλύτερο βαθμό την οικογενειακή λειτουργία. Ωστόσο, υπήρχαν και μελέτες που δεν έδειξαν διαφορά στην οικογενειακή λειτουργία ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο, σε σχέση με δείγματα στην κοινότητα (Bishop et al., 1987). Το ίδιο εύρημα παρατηρήθηκε και σε ασθενείς που έπασχαν από σωματική αναπηρία σε σχέση με μη κλινικό δείγμα ελέγχου (Evans et al., 1992).

Η οικογενειακή λειτουργία έχει βρεθεί να σχετίζεται με τη δέσμευση στη θεραπεία ασθενών που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο (Evans et al., 1987). Έτσι οι οικογένειες των ατόμων που εκτιμούσαν ως καλύτερη την οικογενειακή λειτουργία είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν επίσης καλύτερη δέσμευση των ασθενών στη θεραπεία. Επιπρόσθετα, σε ασθενείς που είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επιτυχία της θεραπείας στο σπίτι στις περιπτώσεις που υπήρχε καλύτερη οικογενειακή λειτουργία, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες (λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στους φροντιστές, επαρκής γνώση για την παροχή φροντίδας στο σπίτι, Evans et al., 1991).

Σε μεταγενέστερη έρευνα η δυσλειτουργία στην οικογένεια αναγνωρίστηκε ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης κατάθλιψης για τους φροντιστές ασθενών που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο (Erstein et al., 2009).

Προς την ίδια κατεύθυνση, σε ασθενείς που έπασχαν από διαβήτη τύπου 2 (N=261) στην Κίνα, βρέθηκαν μεγαλύτερα επίπεδα δυσλειτουργίας στην οικογένεια σε όσους παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν τέτοια συμπτώματα (He et al., 2014). Συγκριτικά με δείγμα ελέγχου οικογενειών χωρίς μέλη που έπασχαν από διαβήτη, οι οικογένειες των διαβητικών ασθενών παρουσίαζαν χειρότερα επίπεδα λειτουργικότητας στον τομέα της Συναισθηματικής Εμπλοκής (Wang et al., 2015). Στην περίπτωση των ασθενών η δυσλειτουργία στην οικογένεια συσχετίστηκε με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Wang et al., 2015).

Μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια, κυρίως στον τομέα Ελέγχου Συμπεριφοράς και Γενικής Λειτουργικότητας, βρέθηκε μεταξύ οικογενειών που είχαν ένα παιδί ή έφηβο με αναφερόμενα συμπτώματα πόνου στην κοιλιά ή πονοκέφαλο (N=69), σε σχέση με το δείγμα ελέγχου σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα (Liakoroulou et al., 2002). Από την άλλη πλευρά, σε άλλη μελέτη στα ελληνικά δεδομένα, σε οικογένειες παιδιών που έπασχαν από κυστική ίνωση (N=36) δε βρέθηκαν διαφορές στη λειτουργικότητα της οικογένειας σε σχέση με οικογένειες με υγιή μέλη (N=31, Kostakou et al., 2014).

Επιπρόσθετα, σε γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο μαστού, μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργίας στην οικογένεια, στον τομέα που αφορά τη Συναισθηματική

Εμπλοκή, συσχετίστηκε με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις ίδιες, ενώ δυσλειτουργία στον τομέα των Ρόλων συνδέθηκε με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στους συζύγους τους (Mantani et al., 2007).

Τέλος, άλλη μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ δυσλειτουργίας στη σχέση συζύγων κι εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο (N=110). Στη στατιστική ανάλυση δε βρέθηκε άμεση συσχέτιση κατάθλιψης και δυσλειτουργίας στη συζυγική σχέση, χωρίς την επίδραση της φυσικής κατάστασης του πόνου (Cano et al., 2004).

1.6.4. Λειτουργία οικογένειας και ποιότητα ζωής

Όσον αφορά στη σχέση ποιότητας ζωής και λειτουργίας οικογένειας, φαίνεται ότι δεν υπάρχουν παρά ελάχιστες δημοσιευμένες μελέτες στον τομέα.

Σε έρευνα που έγινε σε 107 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια για αγχώδη διαταραχή, συγκριτικά με δείγμα ελέγχου 80 υγιών ατόμων στην Κίνα, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ λειτουργίας οικογένειας, κοινωνικής υποστήριξης και ποιότητας ζωής (Wang et al., 2016). Βρέθηκαν χειρότερα επίπεδα λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής στους ασθενείς που έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές, σε σχέση με το δείγμα ελέγχου, ενώ υπήρξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ λειτουργίας οικογένειας, κοινωνικής υποστήριξης και ποιότητας ζωής. Χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα της Συναισθηματικής Εμπλοκής και μη συγκατοίκηση με τους γονείς συσχετίστηκαν με την εκδήλωση αγχώδους διαταραχής.

Σε άλλη μελέτη που έγινε σε αστικού τύπου Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στην Ισπανία (Rodríguez-Sánchez et al., 2011), εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής κι οικογενειακής λειτουργίας σε 153 φροντιστές ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της οικογενειακής λειτουργίας με την ποιότητα ζωής τους. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα σε μελέτη φροντιστών ασθενών με διαταραχές συναισθήματος που νοσηλεύονταν, σύμφωνα με τα οποία

υπήρχε σοβαρή δυσλειτουργία στην οικογένεια στον τομέα των Ρόλων, της Επικοινωνίας και της Συναισθηματικής εμπλοκής, ενώ βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της λειτουργίας οικογένειας με την ποιότητα ζωής (Heru et al., 2004).

Σε άλλη ανάλογη έρευνα εξετάστηκε η σχέση μεταξύ οικογενειακής λειτουργίας και ποιότητας ζωής σε γονείς παιδιών που έπασχαν από διαταραχές αυτιστικού φάσματος, σε σύγκριση με γονείς υγιών παιδιών (N=202, Pisula & Porebowicz-Dorsmann, 2017). Βρέθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και λιγότερο ικανοποιητική λειτουργία οικογένειας στην πρώτη κατηγορία γονέων, ενώ γενικότερα παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής.

Στο βαθμό που μπορούμε να το γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν άλλες έρευνες που να μελετούν τη σχέση ποιότητας ζωής με συγκεκριμένες διαστάσεις της λειτουργίας οικογένειας, είτε σε δείγματα ασθενών με ψυχική διαταραχή ή σε δείγματα από τον υγιή πληθυσμό.

1.6.5. Ψυχική υγεία μεταναστών και λειτουργία οικογένειας

Οι πολιτισμικές αξίες, υπό την επίδραση κοινωνικο-ανθρωπολογικών παραγόντων παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του τρόπου ζωής, τη συναισθηματική συναλλαγή και δέσμευση στις διαπροσωπικές σχέσεις, τους ρόλους και γενικότερα τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας (Hofstede, 2001). Για παράδειγμα, παρατηρούνται διαφορές μεταξύ κοινωνιών που είναι περισσότερο ατομοκεντρικές, σε σχέση με άλλες που επικεντρώνονται στη συλλογικότητα, ως προς τη σημασία που δίνεται στην αξία της οικογένειας, κι ως προς τη συναισθηματική έκφραση και τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων (Antoniou & Dalla, 2015). Ο τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας, η ιεραρχία, ο ορισμός της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς, το είδος των σχέσεων με την εκτεταμένη οικογένεια, οι τελετουργίες που συνδέονται με το γάμο, το διαζύγιο είναι επίσης κάποιες από της πτυχές της οικογενειακής ζωής, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό

καθορίζονται από το πολιτισμικό υπόβαθρο. Επιπρόσθετα, έρευνες σχετικές με μετανάστες, έχουν δείξει ότι τα σχήματα συναισθηματικής συναλλαγής, μπορούν να μεταβληθούν ανάλογα με το νέο πολιτισμικό περιβάλλον με το οποίο έρχεται κανείς σε επαφή και στο οποίο εντάσσεται. Στην περίπτωση αυτή μιλάμε για συναισθηματικό επιπολιτισμό ("emotional acculturation", De Leersnyder et al., 2011).

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να εξετάζουν πώς επιδρούν τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά στη λειτουργία οικογένειας σε ασθενείς και μη, πέρα από ορισμένες έρευνες που έγιναν σε μετανάστες, κυρίως Ισπανόφωνους στην Αμερική, κι έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία έτη, καθώς και κάποιες παλιότερες διαπολιτισμικές μελέτες.

Στις πρώτες διαπολιτισμικές μελέτες που έγιναν στον τομέα, συγκρίθηκε η οικογενειακή λειτουργία ατόμων από τη Βόρεια Αμερική κι από την Ουγγαρία με ή χωρίς ένα μέλος που έπασχε από κατάθλιψη (Keitner et al, 1990a, 1991). Και στις δυο περιπτώσεις οι οικογένειες που είχαν ένα μέλος με κατάθλιψη εκτιμούσαν αρνητικότερα την οικογενειακή λειτουργία, σε σχέση με τις οικογένειες στις οποίες δεν υπήρχε κάποιο μέλος με κατάθλιψη. Διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των οικογενειών των καταθλιπτικών ασθενών σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, ως προς τη λειτουργικότητα στους τομείς που αφορούσαν την Επίλυση προβλημάτων, την Επικοινωνία, τους Ρόλους και τον Έλεγχο Συμπεριφοράς. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν ανάλογες διαφορές στα δείγματα ελέγχου των δυο εθνικοτήτων. Διαφορές εντοπίστηκαν και σε δείγματα ασθενών από την Ιαπωνία, προς την ίδια κατεύθυνση, με διαφορετικούς παράγοντες να αξιολογούνται αρνητικά από τους ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη, ανάλογα με την εθνικότητα (Saeki et al. 1997).

Διαφορές στον τρόπο που επικοινωνούν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ διαφορετικών εθνοτήτων, λόγω ιδιαίτερων πολιτισμικών παραγόντων φάνηκε ότι μπορεί να επηρεάζουν και την πορεία της νόσου σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές (Francis & Papageorgiou, 2004).

Τα τελευταία χρόνια, παράλληλα με την παρούσα μελέτη, ξεκίνησαν να δημοσιεύονται και μελέτες που εξέτασαν τη σχέση της διαδικασίας επιπολιτισμού με

τα συμπτώματα κατάθλιψης, τις πολιτισμικές αξίες και τη λειτουργία οικογένειας σε έφηβους μετανάστες (Lorenzo-Blanco et al., 2012). Σε μεγάλο δείγμα Ισπανών εφήβων μαθητών στην Αμερική (N=1992), βρέθηκε ότι οι οικογενειακές συγκρούσεις κι η συνοχή της οικογένειας σχετίστηκαν με τα συμπτώματα κατάθλιψης (όσο περισσότερες συγκρούσεις και μικρότερη συνοχή στην οικογένεια, τόσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε μετανάστες). Διαφορετικές αξίες και ρόλοι, όπως καθορίζονται πολιτισμικά, είχαν διαφορετική επίδραση σε αγόρια και κορίτσια στο δείγμα.

Σε συνέχεια αυτής της μελέτης ακολούθησαν πρόσφατες δημοσιεύσεις που αφορούσαν την επίδραση του στρες, που σχετίζεται με τη μετανάστευση και τον επιπολιτισμό των γονιών (N=302) με πρόσφατη εμπειρία μετανάστευσης (<5 έτη), στην ψυχική υγεία των εφήβων παιδιών τους (Lorenzo-Blanco et al., 2016). Υψηλότερα επίπεδα στρες επιπολιτισμού των γονιών προέβλεπαν στατιστικά χειρότερη οικογενειακή λειτουργία, όπως αξιολογήθηκε από τα νεαρά παιδιά τους. Επίσης, η καλή οικογενειακή λειτουργία, όπως αναφέρθηκε από τους εφήβους συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς στους ίδιους. Επιπρόσθετα, στις οικογένειες εφήβων που έκαναν μικρότερη χρήση αλκοόλ και καπνού, οι γονείς έτειναν να αξιολογούν πιο θετικά τα επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας. Τέλος, οι έφηβοι που είχαν καλύτερη πολιτισμική προσαρμογή είχαν καλύτερη ψυχική υγεία κι οικογενειακή λειτουργία (Schwartz et al., 2015a, 2015b).

Άλλη έρευνα σε ζευγάρια χαμηλόμισθων Ισπανών μεταναστών ανέδειξε επίσης τη σχέση μεταξύ οικογενειακής λειτουργίας και κατάθλιψης, ειδικά στις γυναίκες, και τον τρόπο που η σχέση αυτή επηρεάζεται από το στρες επιπολιτισμού (Sarmiento & Cardemi, 2009). Γυναίκες που ανέφεραν υψηλότερο στρες επιπολιτισμού σε συνδυασμό με μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία, παρουσίαζαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Άλλη έρευνα, πάλι σε Ισπανούς μετανάστες (N=479) στην Αμερική, έδειξε ότι η οικογενειακή συνοχή μειωνόταν στο χρόνο, ωστόσο μειωνόταν λιγότερο στην περίπτωση των μεταναστών που ανέφεραν μεγαλύτερο άγχος επιπολιτισμού (Ibañez et al., 2015), κάτι που φαίνεται να είναι διαφορετικό ως εύρημα σε σχέση με τις προαναφερθέντες μελέτες. Οι συγγραφείς έδωσαν την εξήγηση ότι για εκείνους τους

μετανάστες που δυσκολεύονται περισσότερο να προσαρμοστούν στο νέο πολιτισμό, η οικογένεια εξακολουθεί να λειτουργεί υποστηρικτικά και να διατηρεί τη συνοχή της.

Προς την ίδια κατεύθυνση, υπάρχει μια μελέτη (Titzmann & Sonnenberg, 2016) σε Ευρωπαϊκό πλαίσιο, σε δείγμα 185 μεταναστών στη Γερμανία (μητέρες κι έφηβοι) από την πρώην Σοβιετική Ένωση, σε σύγκριση με 197 Γερμανούς (μητέρες κι έφηβοι). Βρέθηκαν παρόμοια επίπεδα συγκρουσιακών σχέσεων στις οικογένειες στα δυο δείγματα. Ωστόσο, στους μετανάστες που αρνούνταν περισσότερο τη διαπολιτισμική επαφή, παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα επίπεδα σύγκρουσης στην οικογένεια.

Σε άλλη πρόσφατη έρευνα μελετήθηκε η σχέση μεταξύ λειτουργικότητας οικογένειας, ψυχικής ανθεκτικότητας και κατάθλιψης σε δείγμα 304 προσφύγων από τη Βόρεια στη Νότια Κορέα. Η οικογενειακή συνοχή συσχετίστηκε σημαντικά με την κατάθλιψη, με την ψυχική ανθεκτικότητα να επιδρά στη σχέση αυτή. Η προσαρμοστικότητα της οικογένειας (ως παράγοντας της οικογενειακής λειτουργίας) δε συσχετίστηκε με τους παραπάνω παράγοντες (Nam et al., 2016).

Τέλος, η μετανάστευση σε συνδυασμό με τη δυσλειτουργία στην οικογένεια συσχετίστηκαν με τετραπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης ψυχωσικής συμπτωματολογίας σε παιδιά κι εφήβους (N=3426), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην έρευνα που δεν εμφάνιζαν οικογενειακή δυσλειτουργία (Patino et al., 2005).

1.6.6. Αλβανική κουλτούρα, μετανάστευση και λειτουργία οικογένειας

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε πώς κάποιοι ιδιαίτεροι παράγοντες που συνδέονται με την Αλβανική κουλτούρα έχουν πιθανή επίδραση στον τρόπο λειτουργίας της Αλβανικής οικογένειας, καθώς και τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα σε αυτό τον τομέα.

A. Κοινωνικο-ανθρωπολογικά δεδομένα κι η επίδραση τους στην Αλβανική οικογένεια

Για να κατανοήσει κανείς τις ιδιαιτερότητες του τρόπου λειτουργίας της Αλβανικής οικογένειας, χρειάζεται να ανατρέξει σε στοιχεία που σχετίζονται με τη γεωγραφία, την ιστορία, την πολιτική και την ανθρωπολογία της Αλβανίας. Πρόκειται για μια χώρα κυρίως ορεινή, στα Δυτικά Βαλκάνια, με εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, έως το τέλος του Β' Παγκόσμιου Πόλεμου. Έως τότε, τα 4/5 του πληθυσμού ήταν κάτοικοι αγροτικών περιοχών κι η κοινωνία ήταν κυρίως οργανωμένη γύρω από αυστηρά παραδοσιακές πατριαρχικές δομές. Σε μεγάλο βαθμό οι ιεραρχικές αξίες βασίζονταν σε κριτήρια σχετικά με το γένος και την ηλικία, δίνοντας κυρίως στους άντρες τον κυρίαρχο ρόλο σε επίπεδο οικογένειας και κοινότητας, ειδικά στις βόρειες περιοχές της Αλβανίας (Kaser, 2008). Η υποταγή των γυναικών ήταν δεδομένη, σε ένα προστατευμένο περιβάλλον οικογένειας και σπιτιού (Halpern et al., 1996), ενώ ήταν συχνό το φαινόμενο οι γονείς να επιλέγουν να σταματούν τα κορίτσια από το σχολείο για λόγους ασφαλείας ή για να αποφύγουν πιθανή σύναψη ερωτικών σχέσεων (Pritchett-Post, 1998). Οι κόρες της οικογένειας ήταν επίσης υπεύθυνες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών.

Το σύστημα αξιών γενικότερα στηριζόταν στην τιμή του άντρα. Παράλληλα, υπήρχαν εκτεταμένες οικογένειες και μικρές κοινότητες με ένα χαρακτήρα κοινής εργασίας κι οικονομίας. Όπως επισημαίνεται από τη μελέτη των Παυλόπουλος και συν. (2015), η οικογένεια αποτελούσε για τους Αλβανούς μια ισχυρή συμπαγή ομάδα που δεν περιλάμβανε μόνο τους γονείς και τα παιδιά, αλλά όλα τα συγγενικά μέλη (Beqja, 2000), ενώ η έννοια της συγγένειας αποδίδεται στα αλβανικά με τη λέξη “fisi” (δηλ. ίδιας φύσης, Çabej, 1996) και περικλείει, εκτός από τα μέλη της εκτεταμένης οικογένειας, το σύνολο των συγγενών, το “soi” που εντάσσεται στο οικογενειακό σύστημα. Οι μεγάλες οικογένειες δεν αποτελούσαν μόνο προέκταση του πατριαρχικού μοντέλου, αλλά και μέσο κατοχύρωσης του κοινωνικού στάτους των γυναικών, εφόσον οι ρόλοι τους περιορίζονταν στη μητρότητα (Lerch, 2013). Ο γάμος θεωρούνταν καθολικής αξίας, ενώ απαγορευόταν αυστηρά η ενδογαμία. Έμμεσος στόχος του γάμου ήταν η επιβεβαίωση ή η ανάπτυξη συνδέσεων με άλλες εκτεταμένες οικογένειες - κοινότητες (Doja 2010).

Βασικές αρχές, όπως η προστασία της τιμής της οικογένειας και του ατόμου, η συλλογικότητα, η εκδίκηση του αίματος- οι βεντέτες, ο όρκος, η ισχύς κυρίως του άγραφου παραδοσιακού νόμου (κώδικας Kanun), ιστορικά ήταν κυρίαρχες στην Αλβανική κοινωνία (Grigorov, 2013). Επιπρόσθετα, η κατοχή των όπλων είχε τις ρίζες της στην Αλβανική παράδοση, καθώς συμβόλιζε ανεξάρτητο πνεύμα και δυνατότητα υπεράσπισης της τιμής της οικογένειας (Grigorov, 2013).

Άλλο κοινωνικο-ανθρωπολογικό χαρακτηριστικό που χρειάζεται κανείς να λάβει υπόψη μελετώντας την Αλβανική κουλτούρα, είναι ο διαχωρισμός βορά-νότου, που διαμορφώνει τα δυο πρόσωπα της Αλβανικής ταυτότητας (Grigorov, 2003). Η διάκριση αυτή είναι παραδοσιακή για την Αλβανία και σε μεγάλο βαθμό έχει καθοριστεί από γεωγραφικούς παράγοντες, σχετικούς με την ανάπτυξη ποικίλων εθνογραφικών ομάδων. Δύο από αυτές, ιστορικά ενσωμάτωσαν τις μικρότερες ομάδες κι επέβαλαν πολιτισμικά την κυριαρχία τους, οι χαρακτηριζόμενοι ως Gegs στο Βορά και Tosks στο Νότο (Grigorov, 2003). Βασικό γεωγραφικό όριο μεταξύ Βορά και Νότου, αποτελεί ο ποταμός Shkumbin River, που χωρίζει την Αλβανία σχεδόν στη μέση. Ανθρωπολογικά, οι άνθρωποι από τη Βόρεια Αλβανία είναι ψηλότεροι, έχουν πιο έντονα χαρακτηριστικά, ενώ εκείνοι από τη Νότια είναι πιο κοντοί, και μοιάζουν περισσότερο με το Μεσογειακό τύπο ανθρώπου. Οι Νότιοι περιγράφονται ως πιο μορφωμένοι, με τους περισσότερους πολιτικούς και καλλιτέχνες να κατάγονται από εκεί, ενώ οι Βόρειοι περιγράφονται ως άνθρωποι της τιμής, που συνήθως υπηρετούσαν ως στρατιώτες. Με οικονομικούς όρους ο Νότος αναπτύχθηκε πιο δυναμικά και κυριάρχησε, εφόσον εκεί υπάρχουν πιο εύφορες περιοχές και μεγάλες παραθαλάσσιες πόλεις. Παράλληλα, οι κάτοικοι του Νότου διατηρούν επαφές με μια μεγάλη κοινότητα μεταναστών στην Ιταλία που προέρχονται από αυτές τις περιοχές. Οι Βόρειοι περιγράφονται ως πιο συντηρητικοί, λιγότερο ανοικτοί κι επικοινωνιακοί, καθώς οι περισσότεροι ζουν σε μικρά ορεινά χωριά. Ιστορικά, οι δυο περιοχές χαρακτηρίζονται από συνεχή ανταγωνισμό για κυριαρχία (Grigorov, 2003).

Όσον αφορά στην επίδραση της θρησκείας στη διαμόρφωση της Αλβανικής κουλτούρας, χαρακτηριστικό είναι ότι το 1967 η Αλβανία προβλήθηκε ως το πρώτο αθεϊστικό κράτος στον κόσμο (Eldarov, 2000). Με ειδικό νόμο απαγορεύτηκαν τότε οι θρησκευτικές εκδηλώσεις, κατασχέθηκε η περιουσία των σχετικών ιδρυμάτων, οι

χώροι λατρείας μετατράπηκαν σε χώρους άθλησης, σε ξενοδοχεία ή απλά καταστράφηκαν. Για τους Αλβανούς, το Ισλάμ, ο Καθολικισμός, η Ανατολική Ορθοδοξία είναι απλά στοιχεία της ιστορικής παράδοσης και δε φαίνεται να είναι βαθιά ριζωμένα στην ταυτότητα των ίδιων και της οικογένειας (Grigorov, 2003). Η ανασύσταση των χώρων λατρείας ουσιαστικά ξεκίνησε μετά το 1990, με την κατάργηση αυτών των απαγορεύσεων.

Οι αλλαγές του πολιτικού καθεστώτος άσκησαν σημαντική επίδραση επίσης στον τρόπο ζωής των Αλβανών (αναφέρονται αναλυτικότερα στην ενότητα 1.2 Ιστορικά κι κοινωνικο-ανθρωπολογικά χαρακτηριστικά της Αλβανικής μετανάστευσης). Με την εγκαθίδρυση του κομμουνισμού, οι πατριαρχικές δομές δοκιμάστηκαν υπό την επίδραση των έμμεσων αποτελεσμάτων της γρήγορης βιομηχανοποίησης κι αστικοποίησης. Παρά τις αλλαγές που έγιναν αργότερα σε επίπεδο κατοχύρωσης δικαιωμάτων για τις γυναίκες, αν και ως ένα βαθμό ενισχύθηκε η θέση τους, οι γυναίκες εξακολούθησαν να είναι σε κατώτερο επίπεδο σε σχέση με τους άντρες, με βασικό ρόλο τη φροντίδα των παιδιών και του σπιτιού (Lerch, 2013, Doja, 2010). Οι οικογενειακές δομές παρέμειναν σημαντικές για την πρόσβαση στους περιορισμένους πόρους, ενώ η φήμη της οικογένειας χρησιμοποιούνταν ως πολιτικό μέσο για να διακρίνει κανείς τους φίλους του κομμουνισμού από τους εσωτερικούς εχθρούς (που ήταν σε μειονεκτική θέση ή τιμωρούνταν αυστηρά). Βασικό χαρακτηριστικό της δομής των κοινοτήτων εξακολουθούσε να είναι η συλλογικότητα. Οι πατριαρχικές δομές ουσιαστικά δε μεταβλήθηκαν.

Το 1989, τα 2/3 των 3 εκατομμυρίων κατοίκων της Αλβανίας εξακολουθούσαν να μένουν σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Η αύξηση του πληθυσμού ήταν η υψηλότερη στην Ευρώπη στη μεταπολεμική περίοδο (πάνω από 2%), παρότι μειώθηκε από σχεδόν 7% το 1960, σε 3% το 1990. Επιπρόσθετα, διατηρήθηκε ο παραδοσιακός γυναικείος ρόλος στην οικογένεια, με γάμους να λαμβάνουν χώρα σε μικρή ηλικία, παρά την αυξανόμενη ένταξη των γυναικών στην αγορά εργασίας, που συχνά αύξανε την πολυπλοκότητα των ρόλων και του φορτίου (Lerch, 2013).

Με την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος και την οικονομική κατάρρευση, ακολούθησε κοινωνική αναταραχή, οδηγώντας τη χώρα σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Η αβεβαιότητα και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες συνετέλεσαν σε σημαντικό βαθμό στο μεγάλο κύμα μετανάστευσης, κυρίως προς την Ελλάδα και την

Ιταλία. Μετά το 2000, ξεκίνησε μια περίοδος σταθερότητας κι οικονομικής ανάπτυξης στην Αλβανία, χωρίς όμως να έχουν ουσιαστικά αλλάξει οι παραδοσιακές κοινωνικές δομές, με τις γυναίκες να παραμένουν στο σπίτι, κυρίως στα πρώτα χρόνια ανατροφής των παιδιών, ενώ η εκπροσώπηση τους στο κοινοβούλιο παρέμενε σε πολύ χαμηλά επίπεδα (INSTAT, 2004, 2007). Οι γυναίκες εξακολουθούσαν να παντρεύονται σε μικρές ηλικίες, ενώ το 2000-2001 το επίπεδο γονιμότητας εξακολουθούσε να είναι το υψηλότερο στην Ευρώπη (Gjonca et al., 2008), και στη συνέχεια σταδιακά μειωνόταν. Η πατριαρχία, που διατηρήθηκε και μετά τα χρόνια της αλλαγής του πολιτικού καθεστώτος, φαίνεται ότι είχε ως ένα βαθμό το ρόλο παροχής ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και πολιτισμικής ταυτότητας, προκειμένου να ανταπεξέλθει κανείς στις δύσκολες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και να μειωθεί η αβεβαιότητα (Lerch, 2013).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό που έχει αναδειχθεί από πιο πρόσφατες έρευνες στην Αλβανία, είναι αυτό της αλληλοεξάρτησης μεταξύ των μελών της οικογένειας (Antonίου et al, 2013), περισσότερο διαδεδομένο σε παραδοσιακούς πολιτισμούς, που χαρακτηρίζονται από συναισθηματικά κι υλικά εξαρτητικές κι ιεραρχικές σχέσεις, ενώ παρατηρείται συχνότερα σε εκτεταμένες οικογένειες.

Μια από τις προκλήσεις της Αλβανικής κοινωνίας ήταν και είναι πώς η παράδοση, μπορούσε να μετεξελιχθεί και να ενσωματώσει πιο σύγχρονα δεδομένα. Για πολλούς αιώνες οι άγραφοι νόμοι που βασιζόνταν στο εθιμικό κυρίως δίκαιο, έπαιζαν βασικό ρόλο στις ορεινές και δύσκολα προσβάσιμες σε κάποιες περιπτώσεις περιοχές, συμβολίζοντας ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής κι αντιπροσωπεύοντας το ανεξάρτητο πνεύμα και την αίσθηση τιμής. Ακόμη και σήμερα υποστηρίζεται ότι ο εθιμικός αυτός κώδικας, έχει σημαντικές επιδράσεις στις αντιλήψεις και τη ζωή των Αλβανών, ειδικά μετά την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος. Αυτό συνέβη πιθανά προκειμένου να καλυφθεί το κενό από την έλλειψη νόμων, το αδύναμο κράτος, την αύξηση της εγκληματικότητας και να αντιμετωπιστεί η αίσθηση της ανασφάλειας και η αδυναμία να διαχειριστεί κανείς τους δυναμικούς κοινωνικούς μετασχηματισμούς ελλείψει ισχυρών δημοσίων δομών, σε ένα "ανύπαρκτο κράτος" (Grigorov, 2003).

Μελετητές ορίζουν ως τα βασικά χαρακτηριστικά που επηρέασαν τη μορφή και τη λειτουργία της Αλβανικής οικογένειας τις τελευταίες δεκαετίες τα παρακάτω

(Duri, 2016): αλλαγή πολιτικού καθεστώτος, οικονομική κρίση, αύξηση ανεργίας, μείωση εισοδημάτων, απόκτηση ιδιωτικής ιδιοκτησίας, μείωση του ρυθμού των γεννήσεων, τάση εγκατάλειψης των αγροτικών περιοχών και μετακίνηση προς τα αστικά κέντρα, αυξανόμενη οικονομική αβεβαιότητα, αύξηση του μέσου όρου ηλικίας, αλλαγή της αναλογίας ανδρών/γυναικών (λόγω της μετανάστευσης των αντρών).

B. Πρόσφατες μελέτες για τη λειτουργία της οικογένειας Αλβανών μεταναστών

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει λίγες μόνο μελέτες, που επικεντρώνονται σε χαρακτηριστικά του τρόπου λειτουργίας της Αλβανικής οικογένειας, ειδικά σε μετανάστες.

Έρευνα που έγινε μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, ανέδειξε μεγαλύτερη συναισθηματική εξάρτηση στις σχέσεις στις οικογένειες των Αλβανών, σε σχέση με τους Έλληνες (Gaki et al., 2013).

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο μελέτης που υλοποιήθηκε στην Ελλάδα, συγκρίθηκαν δεδομένα που αφορούν Αλβανούς μετανάστες (N=102) κι Έλληνες (N=231), ως προς τις οικογενειακές αξίες, τους γονεϊκούς ρόλους, τα συναισθηματικά μοντέλα, τις σχέσεις στην οικογένεια, σε σχέση και με την πολιτισμική ενσωμάτωση κι αφομοίωση (Antoniou et al., 2015). Στις Αλβανικές οικογένειες παρατηρήθηκε μεγαλύτερος βαθμός αποδοχής παραδοσιακών αξιών, όπως ο ρόλος του πατέρα ως προστάτη της οικογένειας, της γυναίκας ως υποταγμένης κι αφοσιωμένης στην ανατροφή των παιδιών και την οικιακή φροντίδα.

Παράλληλα, στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας, περιορισμένη συναισθηματική έκφραση και ψυχολογική εγγύτητα στις σχέσεις παρατηρήθηκαν περισσότερο στις οικογένειες των Αλβανών, σε σχέση με τις οικογένειες των Ελλήνων (Antoniou et al., 2015). Φαίνεται λοιπόν ότι στις Αλβανικές οικογένειες εκφράζονται λιγότερο συχνά συναισθήματα αγάπης και στοργής στις σχέσεις, είτε μεταξύ συζύγων, είτε προς τα παιδιά, επομένως υπάρχει μικρότερος βαθμός συναισθηματικής εγγύτητας σε σχέση

με τους Έλληνες. Ακόμα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης παρατηρήθηκαν στους άντρες Αλβανούς, σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό πιθανά συνδέεται με την παραδοσιακή αντίληψη ότι η έκφραση συναισθημάτων, ειδικά από έναν άντρα, είναι δείγμα αδυναμίας κι έλλειψης συναισθηματικού ελέγχου. Κάτι τέτοιο συναντάται περισσότερο σε κοινωνίες που βασίζονται στη συλλογικότητα, όπου δίνεται μικρότερη έμφαση στην αυτοαποκάλυψη και στη συναισθηματική έκφραση στις οικείες σχέσεις (Adams, 2004). Επίσης, οι παντρεμένοι με παιδιά είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην ψυχολογική εγγύτητα, στο πάθος και τη δέσμευση-αφοσίωση σε σχέση με τους ανύπαντρους και τους παντρεμένους χωρίς παιδιά, και στις δυο εθνικότητες (Antoniou et al., 2015).

Ο προσανατολισμός των μεταναστών στην πολιτισμική κληρονομιά και τους μύθους του γάμου συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής εγγύτητας, κάτι το οποίο είναι μάλλον συνδεδεμένο με πιο παραδοσιακές πολιτισμικά καθορισμένες αντιλήψεις των Αλβανών (Antoniou et al., 2015), που περιγράφηκαν στην προηγούμενη ενότητα.

Στην ίδια μελέτη, ωστόσο, βρέθηκε ότι οι Αλβανοί μετανάστες αποδέχονταν σε σημαντικό βαθμό τους οικογενειακούς μύθους, ενώ συναισθήματα σχετικά με τη στοργή, τον έρωτα, την αφοσίωση ως χαρακτηριστικά του γάμου είναι συνυφασμένα με την ύπαρξη καλών σχέσεων στην οικογένεια, όπως και στην περίπτωση των Ελλήνων. Και στις δυο εθνικότητες, εκφράστηκαν αντιλήψεις που σχετίζουν την απόκτηση παιδιών με μεγαλύτερη ικανοποίηση από το γάμο. Η καλή σχέση των γονιών με τα παιδιά σχετίστηκε με υψηλότερη συναισθηματική εγγύτητα, πάθος κι αφοσίωση στις σχέσεις στην οικογένεια (Antoniou et al., 2015).

Άλλοι μελετητές καταλήγουν ότι οι Αλβανοί μετανάστες γενικά, παρότι σε σημαντικό βαθμό φαίνεται να διατηρούν την προσκόλληση σε παραδοσιακούς ρόλους στην οικογένεια, δείχνουν συχνά να ταλαντεύονται μεταξύ του σύγχρονου και του παραδοσιακού, του πατριαρχικού μοντέλου και των πιο αυτόνομων μοντέλων, την εξάρτηση και την ανεξαρτησία (Besevegis et al., 2010).

Γ. Αλβανική οικογένεια, ενδοοικογενειακή βία και η στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια

Ένα βασικό ζήτημα που έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια και αφορά την Αλβανική οικογένεια, κυρίως σε μελέτες που έγιναν στην Αλβανία, είναι η βία. Έχει βρεθεί ότι η άσκηση σωματικής βίας από τους συζύγους, με θύματα γυναίκες, είναι αρκετά συχνή με τα ποσοστά να αγγίζουν τα υψηλότερα παγκοσμίως, σε σχέση με άλλες χώρες (Burazeri et al., 2006, 2010). Συγκεκριμένα σε έρευνα που έγινε το 2003 βρέθηκε ότι 37% των γυναικών που ερωτήθηκαν είχαν δεχτεί σωματική βία από τους συντρόφους τους (Burazeri et al., 2006). Η ίδια μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που φαίνονταν να είναι πιο ανεξάρτητες κι ενδυναμωμένες (σε θέματα εκπαίδευσης κι εργασίας), είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να υπάρξουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας, σε μια εποχή με ποικίλες αλλαγές σε κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό επίπεδο.

Σε άλλη μελέτη που έγινε σε μεγάλο δείγμα φοιτητών (N=2797), εκτιμήθηκε το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν υπάρξει μάρτυρες επεισοδίων σωματικής κακοποίησης της μητέρας τους, από τον πατέρα τους, με 26.7% να δίνουν θετικές απαντήσεις (Burazeri et al., 2010). Παρότι δεν υπάρχουν καλά καταγεγραμμένα στοιχεία, η διαπροσωπική βία στα ζευγάρια έχει αναγνωριστεί ως σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας (Burazeri et al., 2010).

Επίσης η κακοποίηση παιδιών αποτελεί ένα σημαντικό θέμα προς διαχείριση στην Αλβανία, καθώς μελέτες αναφέρουν ότι τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας με θύματα ανηλίκους (Haxhiymeri et al. 2005). Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η χρήση σωματικής τιμωρίας έχει τις ρίζες της πιθανά στην πατριαρχική νοοτροπία που χαρακτηρίζει την Αλβανική οικογένεια, καθώς η βία χρησιμοποιείται συχνά σα μέσο επιβολής κι άσκησης εξουσίας. Τα αγόρια λιγότερο συχνά αναφέρονται ως θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ωστόσο εκτίθενται από μικρή ηλικία σε πρότυπα που βασίζονται στη βία, σαν τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Από την άλλη τα κορίτσια πιθανά μαθαίνουν να δέχονται τη βία. Θύτες συχνότερα είναι άτομα που ανήκουν σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, σε αγροτικές περιοχές, κυρίως άντρες (Haxhiymeri et al., 2005).

Γενικά, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η υιοθέτηση βίαιων μοντέλων επικοινωνίας, η αναπαραγωγή του κύκλου της βίας από γενιά σε γενιά, η έλλειψη ανοχής του δημοκρατικού πνεύματος στην οικογένεια, η χρήση ουσιών, η έλλειψη ενημέρωσης για ψυχοκοινωνικά ζητήματα που αφορούν τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια των παιδιών, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, έχουν αναγνωρισθεί ως παράγοντες που συνδέονται με την κακοποίηση των παιδιών στην Αλβανία (Haxhiymeri et al., 2005). Φαινόμενα τέτοιου είδους βίας έχουν επίσης καταγραφεί σε εσωτερικούς μετανάστες, από αγροτικές περιοχές στα Τίρανα, που συνδέθηκαν με τα οξεία κοινωνικά προβλήματα που αντιμετώπισαν κατά τη διαδικασία προσαρμογής στο νέο περιβάλλον (Haxhiymeri et al. 2005).

Γενικότερα, τα φαινόμενα της κακοποίησης ανηλίκων στην Αλβανία επιτείνεται επίσης από την έλλειψη ειδικών δομών για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, την έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου και δομών αποκατάστασης για παιδιά (Haxhiymeri et al. 2005).

Όσον αφορά στην επαφή των Αλβανών με ζητήματα σχετικά με την ψυχική υγεία, φαίνεται ότι οι δεκαετίες απομόνωσης κάτω από το καθεστώς του κομμουνισμού, σε συνδυασμό με την έλλειψη δομών ψυχικής υγείας και την περιορισμένη επαφή με τις εξελίξεις στο χώρο της ψυχιατρικής στην Ευρώπη, συνέβαλαν στην περιορισμένη κατανόηση θεμάτων σχετικών με την ψυχική ασθένεια (Dow & Wooley, 2011, Weinstein et al., 2010). Η Αλβανική κουλτούρα και οι μαζικές κοινωνικές αλλαγές, σε συνδυασμό με την υπερίσχυση του άγραφου νόμου, επηρέασαν σε σημαντικό βαθμό τη στάση του πληθυσμού απέναντι στον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, ενώ ο μόνος τρόπος θεραπείας που φαίνεται να εφαρμοζόταν μέχρι πρόσφατα ήταν η βιο-ιατρική προσέγγιση (Weinstein et al, 2010). Η απαγόρευση κι ο αποκλεισμός από οποιουδήποτε είδους θρησκευτικά πιστεύω και λατρείας, απέκλειε από τους Αλβανούς κι αυτή την πηγή υποστήριξης για ανακούφιση της δυσφορίας (Dow & Wooley, 2011).

Τέλος, η προκατάληψη και η ντροπή αποτελούσαν σημαντικά εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματία ψυχικής υγείας στην Αλβανία, ενώ φαίνεται να υπήρχε μια εσωστρέφεια σε επίπεδο οικογένειας για την αντιμετώπιση τέτοιων θεμάτων, ώστε να περιοριζόταν η έκθεση και να μη στιγματιζόταν συλλογικά το οικογενειακό σύστημα (Dow & Wooley, 2011).

1.7. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μετανάστες

1.7.1. Εξειδικευμένες υπηρεσίες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μεταναστών

Στην Ελλάδα υπάρχουν λίγες οργανωμένες υπηρεσίες που εργάζονται αποκλειστικά με μετανάστες και πρόσφυγες, ενώ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχουν ενταχθεί επίσημα πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης. Οι υπηρεσίες αυτές εδρεύουν κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη κλπ.), ενώ τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί προγράμματα που αφορούν προαγωγή ψυχικής υγείας και θεραπευτικές παρεμβάσεις για πρόσφυγες και σε νησιωτικές περιοχές (πχ Λέσβο, Χίο κλπ.), λόγω των αυξημένων αναγκών που έχουν προκύψει στον τομέα αυτό. Παρακάτω περιγράφονται συνοπτικά οι κυριότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες στον τομέα.

Στην Αθήνα λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας BABEL (Συν-Ειρμός ΑΜΚΕ), που αποτελεί υπηρεσία ψυχικής υγείας για τη φροντίδα μεταναστών και προσφύγων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες (<http://syn-eirmos.gr/babel>):

- Υποδοχή αιτημάτων, εκτίμηση αναγκών, διαγνωστική εκτίμηση.
- Συμβουλευτική και κλινική εργασία, ψυχοκοινωνική στήριξη.
- Διαμεσολάβηση με άλλες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Ημερήσια φροντίδα.
- Κατ' οίκον περίθαλψη.
- Δράσεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης σε παιδιά κι εφήβους.
- Ενημέρωση κι ευαισθητοποίηση θεσμών και φορέων, κινητοποίηση κι απαρτίωση κοινοτικών πόρων.

- Δυνατότητα ολιγοήμερης παραμονής (έως μία εβδομάδα) για άτομα που χρήζουν προσωρινής στέγασης στα δύο Διαμερίσματα, εφόσον πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια.

Επιπρόσθετα, μια εξειδικευμένη υπηρεσία για μετανάστες είναι το Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής, που λειτουργεί στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Στο πλαίσιο της υπηρεσίας αυτής παρέχεται διάγνωση και ψυχιατρική παρακολούθηση για ενήλικες μετανάστες με προβλήματα ψυχικής υγείας, σε εξωτερικά ιατρεία (Κοτσιώνη, 2009).

Η Μη Κυβερνητική Οργάνωση PRAKSIS λειτουργεί πολυϊατρεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα και συμβουλευτική για θέματα πρόνοιας κι ένταξης, κυρίως σε μετανάστες χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα και τους αιτούντες άσυλο, οι οποίοι τελούν υπό καθεστώς απέλασης. Τα τελευταία έτη, ανάλογες δράσεις έχουν αναπτυχθεί και στα νησιά της Χίου, Σάμου, Λέσβου, Λέρου και στην Κω από την PRAKSIS και την ACTIONAID (<http://www.praksis.gr>, <http://www.actionaid.gr/enhmerwsou/nea/lesvos-drasi/>).

Οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας λειτουργούν επίσης πολυϊατρεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, ενώ παράλληλα έχουν πρόσφατα υλοποιήσει το ειδικό πρόγραμμα «Open Minds: Προωθώντας την ψυχική υγεία και την ευεξία στην κοινότητα», με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των ευάλωτων πληθυσμών, μεταξύ των οποίων μετανάστες και πρόσφυγες. Παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και διασύνδεσης με υπηρεσίες (<https://mdmgreece.gr/open-minds-episkopisi-apotelesmaton-programmatos-2018/>).

Οι Γιατροί Χωρίς Σύννορα προσφέρουν επίσης ιατρική κι ανθρωπιστική βοήθεια σε αιτούντες άσυλο και μετανάστες στην Ελλάδα από το 1996. Τα τελευταία έτη προσφέρονται και υπηρεσίες που περιλαμβάνουν ατομική και ομαδική/οικογενειακή ψυχολογική φροντίδα, καθώς και ψυχιατρική φροντίδα και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Παρέχονται υπηρεσίες στο κέντρο της Αθήνας, τη Λέσβο, τη Χίο και στην ευρύτερη περιοχή του Έβρου (<https://msf.gr/programmes-in-Greece>).

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες υποστηρίζει πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο έχοντας ως σκοπό να διευκολύνει την ανεξαρτητοποίηση και την ένταξή τους στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη και

υλική αρωγή σε θέματα που αφορούν επιδόματα, τρόφιμα, σίτιση κλπ. (<http://www.gcr.gr>).

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει επίσης υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες και πρόσφυγες και υλοποιεί προγράμματα για την κοινωνική ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων (<http://www.redcross.gr>).

Επιπρόσθετα, το Γραφείο της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες στην Ελλάδα, που λειτουργεί από το 1952, συνεργάζεται με τις κρατικές αρχές, με μη κυβερνητικές οργανώσεις και άλλους φορείς με στόχο τη διασφάλιση της προστασίας των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο (<https://www.unhcr.org/gr/>). Δραστηριοποιείται επίσης με στόχο την ενημέρωση κι ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γύρω από το προσφυγικό ζήτημα, με στόχο τη δημιουργία κλίματος ανοχής και σεβασμού των δικαιωμάτων των προσφύγων. Από το 2015, η Ύπατη Αρμοστεία ανέλαβε να στηρίξει πιο δυναμικά υπηρεσίες σε τομείς που αφορούν τη διανομή ειδών πρώτης ανάγκης στους πρόσφυγες, τη βελτίωση των καταλυμάτων και των υποδομών, την παροχή υπηρεσιών προστασίας προς τους πλέον ευάλωτους, την παροχή ενημέρωσης, διερμηνείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, καθώς και παρεμβάσεις στους τομείς της υγείας και της εκπαίδευσης, σε συνεργασία με την ελληνική κυβέρνηση, την τοπική αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Το Κέντρο Ημέρας «Ιόλαος», της ΜΚΟ Κλίμακα παρέχει επίσης ένα φάσμα υπηρεσιών σε πρόσφυγες με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας (<http://www.klimaka.org.gr/kentro-imeras-iolaos-gia-prosfuges/>).

Επιπρόσθετα, η ΕΠΑΨΥ ΜΚΟ, ως άμεσος συνεργάτης της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε. για τους Πρόσφυγες, υλοποιεί παρέμβαση για τη φροντίδα ψυχικής υγείας σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο που διαμένουν στην περιοχή της Αττικής και στη Θεσσαλονίκη, στο πλαίσιο του προγράμματος Στήριξης Έκτακτης Ανάγκης για την Ένταξη και τη Στέγαση – ESTIA, με βάση τις αρχές της ενεργητικής ολοκληρωμένης φροντίδας στην κοινότητα (assertive community treatment). Η παρέμβαση αφορά στην εκτίμηση, θεραπευτική υποστήριξη και παρακολούθηση προσφύγων και αιτούντων άσυλο, που εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Οι υπηρεσίες

παρέχονται κατ' οίκον και σε κατάλληλους χώρους που παραχωρούνται από υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα. Επίσης, στο πλαίσιο του προγράμματος περιλαμβάνεται η ενίσχυση της δικτύωσης με φορείς της δημόσιας ψυχικής υγείας, καθώς και η εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και συναφών επιστημονικών πεδίων (επαγγελματιών υγείας, κοινωνικών επιστημόνων κλπ.) που εργάζονται στο δίκτυο των φορέων του προγράμματος στέγασης της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε. για τους Πρόσφυγες (Lavdas et al., 2008).

1.7.2. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας στις Κυκλάδες και Μετανάστες

Στις Κυκλάδες, μια νησιωτική περιοχή με πολλές ιδιαιτερότητες (τουριστική περίοδος τους θερινούς μήνες, απομόνωση-δυσκολίες στην πρόσβαση τη χειμερινή περίοδο) και σαφή έλλειψη υπηρεσιών στον κοινωνικό τομέα και τον τομέα της υγείας, δεν υπάρχουν προφανώς εξειδικευμένες υπηρεσίες που να αφορούν μετανάστες, παρά το μεγάλο αριθμό των αλλοδαπών σε κάποια νησιά. Σχεδόν όλα τα αιτήματα που αφορούν ψυχοκοινωνικά ζητήματα και ψυχιατρικές διαταραχές ενηλίκων, παιδιών κι εφήβων στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες, καλύπτονται από τις Κινητές Μονάδες της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) σε αυτό τον τομέα ευθύνης. Στις ΝΑ Κυκλάδες λειτουργεί άλλη Κινητή Μονάδα, υπό την ευθύνη της ΜΚΟ Κλίμακα.

Προκειμένου να γίνει σαφής ο τρόπος λειτουργίας της Κινητής Μονάδας, στο πλαίσιο της οποίας διενεργήθηκε και η παρούσα έρευνα, θα περιγράψουμε παρακάτω κάποια βασικά στοιχεία που αφορούν την οργάνωση και το έργο της υπηρεσίας.

Ο θεσμός των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1981 κι αργότερα αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές, όπου δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης και συν., 2014, Παντελίδου και συν., 2014). Η λειτουργία των Κινητών Μονάδων ενσωματώθηκε στο νομοθετικό πλαίσιο του Ν.

2716/99, βάσει του οποίου αναγνωρίστηκαν ως αυτόνομες υπηρεσίες. Σε σχέση με τις υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι ΚΜΨΥ παρουσιάζουν συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες, καθώς λειτουργούν (υπουργική απόφαση ΦΕΚ 691/τ.Β/5.6.2001, άρθρο 7 του Ν. 2716/99):

α) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά, και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και

β) σε όμορους Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Βασικός στόχος, συνεπώς, της λειτουργίας των Κινητών Μονάδων, είναι η κάλυψη αναγκών σε επίπεδο ψυχικής υγείας σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες είτε δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή οι υπάρχουσες δεν επαρκούν, με τη χρήση ελάχιστης ίδιας υποδομής και τη μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Στο Ν. 2716/99, αλλά και σε επίσημα μεταγενέστερα κείμενα, όπως η εκ των υστέρων αξιολόγηση (ΥΥΚΑ, 2010), προσδιορίζεται με ακρίβεια το έργο των ΚΜΨΥ:

- Η έγκαιρη διάγνωση-παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της.
- Η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης.
- Η κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα της εξέλιξης της νόσου και η εξασφάλιση στη συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς.
- Η βοήθεια κι η στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων και η προετοιμασία του για τον τελικό στόχο, που είναι η αυτόνομη διαβίωση.
- Η συμβουλευτική – υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ιδίου του ασθενούς.

- Η εκπαίδευση εθελοντών.
- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας.

Με βάση τις παραπάνω αρχές η λειτουργία των Κινητών Μονάδων επικεντρώθηκε κυρίως στα ακόλουθα (Stylianidis et al., 2016):

α) παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων παιδιών, εφήβων και ενηλίκων σε επίπεδο ατόμου και οικογένειας,

β) εκτίμηση και καταγραφή αναγκών ψυχική υγείας στον τομέα ευθύνης, με στόχο το σχεδιασμό παρεμβάσεων εστιασμένων στις συγκεκριμένες ανάγκες,

γ) ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Παντελίδου και Στυλιανίδης, 2010),

δ) διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τους κοινωνικούς κι εκπαιδευτικούς φορείς της κοινότητας,

ε) κινητοποίηση των τοπικών πόρων κι απαρτίωση των δράσεων των Μονάδων στην κοινωνική πολιτική κάθε Δήμου (Στυλιανίδης & Παντελίδου, 2006, Stylianidis et al., 2007),

στ) εκπαίδευση Εθελοντικών Τοπικών Υποστηρικτικών Πυρήνων,

ζ) ανάπτυξη δράσεων αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών,

στ) έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη των υποτροπών και των νοσηλειών για σοβαρά ψυχιατρικά περιστατικά.

Όσον αφορά συγκεκριμένα τις Κινητές Μονάδες στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες, παρακάτω παραθέτουμε κάποια στοιχεία που σχετίζονται με τη λειτουργία τους.

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ-ΜΚΟ) έχει την επιστημονική και διοικητική ευθύνη δυο Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στις Κυκλάδες. Η έναρξη λειτουργίας της ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων έγινε τον Ιούνιο του 2003 και της ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων τον Ιανουάριο του 2004. Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία των ΚΜΨΥ προέρχεται κυρίως από Εθνικούς Πόρους (Υπουργείο Υγείας) και Ευρωπαϊκή Χρηματοδότηση. Ο τομέας ευθύνης για την Κινητή Μονάδα ΒΑ Κυκλάδων με έδρα την Πάρο περιλαμβάνει τα νησιά Σύρο, Άνδρο, Μύκονο, Τήνο, Πάρο κι Αντίπαρο. Αντίστοιχα, ο τομέας ευθύνης της Κινητής Μονάδας Δυτικών Κυκλάδων με έδρα τη Μήλο περιλαμβάνει τα νησιά Μήλο, Κίμωλο, Σίφνο, Σέριφο, Κέα και Κύθνο. Ο μόνιμος καταγεγραμμένος πληθυσμός του τομέα ευθύνης ανέρχεται περίπου σε 80.000 κατοίκους (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011).

Σε καθένα από τα νησιά που προαναφέρθηκαν μεταβαίνει ανά 15 ημέρες Κλιμάκιο αποτελούμενο από ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό και κοινωνικό λειτουργό (οι ειδικότητες καθορίζονται ανάλογα με τις ανάγκες και τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους). Οι συνεδρίες γίνονται στην έδρα των Μονάδων στην Πάρο και σε χώρους που παραχωρούνται από τα Κέντρα Υγείας ή την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Επίσης, πραγματοποιούνται και κατ' οίκον θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πέρα, από το κλινικό έργο, σε κάθε νησί αναπτύσσονται ποικίλες δράσεις αγωγής και προαγωγής ψυχικής υγείας, με βάση τους στόχους λειτουργίας των Κινητών Μονάδων, ενώ παράλληλα λειτουργεί κεντρική γραμματεία στην Πάρο, που οργανώνει το θεραπευτικό και κοινοτικό έργο (Παντελίδου & Στυλιανίδης, 2010).

Όπως προαναφέρθηκε, η ιδιαιτερότητα των δύο Κινητών Μονάδων έγκειται στο γεγονός ότι καλύπτουν νησιωτικές περιοχές, με δυσκολίες πρόσβασης (κατά τους χειμερινούς μήνες). Στα 12 νησιά του τομέα ευθύνης δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών περιστατικών. Μόνο στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου εργάζονται κατά διαστήματα κάποιοι ειδικοί ψυχικής υγείας (παιδοψυχίατρος, ψυχίατρος, ψυχολόγοι, κοινωνικοί

λειτουργοί). Επιπρόσθετα, οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι περιορισμένες και πλέον τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία είναι υποστελεχωμένα.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε τοπικής κοινότητας διαμόρφωσαν τον τρόπο παρέμβασης σε κλινικό και κοινοτικό επίπεδο. Έτσι από την έναρξη λειτουργίας των Κινητών Μονάδων:

- Η παρέμβαση προσαρμόστηκε στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε νησιού.
- Μέσα από μια εθνοψυχιατρική προσέγγιση λήφθηκαν υπόψη τα κοινωνικο-ανθρωπολογικά χαρακτηριστικά κάθε κοινότητας: οι συγκεκριμένοι πολιτισμικοί κώδικες, οι στάσεις απέναντι στη διαφορετικότητα, η προκατάληψη σε σχέση με ζητήματα ψυχική υγείας, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του ψυχιατρικού αιτήματος, ο τρόπος έκφρασης των συμπτωμάτων (Στυλιανίδης και συν., 2014).

Σύμφωνα με τα τηρούμενα αρχεία της υπηρεσίας, από την έναρξη λειτουργίας των Κινητών Μονάδων μέχρι το 2017 είχαν εξυπηρετηθεί συνολικά 11.602 άτομα, εκ των οποίων 9102 ενήλικες και 2500 παιδιά και έφηβοι. Από αυτούς σχεδόν 3000 άτομα, δηλαδή περίπου το 1/4 αποτελούσαν εξυπηρετούμενους μόνο στα νησιά Πάρο και Αντίπαρο, όπου επικεντρώνεται η μεγαλύτερη πλειοψηφία των χρηστών της υπηρεσίας, σε σχέση με τα υπόλοιπα νησιά. Το γεγονός αυτό οφείλεται πιθανά σε συνδυασμό παραγόντων. Ο μεγαλύτερος αριθμός καινοτόμων κοινοτικών δράσεων με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος, την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας και την έγκαιρη παρέμβαση έχει υλοποιηθεί στα νησιά αυτά, ενώ από το 2007 λειτουργεί εκεί η έδρα της Μονάδας (που αρχικά ήταν στη Σύρο). Επιπρόσθετα, πρόκειται για μια κοινότητα που ενίσχυσε με ποικίλους τρόπους τις δράσεις της υπηρεσίας, μέσα από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τη δράση τοπικών συλλόγων που ενεργά υποστήριξαν τη λειτουργία της (οικονομική υποστήριξη, συνδιοργάνωση δράσεων κλπ.).

Όσον αφορά στις ψυχιατρικές διαγνώσεις, ποσοστά 70-80% των νέων περιστατικών, τόσο στους μετανάστες, όσο και στους Έλληνες, ανά έτος, αποτελούν αιτήματα για αντιμετώπιση διαταραχών διάθεσης, νευρωσικών διαταραχών και

ψυχοκοινωνικών ζητημάτων (δυσκολίες που συνδέονται με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, συμβουλευτική γονέων κλπ.).

Στο συνολικό αριθμό εξυπηρετούμενων σε όλα τα νησιά από την έναρξη λειτουργίας της Μονάδας περιλαμβάνονται 10% μετανάστες, κυρίως Αλβανικής καταγωγής (8% επί του συνόλου των εξυπηρετούμενων). Σε ορισμένα νησιά, μεταξύ των οποίων και η Πάρος, το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο και ανά έτος κυμαίνεται μεταξύ 10-12% του συνόλου των νέων αιτημάτων προς την υπηρεσία. Ο μεγάλος αριθμός Αλβανών μεταναστών οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελούν σημαντικό τμήμα του πληθυσμού σε κάποια νησιά, ενώ είναι εγκατεστημένοι πολλά χρόνια, έχουν οικογένεια και ευρύτερο συγγενικό δίκτυο στις περισσότερες περιπτώσεις.

Μέχρι σήμερα δεν έχουν πραγματοποιηθεί ειδικές δράσεις για μετανάστες, στο πλαίσιο της υπηρεσίας, πέρα από ένα πρόγραμμα που ολοκληρώθηκε πρόσφατα κι αφορά καταγραφή αναγκών κι ενδυνάμωση γυναικών μεταναστριών οι οποίες αντιμετωπίζουν ζητήματα έμφυλης βίας (Ευρωπαϊκό πρόγραμμα GEMMA Project, Baroni et al., 2020 υπό δημοσίευση, Pantelidou et al., 2016a). Μέρος του προγράμματος που υλοποιήθηκε στην Ελλάδα υπό την επιστημονική και διοικητική ευθύνη της ΕΠΑΨΥ, είχε εφαρμογή στην Πάρο, με τη συμμετοχή γυναικών σε συνεντεύξεις για καταγραφή ζητημάτων που αφορούσαν τη βία και την ένταξη σε συμβουλευτικό πρόγραμμα με στόχο την ενδυνάμωση τους. Παράλληλα, υπήρξε ευαισθητοποίηση των τοπικών φορέων κι ανάπτυξη ειδικού πρωτοκόλλου για διασύνδεση υπηρεσιών κι αποτελεσματική διαχείριση περιστατικών έμφυλης βίας με θύματα μετανάστριες.

Επιπλέον, τα τελευταία έτη λειτούργησε για πρώτη φορά Ιατρείο Οικογένειας στην Πάρο, με βάση τις αρχές της συστημικής θεραπείας. Η ένταξη μεταναστών στα προγράμματα συστημικής παρέμβασης με όλη την οικογένεια επέφερε ποικίλους προβληματισμούς που αφορούν ζητήματα κατανόησης κι εργασίας με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και δυναμικά της Αλβανικής οικογένειας.

Τέλος, έχει αναγνωριστεί η έλλειψη στο πλαίσιο της υπηρεσίας και γενικότερα στον τομέα ευθύνης, σε ειδικές μελέτες κι εξειδικευμένες παρεμβάσεις που να αφορούν μετανάστες, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη σχετικών μελετών και δράσεων για την κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών αυτής της ομάδας

πληθυσμού και την προσαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων στις ανάγκες αυτές.

1.8. Πλαίσιο έρευνας κι ερευνητικά ερωτήματα

1.8.1. Σύνοψη και περιορισμοί ερευνητικών δεδομένων

Η Ελλάδα είναι χώρα με σημαντική εισροή μεταναστών, με τους Αλβανούς να αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, ενώ παράλληλα τα ζητήματα που αφορούν ευρύτερα την υγεία και την ποιότητα ζωής τους έρχονται συχνά στο προσκήνιο σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο (Baldwin-Edwards, 2004, 2008, Κοτσιώνη, 2009, Μιχαήλ, 2014). Εκτός από την εγκατάσταση σε μεγάλα αστικά κέντρα, οι Αλβανοί μετανάστες, επιλέγουν συχνά ως μόνιμη κατοικία και τα νησιά (για λόγους εργασίας, πχ. απασχόληση στον κατασκευαστικό τομέα, σε αγροτικές εργασίες κλπ.), μεταξύ των οποίων και οι Κυκλάδες, περιοχές με σημαντικό ποσοστό μεταναστών επί του συνολικού πληθυσμού από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2001, Baldwin-Edwards, 2008).

Από την πλευρά των Αλβανών μεταναστών, η μετανάστευση αποτελεί φαινόμενο βαθιά συνδεδεμένο με την ιστορία τους, λόγω των ιδιαίτερων κοινωνικών και πολιτικών συνθηκών στην Αλβανία. Βασικά στοιχεία της Αλβανικής μετανάστευσης αποτελούν ο υπερεθνικός χαρακτήρας της και η κυκλικότητα, η ανάπτυξη στρατηγικών προσαρμογής για ενσωμάτωση στις τοπικές κοινότητες, παρά το στίγμα και το ρατσισμό που αντιμετώπισαν οι Αλβανοί μετανάστες, η συνήθης εγκατάσταση, σε δεύτερο χρόνο, ολόκληρων οικογενειών, η επίδραση της μετανάστευσης στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας και στα σχέδια για το μέλλον για την πρώτη και τη δεύτερη γενιά μεταναστών (Μιχαήλ, 2014).

Όσον αφορά γενικότερα στα ερευνητικά δεδομένα για την ψυχική υγεία μεταναστών, και την πιθανή μεγαλύτερη επικράτηση των ψυχικών διαταραχών, σε σχέση με τους γηγενείς, πέρα από τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα μπορεί να υπάρχουν, πλέον είναι κοινά αποδεκτό ότι μεγαλύτερη σημασία έχει να διερευνηθούν παράγοντες που καθιστούν τους μετανάστες περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτους για την εκδήλωση ψυχικής διαταραχής (Ζήση, 2006, Kirmayer et al., 2011).

Ειδικά στον ελληνικό χώρο, τα δεδομένα που αφορούν τους παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική υγεία των μεταναστών είναι ακόμα περιορισμένα, κυρίως σε μη αστικές περιοχές, όπου προστίθενται ειδικές συνθήκες, όπως η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες, η απομόνωση κλπ. Ο κύριος όγκος μελετών, που αφορούν κυρίως Αλβανούς μετανάστες, επικεντρώνονται στη σχέση της διαδικασίας επιπολιτισμού με την ψυχική υγεία. Τακτικές προσαρμογής όπως η περιθωριοποίηση κι ο διαχωρισμός έχουν συνδεθεί με υψηλό άγχος, δυσφορία και ψυχοσωματικά προβλήματα στους μετανάστες (Ντάλλα και συν. 2004, Dalla & Sokoli, 2012). Αντίθετα, η εναρμόνιση (integration) ως επιλεγόμενη στρατηγική επιπολιτισμού έχει βρεθεί να σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα προσαρμογής (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2008), και με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Madianos et al., 2008). Μεταξύ άλλων παραγόντων η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, έχει συσχετιστεί με περισσότερα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας σε μετανάστες (Σπανέα & Καλαντζή-Αζίζι, 2008), ενώ η καλή λειτουργία οικογένειας αναγνωρίστηκε ως ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την καλή ανταπόκριση-προσαρμογή στα νέα δεδομένα στην περίπτωση εφήβων μεταναστών (Reitz et al., 2014).

Άλλο σημαντικό ζήτημα που αφορά τους μετανάστες, σχετίζεται με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα σε μη αστικές περιοχές και τις ανισότητες στη χρήση υπηρεσιών, όπως έχουν αναδειχθεί από πολλές μελέτες παγκοσμίως (Probst et al., 2007, Shin & Kim, 2010, IOM-WHO, 2010, Mladovsky, 2009, Priebe et al., 2011). Οι δυσκολίες αυτές φαίνεται να εντείνονται με την ελλιπή κατανόηση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, την έλλειψη ευελιξίας των υπηρεσιών, την ανυπαρξία κατάλληλα εκπαιδευμένων διερμηνέων, τη δυσκολία κατανόησης και θεραπευτικής εργασίας με τα δυναμικά των οικογενειών των μεταναστών, την απουσία ευαισθητοποίησης κι εκπαίδευσης των θεραπειών σε θέματα που αφορούν μετανάστες (Sandhu et al., 2013). Όσον αφορά στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από μετανάστες, τα δεδομένα στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Σε μελέτη που αφορούσε εξυπηρετούμενους από Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην Αθήνα βρέθηκε ότι οι μετανάστες δεν αναζητούσαν έγκαιρα βοήθεια, σε σύγκριση με τους γηγενείς, για προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών τους (Anagnostopoulos et al. 2004). Ειδικά για την περίπτωση των Αλβανών μεταναστών, το στίγμα για την ψυχική ασθένεια κι η δυσκολία στην αναζήτηση

βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας τονίζονται επίσης από μελέτες στην Αλβανία (Dow & Woolley, 2011).

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει η ανάγκη για διενέργεια περισσότερων μελετών όσον αφορά στις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Άλλη σημαντική διάσταση για τους μετανάστες αποτελεί η υποκειμενική αίσθηση της ποιότητας ζωής τους και η μελέτη των παραγόντων που την καθορίζουν. Σε αυτό τον τομέα, φαίνεται ότι υπάρχουν λίγες μόνο δημοσιευμένες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία, κι ακόμα λιγότερες στα ελληνικά δεδομένα, οι οποίες αναδεικνύουν παράγοντες με θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των μεταναστών, όπως ο μεγαλύτερος βαθμός επιπολιτισμού και κοινωνικής υποστήριξης και τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Brandt, 2017, Nap et al., 2015, Wang et al., 2010, Toselli et al., 2018).

Μελέτες στην Ελλάδα επικεντρώνονται κυρίως στη σύγκριση της ποιότητας ζωής Αλβανών και γηγενών. Αναδεικνύουν έτσι άλλους τομείς στους οποίους οι Αλβανοί δηλώνουν χειρότερη υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής τους κι άλλους τομείς που αξιολογούνται θετικότερα από τους ίδιους, σε σχέση με τους γηγενείς. Έτσι, οι Αλβανοί εκφράζουν μικρότερα επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης από τη ζωή, αλλά αξιολογούν πιο θετικά τις κοινωνικές συνθήκες, συγκριτικά με τους γηγενείς (Bălătescu, 2007). Άλλη μελέτη δείχνει τους Αλβανούς μετανάστες να δηλώνουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία, σε σχέση με τους Έλληνες (Lahana & Niakas, 2013), ενώ σε άλλη οι Αλβανοί αξιολογούν πιο αρνητικά τη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής (υψηλότερα επίπεδα σωματικού πόνου, προβλήματα ύπνου), εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων, αλλά έχουν παρόμοια εικόνα όσον αφορά την ποιότητα ζωής στον κοινωνικό τομέα, την ικανοποίηση από το περιβάλλον και την πρόσβαση στις υπηρεσίες, συγκριτικά με τους γηγενείς (Πράπας & Μαυρέας, 2015). Αναδεικνύεται κι εδώ η ανάγκη μελέτης κι άλλων παραγόντων που σχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής των Αλβανών μεταναστών.

Επιπρόσθετα, ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που έχει ελάχιστα ερευνηθεί αναφορικά με τη σύνδεση του με την ψυχοπαθολογία στους μετανάστες, είναι αυτός

της λειτουργίας οικογένειας. Με βάση το θεωρητικό Μοντέλο McMaster (συστημική προσέγγιση), η λειτουργία οικογένειας αναφέρεται στη δομή, την οργάνωση και τα σχήματα αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών του οικογενειακού συστήματος, σε βασικούς τομείς που περιλαμβάνουν την Επικοινωνία, τους Ρόλους, την Επίλυση Προβλημάτων, τη Συναισθηματική Απαντητικότητα, τη Συναισθηματική Εμπλοκή και τον Έλεγχο Συμπεριφοράς (Epstein, 1969, Epstein & Bishop, 1973). Σε ερευνητικό και κλινικό επίπεδο αξιολογείται ο βαθμός λειτουργικότητας της οικογένειας (πόσο αποτελεσματικά/λειτουργικά αλληλεπιδρούν τα μέλη της) σε κάθε μία από τις πιο πάνω διαστάσεις. Μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργίας έχει παρατηρηθεί γενικά σε οικογένειες ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, συγκριτικά με δείγματα ελέγχου (οικογένειες ατόμων που δεν πάσχουν από ψυχική νόσο, Miller et al. 1986, Sawant et al., 2010, Himle et al., 2017 κλπ.), ενώ χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας σε ασθενείς με σοβαρή σωματική νόσο έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης (Ryan et al., 2005).

Σε σχέση με το ρόλο των πολιτισμικών αξιών, είναι σαφές ότι έχουν καθοριστική σημασία στη διαμόρφωση του τρόπου συναισθηματικής συναλλαγής και δέσμευσης στις διαπροσωπικές σχέσεις, τους ρόλους και γενικότερα τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας (Hofstede, 2001). Έχουν παρατηρηθεί διαφορές μεταξύ κοινωνιών που είναι περισσότερο ατομοκεντρικές, σε σχέση με άλλες που δίνουν έμφαση στη συλλογικότητα, για παράδειγμα ως προς τη σημασία που αποδίδεται στην αξία της οικογένειας, κι ως προς το βαθμό και την ποιότητα της συναισθηματικής έκφρασης και τα δυναμικά στις σχέσεις (Antonίου & Dalla, 2015). Επιπρόσθετα, μια άλλη έννοια που έχει συσχετιστεί με τους μετανάστες στον τομέα αυτό, είναι αυτή του συναισθηματικού επιπολιτισμού ("emotional acculturation"), καθώς φαίνεται ότι τα σχήματα συναισθηματικής συναλλαγής στην οικογένεια μπορούν να μεταβληθούν ανάλογα με το πολιτισμικό περιβάλλον με το οποίο έρχεται κανείς σε επαφή και στο οποίο εντάσσεται (De Leersnyder et al., 2011). Έτσι, η ίδια η διαδικασία της μετανάστευσης και ο επιπολιτισμός, επιφέρουν αλλαγές στα οικογενειακά δυναμικά.

Δεν υπάρχουν όμως συστηματικές έρευνες που να εξετάζουν πώς επιδρούν τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά στη λειτουργία οικογένειας και σε επίπεδο ψυχικής υγείας, σε ασθενείς και μη. Οι λίγες μελέτες στον τομέα, φαίνεται να υποδεικνύουν

πιθανές διαφορές στην οικογενειακή λειτουργία μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων σε ασθενείς με κατάθλιψη, σε διάφορες διαστάσεις (Keitner et al, 1990a, 1991, Saeki et al. 1997). Ενδείξεις υπάρχουν επίσης, ότι διαφορές στον τρόπο που επικοινωνούν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ διαφορετικών εθνικοτήτων, λόγω ιδιαίτερων πολιτισμικών παραγόντων επηρεάζουν την πορεία της νόσου για άτομα που πάσχουν από ψυχοπαθολογία, παρότι επίσης είναι πολύ περιορισμένα τα δεδομένα (Francis & Papageorgiou, 2004). Λίγες μελέτες έχουν γίνει στον τομέα αυτό σε μετανάστες, συνδέοντας κυρίως το στρες επιπολιτισμού σε συνδυασμό με μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία, με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε εφήβους κι ενήλικες μετανάστες (Sarmiento & Cardemi, 2009, Lorenzo-Blanco et al., 2016).

Όσον αφορά στην ιδιαίτερη επίδραση της Αλβανικής κουλτούρας, μέσα από κοινωνικό-ανθρωπολογικά δεδομένα, στη διαμόρφωση του τρόπου λειτουργίας της Αλβανικής οικογένειας, τα ευρήματα των σχετικών μελετών συνηγορούν στην προσήλωση σε παραδοσιακές αξίες, με τους άντρες να έχουν τον κυρίαρχο ρόλο σε επίπεδο οικογένειας (Kaser, 2008), και με δεδομένη την υποταγή των γυναικών, σε ένα προστατευμένο περιβάλλον οικογένειας και σπιτιού (Halpern et al, 1996). Τα χαρακτηριστικά αυτά επιβεβαιώνονται και σε μεταγενέστερες έρευνες σε μετανάστες από την Αλβανία (Antoniou et al., 2015). Οι αυστηρά πατριαρχικές δομές ουσιαστικά δε μεταβλήθηκαν με τις πολιτικές αλλαγές που συντελέστηκαν (Lerch, 2013). Άλλο βασικό χαρακτηριστικό που έχει αναδειχθεί σε πιο πρόσφατες έρευνες στην Αλβανία, πέρα από τον κυρίαρχο ρόλο της τιμής της οικογένειας ως βασική αξία, είναι αυτό της αλληλεξάρτησης μεταξύ των μελών της οικογένειας, περισσότερο διαδομένο σε παραδοσιακούς πολιτισμούς, με συλλογικό χαρακτήρα, που χαρακτηρίζονται από συναισθηματικά κι υλικά εξαρτητικές κι ιεραρχικές σχέσεις (Antoniou et al, 2013). Έρευνα που έγινε και μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, ανέδειξε μεγαλύτερη συναισθηματική εξάρτηση στις σχέσεις σε οικογένειες Αλβανών, σε σχέση με οικογένειες Ελλήνων (Gaki et al., 2013). Επιπρόσθετα, το θέμα την ενδοοικογενειακής βίας έχει αναδειχθεί ως σοβαρό ζήτημα, όπως φαίνεται από τις έρευνες των τελευταίων ετών (Burazeri et al., 2006).

Περιορισμένη συναισθηματική έκφραση και ψυχολογική εγγύτητα έχουν παρατηρηθεί στις σχέσεις στις Αλβανικές οικογένειες, συγκριτικά με τους Έλληνες

(Antoniou et al., 2015). Κάτι τέτοιο συναντάται επίσης περισσότερο σε κοινωνίες που βασίζονται στη συλλογικότητα, όπου δίνεται μικρότερη έμφαση στην αυτοαποκάλυψη και στη συναισθηματική έκφραση στις οικείες σχέσεις (Adams, 2004). Ωστόσο, οι Αλβανοί μετανάστες, παρότι σε σημαντικό βαθμό φαίνεται να διατηρούν την προσκόλληση σε παραδοσιακούς ρόλους στην οικογένεια, δείχνουν συχνά να ταλαντεύονται μεταξύ του σύγχρονου και του παραδοσιακού, του πατριαρχικού μοντέλου και των πιο αυτόνομων μοντέλων, την εξάρτηση και την ανεξαρτησία (Besevegis et al., 2010). Έτσι, τα δυναμικά σε επίπεδο οικογένειας και οι αξίες που προαναφέρθηκαν πιθανά εν μέρει να έρχονται σε επερώτηση και μέσα από τη διαδικασία επιπολιτισμού κι ένταξης στην ελληνική κοινωνία. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να διερευνηθούν στους Αλβανούς μετανάστες συγκεκριμένες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, που πιθανά συνδέονται με την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες αποτελούν και τις συχνότερες σε επικράτηση ψυχικές διαταραχές, καθώς και με την ποιότητα ζωής τους, εφόσον δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα στον τομέα.

1.8.2. Σκεπτικό, στόχοι κι ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης

Το σκεπτικό και οι στόχοι της παρούσας έρευνας διαμορφώθηκαν με βάση δύο άξονες:

α) τα ερευνητικά κενά και τα περιορισμένα δεδομένα των μελετών που έχουν ήδη γίνει στους αντίστοιχους τομείς που προαναφέρθηκαν και

β) την ανάγκη καλύτερης κατανόησης παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία Αλβανών μεταναστών και την επαφή τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ειδικά σε μη αστικές περιοχές, προκειμένου τα αποτελέσματα να αξιοποιηθούν στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των μεταναστών.

Έτσι, τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν Αλβανούς μετανάστες στην Ελλάδα και συγκεκριμένα, που εξετάζουν παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη λειτουργία

οικογένειας, την ποιότητα ζωής και τη συσχέτιση τους με την εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, είναι πολύ περιορισμένα. Σε αυτό το πλαίσιο, αναδεικνύεται σαφώς και η ανάγκη μελέτης ιδιαίτερων ζητημάτων που αφορούν τις διάφορες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας των Αλβανών μεταναστών και πώς αυτές σχετίζονται με την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις διαταραχές, που αποτελούν και τις συχνότερες σε επικράτηση ψυχικές ασθένειες, καθώς κάτι τέτοιο δεν έχει μελετηθεί μέχρι σήμερα. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε προέκυψε ότι ούτε στο πλαίσιο μελετών που έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες, δεν έχουν διερευνηθεί συστηματικά ζητήματα που αφορούν και τη συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με την ποιότητα ζωής και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οικογενειακής λειτουργίας σε μετανάστες, συγκριτικά με γηγενείς.

Προς αυτή την κατεύθυνση, η παρούσα μελέτη, επιλέχθηκε να υλοποιηθεί σε δύο νησιά των Κυκλάδων, στην Πάρο κι Αντίπαρο, καθώς εκεί το ποσοστό των Αλβανών υπολογίζεται σε 11% και 6% του μόνιμου πληθυσμού αντίστοιχα, στο πλαίσιο της μοναδικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας που υπάρχει στην περιοχή, της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ, όπου απευθύνεται μεγάλος αριθμός Αλβανών μεταναστών με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Επιπλέον, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες για ζητήματα ψυχικής υγείας ή δυσκολίες όσον αφορά την επαφή των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε μη αστικές περιοχές.

Επιπρόσθετα, στα νησιά των Κυκλάδων δεν υπάρχουν προφανώς ειδικές υπηρεσίες για μετανάστες, ούτε μέχρι σήμερα έχουν γίνει εστιασμένες παρεμβάσεις για αυτή την ομάδα πληθυσμού στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας. Ταυτόχρονα η κλινική εργασία με μετανάστες στα νησιά, σε επίπεδο διάγνωσης και θεραπείας αναδεικνύει την ανάγκη κατανόησης των ιδιαιτεροτήτων αυτής της ομάδας πληθυσμού, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικά όσον αφορά στη μελέτη παραγόντων που σχετίζονται με την οικογένεια, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας στην Πάρο, τα τελευταία έτη ξεκίνησε η λειτουργία Ιατρείου Οικογένειας, βάσει των αρχών της συστημικής θεραπείας. Επομένως, αναδείχθηκαν ελλείμματα στην κατανόηση των δυναμικών της οικογένειας στους μετανάστες και του τρόπου που αλληλεπιδρούν με ζητήματα ψυχοπαθολογίας. Η ελλιπής κατανόηση των δυναμικών σε αυτές τις περιπτώσεις

δυσχεραίνει και τη θεραπευτική εργασία με αυτή την ομάδα πληθυσμού. Το γεγονός αυτό έφερε στο προσκήνιο την αναγκαιότητα διερεύνησης ζητημάτων που σχετίζονται με ιδιαίτερες διαστάσεις της λειτουργίας της Αλβανικής οικογένειας, υπό την επίδραση της κουλτούρας, και τη σύνδεση τους με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης κι άγχους, που αποτελούν και τα συχνότερα αιτήματα για θεραπεία σε μετανάστες και μη, καθώς και την αναγκαιότητα ανάπτυξης πολιτισμικά ευαίσθητων παρεμβάσεων για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, πάλι σε επίπεδο κλινικής πρακτικής, προέκυψε και η ανάγκη για διενέργεια περαιτέρω μελετών όσον αφορά τις δυσκολίες που σχετίζονται με την επαφή των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (πχ. έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας, δέσμευση στη θεραπεία κλπ.), προκειμένου να αναπτυχθούν συγκεκριμένες βελτιωτικές παρεμβάσεις από την πλευρά των υπηρεσιών.

Με βάση τα παραπάνω, οι στόχοι της παρούσας μελέτης επικεντρώθηκαν στα ακόλουθα:

- Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας, και συγκεκριμένα κατάθλιψης κι αγχωδών διαταραχών και λειτουργίας οικογένειας, στους Αλβανούς μετανάστες. Πιο ειδικά, να εντοπιστούν συγκεκριμένες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας που πιθανά σχετίζονται περισσότερο με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης κι αγχωδών διαταραχών και να εξεταστεί αν αυτές διαφέρουν από τις αντίστοιχες διαστάσεις στην περίπτωση των Ελλήνων, λόγω πιθανά πολιτισμικών παραγόντων.
- Να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής στους Αλβανούς μετανάστες και να γίνουν συγκρίσεις με τα ανάλογα ευρήματα που αφορούν τους Έλληνες του δείγματος.
- Να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη) και ποιότητας ζωής στους Αλβανούς μετανάστες και να γίνουν συγκρίσεις με τα ανάλογα ευρήματα που αφορούν τους Έλληνες του δείγματος.

- Να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ Αλβανών και Ελλήνων, όσον αφορά στην επαφή τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (προηγούμενη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας, πηγή παραπομπής, θεραπευτικό πλάνο, πορεία θεραπείας).

Τα ερευνητικά ερωτήματα που κληθήκαμε να εξετάσουμε είναι τα εξής:

-Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας (αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη) και λειτουργίας οικογένειας στους Αλβανούς μετανάστες;

-Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες της οικογενειακής λειτουργίας που συσχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη στους Αλβανούς μετανάστες και είναι διαφορετικοί σε σχέση με τους αντίστοιχους παράγοντες στην περίπτωση των Ελλήνων;

-Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής στους Αλβανούς μετανάστες;

-Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες της οικογενειακής λειτουργίας που συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των Αλβανών μεταναστών και είναι διαφορετικοί σε σχέση με τους αντίστοιχους παράγοντες στην περίπτωση των Ελλήνων;

-Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας (αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη) και ποιότητας ζωής στους Αλβανούς μετανάστες;

-Υπάρχουν διαφορές μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων, όσον αφορά την επαφή τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (προηγούμενη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας, πηγή παραπομπής, θεραπευτικό πλάνο, πορεία θεραπείας);

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Δείγμα

2.1.1. Διαδικασία επιλογής συμμετεχόντων

Το δείγμα αποτέλεσαν 204 άτομα, 105 (51,5%) Έλληνες και 99 (48,5%) Αλβανοί, που απευθύνθηκαν για πρώτη φορά στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων στην Πάρο κι Αντίπαρο, κατά τα έτη 2012-2016. Από τη συμμετοχή στη μελέτη αποκλείστηκαν οι Έλληνες κι οι Αλβανοί που έπασχαν από ψύχωση, οργανικά ψυχοσύνδρομα, σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές, καθώς και οι ανήλικοι. Κατά συνέπεια περιλήφθηκαν άτομα που έπασχαν από διαταραχές διάθεσης (κατηγορία F30-F39 κατά το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10, WHO, 2011), στην πλειοψηφία τους κατάθλιψη, από νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές (F40-F49 κατά ICD-10, WHO, 2011) ή απευθύνθηκαν στην υπηρεσία για συμβουλές λόγω ψυχοκοινωνικών δυσκολιών και δεν έπασχαν από ψυχοπαθολογία. Στην τελευταία κατηγορία ανήκαν άτομα που απευθύνθηκαν για συμβουλευτική γονέων, προβλήματα σχέσεων, συμβουλευτική για άλλο μέλος της οικογένειας που αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή, ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που σχετίζονται με την ανεργία κλπ., και οι οποίοι εντάχθηκαν στην κατηγορία Z του ICD-10 (Z00-Z99: Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, WHO, 2011).

Μελετώντας την αναλογία Αλβανών/ Ελλήνων που απευθύνθηκαν στην Κινητή Μονάδα στην Πάρο για πρώτη φορά έχοντας αίτημα για θεραπεία, την τελευταία 5ετία, πριν την έναρξη της παρούσας μελέτης, βρέθηκε ότι ήταν 1/10. Επομένως, για κάθε 10 Έλληνες, υπήρχε 1 Αλβανός που αποτελούσε υποδοχή (νέο περιστατικό) στην υπηρεσία. Έτσι, για τους Αλβανούς, στόχος ήταν να περιληφθούν όλοι όσοι απευθύνθηκαν κατά το διάστημα της μελέτης στην υπηρεσία και πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Συνολικά ενημερώθηκαν για την έρευνα και κλήθηκαν να συμμετέχουν 116 Αλβανοί που πληρούσαν τα κριτήρια για τη συμμετοχή στη μελέτη

(βάσει διάγνωσης και ηλικίας) και αναζήτησαν υποστήριξη από την υπηρεσία κατά τα έτη 2012-2016. Από αυτούς δέχτηκαν συνολικά 99 άτομα να συμμετέχουν στη μελέτη, δηλαδή το ποσοστό συμμετοχής ήταν 85%. Για τους Έλληνες η αντίστοιχη διαδικασία ακολουθήθηκε για 1 από κάθε 10 άτομα που έπαιρναν τηλέφωνο στη γραμματεία και ζητούσαν να δουν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Έτσι συνολικά ενημερώθηκαν 119 Έλληνες, από τους οποίους τελικά δέχτηκαν να συμμετέχουν 105, με ποσοστό συμμετοχής 88%.

Τα ικανοποιητικά ποσοστά συμμετοχών οφείλονται πιθανά στο γεγονός ότι η υπηρεσία είναι γνωστή στην κοινότητα, ενώ οι κάτοικοι του νησιού είναι ίσως εξοικειωμένοι με τη συμμετοχή στις έρευνες. Λίγο πριν την έναρξη της μελέτης είχαν γίνει δύο ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό και στους μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με συντονισμό από την Κινητή Μονάδα, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο των Ιωαννίνων κι είχαν ανακοινωθεί τα αποτελέσματα σε δημόσιες εκδηλώσεις στο νησί (Στυλιανίδης και συν., 2010, Skaripakis et al., 2011). Έτσι, το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο υπηρεσίας που ήταν γνωστή στο νησί και προς την οποία υπήρχε εμπιστοσύνη, λόγω της πολυετούς λειτουργίας της στην περιοχή και της παροχής υπηρεσιών σε σημαντικό αριθμό ατόμων στην κοινότητα (μεταξύ των οποίων και μετανάστες), πιθανά λειτούργησε θετικά προς αυτή την κατεύθυνση.

2.1.2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση κι αν έχουν παιδιά, ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα, καθώς και οι μήνες μόνιμης κατοικίας στην Ελλάδα (για τους Αλβανούς).

Πίνακας 6

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

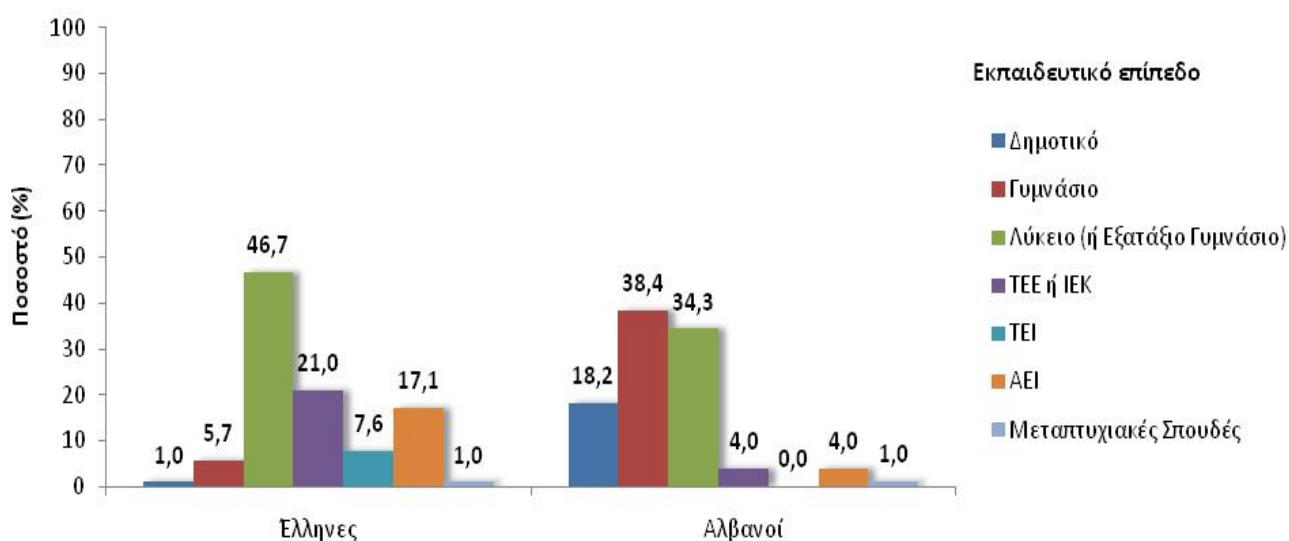
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | P |
|--|-----------------------|------------|-----------|--------------|-----------------|----------------------------------|
| | | N | % | N | % | Pearson's x ² test |
| Φύλο | Άνδρας | 35 | 33,3 | 33 | 33,3 | 1,000 |
| | Γυναίκα | 70 | 66,7 | 66 | 66,7 | |
| Ηλικία μέση τιμή (SD) | | 38,5 (9,5) | | 37,7 (10,2) | | 0,563 ⁺ |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Δημοτικό | 1 | 1,0 | 18 | 18,2 | <0,001* |
| | Γυμνάσιο | 6 | 5,7 | 38 | 38,4 | |
| | Λύκειο (ή Εξατάξιο | 49 | 46,7 | 34 | 34,3 | |
| | Γυμνάσιο) | | | | | |
| | ΤΕΕ ή ΙΕΚ | 22 | 21,0 | 4 | 4,0 | |
| | ΤΕΙ | 8 | 7,6 | 0 | 0,0 | |
| | ΑΕΙ | 18 | 17,1 | 4 | 4,0 | |
| | Μεταπτυχιακές Σπουδές | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | |
| | Άγαμος | 22 | 21,0 | 15 | 15,2 | 0,228* |
| | Έγγαμος | 73 | 69,5 | 72 | 72,7 | |
| Οικογενειακή Κατάσταση | Διαζευγμένος/Διάσταση | 7 | 6,7 | 12 | 12,1 | |
| | Χήρος/α | 2 | 1,9 | 0 | 0,0 | |
| | Συζεί/Συγκατοικεί | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |
| Ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια | Όχι | 24 | 22,9 | 20 | 20,2 | 0,645 |
| | Ναι | 81 | 77,1 | 79 | 79,8 | |
| Αριθμός Παιδιών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος) | | 1,5 (1) | 2 (1 - 2) | 1,6 (1) | 2 (1 - 2) | 0,705 ⁺⁺ |
| Μήνες στην Ελλάδα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος) | | | | 139,5 (58,2) | 132 (108 - 180) | - |

⁺Student's t-test ⁺⁺Mann-Whitney test *Fisher's exact test

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και στις δύο εθνικότητες ήταν γυναίκες με το ποσοστό να είναι 66,7%, και στις δύο ομάδες. Η μέση ηλικία των Ελλήνων ήταν 38,5 έτη (SD=9,5 έτη) και των Αλβανών ήταν παρόμοια και συγκεκριμένα 37,7 έτη (SD=10,2 έτη). Οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, που ήταν υψηλότερο στην περίπτωση των Ελλήνων σε σχέση με τους Αλβανούς (p<0.001). Χαρακτηριστικό είναι ότι μόνο 1% των Ελλήνων ήταν απόφοιτοι δημοτικού σχολείου, έναντι 18,2% των Αλβανών. Σπουδές μετά το λύκειο είχαν κάνει 46,7% του δείγματος, έναντι μόλις 9% των Αλβανών. Επίσης, 69,5% των Ελλήνων ήταν έγγαμοι, καθώς και 72,7% των Αλβανών. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν παιδιά με τα ποσοστά να είναι 77,1% και 79,8% για Έλληνες κι

Αλβανούς αντίστοιχα. Ο μέσος χρόνος μόνιμης παραμονής των Αλβανών στην Ελλάδα (δηλαδή το διάστημα που βρίσκονταν στη χώρα μέχρι τη στιγμή της μελέτης) ήταν 139,5 μήνες (SD=58,2 μήνες), δηλαδή 11,5 χρόνια.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο Ελλήνων και Αλβανών.



Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εργασία (εργασιακή κατάσταση, επάγγελμα, ασφαλιστικός φορέας), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 7

Εργασιακή κατάσταση

| | | Εθνικότητα | | | | P Fisher's exact test | |
|--------------------------------|--|------------|------|---------|------|--------------------------------|------------------|
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Εργασιακή κατάσταση | Πλήρης απασχόληση | 58 | 56,3 | 35 | 35,4 | 0,001 | |
| | Μερική απασχόληση | 12 | 11,7 | 26 | 26,3 | | |
| | Φοιτητής/τρια | 1 | 1,0 | 3 | 3,0 | | |
| | Οικιακά | 8 | 7,8 | 12 | 12,1 | | |
| | Συνταξιούχος | 6 | 5,8 | 0 | 0,0 | | |
| | Άνεργος-η | 18 | 17,5 | 23 | 23,2 | | |
| Επάγγελμα | Επιστήμονες, στελέχη δημοσίου, επιχειρηματίες | 25 | 23,8 | 2 | 2,0 | 0,001 | |
| | Τεχνολόγοι, έμποροι, υπάλληλοι γραφείου | 27 | 25,7 | 2 | 2,0 | | |
| | Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς | 13 | 12,3 | 12 | 12,1 | | |
| | Ειδικευμένοι τεχνίτες | 8 | 7,6 | 12 | 12,1 | | |
| | Ανειδίκευτοι εργάτες | 14 | 13,3 | 50 | 50,5 | | |
| | Άνεργοι | 18 | 17,1 | 23 | 23,2 | | |
| | ΕΟΠΥΥ | 96 | 92,4 | 75 | 75,7 | | <0,001 |
| | Πρόνοια | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | | |
| | Άλλη | 3 | 2,9 | 0 | 0,0 | | |
| | Ανασφάλιστος | 3 | 2,9 | 24 | 24,2 | | |

Τα εργασιακά στοιχεία που παρουσιάστηκαν στον Πίνακα 7 διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο εθνικοτήτων ($p=0.001$). Συγκεκριμένα, οι Έλληνες ήταν σε υψηλότερο ποσοστό εργαζόμενοι και μάλιστα πλήρους απασχόλησης σε σχέση με τους Αλβανούς (56,3% έναντι 35,4% αντίστοιχα), ενώ οι Αλβανοί ήταν σε υψηλότερο ποσοστό άνεργοι σε σχέση με τους Έλληνες (23,2% έναντι 17,5% αντίστοιχα) ή εργάζονταν με μερική απασχόληση (26,3% έναντι 11,7%). Ως προς την επαγγελματική κατηγορία, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό οι Έλληνες ήταν εξειδικευμένοι σε σχέση με τους Αλβανούς (επιστήμονες 23,8% έναντι 2% και τεχνολόγοι 25,7% έναντι 2%), ενώ οι Αλβανοί κατά κύριο λόγο ήταν ανειδίκευτοι εργάτες (50,5%), απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών (12,1%) και τεχνίτες (12,1%). Επίσης, το ποσοστό των ανασφάλιστων ήταν σημαντικά υψηλότερο στους Αλβανούς, 24,2% έναντι 2,9% στους Έλληνες ($p<0.001$).

2.2. Ερευνητικά Εργαλεία

2.2.1. Περιγραφή ερωτηματολογίων

A. Κλίμακα Εκτίμησης της Οικογενειακής Λειτουργίας (Family Assessment Device- FAD)

Η Κλίμακα Εκτίμησης της Οικογενειακής Λειτουργίας (Family Assessment Device-FAD, Epstein et al., 1982,1983) αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του θεωρητικού μοντέλου McMaster για τη λειτουργία οικογένειας, με σημαντικές προεκτάσεις και εφαρμογές στην κλινική πρακτική (Ryan et al., 2005). Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αξιολογεί τη λειτουργικότητα της οικογένειας με βάση την αντίληψη που έχει κάθε μέλος της.

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 23 γλώσσες κι έχει χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια μέχρι σήμερα. Έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, για τις οποίες γίνονται εκτενείς αναφορές στα πρώτα επιστημονικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν από τους συγγραφείς (Epstein et al., 1983). Επιπρόσθετα, η κλίμακα FAD φαίνεται να είναι συγκρίσιμη με άλλα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της οικογενειακής λειτουργίας (Family Unit Inventory, Faces II, Miller et al.,1985). Μεταγενέστερες μελέτες που ελέγχουν την αξιοπιστία κι εγκυρότητα της κλίμακας, παρέχουν επίσης σαφή υποστήριξη για τη χρήση της κλίμακας σε ερευνητικά και κλινικά πλαίσια (Kabacoff et al., 1990, Akister & Hinde, 1991). Πιο πρόσφατη μελέτη σε δείγμα οικογενειών από την κοινότητα και οικογενειών που αναζητούν βοήθεια από τις υπηρεσίες, επιβεβαιώνει τη διαπίστωση ότι η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα πλαίσια, προκειμένου να αναγνωριστούν οικογένειες με «υγιείς» και μη «υγιείς» διαστάσεις οικογενειακής λειτουργίας (Mansfield et al., 2015). Σημαντική επίσης ανασκόπηση που αξιολόγησε τη χρήση της FAD σε 148 μελέτες που έγιναν με τη συγκεκριμένη κλίμακα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αποτελεί εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο, με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και τη δυνατότητα να διακρίνει διαφορές στη λειτουργία οικογένειας

μεταξύ κλινικών πληθυσμών και δειγμάτων ελέγχου, καθώς και μεταξύ ασθενών που πάσχουν από διαφορετικές διαταραχές (Staccini et al., 2015).

Η κλίμακα FAD αρχικά δημιουργήθηκε ως εργαλείο ανίχνευσης των δυνατών κι αδύναμων σημείων στην οικογενειακή λειτουργία. Για την κατανόηση της δομής, της οργάνωσης και των σχημάτων συναλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας, δόθηκε έμφαση σε κάποιους βασικούς παράγοντες, που σύμφωνα με τους ερευνητές-κλινικούς που δημιούργησαν την κλίμακα, φαίνεται να έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στη συναισθηματική και σωματική υγεία των μελών της οικογένειας. Κατ' επέκταση περιλαμβάνει έξι υποκλίμακες που αναφέρονται στις διαστάσεις «Επίλυση Προβλημάτων», «Επικοινωνία», «Ρόλοι», «Συναισθηματική Απαντητικότητα», «Συναισθηματική Εμπλοκή», «Έλεγχος Συμπεριφοράς» και μια κλίμακα «Γενικής Λειτουργικότητας» που εκτιμά το γενικό επίπεδο οικογενειακής λειτουργίας (Ryan et al., 2005). Κάθε διάσταση περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες έννοιες για την εκτίμηση της οικογενειακής λειτουργίας σε ένα συγκεκριμένο τομέα. Η κλίμακα αποτελείται από 60 προτάσεις, για τις οποίες το άτομο που τη συμπληρώνει καλείται να διαλέξει μεταξύ τεσσάρων επιλογών (Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Συμφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα). Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 6-12 ερωτήσεις, σε τυχαία σειρά μέσα στο ερωτηματολόγιο. Κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε μία διάσταση-υποκλίμακα και μπορεί να περιγράψει την υγιή ή μη οικογενειακή λειτουργία.

Όσον αφορά τον τρόπο βαθμολόγησης, οι απαντήσεις κωδικοποιούνται από 1-4 για τις ερωτήσεις που είναι διατυπωμένες θετικά ως προς την οικογενειακή λειτουργία, ενώ αντίστροφα βαθμολογούνται οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που είναι αρνητικά διατυπωμένες. Οι απαντήσεις σε κάθε υποκλίμακα προστίθενται και διαιρούνται με τον αντίστοιχο αριθμό των ερωτήσεων σε κάθε υποκλίμακα. Εάν περισσότερες από 40% των ερωτήσεων δεν έχουν απαντηθεί, τότε δε γίνεται υπολογισμός για τη συγκεκριμένη διάσταση και δεν περιλαμβάνεται στα αποτελέσματα. Ωστόσο, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι κάτι τέτοιο σπάνια συμβαίνει (Ryan και συν., 2005). Η κλίμακα μπορεί να βαθμολογηθεί χειρόγραφα ή μέσω ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή. Υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε ερώτηση, και στην κλίμακα συνολικά υποδηλώνει χειρότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας.

Στον παρακάτω πίνακα περιλαμβάνονται τα σημεία ουδοί (cut-off scores), ανά διάσταση σύμφωνα με τους συγγραφείς (Miller et al., 1985). Μεγαλύτερα ή ίσα σκορ με τα αναφερόμενα υποδεικνύουν μη υγιή οικογενειακή λειτουργία στη συγκεκριμένη διάσταση, ενώ μικρότερα σκορ δείχνουν υγιή οικογενειακή λειτουργία.

Πίνακας 8

Cut-off scores κλίμακας FAD

| Διάσταση | Cut-off Score |
|----------------------------------|----------------------|
| Λύση Προβλημάτων | 2.20 |
| Επικοινωνία | 2.20 |
| Ρόλοι | 2.30 |
| Συναισθηματική Απαντητικότητα | 2.30 |
| Συναισθηματική Εμπλοκή | 2.10 |
| Έλεγχος Συμπεριφοράς | 1.90 |
| Γενική λειτουργικότητα | 2.00 |

Η Κλίμακα FAD έχει μεταφραστεί στα ελληνικά κι έχει χρησιμοποιηθεί από τους Diareme et al. (2006) σε μελέτη για τις συναισθηματικές δυσκολίες παιδιών, των οποίων οι γονείς έπασχαν από σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς και σε μελέτη για τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και τη λειτουργικότητα παιδιών με κυστική ίνωση (Kostakou et al., 2014). Πρόσφατα, κι ενώ η παρούσα έρευνα ήταν σε εξέλιξη, η κλίμακα FAD σταθμίστηκε στα ελληνικά, με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Tsamparli et al., 2018).

Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως από φορείς ψυχικής υγείας που εφαρμόζουν τη θεραπεία οικογένειας στην κλινική πρακτική (πχ Ιατρείο Οικογένειας, Πανεπιστημιακή Κλινική Αιγινήτειου Νοσοκομείου).

Η συγκεκριμένη κλίμακα μεταφράστηκε στα Αλβανικά, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, με τη μεθοδολογία που περιγράφεται στη συνέχεια.

B. Κλίμακα Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής (WHOQOL- BREF)

Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε ως μια πιο σύντομη κι εύχρηστη μορφή της κλίμακας WHOQOL-100 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Power et al., 1999, Saxena et al., 2001). Στη βασική της μορφή περιλαμβάνει 26 λήμματα, τα οποία επιλέχθηκαν από τα 100 της μεγαλύτερης κλίμακας, με βάση στατιστικά κριτήρια (WHOQOL-Group, 1998, 1999, Skevington et al., 2004). Συγκεκριμένα, 24 ερωτήσεις αφορούν ειδικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και 2 αφορούν τη γενική ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία. Τα λήμματα αυτά ομαδοποιούνται σε 4 βασικούς άξονες: α) Σωματική Υγεία, β) Ψυχολογική Υγεία, γ) Κοινωνικές Σχέσεις και δ) Περιβάλλον. Οι διαστάσεις αυτές περιγράφονται συνοπτικά, σε σχέση με τι αξιολογούν, παρακάτω:

1. Σωματική υγεία: αναφέρεται στην εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες και ιατρικές παρεμβάσεις, την ενέργεια και κόπωση, την κινητικότητα, την ενεργητικότητα για εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, τον πόνο και τη δυσφορία, την ικανοποίηση από τον ύπνο, την ικανότητα για εργασία.

2. Ψυχολογική υγεία: αναφέρεται στην εικόνα σώματος και την εμφάνιση, τα αρνητικά/θετικά συναισθήματα, την αυτοεκτίμηση, τα προσωπικά πιστεύω, τις γνωστικές λειτουργίες.

3. Κοινωνικές σχέσεις: περιλαμβάνει τις προσωπικές σχέσεις, την κοινωνική υποστήριξη.

4. Περιβάλλον: αναφέρεται σε οικονομικές πηγές, ελευθερία-αίσθηση ασφάλειας, πρόσβαση και ποιότητα που αφορά τις υπηρεσίες υγείας και την κοινωνική φροντίδα, την ευκολία πρόσβασης σε πληροφορίες, τη συμμετοχή

σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας, το φυσικό περιβάλλον, τη μετακίνηση- τα μέσα μεταφοράς.

Το ερωτηματολόγιο έχει ως χρονικό πλαίσιο αναφοράς τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert με 5 σημεία, με υψηλότερη βαθμολογία να υποδεικνύει καλύτερη υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής. Δεν περιγράφονται στη βιβλιογραφία για την κλίμακα αυτή συγκεκριμένα σημεία ουδοί (cut-off scores). Με βάση δύο λήμματα υπολογίζεται επίσης η «Συνολική Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής και της Υγείας».

Όσον αφορά την εγκυρότητα της κλίμακας ως διαπολιτισμικό εργαλείο, σε μια διεθνή έρευνα πεδίου που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) σε 23 χώρες (όπου μεταφράστηκε κι εφαρμόστηκε με την εποπτεία του ΠΟΥ) βρέθηκε ότι η κλίμακα WHOQOL-BREF έχει άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες κι είναι αναγνωρισμένη ως ένα δια-πολιτισμικό έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Skevington et al., 2004, Skevington et al., 1997).

Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στην έρευνα, όσο και στην κλινική πρακτική, ώστε να αναδειχθούν οι τομείς της ζωής του ασθενή που επηρεάζονται περισσότερο από τη νόσο και να ληφθούν κατάλληλες αποφάσεις για τη θεραπεία (WHO, 1996).

Το WHOQOL-100 έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με το Αιγινήτειο Νοσοκομείο και τον ΠΟΥ, ακολουθώντας τη συγκεκριμένη μεθοδολογία που εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις (μετάφραση, αντίστροφη μετάφραση, εξέταση από δίγλωσσα άτομα, focus groups για πολιτισμική προσαρμογή, Ginieri-Coccosis et al., 2001). Όσον αφορά στη χρήση του WHOQOL-BREF στα ελληνικά, εκτός από τις 26 ερωτήσεις, προστέθηκαν άλλα 4 λήμματα, προσαρμοσμένα στα πολιτισμικά δεδομένα της χώρας (επιλέχθηκαν με βάση στατιστικά κριτήρια από 23 που είχαν αρχικά προταθεί). Αυτά αναφέρονται σε θεματικές που αφορούν τα παρακάτω: 1. Διατροφή, 2. Ικανοποίηση από την εργασία, 3. Οικογενειακή ζωή και 4. Κοινωνική ζωή. Τα δύο πρώτα λήμματα, εντάχθηκαν στη διάσταση σωματική υγεία, ενώ τα δυο τελευταία εντάχθηκαν στη διάσταση κοινωνικές σχέσεις. Έτσι, το τελικό ερωτηματολόγιο στα

ελληνικά, περιλαμβάνει 30 λήμματα, με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Ginieri-Coccosis et al., 2012).

Σε σχετική μελέτη το WHOQOL-BREF στα ελληνικά χορηγήθηκε σε 425 Έλληνες ενήλικες, που ανήκαν σε τρεις κατηγορίες: α. ασθενείς με προβλήματα σωματικής υγείας, β. ασθενείς που έπασχαν από ψυχιατρικές διαταραχές και γ. υγιή άτομα (Ginieri-Coccosis et al., 2012). Βρέθηκαν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, σε υγιή και μη άτομα, και η χρήση της κλίμακας συστήνεται τόσο σε κλινικά δείγματα, όσο και στο γενικό πληθυσμό, για αξιολόγηση παρεμβάσεων ή υπηρεσιών και για διαπολιτισμικές μελέτες.

Το ερωτηματολόγιο με τα 30 λήμματα μεταφράστηκε στα Αλβανικά, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, με τη μεθοδολογία που περιγράφεται στη συνέχεια.

Γ. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-28, Goldberg, 1978) αποτελεί μια εύχρηστη, σύντομη, αυτόσυμπληρούμενη κλίμακα που χρησιμοποιείται σε διάφορες εκδόσεις (μπορεί να περιλαμβάνει 12, 28, 30 ή 60 ερωτήσεις). Η έκδοση που περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις χρησιμοποιείται συχνότερα, τόσο στην έρευνα, όσο και στην κλινική πρακτική, σε υγιή και μη πληθυσμό, με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Jackson, 2007, Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 38 διαφορετικές γλώσσες, μεταξύ των οποίων και τα Ελληνικά κι Αλβανικά. Μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Μουτζούκη και συν. (1990) και σταθμίστηκε από τους Garyfallos et al. (1991). Έχει επίσης μεταφραστεί από τα Ελληνικά στα Αλβανικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα με Αλβανούς μετανάστες (Ντάλλα και συν., 2004).

Πρόκειται για ανιχνευτικό εργαλείο, που συνήθως δίνεται σε συνδυασμό με άλλα, για εκτίμηση της ψυχικής δυσφορίας. Χρησιμοποιείται και για να εντοπιστούν τα άτομα που πιθανά πάσχουν από κοινές ψυχικές διαταραχές ή είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνει 4 υποκλίμακες,

με 7 ερωτήσεις σε κάθε υποκλίμακα: σωματικά συμπτώματα, αγχος/αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και μείζονα κατάθλιψη (Goldberg, 1978).

Το άτομο που το συμπληρώνει καλείται να εκτιμήσει αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά του τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων (καλύτερα από ότι συνήθως, το ίδιο όπως συνήθως, χειρότερα από ότι συνήθως, πολύ χειρότερα από ότι συνήθως). Υπάρχουν διάφοροι τρόποι βαθμολόγησης της κλίμακας, ανάλογα με το σκοπό της κάθε μελέτης, ενώ έχουν αναγνωριστεί και σημεία ουδοί (cut-off points). Στην παρούσα μελέτη, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) δε χρησιμοποιείται ως εργαλείο διάκρισης των ατόμων που πάσχουν από κοινές ψυχικές διαταραχές και για αυτό το λόγο δε γίνεται αναφορά σε αριθμό περιπτώσεων (cases) ανάλογα με τη βαθμολογία και τα αναγνωρισμένα σημεία ουδούς (Jackson, 2007, Garyfallos et al., 1991). Η εστίαση γίνεται κυρίως στον βαθμό ψυχολογικής δυσφορίας και το επίπεδο γενικής υγείας για κάθε άτομο, και στη συσχέτιση τους με τις υπόλοιπες μεταβλητές της μελέτης. Μεγαλύτερη βαθμολογία στη συγκεκριμένη κλίμακα και στις υποκλίμακες υποδεικνύει χαμηλότερα επίπεδα γενικής υγείας και μεγαλύτερο βαθμό ψυχολογικής δυσφορίας.

Δ. Κλίμακα Κατάθλιψης CED-S (Centre for Epidemiological Studies Depression Scale)

Η Κλίμακα Κατάθλιψης CED-S (Centre for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff, 1977) είναι αυτοσυμπληρούμενη κι αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την εκτίμηση της κατάθλιψης, με βασικό πλεονέκτημα ότι είναι σύντομη (Vilagut et al., 2016). Ενώ αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε έρευνες στο γενικό πληθυσμό και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άλλα πλαίσια. Χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με χρόνιες νόσους (Giese-Davis et al., 2011), σα διαγνωστικό εργαλείο στην κλινική πρακτική (Barry et al., 2012), σε μελέτες με κλινικά δείγματα ασθενών (Fountoulakis et al., 2001) κλπ. Περιλαμβάνει 20 λήμματα που ανιχνεύουν συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Το άτομο που συμπληρώνει την κλίμακα σημειώνει τη συχνότητα με

την οποία εμφανίστηκε κάθε σύμπτωμα, κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας (σπάνια ή καθόλου/λιγότερο από 1 ημέρα, λίγες φορές/1-2 ημέρες, μερικές φορές/3-4 ημέρες, συνεχώς/5-7 ημέρες). Η βαθμολογία για κάθε ερώτηση δίνεται από 0-3, με χαμηλότερη βαθμολογία να υποδεικνύει σπάνια ή καθόλου (0) και το συνολικό σκορ να κυμαίνεται από 0 σε 60. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα υποδεικνύει περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ cut-off score για την πιθανή ύπαρξη κατάθλιψης είχε αρχικά αναγνωριστεί το 16 (Weissman et al., 1977). Νεότερες έρευνες και μεταanalύσεις υποδεικνύουν ως αντίστοιχο σκορ πάνω από 20, ενώ αυτό είναι κάτι που χρειάζεται να προσαρμόζεται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο (Vilagut et al., 2016).

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στα ελληνικά, με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και cut-off score 23/24, πάνω από το οποίο θεωρούμε μεγάλη την πιθανότητα το άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο να πάσχει από κατάθλιψη (Μαδιανός και συν., 1983, Fountoulakis et al., 2001). Είναι κατάλληλη για χρήση σε άτομα διαφορετικών εθνικών ομάδων και ηλικιών (Vilagut et al., 2016). Έχει μεταφραστεί στα Αλβανικά κι έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα με Αλβανούς μετανάστες από τους Σπανέα & Καλαντζή-Αζίζι (2008), με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

E. Ερωτηματολόγιο Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory- STAI, Spielberger et al., 1983)

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε δυο υποκλίμακες (Spielberger et al., 1983): η μία περιλαμβάνει το παροδικό άγχος (State Anxiety Scale), δηλαδή αυτό που χαρακτηρίζει το άτομο στην παρούσα κατάσταση, αξιολογώντας πώς αισθάνεται "αυτή τη στιγμή". Περιέχει λήμματα για την εκτίμηση της υποκειμενικής αίσθησης νευρικότητας, ανησυχίας, έντασης, την ενεργοποίηση/διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος κλπ. Η δεύτερη υποκλίμακα (Trait Anxiety Scale) αναφέρεται στο άγχος που βιώνει το άτομο ως μόνιμη κατάσταση ή στη σχετικά σταθερή «ετοιμότητα» του να εκδηλώνει το άγχος, και το οποίο μπορεί να αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του.

Στην πρώτη υποκλίμακα, που περιλαμβάνει 20 λήμματα, οι συμμετέχοντες απαντούν το βαθμό που νιώθουν έτσι σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων για κάθε απάντηση, με βαθμολογία που κυμαίνεται από 1 έως 4 (1=καθόλου, 2=κάπως, 3=μέτρια, 4=πάρα πολύ - αντίστροφη βαθμολόγηση για τις ερωτήσεις με θετική διατύπωση). Στα 20 επόμενα λήμματα που ανήκουν στη δεύτερη υποκλίμακα, οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν αν η κάθε περιγραφή ισχύει για τους ίδιους (πώς αισθάνονται συνήθως), δίνοντας απαντήσεις σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων, με βαθμολογία αντίστοιχα από 1 έως 4 (1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά, 4=πολύ συχνά - αντίστροφη βαθμολόγηση για τις ερωτήσεις με θετική διατύπωση). Το εύρος των τιμών της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 20 έως 80, με υψηλότερο σκορ να υποδεικνύει μεγαλύτερο βαθμό άγχους.

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε 48 γλώσσες, κι έχει χρησιμοποιηθεί τόσο στην κλινική πρακτική, όσο και σε διαπολιτισμικές μελέτες με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Στο εγχειρίδιο της κλίμακας αναφέρονται νόρμες για διάφορες κατηγορίες πληθυσμού (φοιτητές, εργαζόμενους ενήλικες, ασθενείς, βάσει συγκεκριμένων ερευνών που έγιναν, Spielberg, 1983). Μελέτες αναφέρουν ως cut-off score για την πρώτη υποκλίμακα τη βαθμολογία 39-40, υποδεικνύοντας κλινικά σημαντικά συμπτώματα σε περίπτωση υψηλότερης βαθμολογίας (Knight et al., 1983, Addolorato et al., 1999, Julian et al., 2011). Ωστόσο έχουν προταθεί και υψηλότερα σκορ 49-50 για μεγαλύτερους σε ηλικία ενήλικες (Kvaal et al., 2005). Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα και κλινική πρακτική (Λιάκος & Γιαννίση, 1984). Επίσης, έχει ήδη μεταφραστεί στα Αλβανικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες με Αλβανούς μετανάστες στην Ελλάδα (Ντάλλα και συν. 2004, Motti Stefanidi et al., 2008.), με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

ΣΤ. Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας GAF

Η Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning, GAF, Endicott et al., 1976), είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα παγκοσμίως, τόσο στον τομέα της έρευνας, όσο και της κλινικής πρακτικής. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Είχε περιληφθεί στο Διαγνωστικό Στατιστικό

Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές DSM-IV-TR της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (5ος άξονας - AXIS V- στο πολυ-άξονικό σύστημα αξιολόγησης). Πρόκειται για ένα εργαλείο που δίνει πληροφορίες βάσει της κλινικής εκτίμησης σε ένα συνεχές φάσμα από θετική ψυχική υγεία (υψηλή λειτουργικότητα, απουσία συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας) έως σοβαρή ψυχοπαθολογία (πολύ σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα). Συγκεκριμένα γίνεται εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου στον ψυχολογικό, κοινωνικό κι επαγγελματικό τομέα (Endicott et al., 1976). Δε συμπεριλαμβάνεται η έκπτωση της λειτουργικότητας που οφείλεται σε σωματικούς (ή περιβαλλοντικούς) περιοριστικούς παράγοντες. Η κλίμακα προέκυψε ουσιαστικά ως εξέλιξη του εργαλείου της Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS, Endicott et al., 1976). Κυκλοφορεί είτε ως ενιαία κλίμακα (Aas, 2010), είτε περιλαμβάνει δυο υποκλίμακες, η μία για την εκτίμηση συμπτωμάτων (GAF-S) κι άλλη για την εκτίμηση της λειτουργικότητας (GAF-F). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται η ενιαία κλίμακα. Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά, ως τροποποιημένη μορφή της Κλίμακας Εκτίμησης της Ολικής Λειτουργικότητας (Global Assessment Scale), με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Μαδιανός και συν., 1987). Η βαθμολόγηση της κλίμακας κυμαίνεται από το 1 έως 100, με δέκα σημεία που περιγράφουν συμπτώματα και λειτουργικότητα, τα οποία σχετίζονται με το συγκεκριμένο σκορ (ανά 10 βαθμούς). Αναφέρεται στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που λαμβάνει χώρα η κλινική εκτίμηση. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας (π.χ 91-100 ανώτατη λειτουργικότητα, χωρίς συμπτώματα, 1-10 σταθερός κίνδυνος τραυματισμού του ίδιου ή των άλλων ή σταθερή ανικανότητα να κρατήσει την ελάχιστη προσωπική υγιεινή). Η κλίμακα πρέπει να βαθμολογείται από έμπειρο επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Z. Ερωτηματολόγιο καταγραφής δεδομένων ψυχοκοινωνικού προφίλ κι επαφής με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί ειδική προσαρμογή τους αντίστοιχου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιείται από τις Κινητές Μονάδες της ΕΠΑΨΥ για την καταγραφή στοιχείων που αφορούν τους εξυπηρετούμενους. Συμπληρώθηκε από τον

ψυχίατρο ή τον κλινικό ψυχολόγο που έκανε την αρχική αξιολόγηση για κάθε συμμετέχοντα. Όλες οι μεταβλητές είναι κωδικοποιημένες σε κατηγορίες (περιγράφονται αναλυτικά στα αποτελέσματα), εκτός από κάποιες που είναι αριθμητικές. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει την καταγραφή των παρακάτω δεδομένων:

- **Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές:** χώρα καταγωγής, φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, επάγγελμα, εργασιακή κατάσταση, ασφαλιστικός φορέας, αριθμός μηνών μόνιμης εγκατάστασης στην Ελλάδα για τους μετανάστες.
- **Γεγονότα ζωής:** Ύπαρξη σημαντικών γεγονότων ζωής κατά τα τελευταία δύο έτη (ναι/όχι, κατηγορίες).
- **Ψυχιατρική διάγνωση βάσει ICD-10 (WHO, 2011).**
- **Στοιχεία χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας:** Φορέας παραπομπής προς την υπηρεσία, πηγή πληροφόρησης για την Κινητή Μονάδα, προηγούμενη επίσκεψη σε επαγγελματία/ υπηρεσία ψυχικής υγείας στο παρελθόν, ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, ψυχιατρικές νοσηλείες (ναι/όχι).
- **Θεραπευτικό πλάνο και πορεία θεραπείας:** ιδιότητα θεραπευτή στον οποίο απευθύνθηκαν αρχικά στην Κινητή Μονάδα, θεραπευτικό πλάνο (ατομική συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία/συμβουλευτική & λήψη φαρμακευτικής αγωγής, θεραπεία οικογένειας, παραπομπή σε άλλη υπηρεσία, άλλο), λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά την υποδοχή (πριν την έναρξη της θεραπείας), λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου, θεραπευτική κατάσταση κατά την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας (θεραπεία σε συνέχεια, διακοπή θεραπείας από ασθενή, ολοκλήρωση θεραπείας), συνολικός αριθμός συνεδριών με ειδικό ψυχικής υγείας στην Κινητή Μονάδα, βαθμολογία στην κλίμακα GAF πριν την έναρξη της θεραπείας, βαθμολογία

στην κλίμακα GAF κατά την ολοκλήρωση της επαφής με την υπηρεσία ή την ολοκλήρωση της έρευνας (για όσους ήταν ακόμη σε θεραπεία).

2.2.2. Διαδικασία μετάφρασης των ερωτηματολογίων

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας χρειάστηκε να γίνουν μεταφράσεις δύο κλιμάκων, της Κλίμακας Εκτίμησης της Οικογενειακής Λειτουργίας FAD (Epstein et al., 1982,1983) και της Κλίμακας Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-BREF (WHOQOL-Group, 1998, 1999, Skevington et al., 2004). Για τη μετάφραση των κλιμάκων από τα ελληνικά στα αλβανικά χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης (Brislin, 1980), ακολουθώντας και τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη μετάφραση και προσαρμογή των εργαλείων (WHO, 2016). Έμφαση δόθηκε στη διαπολιτισμική κι εννοιολογική προσαρμογή-μετάφραση κι όχι στην γλωσσική-φιλολογική ομοιότητα. Έτσι, οι κλίμακες αρχικά μεταφράστηκαν από τα ελληνικά στα αλβανικά από μια ψυχολόγο δίγλωσση (ελληνικά, αλβανικά-μητρική γλώσσα), με βάση τις κατευθύνσεις του ΠΟΥ (WHO, 2016): όσο το δυνατό πιο μικρές ξεκάθαρες προτάσεις κι έννοιες, σα να απευθύνονται σε απλό κοινό, χρήση γλώσσας καθομιλουμένης (αποφυγή λέξεων/εκφράσεων αργκό), λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικούς παράγοντες που καθορίζουν την καταλληλότητα των λέξεων ανάλογα με το φύλο, την ηλικία κλπ. Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία, έγινε αντίστροφη μετάφραση (back-translation), δηλαδή από τα αλβανικά στα ελληνικά, από άλλη ψυχολόγο δίγλωσση (ελληνικά, αλβανικά-μητρική γλώσσα). Ακολούθησε συνάντηση της ειδικής ομάδας μετάφρασης που αποτελούνταν από τους δυο δίγλωσσους ψυχολόγους που έκαναν τη μετάφραση, ένα δίγλωσσο επίσης φιλόλογο, και την ερευνήτρια, που μελέτησαν τις δυο μεταφράσεις που έγιναν, τις ομοιότητες και αποκλίσεις των ελληνικών εκδοχών (πρότυπη κι αυτή που μεταφράστηκε από τα αλβανικά), τα ειδικά σημεία που χρειάζονταν επανεξέταση κι επαναδιατύπωση. Στη συνέχεια χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο πιλοτικά στα αλβανικά σε 10 Αλβανούς μετανάστες στην Πάρο, ενώ ζητήθηκε να πουν επίσης αν υπήρχαν λέξεις ή εκφράσεις που δεν κατάλαβαν ή τις θεώρησαν μη αποδεκτές πολιτισμικά (ή προσβλητικές). Έγινε εκ νέου συνάντηση της ειδικής ομάδας, συζητήθηκαν τα αποτελέσματα της πιλοτικής χορήγησης των

ερωτηματολογίων κι οριστικοποιήθηκαν οι αλβανικές μεταφράσεις. Στα αλβανικά μεταφράστηκε επίσης η φόρμα συγκατάθεσης.

2.2.3. Συντελεστές αξιοπιστίας για τα ερωτηματολόγια στην αλβανική γλώσσα

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach για τις αλβανικές κλίμακες και τις αντίστοιχες ελληνικές, όπως προέκυψαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 9

Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's α για τις κλίμακες της μελέτης

| | Cronbach's α | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| | Ερωτηματολόγια στα αλβανικά | Ερωτηματολόγια στα ελληνικά |
| WHOQOL- BREF | | |
| Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας | 0,74 | 0,73 |
| Σωματική υγεία | 0,73 | 0,73 |
| Ψυχολογική υγεία | 0,86 | 0,80 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 0,79 | 0,72 |
| Περιβάλλον | 0,72 | 0,75 |
| FAD | | |
| Επίλυση Προβλημάτων | 0,77 | 0,80 |
| Επικοινωνία | 0,73 | 0,78 |
| Ρόλοι | 0,72 | 0,75 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | 0,72 | 0,79 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | 0,79 | 0,77 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | 0,80 | 0,75 |
| Γενική λειτουργικότητα | 0,75 | 0,89 |
| CES-D | 0,88 | 0,79 |
| GHQ-28 | | |
| Σωματική συμπτώματα | 0,87 | 0,73 |
| Άγχος/αϋπνία | 0,86 | 0,78 |
| Κοινωνική δυσλειτουργία | 0,81 | 0,87 |
| Μείζων κατάθλιψη | 0,94 | 0,94 |
| Συνολική βαθμολογία | 0,96 | 0,77 |
| STAI | | |
| Προσωρινό άγχος | 0,77 | 0,77 |
| Μόνιμο άγχος | 0,91 | 0,88 |

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach όλων των κλιμάκων της μελέτης ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), συνεπώς υπήρχε αποδεκτή αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στα ελληνικά και στα αλβανικά, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που μεταφράστηκαν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικώς κι εγγράφως για τη συμμετοχή στην έρευνα από την ερευνήτρια, μετά την πρώτη συνεδρία που έγινε με τον ειδικό ψυχικής υγείας της υπηρεσίας (κλινικός ψυχολόγος ή ψυχίατρος) κι υπέγραψαν το φύλλο συγκατάθεσης.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τον κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά σε ένα γραφείο της Κινητής Μονάδας, είτε την ημέρα που ενημερώθηκε για την έρευνα, είτε την επόμενη, μετά από προγραμματισμένο ραντεβού. Ο μέσος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 40-45'. Από τους 99 Αλβανούς, οι 8 επέλεξαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στα ελληνικά, καθώς είχαν έρθει στην Ελλάδα σε μικρή ηλικία, τελείωσαν το ελληνικό σχολείο και δήλωσαν ότι τόσο γραπτά, όσο και προφορικά χειρίζονταν άριστα την ελληνική γλώσσα. Παράλληλα, δόθηκε ραντεβού με τον ψυχίατρο της Μονάδας (για όσους δεν είχαν δει ψυχίατρο αρχικά), ο οποίος και πραγματοποίησε την ψυχιατρική εκτίμηση.

Επιπρόσθετα, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που έκανε την αρχική αξιολόγηση συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο καταγραφής δεδομένων ψυχοκοινωνικού προφίλ κι επαφής με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στο ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε και η διάγνωση που δόθηκε από τον ψυχίατρο, με βάση το διαγνωστικό σύστημα ICD-10 (WHO, 2011). Επιπρόσθετα, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας κατέγραψε τη βαθμολογία βάσει της Κλίμακας Σφαιρικής Λειτουργικότητας GAF (Endicott et al., 1976) για κάθε συμμετέχοντα. Με την κλίμακα αυτή αξιολογήθηκε η σφαιρική λειτουργικότητα δύο φορές: μια φορά με την ολοκλήρωση της κλινικής εκτίμησης πριν την έναρξη της θεραπείας (κατά την αξιολόγηση της περίπτωσης) και μια φορά κατά την ολοκλήρωση ή διακοπή της θεραπείας ή κατά τη χρονική στιγμή της ολοκλήρωσης της έρευνας (κι ενώ ήταν σε συνέχεια η θεραπεία). Ο συνολικός αριθμός συνεδριών, η κατάσταση θεραπείας και το θεραπευτικό πλάνο που εφαρμόστηκε, συμπληρώθηκαν από τον ίδιο επαγγελματία κατά το τέλος της μελέτης, με βάση τα τηρούμενα αρχεία στην υπηρεσία.

Επιπρόσθετα, δόθηκε η έγκριση για διεξαγωγή της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ),

κατόπιν σχετικής αίτησης που έγινε. Η μελέτη διενεργήθηκε σύμφωνα με τα ηθικά πρότυπα που ορίζονται από τη Δήλωση του Ελσίνκι (World Medical Association, 2013).

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τη χρονική περίοδο 2012-2016.

2.4. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test, όπου ήταν απαραίτητο. Το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων. Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's α . Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors = SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων έγινε χρήση του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την κατάσταση θεραπείας έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Oddsratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ).

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος περιγράφονται αναλυτικά στην ενότητα 2.1.2.

3.2. Στοιχεία που αφορούν την επαφή των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν απευθυνθεί στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χωρίς παραπομπή από άλλο φορέα, με τα ποσοστά να είναι μεγαλύτερα σε αυτή την κατηγορία για τους Έλληνες (61,9%), σε σχέση με τους Αλβανούς (45,5%). Το ποσοστό των Αλβανών που είχαν παραπεμφθεί από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ήταν μεγαλύτερο, συγκριτικά με τους Έλληνες. Η κυριότερη πηγή πληροφόρησης για τους Έλληνες ήταν άλλος πελάτης της Κινητής Μονάδας κι ακολουθεί η ΠΦΥ με ποσοστά 46,7% και 15,2% αντίστοιχα. Όμοια, η κυριότερη πηγή πληροφόρησης για τους Αλβανούς ήταν πελάτης της Κινητής Μονάδας κι ακολουθεί η ΠΦΥ με ποσοστά 34,3% και 26,3% αντίστοιχα. Ωστόσο, οι παραπάνω διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 10).

Πίνακας 10

Παραπομπή και πηγή πληροφόρησης

| | | Εθνικότητα | | | | P Fisher's exact test |
|--------------------------|-----------------------------|------------|------|---------|------|-----------------------|
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | | N | % | N | % | |
| Παραπομπή | Μόνος-Χωρίς Παραπομπή | 65 | 61,9 | 45 | 45,5 | 0,057 |
| | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας | 15 | 14,3 | 29 | 29,3 | |
| | Ιδιώτης Ιατρός | 6 | 5,7 | 9 | 9,1 | |
| | Κοινωνικός Φορέας | 8 | 7,6 | 7 | 7,1 | |
| | Δημόσιες Αρχές | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |
| | Εκκλησία | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |
| | Άλλο | 6 | 5,7 | 3 | 3,0 | |
| Πηγή Πληροφόρησης | Εκπαιδευτικός Φορέας | 3 | 2,9 | 6 | 6,1 | 0,063 |
| | Πελάτης Κινητής Μονάδας | 49 | 46,7 | 34 | 34,3 | |
| | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας | 16 | 15,2 | 26 | 26,3 | |
| | Κοινωνικός Φορέας | 7 | 6,7 | 7 | 7,1 | |
| | M.M.E. | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |
| | Ιδιώτης Ιατρός | 6 | 5,7 | 12 | 12,1 | |
| | Εκπαίδευση | 9 | 8,6 | 13 | 13,1 | |
| | Δημόσιες Αρχές | 1 | 1,0 | 2 | 2,0 | |
| | Οικογένεια | 11 | 10,5 | 4 | 4,0 | |
| | Ημερίδα/Ομιλία | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |
| Άλλο | 4 | 3,8 | 1 | 1,0 | | |

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν την προηγούμενη επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τις ψυχιατρικές νοσηλείες, την ιδιότητα του πρώτου θεραπευτή στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ), τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και το θεραπευτικό πλάνο ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 11

Προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και θεραπευτικό πλάνο

| | | Εθνικότητα | | | | P Pearson's x ² test |
|--|---|----------------|------|----------------|------|---------------------------------------|
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | | N | % | N | % | |
| Προηγούμενη επίσκεψη σε επαγγελματία ψυχικής υγείας | Ναι | 42 | 40,0 | 21 | 21,2 | 0,004 |
| | Όχι | 63 | 60,0 | 78 | 78,8 | |
| Ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, μέση τιμή (SD) | | 36,3 (10,1) | | 36,8 (10,2) | | 0,724 [†] |
| Ψυχιατρικές νοσηλείες | Ναι | 3 | 2,9 | 1 | 1,1 | 0,622* |
| | Όχι | 100 | 97,1 | 94 | 98,9 | |
| Ιδιότητα πρώτου θεραπευτή (ΚΜΨΥ) | Κλινικός Ψυχολόγος | 96 | 91,4 | 59 | 59,5 | <0,001* |
| | Ψυχίατρος | 9 | 8,6 | 40 | 40,8 | |
| | Ατομική συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία | 57 | 54,8 | 56 | 56,6 | <0,001* |
| | Λήψη φαρμακευτικής αγωγής | 5 | 4,8 | 27 | 27,3 | |
| Θεραπευτικό Πλάνο (ΚΜΨΥ) | Ψυχοθεραπεία/συμβουλευτική & φαρμακευτική αγωγή | 17 | 16,2 | 13 | 13,1 | |
| | Θεραπεία Οικογένειας | 25 | 24,0 | 1 | 1,0 | |
| | Παραπομπή σε άλλη υπηρεσία | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | |
| | Άλλο | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | |
| Φαρμακευτική αγωγή υποδοχής | Ναι | 15 | 14,2 | 15 | 15,2 | 0,579 |
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου (ΚΜΨΥ) | Ναι | 22 | 20,9 | 40 | 40,4 | 0,008 |

[†]Student's t-test ^{††}Mann-Whitney test *Fisher's exact test

Το ποσοστό των Ελλήνων που είχαν απευθυνθεί στο παρελθόν σε επαγγελματία ψυχικής υγείας ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό των Αλβανών (40,0% έναντι 21,2% αντίστοιχα, $p < 0,05$). Η μέση ηλικία των Ελλήνων που απευθύνθηκαν για πρώτη φορά σε επαγγελματία ψυχικής υγείας ήταν τα 36,3 έτη (SD=10,1 έτη) και των Αλβανών ήταν τα 36,8 έτη (SD=10,2 έτη). Το ποσοστό των συμμετεχόντων με ψυχιατρικές νοσηλείες στο παρελθόν ήταν σε παρόμοια χαμηλά επίπεδα και στις δύο εθνικότητες (3 Έλληνες και 1 Αλβανός είχαν στο ιστορικό τους ψυχιατρική νοσηλεία). Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνικοτήτων, όσο αφορά την ιδιότητα του θεραπευτή στον οποίο απευθύνθηκαν

αρχικά στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας, καθώς στους Έλληνες σε υψηλότερο ποσοστό ήταν ψυχολόγος 91,4%, έναντι 59,5% στους Αλβανούς ($p < 0.001$). Σημαντικά μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των Αλβανών που είδαν ψυχίατρο 40,8%, έναντι 8,6 % στους Έλληνες ($p < 0.001$).

Όσον αφορά στο θεραπευτικό πλάνο, φαίνεται ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών ($p < 0,001$). Έτσι, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό Ελλήνων κι Αλβανών ακολούθησε ατομική συμβουλευτική/ ψυχοθεραπεία, 54,8% έναντι 56,6% αντίστοιχα, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (χωρίς ψυχοθεραπεία/συμβουλευτική παράλληλα) ήταν η δεύτερη επιλογή στην περίπτωση των Αλβανών με 27,3% και με στατιστικά σημαντική διαφορά με το αντίστοιχο ποσοστό των Ελλήνων, που ήταν 4,8%. Παρότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών όσον αφορά το αν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή κατά την υποδοχή, βρέθηκε ότι το ποσοστό των Αλβανών που έλαβαν τελικά φαρμακευτική αγωγή με βάση το θεραπευτικό πλάνο ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό των Ελλήνων (40,4% έναντι 20,9 %). Το ποσοστό των Ελλήνων που είχε στο θεραπευτικό πλάνο τη θεραπεία οικογένειας ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Αλβανών (24% έναντι 1%). Η θεραπεία οικογένειας φαίνεται να έρχεται τρίτη στη σειρά θεραπεία εκλογής για τους Έλληνες.

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται στοιχεία που αφορούν την πορεία της θεραπείας στην Κινητή Μονάδα.

Πίνακας 12

Θεραπευτική κατάσταση και συνολικός αριθμός συνεδριών στην Κινητή Μονάδα

| | | Εθνικότητα | | | | P Pearson's χ^2 test |
|---|------------------------------|----------------|-------------|--------------|-----------|---------------------------------|
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | | N | % | N | % | |
| Θεραπευτική Κατάσταση | Θεραπεία σε συνέχεια | 33 | 31,4 | 19 | 19,2 | 0,004 |
| | Διακοπή Θεραπείας από ασθενή | 17 | 16,2 | 35 | 35,4 | |
| | Ολοκλήρωση Θεραπείας | 55 | 52,4 | 45 | 45,5 | |
| Συνολικός αριθμός συνεδριών, μέση τιμή (SD), διάμεσος (ενδ. εύρος) | | 20,6 (15,2) | 17 (9 - 32) | 6,8 (5,4) | 6 (3 - 8) | <0,001⁺⁺ |

Οι Αλβανοί διέκοψαν τη θεραπεία σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους Έλληνες, 35,4% έναντι 16,2% ($p < 0,05$). Ο μέσος όρος συνολικού

αριθμού συνεδριών στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας ήταν σημαντικά υψηλότερος στους Έλληνες, 21 έναντι 7 στους Αλβανούς.

3.3. Ψυχιατρική διάγνωση βάσει ICD-10 και Σφαιρική Εκτίμηση της Λειτουργικότητας (GAF)

Στον ακόλουθο πίνακα δίνεται η διάγνωση των συμμετεχόντων βάσει ICD-10.

Πίνακας 13

Ψυχιατρική Διάγνωση

| | Εθνικότητα | | | | P Fisher's exact test |
|---|------------|-------------|-----------|-------------|-----------------------|
| | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | N | % | N | % | |
| [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 35 | 33,3 | 45 | 45,5 | 0,288 |
| <i>F30, F31 Μανιακό επεισόδιο, διπολική διαταραχή</i> | 4 | 3,8 % | 2 | 2% | |
| <i>F32,F33 Καταθλιπτικό επεισόδιο, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή</i> | 31 | 29,5% | 43 | 43,4% | |
| [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 18 | 17,1 | 14 | 14,1 | |
| <i>F40, F41 Φοβικές κι άλλες αγχώδεις διαταραχές</i> | 16 | 15,2% | 10 | 10,1% | |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης βάσει ICD-10 | | | | | |
| <i>F42, F43 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αντιδράσεις στο έντονο στρες και διαταραχές προσαρμογής</i> | 2 | 1,9% | 4 | 4% | |
| [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας | 48 | 45,7 | 35 | 35,4 | |
| <i>Z55-Z65 Άτομα με πιθανό κίνδυνο υγείας που σχετίζεται με κοινωνικοοικονομικές και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις</i> | 37 | 35,2% | 20 | 20, 2 % | |
| <i>Z71 Αιτήματα για συμβουλευτική</i> | 11 | 10,4% | 15 | 15,1% | |
| Άλλο | 4 | 3,8 | 5 | 5,1 | |

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες μεταξύ των δύο εθνικοτήτων. Έτσι, 33,3% των Ελλήνων διαγνώστηκαν με

διαταραχές της διάθεσης [F30-F39], και λίγο μεγαλύτερο ποσοστό (χωρίς να είναι στατιστικά σημαντικό), 45,5% των Αλβανών αντίστοιχα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό και στις δύο εθνικότητες, οι διαταραχές διάθεσης αφορούσαν καταθλιπτικό επεισόδιο και υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή (29,5% των Ελλήνων και 43,4% των Αλβανών). Σε μικρότερα ποσοστά βρέθηκαν το μανιακό επεισόδιο και η διπολική διαταραχή, σε Έλληνες κι Αλβανούς, δηλαδή 3,8% και 2% αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, 17,1% των Ελλήνων και 14,1% των Αλβανών διαγνώστηκαν με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48]. Στην κατηγορία αυτή τα μεγαλύτερα ποσοστά των διαγνώσεων αφορούσαν φοβικές κι άλλες αγχώδεις διαταραχές, 15,2% στους Έλληνες και 10% στους Αλβανούς, ενώ σε μικρότερα ποσοστά ήταν η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η αντίδραση στο έντονο στρες-διαταραχή προσαρμογής (1,9% στους Έλληνες και 4% στους Αλβανούς). Στην κατηγορία που περιλαμβάνει τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας [Z00-Z99] κατηγοριοποιήθηκαν το 46% των Ελλήνων και το 35,4% των Αλβανών. Συγκεκριμένα 35,2% των Ελλήνων και 20,2% των Αλβανών ανήκαν στην κατηγορία ατόμων με πιθανό κίνδυνο υγείας που σχετίζεται με κοινωνικοοικονομικές και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις και 10,4% των Ελλήνων και 15,1% των Αλβανών απευθύνθηκαν στη Μονάδα για συμβουλευτική (συνήθως συμβουλευτική γονέων). Στην κατηγορία Άλλο, κατηγοριοποιήθηκαν κυρίως άτομα με διαγνώσεις διαταραχής προσωπικότητας και πιθανό κίνδυνο υγείας που σχετίζεται με κοινωνικο-οικονομικές ψυχοκοινωνικές καταστάσεις.

Όσον αφορά στη βαθμολογία στην κλίμακα GAF, οι τιμές στην περίπτωση των Ελλήνων ήταν σημαντικά υψηλότερες, τόσο κατά την 1^η όσο και κατά τη 2^η μέτρηση σε σύγκριση με τις αντίστοιχες τιμές στην περίπτωση των Αλβανών ($p < 0,001$). Η μεταβολή στην κλίμακα GAF ήταν παρόμοια και για τις δύο εθνικότητες.

Πίνακας 14

Μεταβολή βαθμολογίας στην κλίμακα GAF

| | Εθνικότητα | | | | P Mann-Whitney test |
|------------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------------|
| | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | Μέση τιμή (SD) | Διάμεσος (ενδ. εύρος) | Μέση τιμή (SD) | Διάμεσος (ενδ. εύρος) | |
| GAF score (1η μέτρηση) | 73,9 (6,7) | 75 (70 - 80) | 70 (8,8) | 70 (65 - 77) | 0,001 |
| GAF score (2η μέτρηση) | 80,1 (5,3) | 80 (80 - 85) | 75,4 (7,8) | 75 (70 - 80) | <0,001 |
| Μεταβολή GAF | 6,2 (5,5) | 5 (0 - 10) | 5,3 (5,8) | 5 (0 - 10) | 0,137 |

3.4. Γεγονότα ζωής

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά Ελλήνων και Αλβανών που έχουν βιώσει σοβαρά γεγονότα ζωής τα τελευταία δύο έτη.

Πίνακας 15

Υπαρξη γεγονότων ζωής τα τελευταία δύο έτη

| | | Εθνικότητα | | | | P Pearson's χ^2 test |
|---------------|-----|------------|------|---------|------|---------------------------|
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | | N | % | N | % | |
| Γεγονότα ζωής | Όχι | 50 | 47,6 | 39 | 39,4 | 0,236 |
| | Ναι | 55 | 52,4 | 60 | 60,6 | |

Σημαντικό ποσοστό Ελλήνων (52,4%) κι Αλβανών (60,6%) είχαν βιώσει κάποιο σοβαρό γεγονός ζωής τα τελευταία δύο έτη. Το ποσοστό των Αλβανών είναι μεγαλύτερο σε σχέση με τους Έλληνες, ωστόσο φαίνεται ότι η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Στον Πίνακα 16 φαίνεται αναλυτικά το είδος των γεγονότων ζωής για Έλληνες κι Αλβανούς. Συχνότερα αναφέρονται από τους Αλβανούς χωρισμός και σωματική κακοποίηση, ενώ από τους Έλληνες γέννηση παιδιού, παρότι οι διαφορές αυτές δε βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 16

Κατηγορίες γεγονότων ζωής την τελευταία διετία

| Γεγονότα ζωής | Εθνικότητα | | | |
|-------------------------------------|------------|------|---------|------|
| | Έλληνες | | Αλβανοί | |
| | N | % | N | % |
| Θάνατος συγγενικού προσώπου ή φίλου | 6 | 5,7 | 9 | 9,1 |
| Χρόνια Ασθένεια | 6 | 5,7 | 6 | 6,1 |
| Χρήση Ουσιών | 3 | 2,9 | 7 | 7,1 |
| Διαζύγιο | 4 | 3,8 | 2 | 2,0 |
| Μετοίκηση-Μετανάστευση | 6 | 5,7 | 8 | 8,1 |
| Αλλαγή Εργασίας | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Ανεργία | 2 | 1,9 | 5 | 5,1 |
| Χωρισμός | 7 | 6,7 | 11 | 11,1 |
| Σωματική Κακοποίηση | 3 | 2,9 | 10 | 10,1 |
| Σεξουαλική Κακοποίηση | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Ανεπιθύμητη Εγκυμοσύνη | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Γέννηση Παιδιού | 10 | 9,5 | 2 | 2,0 |
| Χρόνια Ασθένεια Συγγενικού Προσώπου | 7 | 6,7 | 3 | 3,0 |
| Άλλο | 7 | 6,7 | 6 | 6,1 |
| Κανένα | 50 | 47,6 | 39 | 39,4 |

3.5. Συσχετίσεις φύλου με μεταβλητές που αφορούν την επαφή με τις υπηρεσίες, το θεραπευτικό πλάνο, τη διάγνωση και τη γενική λειτουργικότητα

Πίνακας 17

Συσχετίσεις φύλου με μεταβλητές που αφορούν την επαφή με τις υπηρεσίες, το θεραπευτικό πλάνο, την πορεία της θεραπείας και τη διάγνωση

| | | Έλληνες | | | Αλβανοί | | |
|---|--|-----------------|------------------|---------------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| | | Φύλο | | P Pearson's x2 test | Φύλο | | P Pearson's x2 test |
| | | Άνδρας N (%) | Γυναίκα N (%) | | Άνδρας N (%) | Γυναίκα N (%) | |
| Προηγούμενη επίσκεψη σε επαγγελματία ψυχικής υγείας | Ναι | 9 (25,7) | 33 (47,1) | 0,035 | 8 (24,2) | 13 (19,7) | 0,602 |
| | Όχι | 26 (74,3) | 37 (52,9) | | 25 (75,8) | 53 (80,3) | |
| Θεραπευτικό Πλάνο | Ατομική Συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία | 15 (42,9) | 42 (60,9) | 0,141* | 14 (42,4) | 42 (63,6) | <0,001* |
| | Λήψη φαρμακευτικής αγωγής | 3 (8,6) | 2 (2,9) | | 17 (51,5) | 10 (15,2) | |
| | Ψυχοθεραπεία/συμβουλευτική & φαρμακευτική αγωγή | 5 (14,3) | 12 (17,4) | | 1 (3) | 12 (18,2) | |
| | Παραπομπή σε άλλη υπηρεσία | 0 (0) | 0 (0) | | 0 (0) | 1 (1,5) | |
| | Δε χρειάζεται θεραπεία | 0 (0) | 0 (0) | | 1 (3) | 0 (0) | |
| | Θεραπεία Οικογένειας | 12 (34,3) | 13 (18,8) | | 0 (0) | 1 (1,5) | |
| | [F30-F39] Διαταραχές διάθεσης | 4 (11,4) | 31 (44,3) | 0,002* | 10 (30,3) | 35 (53) | <0,001* |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [F40-F48] Νευρωτικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 8 (22,9) | 10 (14,3) | | 9 (27,3) | 5 (7,6) | |
| | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας | 20 (57,1) | 28 (40) | | 9 (27,3) | 26 (39,4) | |
| | Άλλο | 3 (8,6) | 1 (1,4) | | 5 (15,2) | 0 (0) | |
| Θεραπευτική Κατάσταση | Θεραπεία σε συνέχεια | 7 (20) | 26 (37,1) | 0,191 | 7 (21,2) | 12 (18,2) | 0,755 |
| | Διακοπή Θεραπείας από ασθενή | 6 (17,1) | 11 (15,7) | | 10 (30,3) | 25 (37,9) | |
| | Ολοκλήρωση Θεραπείας | 22 (62,9) | 33 (47,1) | | 16 (48,5) | 29 (43,9) | |
| Συνολικός αριθμός συνεδριών, μέση τιμή (SD) | | 20,3 (16,2) | 20,8 (14,7) | 0,678** | 5,1 (3,5) | 7,6 (6) | 0,050** |
| GAF score (1η μέτρηση), μέση τιμή (SD) | | 75,2 (8,3) | 73,2 (5,8) | 0,042** | 69,3 (9,7) | 70,4 (8,4) | 0,532** |
| GAF score (2η μέτρηση), μέση τιμή (SD) | | 80,9 (4,5) | 79,7 (5,6) | 0,358** | 75,3 (9,3) | 75,4 (7,1) | 0,602** |
| Μεταβολή GAF, μέση τιμή (SD) | | 5,7 (6,4) | 6,5 (5,1) | 0,201** | 6 (6,7) | 5 (5,3) | 0,696** |

*Fisher's exact test **Mann-Whitney test

Εξετάστηκε η συσχέτιση του φύλου με μεταβλητές σχετικές με την προηγούμενη επαφή με τις υπηρεσίες, το θεραπευτικό πλάνο, την πορεία θεραπείας και την ψυχιατρική διάγνωση (Πίνακας 17).

Στους Έλληνες βρέθηκε ότι:

- Οι γυναίκες είχαν επισκεφτεί επαγγελματία ψυχικής υγείας σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άντρες (47,1% έναντι 25,7% αντίστοιχα, $p<0,05$).
- Οι γυναίκες είχαν σε υψηλότερο ποσοστό διαταραχές διάθεσης σε σύγκριση με τους άντρες (44,3% έναντι 11,4 % αντίστοιχα, $p<0,05$).
- Το GAF score κατά την 1^η μέτρηση ήταν σημαντικά υψηλότερο, υποδεικνύοντας καλύτερο επίπεδο σφαιρικής λειτουργικότητας στους άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες (75,2 έναντι 73,2 αντίστοιχα, $p<0,05$).

Στους Αλβανούς βρέθηκε ότι:

- Οι άντρες ακολούθησαν σε υψηλότερο ποσοστό θεραπεία με λήψη φαρμακευτικής αγωγής, σε σύγκριση με τις γυναίκες (51,5% έναντι 15,2% αντίστοιχα, $p<0,001$) και σε μικρότερο ποσοστό συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία σε σχέση με τις γυναίκες (42,4% έναντι 63,6% αντίστοιχα, $p<0,001$).
- Οι γυναίκες αντιμετώπιζαν σε υψηλότερο ποσοστό διαταραχές διάθεσης, σε σύγκριση με τους άντρες (53% έναντι 30,3%, $p<0,001$).
- Οι γυναίκες πραγματοποίησαν συνολικά σημαντικά υψηλότερο αριθμό συνεδριών στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας σε σύγκριση με τους άντρες (7,6 έναντι 5,1, $p<0,05$).

3.6. Συσχετίσεις κατάστασης θεραπείας με τη διάγνωση, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη γενική λειτουργικότητα και το θεραπευτικό πλάνο

Μελετήθηκαν συσχετίσεις που αφορούν την κατάσταση θεραπείας με κάποιες μεταβλητές (λήψη φαρμακευτικής αγωγής, λειτουργικότητα βάσει της κλίμακας GAF, διάγνωση, θεραπευτικό πλάνο, Πίνακας 18).

Στους Έλληνες βρέθηκε ότι:

- Το ποσοστό θεραπείας σε συνέχεια ήταν υψηλότερο ($p < 0,05$) στους ασθενείς με διαταραχές διάθεσης (51,5%), σε σύγκριση με τους ασθενείς που έπασχαν από νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές (12,1%) και αυτούς που ανήκαν στην κατηγορία Z00-Z99 (Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες, 33,3%).
- Η βαθμολογία στην κλίμακα GAF στη 2^η μέτρηση ήταν σημαντικά υψηλότερη ($p < 0,001$) σε όσους ολοκλήρωσαν θεραπεία (82,8) σε σύγκριση, τόσο με την αντίστοιχη όσων ήταν ακόμη σε θεραπεία (78) και όσων διέκοψαν τη θεραπεία (75,3).
- Η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας GAF ήταν σημαντικά χαμηλότερη ($p < 0,001$) για όσους διέκοψαν τελικά τη θεραπεία (1,4), σε σύγκριση με όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (7,9) ή ήταν ακόμη σε θεραπεία (6).

Στους Αλβανούς βρέθηκε ότι:

- Το ποσοστό διακοπής θεραπείας από ασθενή ήταν σημαντικά υψηλότερο ($p < 0,05$) στους ασθενείς με διαταραχές διάθεσης (68,6%), έναντι των ασθενών με νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές (11,4%) κι αυτών που ανήκαν στην κατηγορία Z00-Z99 (14,3%).
- Το ποσοστό λήψης φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου ($p < 0,05$) ήταν σημαντικά χαμηλότερο στους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία

(24,4%), σε σχέση με εκείνους που διέκοψαν τη θεραπεία (57,1%) και όσους ήταν ακόμα σε θεραπεία (63,2%) .

- Η βαθμολογία στην κλίμακα GAF τόσο στην 1^η μέτρηση, όσο και στη 2^η μέτρηση, ήταν σημαντικά υψηλότερη ($p < 0,001$) σε όσους τελικά ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (74,3 και 81,2 αντίστοιχα), σε σύγκριση με την αντίστοιχη βαθμολογία σε όσους διέκοψαν τη θεραπεία (67,3 και 69,6 αντίστοιχα), καθώς και σε όσους ήταν ακόμη σε θεραπεία (65 και 72,1 αντίστοιχα).
- Η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας GAF ήταν σημαντικά χαμηλότερη ($p \leq 0,001$) για όσους διέκοψαν τη θεραπεία (3,3), σε σύγκριση με την αντίστοιχη για όσους τελικά ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (6,3) ή ήταν ακόμη σε θεραπεία (6,1).

Πίνακας 18

Συσχέτιση κατάστασης θεραπείας με διάγνωση, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, θεραπευτικό πλάνο και λειτουργικότητα βάσει GAF

| | Έλληνες | | | | | Αλβανοί | | | | |
|---|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------|--|
| | Κατάσταση Θεραπείας | | | P Fisher's exact test | Κατάσταση θεραπείας | | | P Fisher's exact test | | |
| | Σε συνέχεια N (%) | Διακοπή Θεραπείας N (%) | Ολοκλήρωση Θεραπείας N (%) | | Σε συνέχεια N (%) | Διακοπή Θεραπείας N (%) | Ολοκλήρωση Θεραπείας N (%) | | | |
| Ψυχιατρική Διάγνωση (ICD-10) | [F30-F39] Διαταραχές διάθεσης | 17 (51,5) | 3 (17,6) | 15 (27,3) | 0,046 | 6 (31,6) | 24 (68,6) | 15 (33,3) | <0,001 | |
| | [F40-F48] Νευρωσικές διαταραχές | 4 (12,1) | 5 (29,4) | 9 (16,4) | | 7 (36,8) | 4 (11,4) | 3 (6,7) | | |
| | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας & την επαφή με τις υπηρεσίες | 11 (33,3) | 7 (41,2) | 30 (54,5) | | 4 (21,1) | 5 (14,3) | 26 (57,8) | | |
| Φαρμακευτική αγωγή | Άλλο | 1 (3) | 2 (11,8) | 1 (1,8) | 0,226* | 2 (10,5) | 2 (5,7) | 1 (2,2) | 0,002* | |
| | Όχι | 21 (63,6) | 14 (82,4) | 43 (78,2) | | 7 (36,8) | 15 (42,9) | 34 (75,6) | | |
| | Ναι | 12 (36,4) | 3 (17,6) | 12 (21,8) | | 12 (63,2) | 20 (57,1) | 11 (24,4) | | |
| Θεραπευτικό Πλάνο | Ατομική συμβουλευτική/ ψυχοθεραπεία | 16 (48,5) | 11 (64,7) | 30 (55,6) | 0,070 | 7 (36,8) | 16 (45,7) | 33 (73,3) | 0,007 | |
| | Φαρμακευτική Αγωγή | 4 (12,1) | 1 (5,9) | 0 (0) | | 9 (47,4) | 13 (37,1) | 5 (11,1) | | |
| | Ψυχοθεραπεία Συμβουλευτική, φαρμακευτική αγωγή | 8 (24,2) | 1 (5,9) | 8 (14,8) | | 2 (10,5) | 6 (17,1) | 5 (11,1) | | |
| | Παραπομπή σε άλλη υπηρεσία | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | | 0 (0) | 0 (0) | 1 (2,2) | | |
| | Δε χρειάζεται θεραπεία | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | | 0 (0) | 0 (0) | 1 (2,2) | | |
| | Θεραπεία Οικογένειας | 5 (15,2) | 4 (23,5) | 16 (29,6) | | 1 (5,3) | 0 (0) | 0 (0) | | |
| GAF score (1η μέτρηση), μέση τιμή (SD) | 72,1 (6,7) | 73,9 (6,3) | 74,9 (6,8) | 0,072* * | 65 (8,5) | 67,3 (8) | 74,3 (7,7) | <0,001 ** | | |
| GAF score (2η μέτρηση), μέση τιμή (SD) | 78 (4,7) | 75,3 (6,2) | 82,8 (3,4) | <0,001 ** | 72,1 (5,4) | 69,6 (7,7) | 81,2 (3,6) | <0,001 ** | | |
| Μεταβολή GAF, μέση τιμή (SD) | 6 (4,9) | 1,4 (2,8) | 7,9 (5,6) | <0,001 ** | 7,1 (6,1) | 2,3 (3,3) | 7 (6,3) | 0,001* * | | |

*Pearson's x2 test **Kruskal-Wallis test

3.7. Σύγκριση βαθμολογιών στις κλίμακες της μελέτης μεταξύ Ελλήνων και Αλβανών

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις κλίμακες της μελέτης, ξεχωριστά για τις δύο εθνικότητες.

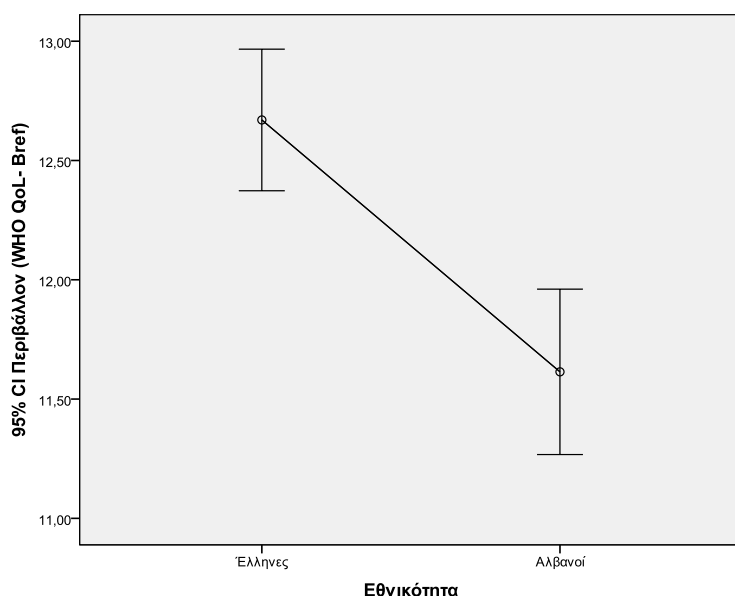
Πίνακας 19

Βαθμολογίες στις κλίμακες της μελέτης

| | Εθνικότητα | | | | P Student's t-test |
|---|-------------------------|-------|-------------------------|-------|--------------------------|
| | Έλληνες Μέση τιμή | SD | Αλβανοί Μέση τιμή | SD | |
| WHOQOL-BREF | | | | | |
| Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας | 13,12 | 2,74 | 13,16 | 2,40 | 0,914 |
| Σωματική υγεία | 13,63 | 2,06 | 13,68 | 1,74 | 0,881 |
| Ψυχολογική υγεία | 11,66 | 2,44 | 11,67 | 2,61 | 0,977 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 11,54 | 2,85 | 11,36 | 2,75 | 0,676 |
| Περιβάλλον | 12,67 | 1,52 | 11,61 | 1,67 | <0,001 |
| FAD | | | | | |
| Επίλυση Προβλημάτων | 14,62 | 3,15 | 14,65 | 3,05 | 0,947 |
| Επικοινωνία | 21,97 | 3,69 | 22,37 | 2,49 | 0,413 |
| Ρόλοι | 28,37 | 4,32 | 28,69 | 3,27 | 0,587 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | 16,21 | 3,15 | 16,68 | 2,42 | 0,251 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | 15,42 | 2,76 | 14,91 | 2,32 | 0,174 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | 21,68 | 3,35 | 22,11 | 2,38 | 0,376 |
| Γενική λειτουργικότητα | 30,04 | 6,33 | 30,89 | 4,44 | 0,318 |
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 24,44 | 11,26 | 27,13 | 11,85 | 0,118 |
| GHQ-28 | | | | | |
| Σωματική συμπτώματα | 8,44 | 3,96 | 9,30 | 4,11 | 0,134 |
| Άγχος/αϋπνία | 9,48 | 3,61 | 9,76 | 4,13 | 0,618 |
| Κοινωνική δυσλειτουργία | 9,06 | 3,58 | 8,96 | 2,81 | 0,845 |
| Μείζων κατάθλιψη | 5,93 | 5,43 | 7,05 | 4,99 | 0,133 |
| Συνολική βαθμολογία GHQ-28 | 32,79 | 14,11 | 34,47 | 14,64 | 0,445 |
| STAI | | | | | |
| Προσωρινό άγχος | 49,94 | 11,03 | 51,95 | 6,83 | 0,221 |
| Μόνιμο άγχος | 49,05 | 5,00 | 48,78 | 5,56 | 0,751 |

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από τους Έλληνες και τους Αλβανούς του δείγματος ήταν στα ίδια επίπεδα, βάσει της κλίμακας WHOQOL- BREF, με μοναδική εξαίρεση τη διάσταση «Περιβάλλον» που βρέθηκε να έχει σημαντικά χαμηλότερες τιμές στους Αλβανούς (11,61 έναντι 12, 67 στους Έλληνες, $p<0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον», ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.



Γράφημα 4. Βαθμολογίες στη διάσταση Περιβάλλον της Κλίμακας WHOQOL-BREF για Έλληνες κι Αλβανούς.

Επιπρόσθετα, οι βαθμολογίες που αφορούν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, καθώς και η βαθμολογία στην κλίμακα γενικής υγείας ήταν παρόμοιες στις δύο εθνικότητες.

Όσον αφορά στην κλίμακα οικογενειακής λειτουργίας, η βαθμολογία ήταν επίσης στα ίδια περίπου επίπεδα, τόσο στο δείγμα των Αλβανών όσο και των Ελλήνων. Ωστόσο, με βάση τα cut-off scores της κλίμακας (Ryan et al., 2005, Kabacoff et al., 1990, Miller et al., 1985), το ποσοστό υγιούς λειτουργικότητας στη διάσταση «Επικοινωνία», ήταν σημαντικά υψηλότερο στους Έλληνες, σε σύγκριση με τους Αλβανούς (25,5% έναντι 10,1%, $p<0,05$). Αντίστοιχα, το ποσοστό υγιούς

λειτουργικότητας στους Έλληνες ήταν σημαντικό υψηλότερο και στη διάσταση «Συναισθηματική απαντητικότητα», σε σύγκριση με τους Αλβανούς (21% έναντι 6% αντίστοιχα, $p < 0,05$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας των συμμετεχόντων σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας FAD, ξεχωριστά σε Έλληνες κι Αλβανούς, με βάση τα cut-off scores της κλίμακας (Ryan et al., 2005, και Kabacoff et al., 1990, Miller et al., 1985).

Πίνακας 20

Ποσοστά υγιούς και μη υγιούς λειτουργικότητας ανά διάσταση στην κλίμακα FAD

| | | Εθνικότητα | | | | P Pearson's x2 test |
|--------------------------------------|--|------------|------|---------|------|---------------------------|
| | | Έλληνες | | Αλβανοί | | |
| | | N | % | N | % | |
| Επίλυση προβλημάτων | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 41 | 40,6 | 28 | 34,6 | 0,405 |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 60 | 59,4 | 53 | 65,4 | |
| Επικοινωνία | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 26 | 25,5 | 8 | 10,1 | 0,009 |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 76 | 74,5 | 71 | 89,9 | |
| Ρόλοι | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 27 | 27,0 | 14 | 17,5 | 0,131 |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 73 | 73,0 | 66 | 82,5 | |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 21 | 21,0 | 6 | 6,6 | 0,004 |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 79 | 79,0 | 85 | 93,4 | |
| Συναισθηματική εμπλοκή | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 39 | 40,2 | 46 | 51,7 | 0,116 |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 58 | 59,8 | 43 | 48,3 | |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 5 | 5,0 | 2 | 3,2 | 0,709* |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 95 | 95,0 | 60 | 96,8 | |
| Γενική λειτουργικότητα | Υγιής λειτουργικότητα (Healthy functioning) | 21 | 21,6 | 9 | 11,4 | 0,072 |
| | Μη υγιής λειτουργικότητα (Unhealthy functioning) | 76 | 78,4 | 70 | 88,6 | |

*Fisher's exact test

3.8. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν λειτουργία οικογένειας, ποιότητα ζωής, αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία

3.8.1. Λειτουργία οικογένειας και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων οικογενειακής λειτουργίας (FAD) και κατάθλιψης (CES-D), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 21

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ οικογενειακής λειτουργίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

| FAD | | Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | |
|-------------------------------|---|----------------------------|------------------|
| | | ΕΛΛΗΝΕΣ | ΑΛΒΑΝΟΙ |
| Επίλυση προβλημάτων | R | 0,34 | 0,42 |
| | P | 0,001 | <0,001 |
| Επικοινωνία | R | 0,47 | 0,42 |
| | P | <0,001 | <0,001 |
| Ρόλοι | R | 0,18 | 0,27 |
| | P | 0,077 | 0,024 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | R | 0,42 | 0,27 |
| | P | <0,001 | 0,018 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | R | 0,29 | 0,09 |
| | P | <0,001 | 0,440 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | R | 0,35 | 0,27 |
| | P | <0,001 | 0,049 |
| Γενική λειτουργικότητα | R | 0,47 | 0,57 |
| | P | <0,001 | <0,001 |

Τόσο στους Έλληνες, όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων της κλίμακας οικογενειακής λειτουργίας (FAD) και της κλίμακας κατάθλιψης (CES-D). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, καλύτερη οικογενειακή λειτουργία, σχετίστηκε με λιγότερα

συμπτώματα κατάθλιψης, και αντίστροφα όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, που υποδεικνύει περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, τόσο υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις οικογενειακής λειτουργίας, που υποδεικνύουν χειρότερη οικογενειακή λειτουργικότητα.

3.8.2. Λειτουργία οικογένειας κι αγχώδης συμπτωματολογία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων άγχους (STAI) και λειτουργίας οικογένειας (FAD), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 22

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ αγχώδους συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας οικογένειας

| FAD | | ΕΛΛΗΝΕΣ | | ΑΛΒΑΝΟΙ | |
|----------------------------------|---|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | | Παροδικό άγχος | Μόνιμο άγχος | Παροδικό άγχος | Μόνιμο άγχος |
| Επίλυση προβλημάτων | R | 0,25 | 0,12 | 0,52 | 0,14 |
| | P | 0,017 | 0,282 | <0,001 | 0,276 |
| Επικοινωνία | R | 0,36 | 0,23 | 0,49 | 0,23 |
| | P | <0,001 | 0,032 | 0,001 | 0,077 |
| Ρόλοι | R | 0,35 | 0,11 | 0,27 | 0,36 |
| | P | 0,001 | 0,325 | 0,064 | 0,004 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | R | 0,35 | 0,19 | 0,10 | 0,08 |
| | P | 0,001 | 0,082 | 0,488 | 0,526 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | R | 0,52 | 0,26 | 0,20 | 0,17 |
| | P | <0,001 | 0,020 | 0,158 | 0,176 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | R | 0,41 | 0,36 | 0,45 | 0,08 |
| | P | <0,001 | 0,001 | 0,004 | 0,571 |
| Γενική λειτουργικότητα | R | 0,50 | 0,26 | 0,42 | 0,24 |
| | P | <0,001 | 0,021 | 0,003 | 0,058 |

Στους Έλληνες, η διάσταση παροδικού άγχους συσχετιζόταν σημαντικά θετικά με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας οικογενειακής λειτουργίας ($p < 0.05$). Έτσι,

περισσότερα συμπτώματα παροδικού άγχους σχετίζονταν με χειρότερη λειτουργικότητα στην οικογένεια. Επίσης, περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους σχετίζονταν με μεγαλύτερη δυσλειτουργία στις διαστάσεις που αφορούν τη «Γενική λειτουργικότητα» της οικογένειας, καθώς και τις διαστάσεις «Επικοινωνία», «Συναισθηματική εμπλοκή» κι «Έλεγχος συμπεριφοράς» ($p<0.05$).

Στους Αλβανούς, η διάσταση παροδικού άγχους συσχετιζόταν επίσης σημαντικά θετικά με τη «Γενική λειτουργικότητα» και με τις διαστάσεις «Επίλυση προβλημάτων», «Επικοινωνία» κι «Έλεγχος συμπεριφοράς» ($p<0.05$). Οπότε, περισσότερα συμπτώματα παροδικού άγχους σχετίζονταν με χειρότερη λειτουργικότητα στις διαστάσεις αυτές. Η διάσταση μόνιμου άγχους συσχετιζόταν σημαντικά θετικά μόνο με τη διάσταση «Ρόλοι» ($p<0.05$).

3.8.3. Λειτουργία οικογένειας και κατάσταση γενικής υγείας

Στον Πίνακα 23 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων κατάστασης γενικής υγείας (GHQ-28) και οικογενειακής λειτουργίας (FAD), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα. Τόσο στους Έλληνες, όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις ($p<0,05$) μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων των κλιμάκων γενικής υγείας (GHQ-28) και οικογενειακής λειτουργίας (FAD). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, όσο υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις κατάστασης γενικής υγείας, που υποδεικνύουν χειρότερη κατάσταση υγείας, τόσο υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας οικογενειακής λειτουργίας, που υποδεικνύουν λιγότερο ικανοποιητικά επίπεδα λειτουργικότητας στην οικογένεια.

Πίνακας 23

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ λειτουργικότητας οικογένειας και κατάστασης γενικής υγείας

| GHQ-28 | | Σωματικά συμπτώματα | Άγχος/αϋπνία | Κοινωνική δυσλειτουργία | Μείζων κατάθλιψη | Συνολική βαθμολογία GHQ-28 |
|-------------------------------|---|---------------------|------------------|-------------------------|------------------|----------------------------|
| FAD | | | | | | |
| ΕΛΛΗΝΕΣ | | | | | | |
| Επίλυση προβλημάτων | r | 0,19 | 0,17 | 0,21 | 0,15 | 0,21 |
| | P | 0,057 | 0,097 | 0,032 | 0,130 | 0,043 |
| Επικοινωνία | r | 0,37 | 0,41 | 0,26 | 0,32 | 0,40 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,008 | 0,001 | <0,001 |
| Ρόλοι | r | 0,23 | 0,27 | 0,07 | -0,04 | 0,13 |
| | P | 0,020 | 0,006 | 0,521 | 0,701 | 0,198 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | r | 0,31 | 0,34 | 0,29 | 0,23 | 0,36 |
| | P | 0,002 | 0,001 | 0,003 | 0,023 | <0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | r | 0,35 | 0,49 | 0,20 | 0,29 | 0,40 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,045 | 0,004 | <0,001 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | r | 0,31 | 0,22 | 0,21 | 0,23 | 0,30 |
| | P | 0,002 | 0,030 | 0,033 | 0,021 | 0,003 |
| Γενική λειτουργικότητα | r | 0,43 | 0,45 | 0,35 | 0,31 | 0,45 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | 0,002 | <0,001 |
| ΑΛΒΑΝΟΙ | | | | | | |
| Επίλυση προβλημάτων | r | 0,40 | 0,48 | 0,51 | 0,45 | 0,47 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Επικοινωνία | r | 0,33 | 0,41 | 0,52 | 0,44 | 0,44 |
| | P | 0,003 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Ρόλοι | r | 0,23 | 0,28 | 0,19 | 0,29 | 0,32 |
| | P | 0,045 | 0,014 | 0,112 | 0,010 | 0,010 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | r | 0,20 | 0,26 | 0,46 | 0,44 | 0,38 |
| | P | 0,055 | 0,016 | <0,001 | <0,001 | 0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | r | 0,05 | -0,09 | 0,06 | 0,20 | 0,05 |
| | P | 0,621 | 0,406 | 0,590 | 0,067 | 0,655 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | r | 0,29 | 0,29 | 0,31 | 0,28 | 0,29 |
| | P | 0,022 | 0,025 | 0,019 | 0,033 | 0,036 |
| Γενική λειτουργικότητα | r | 0,33 | 0,55 | 0,56 | 0,58 | 0,58 |
| | P | 0,003 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

3.8.4. Λειτουργία οικογένειας και ποιότητα ζωής

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων ποιότητας ζωής (WHOQOL- BREF) και οικογενειακής λειτουργίας (FAD), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 24

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας

| WHOQOL- BREF | | Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας | Σωματική υγεία | Ψυχολογική υγεία | Κοινωνικές σχέσεις | Περιβάλλον |
|-------------------------------|---|---|------------------|------------------|--------------------|------------------|
| FAD | | | | | | |
| ΕΛΛΗΝΕΣ | | | | | | |
| Επίλυση προβλημάτων | R | -0,25 | -0,34 | -0,34 | -0,68 | -0,31 |
| | P | 0,013 | 0,001 | 0,001 | <0,001 | 0,002 |
| Επικοινωνία | R | -0,33 | -0,33 | -0,45 | -0,62 | -0,43 |
| | P | 0,001 | 0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Ρόλοι | R | -0,13 | -0,15 | -0,21 | -0,25 | -0,47 |
| | P | 0,211 | 0,143 | 0,043 | 0,018 | <0,001 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | R | -0,21 | -0,24 | -0,46 | -0,60 | -0,35 |
| | P | 0,041 | 0,020 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | R | -0,36 | -0,22 | -0,42 | -0,26 | -0,48 |
| | P | <0,001 | 0,040 | <0,001 | 0,014 | <0,001 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | R | -0,31 | -0,47 | -0,52 | -0,43 | -0,32 |
| | P | 0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | 0,001 |
| Γενική λειτουργικότητα | R | -0,40 | -0,34 | -0,46 | -0,65 | -0,50 |
| | P | <0,001 | 0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| ΑΛΒΑΝΟΙ | | | | | | |
| Επίλυση Προβλημάτων | R | -0,45 | -0,32 | -0,60 | -0,67 | -0,26 |
| | P | <0,001 | 0,010 | <0,001 | <0,001 | 0,021 |
| Επικοινωνία | R | -0,33 | -0,20 | -0,50 | -0,49 | -0,14 |
| | P | 0,003 | 0,114 | <0,001 | <0,001 | 0,229 |
| Ρόλοι | R | -0,33 | -0,34 | -0,33 | -0,46 | -0,38 |
| | P | 0,003 | 0,006 | 0,006 | <0,001 | 0,001 |
| Συναισθηματική απαντητικότητα | R | -0,20 | -0,09 | -0,39 | -0,44 | -0,18 |
| | P | 0,064 | 0,436 | <0,001 | <0,001 | 0,097 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | R | 0,06 | -0,07 | 0,00 | 0,20 | -0,01 |
| | P | 0,597 | 0,543 | 0,984 | 0,087 | 0,952 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | R | -0,23 | -0,34 | -0,34 | -0,25 | -0,03 |
| | P | 0,068 | 0,021 | 0,010 | 0,068 | 0,839 |
| Γενική λειτουργικότητα | R | -0,32 | -0,27 | -0,58 | -0,68 | -0,26 |
| | P | 0,004 | 0,031 | <0,001 | <0,001 | 0,023 |

Τόσο στους Έλληνες, όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0,05$) μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων των κλιμάκων ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF) και οικογενειακής λειτουργίας (FAD). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, όσο υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, που υποδεικνύουν καλύτερη ποιότητα ζωής, τόσο χαμηλότερες ήταν οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας οικογενειακής λειτουργίας, υποδεικνύοντας καλύτερη λειτουργικότητα στην οικογένεια.

3.8.5. Ποιότητα ζωής και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF) και κατάθλιψης (CES-D), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 25

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και κατάθλιψης

| WHOQOL-BREF | | Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | |
|---|---|----------------------------|------------------|
| | | ΕΛΛΗΝΕΣ | ΑΛΒΑΝΟΙ |
| Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας | R | -0,61 | -0,47 |
| | P | <0,001 | <0,001 |
| Σωματική υγεία | R | -0,62 | -0,61 |
| | P | <0,001 | <0,001 |
| Ψυχολογική υγεία | R | -0,81 | -0,84 |
| | P | <0,001 | <0,001 |
| Κοινωνικές σχέσεις | R | -0,69 | -0,61 |
| | P | <0,001 | <0,001 |
| Περιβάλλον | R | -0,47 | -0,59 |
| | P | <0,001 | <0,001 |

Τόσο στους Έλληνες όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0,001$) μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF) και της κλίμακας κατάθλιψης (CES-D). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, που υποδεικνύει περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, τόσο χαμηλότερες ήταν οι

βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, που υποδεικνύουν χειρότερα επίπεδα ποιότητα ζωής.

3.8.6. Ποιότητα ζωής κι αγχώδης συμπτωματολογία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων άγχους (STAI) και ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 26

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ ποιότητας ζωής και άγχους

| WHOQOL-BREF | | ΕΛΛΗΝΕΣ | | ΑΛΒΑΝΟΙ | |
|---|---|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Προσωρινό άγχος | Μόνιμο άγχος | Προσωρινό άγχος | Μόνιμο άγχος |
| Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας | R | -0,50 | -0,40 | -0,47 | -0,56 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Σωματική υγεία | R | -0,44 | -0,52 | -0,61 | -0,62 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Ψυχολογική υγεία | R | -0,62 | -0,56 | -0,63 | -0,60 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Κοινωνικές σχέσεις | R | -0,46 | -0,37 | -0,37 | -0,63 |
| | P | <0,001 | 0,001 | 0,011 | <0,001 |
| Περιβάλλον | R | -0,49 | -0,38 | -0,37 | -0,65 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,006 | <0,001 |

Τόσο στους Έλληνες όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0,001$) μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF) και της κλίμακας άγχους (STAI). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στις διαστάσεις της κλίμακας άγχους, που υποδεικνύει περισσότερα συμπτώματα μόνιμου/ παροδικού άγχους, τόσο χαμηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, που υποδεικνύουν χειρότερα επίπεδα ποιότητα ζωής, όπως αξιολογούνται από τους ερωτώμενους.

3.8.7. Ποιότητα ζωής και κατάσταση γενικής υγείας

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων κατάστασης γενικής υγείας (GHQ-28) και ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 27

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ κατάστασης γενικής υγείας και ποιότητας ζωής

| WHOQOL-BREF | | Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας | Σωματική υγεία | Ψυχολογική υγεία | Κοινωνικές σχέσεις | Περιβάλλον |
|----------------------------|---|---|----------------|------------------|--------------------|--------------|
| GHQ-28 | | | | | | |
| ΕΛΛΗΝΕΣ | | | | | | |
| Σωματικά συμπτώματα | r | -0,61 | -0,56 | -0,66 | -0,40 | -0,40 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Άγχος/αϋπνία | r | -0,52 | -0,46 | -0,60 | -0,39 | -0,43 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Κοινωνική δυσλειτουργία | r | -0,44 | -0,52 | -0,66 | -0,38 | -0,38 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Μείζων κατάθλιψη | r | -0,43 | -0,50 | -0,57 | -0,45 | -0,25 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | 0,012 |
| Συνολική βαθμολογία GHQ-28 | r | -0,60 | -0,58 | -0,73 | -0,49 | -0,42 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| ΑΛΒΑΝΟΙ | | | | | | |
| Σωματικά συμπτώματα | r | -0,62 | -0,71 | -0,77 | -0,53 | -0,52 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Άγχος/αϋπνία | r | -0,46 | -0,56 | -0,77 | -0,64 | -0,42 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Κοινωνική δυσλειτουργία | r | -0,41 | -0,56 | -0,72 | -0,56 | -0,45 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Μείζων κατάθλιψη | r | -0,45 | -0,52 | -0,75 | -0,64 | -0,50 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Συνολική βαθμολογία GHQ-28 | r | -0,58 | -0,68 | -0,88 | -0,69 | -0,57 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων των κλιμάκων GHQ-28 και WHOQOL-BREF, τόσο στους Έλληνες όσο και στους Αλβανούς ($p < 0,001$). Οπότε, όσο καλύτερη ήταν η κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής είχαν.

3.8.9. Κατάσταση γενικής υγείας και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων γενικής υγείας (GHQ-28) και κατάθλιψης (CES-D), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 28

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ κατάστασης γενικής υγείας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

| GHQ-28 | | Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | |
|---------------|---|----------------------------|---------|
| | | ΕΛΛΗΝΕΣ | ΑΛΒΑΝΟΙ |
| Σωματικά | R | 0,69 | 0,73 |
| συμπτώματα | P | <0,001 | <0,001 |
| Άγχος/αϋπνία | R | 0,72 | 0,80 |
| | P | <0,001 | <0,001 |
| Κοινωνική | R | 0,72 | 0,81 |
| δυσλειτουργία | P | <0,001 | <0,001 |
| Μείζων | R | 0,71 | 0,76 |
| κατάθλιψη | P | <0,001 | <0,001 |
| Συνολική | R | 0,83 | 0,89 |
| βαθμολογία | P | <0,001 | <0,001 |
| GHQ-28 | | | |

Τόσο στους Έλληνες όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις ($p < 0,001$) μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας γενικής υγείας (GHQ-28) και της κλίμακας κατάθλιψης (CES-D). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, που

υποδεικνύει περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, τόσο υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας γενικής υγείας, που υποδεικνύουν χειρότερη κατάσταση γενικής υγείας.

3.8.10. Κατάσταση γενικής υγείας κι αγχώδης συμπτωματολογία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων άγχους (STAI) και γενικής υγείας (GHQ-28), ξεχωριστά για κάθε εθνικότητα.

Πίνακας 29

Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ κατάστασης γενικής υγείας κι άγχους

| GHQ-28 | | ΕΛΛΗΝΕΣ | | ΑΛΒΑΝΟΙ | |
|----------------------------|---|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Προσωρινό άγχος | Μόνιμο άγχος | Προσωρινό άγχος | Μόνιμο άγχος |
| Σωματικά συμπτώματα | R | 0,60 | 0,43 | 0,65 | 0,71 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Άγχος/αϋπνία | R | 0,62 | 0,49 | 0,45 | 0,41 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,001 | <0,001 |
| Κοινωνική δυσλειτουργία | R | 0,57 | 0,58 | 0,42 | 0,48 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,002 | <0,001 |
| Μείζων κατάθλιψη | R | 0,44 | 0,61 | 0,46 | 0,60 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,001 | <0,001 |
| Συνολική βαθμολογία GHQ-28 | R | 0,65 | 0,65 | 0,55 | 0,63 |
| | P | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

Τόσο στους Έλληνες, όσο και στους Αλβανούς υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις ($p < 0,001$), μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας γενικής υγείας (GHQ-28) και της κλίμακας άγχους (STAI). Οπότε, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στις διαστάσεις της κλίμακας άγχους, που υποδεικνύει περισσότερα συμπτώματα μόνιμου/ παροδικού άγχους, τόσο υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις γενικής υγείας, που υποδεικνύουν χειρότερη κατάσταση υγείας.

3.9. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

3.9.1. Παράγοντες που σχετίζονται με την οικογενειακή λειτουργία

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις οικογενειακής λειτουργίας των συμμετεχόντων και σαν ανεξάρτητες το εκπαιδευτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη διάγνωση, την ύπαρξη γεγονότων ζωής, το συνολικό αριθμό συνεδριών και τη μεταβολή στη σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας (βαθμολογία GAF). Έγινε χρήση της μεθόδου διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method).

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Γενική λειτουργικότητα» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 30

Παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας για τους

Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|---------------------|---|-----------|-------------|--------------|
| Κωδικοποίηση | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| Διάγνωσης | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 4,00 | 1,41 | 0,006 |
| ICD-10 | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 2,27 | 1,84 | 0,220 |
| | Άλλο | -0,08 | 3,21 | 0,979 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η διάγνωση βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γενική λειτουργικότητα» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 4,00 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη γενική λειτουργικότητα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 31

Παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας για τους Αλβανούς

| | | β^* | SE** | P |
|--------------------------------------|---|-----------|------|------------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | 5,45 | 0,98 | <0,001 |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 2,26 | 1,33 | 0,094 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 2,70 | 1,94 | 0,168 |
| Γεγονότα ζωής | Άλλο | | | |
| | Όχι (αναφ) | 1,85 | 0,84 | 0,030 |
| Μεταβολή GAF | Ναι | -0,20 | 0,08 | 0,014 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση, η ύπαρξη γεγονότων ζωής και η μεταβολή στη λειτουργικότητα βάσει της κλίμακας GAF βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Γενική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 5,45 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία ($p < 0,001$), δηλαδή χειρότερη γενική λειτουργικότητα οικογένειας, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].

- Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν την ύπαρξη σοβαρού γεγονότος ζωής είχαν 1,85 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο ικανοποιητικά επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ζήσει κάποιο τέτοιο γεγονός ($p<0,05$).
 - Ικανοποιητικότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας συνολικά, φαίνεται ότι συνδέθηκαν με μεγαλύτερη μεταβολή (θετική βελτίωση) της γενικής λειτουργικότητας του ατόμου, όπως αξιολογείται από την κλίμακα GAF, μετά τη θεραπεία ($p<0,05$).
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Επίλυση Προβλημάτων» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 32

Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επίλυση Προβλημάτων» για τους Έλληνες

| | | β^* | SE** | P |
|---------------|------------|-----------|------|--------------|
| Γεγονότα ζωής | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 1,87 | 0,61 | 0,003 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η ύπαρξη γεγονότων ζωής βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Επίλυση προβλημάτων». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν ζήσει κάποιο τέτοιο γεγονός, την τελευταία διετία, είχαν 1,87 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ζήσει κάποιο τέτοιο γεγονός ($p<0,05$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 33

Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επίλυση Προβλημάτων» για τους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|--------------------------------------|---|-----------|-------------|--------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 2,38 | 0,67 | 0,001 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 2,04 | 0,96 | 0,037 |
| | Άλλο | 0,36 | 1,45 | 0,804 |
| Γεγονότα ζωής | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 1,77 | 0,62 | 0,006 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση και η ύπαρξη γεγονότων ζωής βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη διάσταση «Επίλυση Προβλημάτων». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 2,38 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία ($p \leq 0,001$), δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 2,04 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία ($p < 0,05$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες που είχαν ζήσει κάποιο γεγονός ζωής είχαν 1,77 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ζήσει κάποιο τέτοιο γεγονός ($p < 0,05$).
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Επικοινωνία» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 34

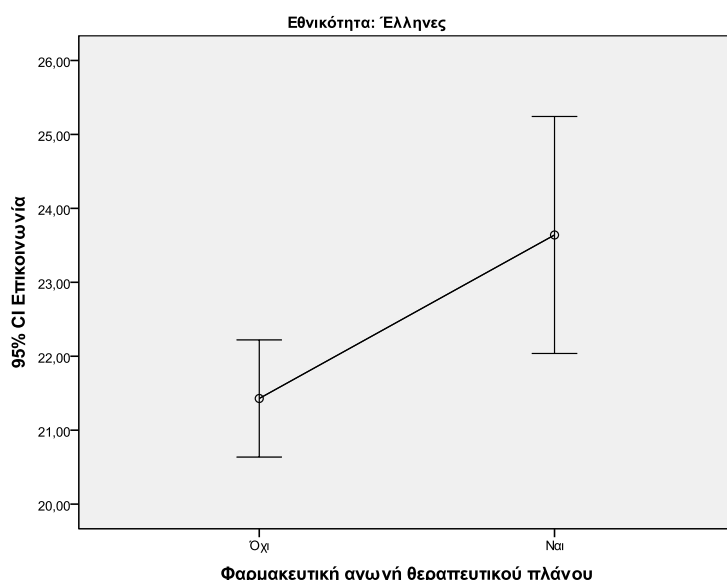
Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επικοινωνία» για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|---|------------|-----------|-------------|--------------|
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 2,09 | 0,86 | 0,016 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Επικοινωνία» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή στο πλαίσιο του θεραπευτικού πλάνου είχαν κατά 2,09 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των Ελλήνων συμμετεχόντων στη διάσταση «Επικοινωνία», ανάλογα με το αν έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου.



Γράφημα 5. Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και λειτουργικότητα στη διάσταση «Επικοινωνία» για τους Έλληνες.

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 35

Παράγοντες που σχετίζονται με την «Επικοινωνία» για τους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|------------------------------|-------------------|-----------|-------------|--------------|
| Έγγαμοι/ συμβίωση | Όχι (αναφ) Ναι | -1,24 | 0,61 | 0,046 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Επικοινωνία» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση είχαν κατά 1,24 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ρόλοι» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 36

Παράγοντες που σχετίζονται με τους «Ρόλους» για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|--|---|-----------|-------------|--------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 2,68 | 0,98 | 0,007 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 1,01 | 1,17 | 0,393 |
| | Άλλο | -0,13 | 2,47 | 0,957 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Μέχρι λύκειο (αναφ) | | | |
| | Ανω του λυκείου | 2,45 | 0,87 | 0,006 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση και το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη διάσταση «Ρόλου» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 2,68 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες με εκπαίδευση άνω του λυκείου είχαν κατά 2,45 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν με εκπαίδευση μέχρι το λύκειο.

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 37

Παράγοντες που σχετίζονται με τους «Ρόλους» για τους Αλβανούς

| | | β^* | SE** | P |
|---|--|-----------|------|--------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας(αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 2,32 | 0,78 | 0,004 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 1,51 | 1,19 | 0,209 |
| | Άλλο | 1,70 | 1,69 | 0,317 |
| Φύλο | Ανδρας (αναφ) | | | |
| | Γυναίκα | 2,03 | 0,82 | 0,016 |
| Γεγονότα ζωής που επηρέασαν τον θεραπευόμενο | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 1,54 | 0,66 | 0,022 |
| Μεταβολή GAF | | -0,19 | 0,06 | 0,003 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση, το φύλο, τα γεγονότα ζωής που επηρέασαν τους συμμετέχοντες και η μεταβολή στην κλίμακα GAF βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ρόλου» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 2,32 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι γυναίκες είχαν κατά 2,03 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους άντρες, δηλαδή η υποκειμενική τους αντίληψη για τη λειτουργία της οικογένειας, σε σχέση με τη διάσταση, ήταν σε λιγότερο ικανοποιητικά επίπεδα.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν ζήσει κάποιο σοβαρό γεγονός ζωής είχαν 1,54 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ζήσει κάποιο τέτοιο γεγονός.
- Ικανοποιητικότερη λειτουργικότητα στη διάσταση αυτή της οικογενειακής λειτουργίας, φαίνεται να σχετίστηκε σημαντικά με αύξηση στην τιμή της κλίμακας GAF, δηλαδή γενικότερη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου μετά τη θεραπεία.

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συναισθηματική απαντητικότητα» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 38

Παράγοντες που σχετίζονται με τη «Συναισθηματική απαντητικότητα» στους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|---------------------|---|-----------|-------------|--------------|
| Κωδικοποίηση | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| Διάγνωσης | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 2,03 | 0,70 | 0,004 |
| ICD-10 | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 1,15 | 0,86 | 0,184 |
| | Άλλο | -0,38 | 1,82 | 0,837 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η διάγνωση των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική απαντητικότητα» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι

συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 2,03 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 39

Παράγοντες που σχετίζονται με «Συναισθηματική απαντητικότητα» για τους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|--|---|-----------|-------------|--------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 1,62 | 0,54 | 0,004 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 0,06 | 0,76 | 0,937 |
| | Άλλο | 0,06 | 1,23 | 0,961 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η διάγνωση των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική απαντητικότητα» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 1,62 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 40

Παράγοντες που σχετίζονται με τη «Συναισθηματική εμπλοκή» για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|-----------------------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|
| Φύλο | Ανδρας (αναφ) | | | |
| | Γυναίκα | 1,68 | 0,55 | 0,003 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Μέχρι λύκειο (αναφ) | | | |
| | Άνω του λυκείου | 1,17 | 0,53 | 0,030 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 1,68 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους άντρες, δείχνοντας χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό.
- Οι συμμετέχοντες με εκπαιδευτικό επίπεδο άνω του λυκείου είχαν κατά 1,17 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που φοίτησαν μέχρι και το λύκειο, υποδεικνύοντας λιγότερο ικανοποιητική λειτουργικότητα στον τομέα αυτό.

Για τους Αλβανούς:

Δε βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 41

Παράγοντες που σχετίζονται με τον «Έλεγχο Συμπεριφοράς» για τους Έλληνες

| | | β^* | SE** | P |
|---|------------|-----------------------------|-------------|--------------|
| Γεγονότα ζωής | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 1,70 | 0,64 | 0,009 |
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 1,86 | 0,76 | 0,016 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η ύπαρξη γεγονότων ζωής και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που είχαν ζήσει κάποιο σημαντικό γεγονός ζωής τα τελευταία δύο έτη είχαν 1,70 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ζήσει κάποιο τέτοιο γεγονός.

- Οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου είχαν κατά 1,86 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή.

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 42

Παράγοντες που σχετίζονται με τον «Έλεγχο Συμπεριφοράς» για τους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|--------------------------------------|--|-----------|-------------|--------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 1,52 | 0,59 | 0,012 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 1,48 | 0,94 | 0,123 |
| | Άλλο | -2,31 | 1,54 | 0,139 |
| Εργάζεστε | Με πλήρη απασχόληση (αναφ) | | | |
| | Όχι | 1,24 | 0,69 | 0,076 |
| | Με μερική απασχόληση | 2,34 | 0,66 | 0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση και η εργασιακή κατάσταση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 1,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν είχαν 1,24 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη λειτουργικότητα στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση.
- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν με μερική απασχόληση είχαν 2,34 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη λειτουργικότητα στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση.

3.9.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την αγχώδη συμπτωματολογία

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις μόνιμου/παροδικού άγχους των συμμετεχόντων, και σαν ανεξάρτητες το εκπαιδευτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη διάγνωση, την ύπαρξη γεγονότων ζωής, το συνολικό αριθμό συνεδριών, τη μεταβολή στη λειτουργικότητα βάσει της κλίμακας GAF και τις διαστάσεις της κλίμακας οικογενειακής λειτουργίας FAD. Έγινε χρήση της μεθόδου διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method).

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση παροδικού άγχους βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 43

Παράγοντες που σχετίζονται με το παροδικό άγχος για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|---|---|-----------|-------------|------------------|
| Εργάζεστε | Με πλήρη απασχόληση (αναφ) | | | |
| | Όχι | 0,63 | 1,91 | 0,743 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | Με μερική απασχόληση | 7,07 | 3,15 | 0,027 |
| | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 7,08 | 2,16 | 0,002 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 16,93 | 2,74 | <0,001 |
| Γενική λειτουργικότητα οικογένειας | Άλλο | -1,01 | 4,24 | 0,812 |
| | | 0,60 | 0,14 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η εργασιακή κατάσταση, η διάγνωση και η «Γενική λειτουργικότητα» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση παροδικού άγχους. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν με μερική απασχόληση είχαν 7,07 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση ($p < 0,05$).
- οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 7,08 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,05$).
- οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 16,93 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των Ελλήνων στη διάσταση «Γενική λειτουργικότητα» της οικογένειας, υποδηλώντας χειρότερα επίπεδα λειτουργικότητας, βάσει της κλίμακας FAD, τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στη διάσταση παροδικού άγχους (περισσότερα συμπτώματα παροδικού άγχους, $p < 0,001$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 44

Παράγοντες που σχετίζονται με το παροδικό άγχος για τους Αλβανούς

| | | β^* | SE** | P |
|-----------------------------|------------|-----------|------|--------------|
| Φαρμακευτική αγωγή | Όχι (αναφ) | | | |
| θεραπευτικού πλάνου | Ναι | 5,06 | 2,03 | 0,017 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς | | 1,38 | 0,48 | 0,007 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου και η βαθμολογία στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση παροδικού άγχους ($p < 0,05$).

Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 5,06 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα παροδικού άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των Αλβανών στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» (υποδεικνύοντας χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό), τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στη διάσταση παροδικού άγχους (περισσότερα συμπτώματα παροδικού άγχους).
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση μόνιμου άγχους βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 45

Παράγοντες που σχετίζονται με το μόνιμο άγχος στους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|---|---|-----------|-------------|------------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 2,34 | 1,03 | 0,026 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 4,14 | 1,93 | 0,036 |
| | Άλλο | 1,32 | 3,34 | 0,435 |
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 4,18 | 1,24 | 0,001 |
| Έγγαμοι/ συμβίωση | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | -3,50 | 0,96 | <0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή | | 0,40 | 0,15 | 0,007 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου, η οικογενειακή κατάσταση και η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση μόνιμου άγχους. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 2,34 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,05$).
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 4,14 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,05$).
- Οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου είχαν κατά 4,18 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή ($p \leq 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση είχαν κατά 3,50 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση ($p < 0,001$).
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των Ελλήνων στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» της οικογενειακής λειτουργίας (υποδεικνύοντας χειρότερη οικογενειακή λειτουργία στον τομέα αυτό), τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στη διάσταση μόνιμου άγχους (περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους ($p < 0,05$)).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 46

Παράγοντες που σχετίζονται με το μόνιμο άγχος στους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|---|---|-----------|-------------|------------------|
| Φύλο | Άνδρας (αναφ) | | | |
| | Γυναίκα | 4,40 | 1,17 | <0,001 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 3,13 | 1,28 | <0,001 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 5,34 | 1,60 | <0,001 |
| | Άλλο | 4,77 | 2,68 | 0,065 |
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 2,83 | 1,21 | 0,022 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η διάγνωση και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση μόνιμου άγχους. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 4,40 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους άντρες ($p<0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 3,13 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p<0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με αγχώδεις διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 5,34 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p<0,001$).
- Οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου είχαν κατά 2,83 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή ($p<0,05$).

3.9.3. Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης των συμμετεχόντων. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η διάγνωση, η ύπαρξη γεγονότων ζωής, ο συνολικός αριθμός συνεδριών, η μεταβολή στη γενική λειτουργικότητα βάσει της κλίμακας GAF, καθώς και οι διαστάσεις των κλιμάκων οικογενειακής λειτουργικότητας (FAD) και άγχους (STAI). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method). Τα ευρήματα περιγράφονται στη συνέχεια.

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 47

Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους Έλληνες

| | | β^* | SE** | P |
|---|---|-----------|------|--------|
| Προσωρινό άγχος (STAI) | | 0,40 | 0,06 | <0,001 |
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 11,41 | 2,24 | <0,001 |
| Φύλο | Άνδρας (αναφ) | | | |
| | Γυναίκα | 4,67 | 1,41 | 0,002 |
| Έγγαμοι/ συμβίωση | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | -5,78 | 1,60 | 0,001 |
| Επίλυση Προβλημάτων (FAD) | | 0,57 | 0,19 | 0,005 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 4,23 | 1,28 | <0,001 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 2,14 | 1,60 | <0,001 |
| | Άλλο | 1,22 | 3,34 | 0,345 |

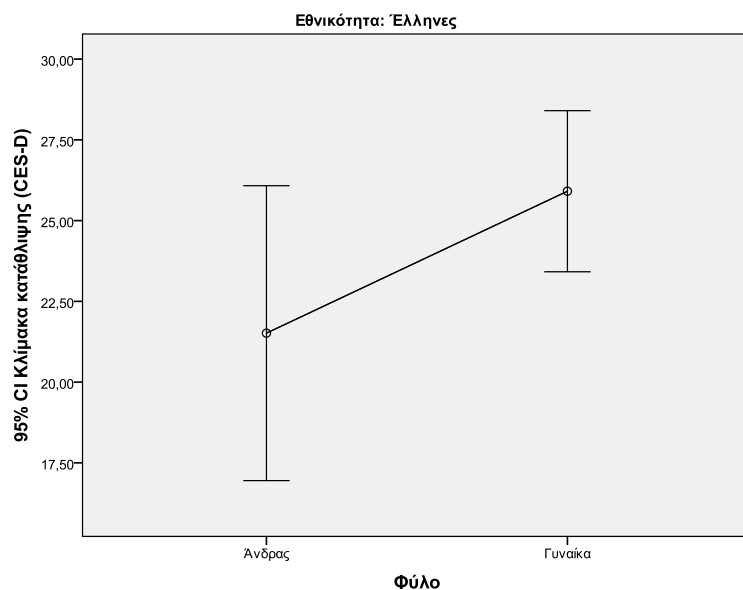
*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου, η διάγνωση, καθώς και οι διαστάσεις παροδικού άγχους της

κλίμακας STAI και «Επίλυση Προβλημάτων» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου είχαν κατά 11,41 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή ($p < 0,001$).
- Οι γυναίκες είχαν κατά 4,67 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους άντρες ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση είχαν κατά 5,78 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση ($p \leq 0,001$).
- Όσο περισσότερα συμπτώματα παροδικού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα ήταν και τα συμπτώματα κατάθλιψης ($p < 0,001$).
- Χειρότερη λειτουργικότητα στη διάσταση «Επίλυση Προβλημάτων» σχετίστηκε με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($p < 0,05$).
- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 4,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 2,14 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των Ελλήνων στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο τους.



Γράφημα 6. Φύλο και συμπτώματα κατάθλιψης στους Έλληνες.

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 48

Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους Αλβανούς

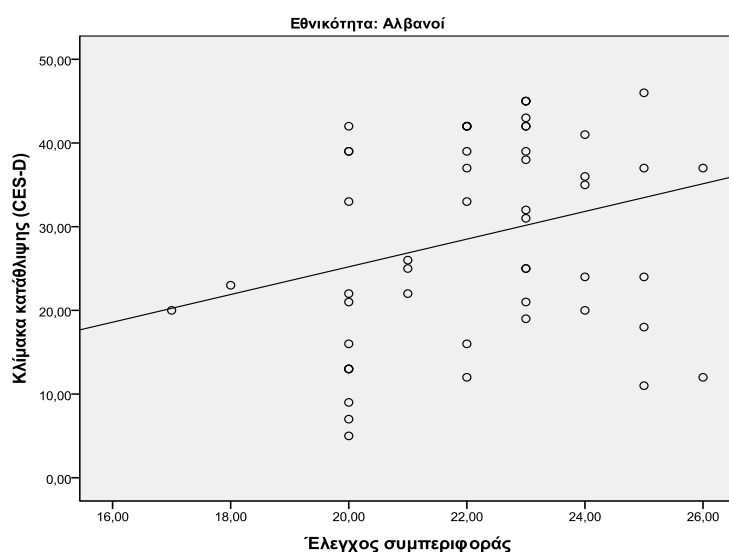
| | β^* | SE** | P |
|--|-----------|------|--------------|
| Μόνιμο άγχος (STAI) | 1,38 | 0,24 | <0,001 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς (FAD) | 1,98 | 0,70 | 0,008 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | | | |
| [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 4,41 | 1,28 | <0,001 |
| [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 2,23 | 1,60 | <0,001 |
| Άλλο | 1,15 | 3,04 | 0,237 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι διαστάσεις μόνιμου άγχους της κλίμακας STAI, η διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» της κλίμακας FAD και η διάγνωση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα ήταν και τα συμπτώματα κατάθλιψης ($p < 0,001$).
- Χαμηλότερη λειτουργικότητα στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» σχετίστηκε με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($p < 0,05$).
- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 4,41 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με νευρωτικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 2,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογία των Αλβανών συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης με τη βαθμολογία στη διάσταση της οικογενειακής λειτουργίας «Έλεγχος συμπεριφοράς».



Γράφημα 7. «Έλεγχος συμπεριφοράς» και καταθλιπτική συμπτωματολογία στους Αλβανούς.

3.9.4. Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση γενικής υγείας (GHQ-28)

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας γενικής υγείας. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η διάγνωση, η ύπαρξη γεγονότων ζωής, ο συνολικός αριθμός συνεδριών, η μεταβολή στη γενική λειτουργικότητα βάσει της κλίμακας GAF, καθώς και οι διαστάσεις των κλιμάκων οικογενειακής λειτουργικότητας (FAD), κατάθλιψης (CES-D) κι άγχους (STAI). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method).

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία GHQ-28 βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 49

Παράγοντες που σχετίζονται με την Κατάσταση Γενικής Υγείας στους Έλληνες

| | β* | SE** | P |
|-------------------------------------|-----------|-------------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 0,62 | 0,13 | <0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή (FAD) | 1,36 | 0,36 | <0,001 |
| Συνολικός αριθμός συνεδριών | 0,19 | 0,08 | 0,027 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης και στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» της κλίμακας FAD, καθώς και ο συνολικός αριθμός συνεδριών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη συνολική βαθμολογία GHQ-28. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η κατάσταση της γενικής τους υγείας ($p < 0,001$).
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητά τους στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή», τόσο χειρότερη ήταν η κατάσταση της γενικής τους υγείας ($p < 0,001$).
- Χειρότερη κατάσταση γενικής υγείας, συσχετίστηκε με υψηλότερο συνολικό αριθμό συνεδριών στο πλαίσιο της θεραπείας ($p < 0,05$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 50

Παράγοντες που σχετίζονται με την Κατάσταση Γενικής Υγείας στους Αλβανούς

| | β^* | SE** | P |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 0,18 | 0,02 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται με τη συνολική βαθμολογία GHQ-28. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η κατάσταση της γενικής τους υγείας ($p < 0,001$).

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 51

Παράγοντες που σχετίζονται με τα "Σωματικά Συμπτώματα" στους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|------------------------------------|--------------------------|-----------|-------------|------------------|
| Φύλο | Άνδρας (αναφ) Γυναίκα | 1,77 | 0,65 | 0,008 |
| Συνολικός αριθμός συνεδριών | | 0,07 | 0,02 | 0,003 |
| Προσωρινό άγχος (STAI) | | 0,16 | 0,03 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, ο συνολικός αριθμός συνεδριών, και η βαθμολογία στη διάσταση παροδικού άγχους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 1,77 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, υποδηλώνοντας περισσότερα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τους άντρες ($p<0,05$).
- Περισσότερα σωματικά συμπτώματα συσχετίστηκαν με μεγαλύτερο αριθμό συνεδριών στο πλαίσιο της θεραπείας ($p<0,05$).
- Όσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα παροδικού άγχους των συμμετεχόντων, τόσο περισσότερα ήταν και τα σωματικά τους συμπτώματα ($p<0,001$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 52

Παράγοντες που σχετίζονται με τα "Σωματικά Συμπτώματα" στους Αλβανούς

| | β* | SE** | P |
|---|-----------|-------------|------------------|
| Μόνιμο άγχος (STAI) | 0,39 | 0,07 | <0,001 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | | | |
| [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | 3,64 | 0,88 | <0,001 |
| [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 4,61 | 0,93 | <0,001 |
| [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 3,75 | 1,93 | 0,056 |
| Άλλο | | | |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η διάγνωση και η βαθμολογία στη διάσταση μόνιμου άγχους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» ($p<0,05$). Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα μόνιμου άγχους των συμμετεχόντων, τόσο περισσότερα ήταν και τα σωματικά τους συμπτώματα.
- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 3,64 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 4,61 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Άγχος/αϋπνία» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 53

Παράγοντες που σχετίζονται με το "Άγχος/Αϋπνία" στους Έλληνες

| | β* | SE** | P |
|------------------------------|-----------|-------------|----------|
| Συναισθηματική εμπλοκή (FAD) | 0,40 | 0,09 | <0,001 |
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 0,20 | 0,02 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» της κλίμακας FAD και στην κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος/αϋπνία» ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα:

- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή», τόσο περισσότερο άγχος και αϋπνία είχαν.
- Όσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης των συμμετεχόντων, τόσο περισσότερο άγχος και αϋπνία είχαν.

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 54

Παράγοντες που σχετίζονται με το "Άγχος/Αϋπνία" στους Αλβανούς

| | β* | SE** | P |
|--|-----------|-------------|----------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | | | |
| [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας(αναφ) | | | |
| [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 6,89 | 0,64 | <0,001 |
| [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 5,47 | 0,87 | <0,001 |
| Άλλο | 4,79 | 1,31 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η διάγνωση βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος/αϋπνία» ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 6,89 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο άγχος και αϋπνία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 5,47 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].
- Οι συμμετέχοντες με άλλη διάγνωση είχαν κατά 4,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99].

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 55

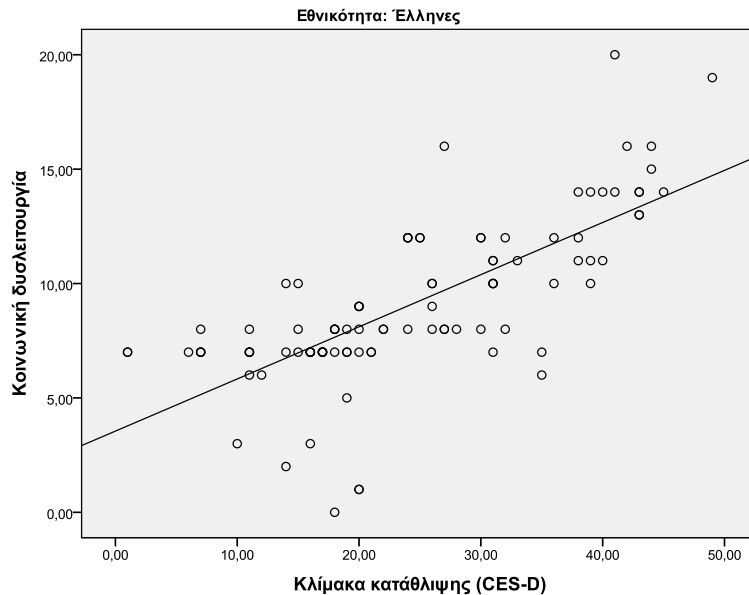
Παράγοντες που σχετίζονται με την "Κοινωνική δυσλειτουργία" στους Έλληνες

| | β^* | SE** | P |
|-----------------------------------|-----------|------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 0,23 | 0,02 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η κοινωνική τους δυσλειτουργία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογία των Ελλήνων συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία».



Γράφημα 8. Κατάθλιψη και «Κοινωνική δυσλειτουργία» στους Έλληνες.

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 56

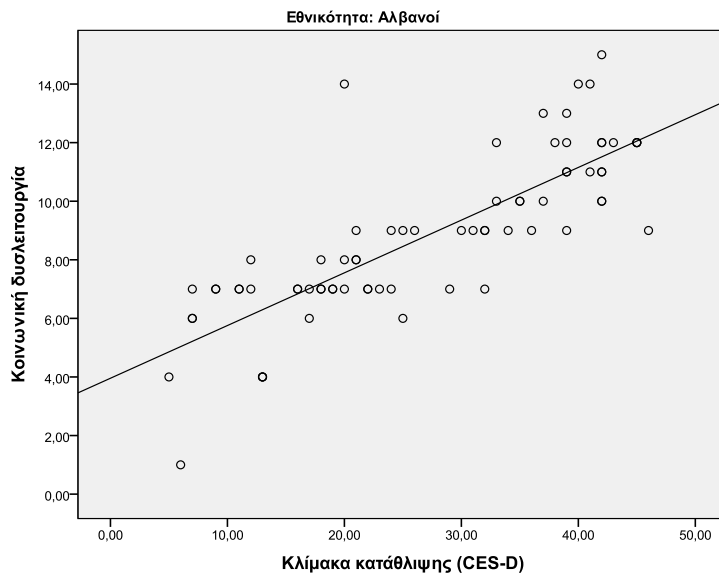
Παράγοντες που σχετίζονται με την "Κοινωνική δυσλειτουργία" στους Αλβανούς

| | β^* | SE** | P |
|-----------------------------------|-----------|------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 0,18 | 0,02 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» για τους Αλβανούς ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η κοινωνική τους δυσλειτουργία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογία των Αλβανών συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία».



Γράφημα 9. Κατάθλιψη και «Κοινωνική δυσλειτουργία» στους Αλβανούς.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 57

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Μείζων κατάθλιψη" στους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|---|--|-----------|-------------|------------------|
| Έγγαμοι/ συμβίωση | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | -5,88 | 1,06 | <0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή (FAD) | | 0,46 | 0,14 | 0,003 |
| Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | 3,69 | 1,37 | 0,009 |
| Φύλο | Άνδρας (αναφ) | | | |
| | Γυναίκα | 2,05 | 0,97 | 0,039 |
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | | 0,15 | 0,02 | <0,001 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 6,32 | 1,02 | <0,001 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 3,12 | 1,37 | 0,020 |
| | Άλλο | 2,19 | 2,27 | 0,139 |
| | | | | |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεραπευτικού πλάνου, η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» της κλίμακας FAD, η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η διάγνωση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση είχαν κατά 5,88 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση ($p<0,001$).

- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή», τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» ($p < 0,05$).
- Οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου είχαν κατά 3,69 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπαιρναν αγωγή ($p < 0,05$).
- Οι γυναίκες είχαν κατά 2,05 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τους άντρες ($p < 0,05$).
- Όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα CES-D, τόσο υψηλότερη ήταν και η βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 6,32 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 3,12 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,05$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 58

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Μείζων κατάθλιψη" στους Αλβανούς

| | β* | SE** | P |
|---|-----------|-------------|------------------|
| Επίλυση προβλημάτων (FAD) | 0,38 | 0,15 | 0,014 |
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | | | |
| [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | 6,14 | 1,02 | <0,001 |
| [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | 3,27 | 1,37 | 0,020 |
| Άλλο | 3,39 | 2,27 | 0,139 |
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | 0,25 | 0,01 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βαθμολογία στη διάσταση «Επίλυση Προβλημάτων» της κλίμακας FAD, η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η διάγνωση των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη». Συγκεκριμένα:

- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Επίλυση Προβλημάτων», τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» ($p < 0,05$).
- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 6,14 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 3,27 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99] ($p < 0,05$).
- Όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα CES-D, τόσο υψηλότερη ήταν και η βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» ($p < 0,001$).

3.9.5. Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η διάγνωση, η ύπαρξη γεγονότων ζωής, ο συνολικός αριθμός συνεδριών, η μεταβολή στη γενική λειτουργικότητα βάσει της κλίμακας GAF, καθώς και οι διαστάσεις των κλιμάκων οικογενειακής λειτουργικότητας (FAD), κατάθλιψης

(CES-D) και άγχους (STAI). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method).

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συνολική αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής και της Υγείας» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 59

Παράγοντες που σχετίζονται με τη Συνολική Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής και της Υγείας στους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|--|------------|-----------|-------------|------------------|
| Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα; | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | -3,10 | 0,48 | <0,001 |
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | | -0,07 | 0,02 | 0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή (FAD) | | -0,20 | 0,07 | 0,006 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης και η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συνολική αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής και της Υγείας». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 3,10 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας ($p < 0,001$).
- Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους ($p \leq 0,001$).

- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή», τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους ($p<0,05$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 60

Παράγοντες που σχετίζονται με τη Συνολική Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής και της Υγείας στους Αλβανούς

| | | β^* | SE** | P |
|--|---|-----------|------|------------------|
| Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 | [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (αναφ) | | | |
| | [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης | -2,50 | 0,48 | <0,001 |
| | [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές | -1,97 | 0,68 | 0,004 |
| | Άλλο | -2,29 | 1,02 | 0,028 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η διάγνωση βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με διαταραχές της διάθεσης [F30-F39] είχαν κατά 2,50 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99]($p<0,001$).
- Οι συμμετέχοντες με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40-F48] είχαν κατά 1,97 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99]($p<0,05$).
- Οι συμμετέχοντες με άλλη διάγνωση είχαν κατά 2,29 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διάγνωση [Z00-Z99]($p<0,05$).

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική υγεία» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 61

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Σωματική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|--|-------------------|-----------|-------------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | | -0,07 | 0,01 | <0,001 |
| Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα; | Όχι (αναφ) Ναι | -1,79 | 0,31 | <0,001 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς (FAD) | | -0,15 | 0,04 | 0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και η βαθμολογία στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» ($p \leq 0,001$). Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική Υγεία».
- Οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 1,79 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη σωματική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας.
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική Υγεία».

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 62

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Σωματική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|--|------------|-----------|-------------|--------------|
| Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα; | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | -1,17 | 0,42 | 0,017 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς (FAD) | | -0,32 | 0,09 | 0,004 |
| Μόνιμο άγχος (STAI) | | -0,09 | 0,04 | 0,036 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους, η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας και η βαθμολογία στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 1,17 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη σωματική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας.
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία».
- Όσο περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία».
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 63

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Ψυχολογική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------|-------------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | | -0,16 | 0,01 | <0,001 |
| Εργάζεστε | Με πλήρη απασχόληση (αναφ) | | | |
| | Όχι | -0,79 | 0,33 | 0,019 |
| | Με μερική απασχόληση | -0,96 | 0,57 | 0,095 |
| Συναισθηματική εμπλοκή (FAD) | | -0,18 | 0,06 | 0,002 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, η εργασιακή τους κατάσταση και η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ($p < 0,001$).
- Οι συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν είχαν κατά 0,79 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ψυχολογική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση ($p < 0,05$).
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ($p < 0,05$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 64

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Ψυχολογική υγεία" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς

| | | β* | SE** | P |
|-----------------------------------|------------------------|-----------|-------------|--------------|
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Μέχρι γυμνάσιο (αναφ.) | | | |
| | Άνω του γυμνασίου | -1,62 | 0,60 | 0,010 |
| Ρόλοι (FAD) | | -0,20 | 0,08 | 0,020 |
| Έλεγχος συμπεριφοράς (FAD) | | -0,39 | 0,12 | 0,002 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το εκπαιδευτικό επίπεδο και οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Ρόλου» κι «Έλεγχος συμπεριφοράς» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με εκπαιδευτικό επίπεδο άνω του γυμνασίου είχαν κατά 1,62 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ψυχολογική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το γυμνάσιο.
 - Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ρόλου», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία».
 - Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Έλεγχος συμπεριφοράς», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία».
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 65

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Κοινωνικές σχέσεις" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες

| | β^* | SE** | P |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------|------------------|
| Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) | -0,14 | 0,02 | <0,001 |
| Επίλυση προβλημάτων (FAD) | -0,39 | 0,07 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης και στη διάσταση «Επίλυση Προβλημάτων» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις».
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Επίλυση προβλημάτων», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις».

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 66

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Κοινωνικές σχέσεις" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς

| | β* | SE** | P |
|----------------------------|-----------|-------------|------------------|
| Μόνιμο άγχος (STAI) | -0,25 | 0,06 | <0,001 |
| Ρόλοι (FAD) | -0,25 | 0,09 | 0,011 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους και στη διάσταση «Ρόλοι» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις» ($p < 0,001$).
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ρόλοι», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις» ($p < 0,05$).

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Περιβάλλον», βρέθηκαν τα εξής:

Για τους Έλληνες:

Πίνακας 67

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Περιβάλλον" της Ποιότητας Ζωής για τους Έλληνες

| | | β* | SE** | P |
|--|------------|-----------|-------------|------------------|
| Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα; | Όχι (αναφ) | | | |
| | Ναι | -1,51 | 0,31 | <0,001 |
| Συναισθηματική εμπλοκή (FAD) | | -0,15 | 0,05 | 0,006 |
| Ρόλοι (FAD) | | -0,09 | 0,03 | 0,010 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας και οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Συναισθηματική εμπλοκή» και «Ρόλοι» της κλίμακας FAD βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 1,51 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας ($p < 0,001$).
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική εμπλοκή», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στη διάσταση «Περιβάλλον» ($p < 0,05$).
- Όσο χειρότερη ήταν η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ρόλοι», τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στη διάσταση «Περιβάλλον» ($p < 0,05$).

Για τους Αλβανούς:

Πίνακας 68

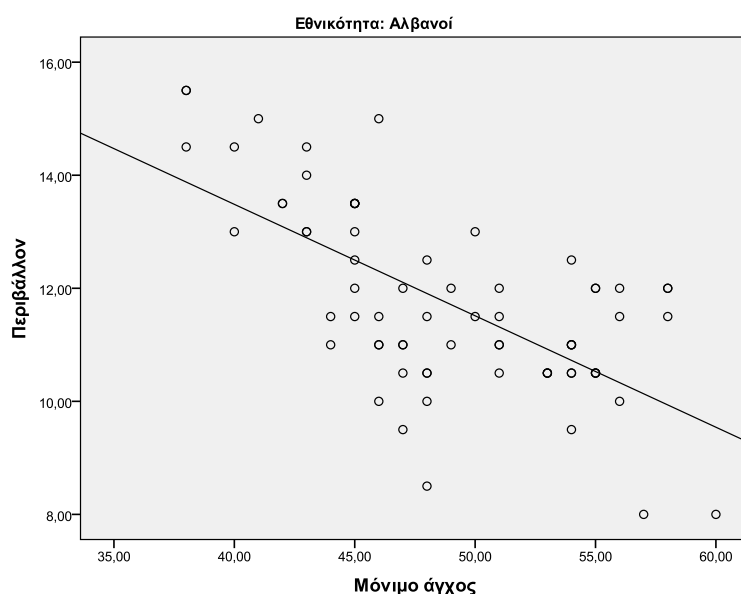
Παράγοντες που σχετίζονται με τη διάσταση "Περιβάλλον" της Ποιότητας Ζωής για τους Αλβανούς

| | β* | SE** | P |
|----------------------------|-----------|-------------|------------------|
| Μόνιμο άγχος (STAI) | -0,26 | 0,05 | <0,001 |

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στη διάσταση «Περιβάλλον».

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογία των Αλβανών συμμετεχόντων στην κλίμακα μόνιμου άγχους, με τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον».



Γράφημα 10. Μόνιμο άγχος και διάσταση «Περιβάλλον» Ποιότητας Ζωής στους Αλβανούς.

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1. Ψυχοκοινωνικό προφίλ συμμετεχόντων στην έρευνα

4.1.1. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και γεγονότα ζωής

Όσον αφορά στις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και τα γεγονότα ζωής που αφορούν τους συμμετέχοντες στην έρευνα, φαίνεται ότι υπήρχαν αρκετά κοινά στοιχεία και στις δυο κατηγορίες εθνοτήτων, αλλά και κάποιες διαφορές.

Όπως ήταν αναμενόμενο, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελούσαν γυναίκες (66,7%), ποσοστό ίδιο και για τις δύο εθνικότητες, κάτι που γενικότερα αντικατοπτρίζει τη συχνότερη επαφή των γυναικών με τις υπηρεσίες υγείας (Leong & Zachar, 1999, Leaf et al., 1986, Rickwood & Braithwaite, 1994). Η συχνότερη αναζήτηση βοήθειας από τις γυναίκες πιθανά συνδέεται με το ότι είναι κοινωνικά περισσότερο αποδεκτό για μια γυναίκα να εκφράζει συναισθήματα, να μιλάει για συμπτώματα και να απευθύνεται σε ειδικούς ψυχικής υγείας σε σχέση με τους άντρες (Ζαρταλούδη & Μαδιανός, 2010, Good & Wood, 1995). Μπορεί επίσης το εύρημα αυτό να σχετίζεται με τη συχνότερη επικράτηση κάποιων διαταραχών, όπως η κατάθλιψη στις γυναίκες (Kessler, 2003). Οι γυναίκες μετανάστριες, έχει βρεθεί από κάποιες μελέτες ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα στην εμφάνιση προβλημάτων προσαρμογής, σε σχέση με τους άντρες (Beiser et al., 1988). Ωστόσο, η συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας, δε σχετίζεται μόνο με την ευαλωτότητα ή την εκδήλωση συμπτωμάτων, αλλά και με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που συνδέονται για παράδειγμα με την κατανόηση των αιτιών της ασθένειας, τη στάση απέναντι στη θεραπεία, το στίγμα, που μπορεί να διαφοροποιούνται μεταξύ ανδρών και γυναικών (Sandhu et al., 2013).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των συμμετεχόντων στην έρευνα αποτελούσαν άτομα νεαρής ηλικίας, εφόσον η μέση ηλικία Αλβανών κι Ελλήνων που απευθύνθηκαν στην υπηρεσία ήταν 38 έτη (SD=10 έτη). Σε ανάλογη έρευνα στην Ιταλία, που αφορούσε

μετανάστες που αναζήτησαν βοήθεια από Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, η μέση ηλικία τους ήταν επίσης γύρω στα 35 έτη (Tarricone et al., 2011). Στην Ελλάδα, σε σχετική μελέτη που έγινε στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου (Ζαρταλούδη & Μαδιανός, 2010), μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων ήταν επίσης γυναίκες (55%), ενώ η μέση ηλικία των εξυπηρετούμενων ήταν τα 41 έτη. Φαίνεται ότι τόσο σε αστικά κέντρα, όσο και σε μη αστικές περιοχές, τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι μάλλον πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια σε σχέση με άτομα μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας. Το εύρημα αυτό μπορεί να αντανακλά και μια καλύτερη κατανόηση κι αποδοχή των δυσκολιών που σχετίζονται με ζητήματα ψυχικής υγείας, σε σχέση π.χ. με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ μπορεί να δείχνει και μικρότερο βαθμό προκατάληψης για αναζήτηση βοήθειας σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Στην παρούσα μελέτη, η ηλικία δε βρέθηκε ανάμεσα στους παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με την αγχώδη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία, επομένως δε μπορεί κανείς να συνάγει το συμπέρασμα ότι σε αυτό το εύρος ηλικιών ήταν συχνότερα τα συμπτώματα αυτά, σε σχέση με άλλες ηλικίες.

Διαφορές δεν παρατηρήθηκαν ως προς την οικογενειακή κατάσταση, μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων. Μεγάλο ήταν το ποσοστό των έγγαμων Αλβανών που απευθύνθηκαν στην υπηρεσία (73%), γεγονός που αντικατοπτρίζει πιθανά και τα υψηλά ποσοστά Αλβανών με οικογένεια στη συγκεκριμένη κοινότητα. Το χρονικό διάστημα που βρίσκονταν στην Ελλάδα κατά μέσο όρο ήταν περίπου 12 έτη, κάτι που δείχνει ότι δεν ήταν πρόσφατη η μετανάστευση κι είχε χαρακτήρα πιο μόνιμο, με μετοίκηση όλης της οικογένειας ή και συγκρότησης οικογενειών στη νέα κοινότητα που μετανάστευσαν. Σχετικές μελέτες στην Ελλάδα (Baldwin-Edwards, 2008), επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι οι Αλβανοί σε μεγάλα ποσοστά μεταναστεύουν και ζουν σε οικογένειες, τόσο σε αστικά κέντρα (68%), όσο και σε αγροτικές περιοχές (52%). Τα ποσοστά των έγγαμων ήταν αρκετά μεγαλύτερα για Έλληνες κι Αλβανούς, σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Αθήνα, που εμφανίζονται σε ποσοστά 34-40% (Ζαρταλούδη & Μαδιανός, 2010). Περαιτέρω μελέτη θα μπορούσε να αναδείξει αν τα υψηλά ποσοστά έγγαμων μεταναστών που απευθύνονται στην υπηρεσία μπορεί να σχετίζονται και με τη στάση της συγκεκριμένης κοινότητας και την υποστήριξη από πλευράς οικογένειας στην αναζήτηση βοήθειας.

Βασική διαφορά στο προφίλ Ελλήνων κι Αλβανών του δείγματος αποτελούσε το μορφωτικό επίπεδο, που στην περίπτωση των Ελλήνων ήταν σημαντικά υψηλότερο. Η διαφορά αυτή είναι αναμενόμενη αν σκεφτεί κανείς τις συνθήκες που επικρατούσαν στην Αλβανία πριν τη μετανάστευση και τις δυσκολίες πρόσβασης στην εκπαίδευση που αντιμετώπισαν οι μετανάστες ερχόμενοι στην Ελλάδα (Μιχαήλ, 2014). Στη βιβλιογραφία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στους μετανάστες, έχει συνδεθεί με υψηλότερα επίπεδα στρες και μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής στη χώρα υποδοχής (Beiser et al., 1988). Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη, η μεταβλητή αυτή δε βρέθηκε ανάμεσα στους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες της αγχώδους ή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε σχέση με άλλες μεταβλητές.

Μεγάλες διαφορές μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών παρατηρήθηκαν επίσης ως προς την εργασιακή κατάσταση. Έτσι, μεγαλύτερα ποσοστά Αλβανών ήταν άνεργοι, μερικής απασχόλησης κι ανασφάλιστοι, σε σχέση με τους Έλληνες. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει εν μέρει τις συνθήκες ζωής των μεταναστών σε μια νησιωτική κοινότητα, σε περίοδο οικονομικής κρίσης, και τις μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τομέα.

Όσον αφορά στα γεγονότα ζωής, συχνότερα αναφέρθηκαν από τους Αλβανούς χωρισμός και σωματική κακοποίηση, ενώ από τους Έλληνες γέννηση παιδιού, παρότι οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Υπάρχουν κι εμπειρικά δεδομένα από τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που γίνονται με μετανάστες στην υπηρεσία, που στηρίζουν την παρατήρηση ότι συχνά σε Αλβανικές οικογένειες που απευθύνονται στην Κινητή Μονάδα, υπάρχουν φαινόμενα σωματικής κακοποίησης είτε παιδιών, είτε γυναικών, γεγονός που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Pantelidou et al., 2016a). Στην Αλβανία, έχουν δημοσιευτεί μελέτες που αναδεικνύουν υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας (National Committee of Women and Family & UNICEF, 2000), με θύματα κυρίως παιδιά και γυναίκες, κάτι που έχει αναγνωριστεί ως σοβαρό ψυχοκοινωνικό ζήτημα (Burazeri et al., 2006, 2010, Haxhiymeri et al. 2005). Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες που να αφορούν την ενδοοικογενειακή βία σε μετανάστες, πέρα από κάποιες προσπάθειες που έχουν γίνει για την περιγραφή του μεγέθους του φαινομένου με βάση πληροφορίες από τις υπηρεσίες και διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα για την έμφυλη βία κατά των γυναικών (Pantelidou et al., 2016b).

4.1.2. Ψυχιατρική συμπτωματολογία, λειτουργικότητα και κατάσταση γενικής υγείας

Όσον αφορά τις διαγνώσεις που τέθηκαν, μεγαλύτερο ποσοστό των Αλβανών μεταναστών διαγνώστηκαν με διαταραχές διάθεσης, κυρίως κατάθλιψη, σε σχέση με τους Έλληνες, ωστόσο αυτή η διαφορά δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Αντίστοιχα σε μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τις συναισθηματικές διαταραχές, και στα ίδια επίπεδα για Έλληνες κι Αλβανούς ήταν οι διαγνώσεις αγχωδών διαταραχών. Οι γυναίκες εμφάνιζαν πολύ συχνότερα διαταραχές της διάθεσης σε σχέση με τους άντρες (στατιστικά σημαντικές διαφορές), τόσο Αλβανικής όσο και Ελληνικής καταγωγής, κάτι που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Kessler, 2003). Όπως ήταν αναμενόμενο, με βάση το εύρημα που αφορά τις διαγνώσεις, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (όπως αξιολογήθηκαν από τις αντίστοιχες κλίμακες), ήταν σε παρόμοια επίπεδα για Έλληνες κι Αλβανούς.

Περισσότεροι Έλληνες σε σχέση με τους Αλβανούς απευθύνθηκαν στην υπηρεσία για ζητήματα που αφορούσαν παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (Z00-Z99) και συγκεκριμένα για θέματα που συνδέονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις (συμπεριλαμβανομένων και αιτημάτων που αφορούσαν συμβουλευτική γονέων), παρότι δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά.

Επομένως, παρά τις μικρές διαφορές που εντοπίστηκαν, με βάση τα στοιχεία της παρούσας έρευνας, δε φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών, όσον αφορά στη συχνότητα των διαγνωστικών κατηγοριών που μελετήθηκαν.

Προς την ίδια κατεύθυνση, η κατάσταση γενικής υγείας (σωματικά συμπτώματα, άγχος/αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία, μείζων κατάθλιψη), αξιολογήθηκε επίσης στα ίδια περίπου επίπεδα, τόσο στο δείγμα των Αλβανών, όσο και των Ελλήνων, το οποίο ήταν μάλλον αναμενόμενο εφόσον δε βρέθηκαν ουσιαστικές διαφορές και ως

προς τη συχνότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων και τη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης.

Οι περισσότερες μελέτες, όσον αφορά στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών και την κατάσταση γενικής υγείας στους μετανάστες, σε σχέση με τους γηγενείς, συγκρίνουν δείγματα από το γενικό πληθυσμό, με αποτελέσματα που ποικίλουν. Έτσι, σειρά ερευνών που διεξήχθη στον Καναδά και στις ΗΠΑ δείχνουν ότι οι μετανάστες διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο για εκδήλωση ψυχικών διαταραχών και τείνουν να δηλώνουν καλύτερα επίπεδα γενικής κατάστασης υγείας, σε σχέση με τους γηγενείς (Ali et al., 2002, Bergeron et al., 2009, Breslau et al., 2007). Ωστόσο, σχετική ανασκόπηση καταλήγει ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών σε Ευρωπαϊκό πλαίσιο πλέον αναδεικνύουν σημαντικά μεγαλύτερη επικράτηση των αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών στους μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς (Jurado et al., 2017). Στην Ελλάδα, οι σχετικές μελέτες που έχουν επίσης γίνει στο γενικό πληθυσμό δείχνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Ντάλλα και συν., 2004), κατάθλιψης και ψυχικής δυσφορίας στους Αλβανούς μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς, ειδικά στις γυναίκες (Σπανέα & Καλαντζή-Αζίζι, 2008), ενώ οι Αλβανοί φαίνεται να δηλώνουν χειρότερα επίπεδα γενικής υγείας σε σχέση με τους Έλληνες (Πράπας & Μαυρέας, 2015).

Ο στόχος την παρούσας έρευνας όμως δεν ήταν να διερευνηθεί η διαφορά στην επικράτηση των κοινών ψυχικών διαταραχών μεταξύ Αλβανών μεταναστών κι Ελλήνων γηγενών, αλλά να εξεταστούν παράγοντες που συνδέονται με την εκδήλωση συμπτωμάτων των διαταραχών αυτών, κάτι που πλέον αναδεικνύεται ως ιδιαίτερα σημαντικό από σχετικές μελέτες (Kirmayer et al., 2011, Jurado et al., 2017). Επιπρόσθετα, όπως είναι προφανές δε μπορεί να γίνει σύγκριση με μελέτες από το γενικό πληθυσμό, καθώς η μεθοδολογία και το δείγμα διαφέρουν.

Σχετικά με τα επίπεδα σφαιρικής λειτουργικότητας, όπως εκτιμήθηκαν από την κλίμακα GAF, οι Αλβανοί αξιολογήθηκαν ως λιγότερο λειτουργικοί (με μικρή διαφορά, που όμως ήταν στατιστικά σημαντική), σε σχέση με τους Έλληνες, τόσο στην πρώτη, όσο και στη δεύτερη μέτρηση (πριν την έναρξη της θεραπείας και στο τέλος της έρευνας), παρότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα ποσοστά ανά κατηγορία διάγνωσης μεταξύ των διαφορετικών εθνικοτήτων. Κάτι τέτοιο υποδηλώνει ίσως πιο σοβαρή επίδραση της ασθένειας στην καθημερινή ζωή στην

περίπτωση των μεταναστών. Αυτό θα μπορούσε να συσχετιστεί με πιθανή μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, και λιγότερο έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας στους μετανάστες, λόγω των δυσκολιών που αφορούν την πρόσβαση στις υπηρεσίες, σε σχέση με τους γηγενείς (WHO, 2010, Anagnostopoulos et al., 2004). Άλλωστε και στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν πολύ μικρότερα ποσοστά προηγούμενης επαφής με επαγγελματία ψυχικής υγείας στους Αλβανούς, σε σχέση με τους Έλληνες. Διαφορετική εξήγηση θα μπορούσε να δοθεί, σε σχέση με ζητήματα κλινικής εκτίμησης από την πλευρά του θεραπευτή (εφόσον πρόκειται για κλίμακα που συμπληρώνεται από τον ειδικό ψυχικής υγείας), εκτίμηση που μπορεί να επηρεάζεται από ελλιπή ευαισθητοποίηση, ως προς την επίδραση των πολιτισμικών παραγόντων στην έκφραση της ψυχικής διαταραχής, ή από την προκατάληψη (Priebe et al., 2011). Σε κάθε περίπτωση, το δεδομένο αυτό χρειάζεται να εξεταστεί περαιτέρω και να αξιοποιηθεί σε θεραπευτικές παρεμβάσεις με τους μετανάστες και στον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας γενικότερα.

Διαφορετικά ωστόσο ήταν τα ευρήματα σχετικής έρευνας στα ελληνικά δεδομένα, με τη σφαιρική λειτουργικότητα μεταναστών ασθενών με σχιζοφρένεια να αξιολογείται σε καλύτερα επίπεδα σε σχέση με Έλληνες ασθενείς στην Αθήνα, που παρακολούθηθηκαν από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο και το Δρομοκαϊτείο (Lempesi et al., 2009). Οι συγγραφείς έδωσαν την εξήγηση ότι αυτό ίσως οφείλετε στο γεγονός ότι οι ασθενείς με πιο σοβαρά συμπτώματα και μεγαλύτερη έκπτωση της λειτουργικότητας πιθανά επιστρέφουν στη χώρα καταγωγής τους, κι επομένως παραμένουν στην Ελλάδα οι πιο λειτουργικοί, που τελικά απευθύνονται και στις υπηρεσίες. Άλλη υπόθεση που έκαναν οι συγγραφείς είναι ότι αυτό ίσως οφείλεται στους ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς και την υποστήριξη που έχουν οι μετανάστες ασθενείς από τις τοπικές κοινότητες και τις οικογένειες τους. Ωστόσο, βασικοί περιορισμοί της συγκεκριμένης μελέτης ήταν το μικρό δείγμα και η μεγαλύτερη ηλικία και διάρκεια της ασθένειας για τους Έλληνες ασθενείς (Lempesi et al., 2009). Επίσης, η μελέτη αυτή αφορούσε ασθενείς με σχιζοφρένεια, σε αστικό κέντρο και επομένως διαφοροποιείται αρκετά σε σχέση με την παρούσα έρευνα.

4.2. Επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεραπευτικό πλάνο και πορεία θεραπείας

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, εξετάστηκαν κάποιες παράμετροι που αφορούσαν την επαφή των Αλβανών μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και πιθανές διαφορές ή ομοιότητες σε σχέση με την περίπτωση των Ελλήνων. Έτσι, οι Αλβανοί είχαν συχνότερα παραπεμφθεί στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), σε ποσοστό διπλάσιο, σε σχέση με τους Έλληνες, ωστόσο, η διαφορά αυτή δε φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Σε υψηλά ποσοστά Έλληνες κι Αλβανοί απευθύνθηκαν χωρίς παραπομπή από κάποιο φορέα, γεγονός που πιθανά αναδεικνύει τα προβλήματα που σχετίζονται με τη λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ στα νησιά, καθώς δε φαίνεται να λειτουργούν ως πύλη εισόδου (gatekeeping) για ψυχιατρικά περιστατικά. Επιπρόσθετα, το εύρημα αυτό δείχνει ότι και στις δυο εθνικότητες υπάρχει μάλλον ένα καλό επίπεδο γνώσης της Κινητής Μονάδας και της δυνατότητας να αναζητήσει κανείς βοήθεια απευθείας, χωρίς απαραίτητα να παραπεμφθεί από κάποια υπηρεσία (Στυλιανίδης και συν., 2014).

Στην αντίστοιχη μελέτη που αφορούσε τους τρόπους παραπομπής σε 4 κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας στην Ιταλία (Tarricone et al., 2012), βρέθηκε ότι για 511 μετανάστες, 61% είχαν παραπεμφθεί από την ΠΦΥ (κυρίως άτομα μικρότερης ηλικίας κι έγγαμοι) και 39% απευθύνθηκαν από μόνοι τους ή είχαν παραπεμφθεί από κοινωνικούς ή εθελοντικούς φορείς (συχνότερα σε περιπτώσεις που δεν είχαν άδεια παραμονής ή είχαν διάγνωση κατάχρησης ουσιών). Πιθανά λόγω του διαφορετικού συστήματος υγείας και των ιδιαιτεροτήτων του νησιωτικού συμπλέγματος, στην παρούσα έρευνα το αντίστοιχο ποσοστό παραπομπής από την ΠΦΥ για τους Αλβανούς μετανάστες ήταν αρκετά μικρότερο (30%).

Σε μελέτη για τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την αναζήτηση βοήθειας και τη χρήση των υπηρεσιών, σε μετανάστες με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην Ολλανδία, βρέθηκε ότι όσοι είχαν πρόσφατα μεταναστεύσει είχαν μεγαλύτερες δυσκολίες στον τομέα αυτό και χρειάζονταν καλύτερη ενημέρωση για τις υπηρεσίες

(Knipscheer & Kleber, 2001). Δε βρέθηκαν όμως ουσιαστικές διαφορές ως προς τις συμπεριφορές και τον προσανατολισμό για την αναζήτηση βοήθειας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μεταξύ μεταναστών και γηγενών.

Στην παρούσα φάση, στο βαθμό που μπορούμε να το γνωρίζουμε, δε φαίνεται να υπάρχουν άλλες δημοσιευμένες μελέτες που να συγκρίνουν τις διαδρομές στο σύστημα υγείας (pathways) σε μετανάστες και γηγενείς. Υπάρχουν έρευνες κι ανασκοπήσεις που αφορούν ασθενείς διαφορετικών εθνικοτήτων, χωρίς να γίνεται όμως διαχωρισμός μεταναστών (πρώτης/δεύτερης γενιάς) και γηγενών. Για παράδειγμα, σε σχετική ανασκόπηση μελετών βρέθηκε ότι οι έγχρωμοι ασθενείς είχαν πιο περίπλοκες διαδρομές στο σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας, καθώς είχαν δει τουλάχιστον 3 μη ειδικούς θεραπευτές πριν απευθυνθούν σε εξειδικευμένη ψυχιατρική υπηρεσία κι είχαν παραπεμφθεί σε μικρότερο ποσοστό από την ΠΦΥ σε σχέση με τους λευκούς (Bhui et al., 2003). Οι ασθενείς από τη Νότια Ασία είχαν επίσης μικρότερη πιθανότητα σε σχέση με ασθενείς άλλων εθνικοτήτων να παραπεμφθούν σε ειδικό ψυχικής υγείας από το γενικό ιατρό. Διαφορές επίσης βρέθηκαν κι όσον αφορά στη συνέχεια στη φροντίδα, με τους έγχρωμους ασθενείς να διακόπτουν νωρίτερα τη θεραπεία σε σχέση με τους υπόλοιπους (Bhui et al., 2003).

Στην παρούσα μελέτη, σύμφωνα με το ψυχιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων στην έρευνα, φαίνεται ότι σημαντικά μικρότερο ποσοστό των Αλβανών (21%) είχαν απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των Ελλήνων, που ήταν διπλάσιο (40%). Ωστόσο, η συχνότητα των διαγνώσεων (διαταραχές διάθεσης, νευρωσικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά ζητήματα) στις δυο κατηγορίες εθνικοτήτων ήταν η ίδια και τα ποσοστά όσων λάμβαναν ήδη φαρμακευτική αγωγή για ψυχιατρικά συμπτώματα όταν απευθύνθηκαν στην υπηρεσία ήταν σε παρόμοια επίπεδα (14% για τους Έλληνες, 15% για τους Αλβανούς). Η μέση ηλικία πρώτης επίσκεψης σε ειδικό ψυχικής υγείας για τους Έλληνες κι Αλβανούς του δείγματος ήταν 37 και 36 έτη αντίστοιχα, επομένως δεν υπήρχε διαφορά σε αυτή τη μεταβλητή.

Το μικρότερο ποσοστό των Αλβανών που είχαν απευθυνθεί στο παρελθόν σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, συγκριτικά με τους Έλληνες, είναι εύρημα που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλης μελέτης στην Ελλάδα, στο πλαίσιο του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στην

Αθήνα, καθώς φάνηκε να υπάρχει επίσης σημαντική καθυστέρηση στην περίπτωση των μεταναστών, συγκριτικά με τους γηγενείς, όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας (Anagnostopoulos et al., 2004).

Το μικρότερο ποσοστό των Αλβανών που είχαν απευθυνθεί στο παρελθόν σε υπηρεσία ψυχικής υγείας δείχνει πιθανά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών (WHO, 2010, Mladovsky, 2007). Η δυσκολία επικοινωνίας, η έλλειψη ενημέρωσης για τις υπηρεσίες υγείας, η δαπάνη που θα πρέπει να καταβληθεί από το μετανάστη σε περίπτωση που δεν είναι ασφαλισμένος και/ή δε διαθέτει τα απαραίτητα νόμιμα έγγραφα, η δυσκολία εμπιστοσύνης στους ειδικούς ψυχικής υγείας, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι διαφορετικοί τρόποι κατανόησης της ασθένειας και της θεραπείας, μπορεί να είναι κάποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με τις δυσκολίες πρόσβασης στις αντίστοιχες υπηρεσίες (Sandhu et al. 2013, Priebe et al., 2011, Fernandes & Miguel, 2009, Cooper, 2002).

Ο φόβος του στίγματος επίσης αποτελεί για τους μετανάστες σημαντικό αίτιο αποκλεισμού από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Chen et al., 2009), για αυτό έχει τονιστεί στη βιβλιογραφία η αναγκαιότητα ανάπτυξης ειδικών δράσεων ευαισθητοποίησης για θέματα ψυχικής υγείας και παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των προκαταλήψεων σε αυτή την ομάδα πληθυσμού (Carta et al., 2005). Η προκατάληψη στην περίπτωση των Αλβανών και η δυσκολία αναζήτησης βοήθειας, πιθανά να σχετίζονται με την έλλειψη εξοικείωσης τους σε ζητήματα ψυχικής υγείας και ασθένειας, αν αναλογιστεί κανείς τους περιορισμούς που έθετε το κομμουνιστικό καθεστώς ως προς την επαφή με επιστημονικές εξελίξεις στο χώρο της ψυχιατρικής, με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Dow & Wooley, 2011). Μπορεί να συνδέεται επίσης με την έλλειψη δομών ψυχικής υγείας και δράσεων καταπολέμησης του στίγματος στην Αλβανία (Weinstein et al, 2010). Επιπλέον, υπάρχει η πεποίθηση σε Αλβανούς μετανάστες, ότι κανείς αναζητά βοήθεια από επαγγελματίες, όταν η ψυχική ασθένεια είναι αρκετά σοβαρή, ίσως λόγω της προκατάληψης και της ντροπής ως προς την τιμή και την περηφάνια της οικογένειας ("πρέπει να δείχνεις καλά"), εφόσον στην Αλβανία θεωρείται ταμπού να δεις ψυχολόγο και να μιλήσεις για τα προβλήματα σου (Dow & Wooley, 2011).

Επιπρόσθετα, χρειάζεται να συνυπολογιστεί ότι στην παρούσα μελέτη ο τόπος κατοικίας είναι μια νησιωτική περιοχή, με περιορισμούς όσον αφορά στις διαθέσιμες υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, οι οικονομικές απαιτήσεις αναφορικά με τις ανάγκες μετακίνησης προς την Αθήνα ή τη Σύρο (εισιτήρια, διαμονή, απουσία από την εργασία) καθιστούν αρκετά δύσκολη την πρόσβαση σε αντίστοιχες υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκεί, ειδικά για τους μετανάστες που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια (Probst et al., 2007, Shin & Kim, 2010).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης, αποτελεί το γεγονός ότι η ιδιότητα του θεραπευτή που είδε ο εξυπηρετούμενος αρχικά στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας ήταν πολύ συχνότερα ψυχίατρος για τους Αλβανούς, σε ποσοστό σχεδόν πενταπλάσιο σε σχέση με τους Έλληνες. Οι Έλληνες απευθύνθηκαν αρχικά κυρίως σε ψυχολόγο. Το γεγονός αυτό μπορεί να σχετίζεται με πολλούς παράγοντες, που έχουν να κάνουν είτε με τους ίδιους τους συμμετέχοντες, είτε με την υπηρεσία. Σύμφωνα με τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας, ο εξυπηρετούμενος μπορεί να επιλέξει την ειδικότητα του θεραπευτή που θέλει να δει αρχικά, ενώ στις περιπτώσεις που κάποιος λαμβάνει φάρμακα για ψυχιατρική συμπτωματολογία, συστήνεται να δει ψυχίατρο. Τα ποσοστά των Αλβανών κι Ελλήνων που έπαιρναν ήδη φαρμακευτική αγωγή όταν απευθύνθηκαν στη Μονάδα, ήταν σε παρόμοια επίπεδα. Επομένως, φαίνεται ότι μάλλον δεν ήταν αυτός ο λόγος που επιλέχθηκε να δουν ψυχίατρο αρχικά, αλλά ήταν κάτι που ζητήθηκε από τους ίδιους.

Μια υπόθεση είναι ότι οι ίδιοι οι Αλβανοί ζητούσαν συχνότερα να δουν γιατρό, λόγω της πεποίθησης ότι για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας πιο κατάλληλος είναι ο ψυχίατρος, παρά ο ψυχολόγος-ψυχοθεραπευτής. Αυτό πιθανά να σχετίζεται και με μια τάση «ιατρικοποίησης» των συμπτωμάτων, καθώς διαφορετικά πολιτισμικά πρότυπα μπορεί να επιδρούν καθοριστικά στον τρόπο που γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα και οι προσφερόμενες θεραπείες (Bhugra, 2011). Η έλλειψη δομών ψυχικής υγείας στη χώρα καταγωγής, η μη εξοικείωση με ζητήματα πολύπλευρης αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και η προσήλωση στο βιοιατρικό μοντέλο ως τρόπο κατανόησης και θεραπείας στην ψυχιατρική στην Αλβανία, φαίνεται ότι μάλλον σχετίζονται με την προσδοκία των μεταναστών στην παρούσα μελέτη να λάβουν θεραπεία από ιατρό για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Weinstein et al, 2010).

Προς αυτή την κατεύθυνση, μελέτες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά ατόμων από εθνικές μειονότητες στη Βρετανία και στις ΗΠΑ που αναζητούν βοήθεια από ψυχοθεραπευτές, είναι χαμηλότερα σε σχέση με τους γηγενείς και τα ποσοστά αυτών που διακόπτουν τελικά την ψυχοθεραπεία υψηλότερα (Tantam, 2007). Από την άλλη, και η στάση της υπηρεσίας και των ειδικών ψυχικής υγείας, σαφώς επηρεάζει την επιλογή του θεραπευτικού πλάνου (Charalambaki et al, 1995).

Επιπρόσθετα, οι δυσκολίες στη γλώσσα που αντιμετωπίζει ο μετανάστης ίσως είναι ένας βασικός παράγοντας που προσδιορίζει την επιλογή να μην απευθυνθεί αρχικά σε ψυχολόγο, με προοπτική να ακολουθήσει συμβουλευτική-ψυχοθεραπεία. Από την άλλη πλευρά, η γενική λειτουργικότητα, που επηρεάζεται από τα συμπτώματα, όπως αξιολογείται από την κλίμακα GAF, φαίνεται ότι στους Αλβανούς εκτιμήθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα κατά την αρχική επαφή με την υπηρεσία. Πιθανά λοιπόν, όντως τα συμπτώματα να είχαν επίδραση σε σημαντικό βαθμό στη λειτουργικότητα τους στην καθημερινή ζωή, και κατ' επέκταση να θεωρήθηκε απαραίτητο να δουν ψυχίατρο.

Όσον αφορά στους Έλληνες, ενώ ήταν μικρό το ποσοστό που είδαν εξ αρχής ψυχίατρο (9%), τελικά ποσοστό περίπου 21% έλαβαν φαρμακευτική αγωγή. Φαίνεται λοιπόν ότι οι Έλληνες σε μικρότερο βαθμό θα αναζητήσουν αρχικά βοήθεια από ψυχίατρο, σε σχέση με τους Αλβανούς, κάτι που πιθανά σχετίζεται επίσης με αντιλήψεις για το ρόλο του ψυχιάτρου, κυρίως ως προς τη θεραπεία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών.

Όσον αφορά στο θεραπευτικό πλάνο, βασική διαφορά μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων ήταν το γεγονός ότι σε διπλάσιο ποσοστό (40% έναντι 21%) οι Αλβανοί κρίθηκε αναγκαίο να ακολουθήσουν φαρμακευτική αγωγή. Ειδικά στους Αλβανούς, οι άντρες λάμβαναν σε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό θεραπεία με φάρμακα σε σύγκριση με τις γυναίκες (δε βρέθηκε κάτι ανάλογο στους Έλληνες). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με σχετική μελέτη, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι οι άνδρες μετανάστες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα, σε σχέση με τις γυναίκες, να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, κι όχι ψυχοθεραπεία, ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου (Charalambaki et al, 1995). Επίσης, 13% των Αλβανών έλαβαν φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία (16% αντίστοιχα το ποσοστό των Ελλήνων). Επομένως, τελικά ποσοστό 40% των Αλβανών έλαβαν φαρμακευτική

αγωγή, κάτι που συμφωνεί και με το ποσοστό αυτών που πραγματοποίησαν πρώτο ραντεβού με ψυχίατρο.

Μια άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών, ήταν ότι μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν φαρμακευτική αγωγή είχαν οι Έλληνες με τα περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης κι οι Αλβανοί με τα περισσότερα συμπτώματα άγχους. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι για πολιτισμικούς λόγους, διαφέρει ο τρόπος που εκφράζεται η δυσφορία κι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων στις δυο εθνικότητες, είτε με καταθλιπτική διάθεση ή άγχος/ένταση. Ωστόσο, χρειάζεται περαιτέρω μελέτη προκειμένου να εξεταστεί εκτενέστερα και να ερμηνευτεί το παραπάνω εύρημα.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη, σε μια προσπάθεια ερμηνείας των πιο πάνω δεδομένων, και η πιθανότητα προκατάληψης των θεραπειών ή η μη επαρκής γνώση και κατανόηση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων, που πιθανά επηρεάζουν το θεραπευτικό πλάνο για τους μετανάστες (Charalambaki et al, 1995). Ένα ερώτημα που τίθεται επίσης, είναι αναφορικά με τη μεγαλύτερη πιθανότητα τελικά ένας ψυχίατρος να προτείνει φαρμακευτική αγωγή ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου, σε σχέση με άλλες θεραπείες, και πώς αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό οι Αλβανοί είδαν αρχικά ψυχίατρο.

Επιπλέον, σε σχέση με το θεραπευτικό πλάνο που ακολουθήθηκε και σε σύνδεση με τα όσα προαναφέρθηκαν για την επιλογή να δουν οι Αλβανοί μετανάστες ψυχίατρο στην πρώτη επαφή με την υπηρεσία, χρειάζεται κανείς να λάβει υπόψη ότι οι στάσεις έναντι της ψυχοθεραπείας ή της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Σε πολλές κοινωνίες που δεν έχουν παράδοση στις θεραπείες που βασίζονται στο λόγο, οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές αντιμετωπίζονται καχύποπτα (Γκιωνάκης, 2010), ενώ οι προτάσεις για λήψη φαρμακευτικής αγωγής ίσως να είναι περισσότερο αποδεκτές. Έχει επίσης επισημανθεί ότι σε πολιτισμούς όπου το ατομικό, ο εαυτός, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας και της οικογένειας (όπως μπορεί να συμβαίνει σε χώρες με κομμουνιστικά καθεστώτα), η ατομική ψυχοθεραπεία δε γίνεται εύκολα αποδεκτή (Bhugra & Bhui, 2007). Το συμβολικό νόημα που δίνεται στο φάρμακο, όπως μπορεί να καθορίζεται πολιτισμικά, έχει επίδραση στο πώς αισθάνεται και συμπεριφέρεται ο μετανάστης γύρω από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ειδικά όταν προέρχεται από

χώρες που το βιοϊατρικό μοντέλο στην ψυχιατρική είναι κυρίαρχο, σε σχέση με άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Weinstein et al, 2010).

Στην παρούσα μελέτη δεν έχουμε εικόνα για το βαθμό στον οποίο ακολουθήθηκαν οι προτεινόμενες θεραπείες με φάρμακα. Η βιβλιογραφία δείχνει μειωμένη δέσμευση στους μετανάστες (Ahmed, 2001) και μικρότερη πιθανότητα να κάνουν τελικά χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων (Patel et al., 2017). Σε γενικές γραμμές, το μεγαλύτερο ποσοστό λήψης φαρμακευτικής αγωγής ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου από τους Αλβανούς, σε σχέση με τους Έλληνες, αποτελεί μια παράμετρο που χρήζει περαιτέρω μελέτης, σε συνδυασμό με το αν τελικά ακολουθήθηκε ή όχι.

Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντικό ότι οι Έλληνες κι οι Αλβανοί εντάχθηκαν σε παρόμοια ποσοστά σε ατομική συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία (χωρίς λήψη φαρμακευτικής αγωγής). Η βασική διαφορά προέκυψε μόνο ως προς τη θεραπεία οικογένειας, ως ψυχοθεραπευτική μέθοδο, που για τους Αλβανούς εφαρμόστηκε σε ποσοστό 1%, έναντι 25% για τους Έλληνες. Το γεγονός αυτό πιθανά σχετίζεται τόσο με τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας, με πιθανές δυσκολίες-προκαταλήψεις των ειδικών, όσο και με τη δυσκολία δέσμευσης υπολοίπων μελών της Αλβανικής οικογένειας στο θεραπευτικό πλάνο. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό και χρειάζεται να εξεταστεί προσεκτικά σε σχέση και με τα υπόλοιπα ευρήματα της παρούσας μελέτης, ώστε να γίνουν βελτιωτικές κινήσεις στη λειτουργία της υπηρεσίας και τον τρόπο προσέγγισης των μεταναστών σε επίπεδο οικογένειας.

Επιπρόσθετα, σημαντικό εύρημα αποτελεί ότι αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό των Αλβανών μεταναστών διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία (dropouts) σε σχέση με τους Έλληνες (35% έναντι 16%). Μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας παρατηρήθηκαν στην περίπτωση των Αλβανών που έπασχαν από διαταραχές διάθεσης και σε όσους παρουσίαζαν χειρότερη γενική λειτουργικότητα κατά την έναρξη της θεραπείας (πρώτη αξιολόγηση με κλίμακα GAF). Επίσης, η ψυχοθεραπεία και όχι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου για τους Αλβανούς, σχετίζονταν με μεγαλύτερο βαθμό δέσμευσης στη θεραπεία, καθώς βρέθηκε ότι στους Αλβανούς το ποσοστό λήψης φαρμακευτικής αγωγής ως μέρος του αρχικού θεραπευτικού πλάνου ήταν χαμηλότερο στους ασθενείς που τελικά ολοκλήρωσαν τη θεραπεία. Προς την ίδια κατεύθυνση, ο συνολικός αριθμός συνεδριών ήταν γενικά μικρότερος στην περίπτωση των μεταναστών σε σχέση με

τους Έλληνες, κυρίως στους άντρες. Ο μικρότερος αριθμός συνεδριών, ειδικά στους άντρες, μπορεί να συνδέεται και με μικρότερο βαθμό δέσμευσης στη θεραπεία (πχ λόγω προκατάληψης ή λόγω της αντίληψης ότι είναι λιγότερο κοινωνικά αποδεκτό το να αναζητούν βοήθεια από υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με τις γυναίκες). Όπως ήταν αναμενόμενο, η λειτουργικότητα Ελλήνων κι Αλβανών ήταν σαφώς βελτιωμένη στην περίπτωση που ολοκλήρωναν τις θεραπείες, συγκριτικά με τις περιπτώσεις που υπήρχε πρόωρη διακοπή της θεραπείας ή ήταν ακόμα σε θεραπεία.

Τα ευρήματα για τα μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας στους Αλβανούς μετανάστες μπορεί να σχετίζονται όχι μόνο με τις δυσκολίες των μεταναστών να ενταχθούν και να ολοκληρώσουν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά και με πιθανές αδυναμίες της υπηρεσίας να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες τους. Οι δυσκολίες στη χρήση της γλώσσας στους μετανάστες και γενικότερα οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και οι επαγγελματίες στην επικοινωνία μαζί τους, έχουν συσχετιστεί με μειωμένη δέσμευση στη θεραπεία (Westberg & Sorensen, 2005).

Τα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας για τη δεδομένη χρονική περίοδο και το δείγμα Ελλήνων κι Αλβανών στην παρούσα μελέτη, φαίνεται βέβαια να είναι σημαντικά χαμηλότερα από αυτά που βρέθηκαν σε μελέτη που είχε γίνει στην Ελλάδα, σε Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας (Lazaratou et al., 2006), παρότι υπάρχουν αρκετές διαφορές μεταξύ των δειγμάτων (είχαν περιληφθεί παιδιά, μεγαλύτερο δείγμα και χρονική περίοδος κλπ.). Έτσι, η μελέτη αυτή, που αφορούσε τη συνεργασία του ασθενή με τη θεραπεία και τον πρόωρο τερματισμό της, εξέτασε παράγοντες που συνδέονται με τα παραπάνω, χωρίς όμως να γίνεται αναφορά σε θέματα εθνικότητας-μετανάστευσης (Lazaratou et al., 2006). Η μελέτη έγινε σε δείγμα 455 εξυπηρετούμενων από το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα. Μέσω συγκεκριμένων αλλαγών που έγιναν στον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας (λιγότερες συνεδρίες για τη διαγνωστική διαδικασία, εστιασμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, μείωση διαστήματος μεταξύ παραπομπής και πρώτου διαγνωστικού ραντεβού), μειώθηκε το ποσοστό των dropouts από 59% σε 46%.

Σε άλλη σχετική έρευνα που έγινε στην Ιταλία κι αφορούσε τους λόγους που σχετίζονταν με τα dropouts σε Μονάδα Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής στη Μπολόνια,

βρέθηκε ότι σε 162 μετανάστες που παρακολούθηθηκαν, μετά από 6 μήνες, ποσοστό 18% είχαν διακόψει τη θεραπεία, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεραπευτή (Tarricone et al., 2011). Το ποσοστό είναι αρκετά μικρότερο, σε σχέση με αυτό στην παρούσα μελέτη, ωστόσο και το χρονικό διάστημα των 6 μηνών είναι αρκετά μικρότερο. Ισχυρότεροι στατιστικά προγνωστικοί παράγοντες για την πρόωρη διακοπή της θεραπείας ήταν η μη-Ασιατική καταγωγή, η πρόσφατη ιστορία μετανάστευσης και η έλλειψη κοινωνικής παρέμβασης.

4.3. Η σχέση της λειτουργίας οικογένειας με τις υπό μελέτη μεταβλητές

Βασική μεταβλητή που εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη είναι η λειτουργία οικογένειας και η σχέση της με την ψυχιατρική συμπτωματολογία (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές) και την ποιότητα ζωής στους Αλβανούς, καθώς και οι διαφορές/ομοιότητες που παρατηρήθηκαν σε σχέση με τους Έλληνες.

4.3.1. Διαφορές στη λειτουργία οικογένειας μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων

Παρότι δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών στις διάφορες διαστάσεις της κλίμακας εκτίμησης της οικογενειακής λειτουργίας, φαίνεται ότι η εθνικότητα είχε καθοριστική επίδραση σε δύο συγκεκριμένους παράγοντες, ως προς το βαθμό υγιούς λειτουργίας της οικογένειας. Έτσι οι Έλληνες εμφάνιζαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό πιο υγιή λειτουργία στις διαστάσεις «Επικοινωνία» και «Συναισθηματική Απαντητικότητα», σε σύγκριση με τους Αλβανούς, σύμφωνα με τα cut-off scores της κλίμακας (Miller et al., 1985), ανεξαρτήτως διάγνωσης.

Η πρώτη διάσταση, η «Επικοινωνία», αναφέρεται στα σχήματα επικοινωνίας στην οικογένεια, σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο, ενώ αξιολογείται ο βαθμός που είναι ξεκάθαρη ή όχι, το αν απευθύνεται κανείς στον άλλο απευθείας ή μέσω τρίτου, πώς προσλαμβάνεται κι ερμηνεύεται ένα μήνυμα από τον αποδέκτη (Epstein, 1969, Epstein & Bishop, 1973). Η δεύτερη διάσταση, «Συναισθηματική Απαντητικότητα», αφορά τη συναισθηματική έκφραση και συναισθηματική ανταπόκριση σε πληθώρα καταστάσεων, καθώς και την αντίληψη των συναισθημάτων (αρνητικών και θετικών), ενώ αξιολογείται η ποσότητα, η ποιότητα

και η καταλληλότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων των μελών της οικογένειας (Epstein, 1969, Epstein & Bishop, 1973). Στις δύο αυτές διαστάσεις οι Αλβανοί κατηγοριοποιήθηκαν συχνότερα πιο δυσλειτουργικοί, σε σχέση με τους Έλληνες.

Καθώς η παρούσα έρευνα είναι από τις πρώτες που γίνονται στα ελληνικά δεδομένα συγκρίνοντας άμεσα διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας Αλβανών κι Ελλήνων, ανοίγει ένα πεδίο μελέτης γύρω από τα ζητήματα αυτά, αναδεικνύοντας κάποιες βασικές διαφορές, που πιθανά σχετίζονται με πολιτισμικούς παράγοντες και τη μετανάστευση. Έτσι, οι διαφορές αυτές εντοπίζονται λόγω πιθανά ιδιαίτερων κοινωνικο-ανθρωπολογικών χαρακτηριστικών που καθορίζουν τους τρόπους συναλλαγής μεταξύ των μελών της Αλβανικής οικογένειας. Η αυστηρά πατριαρχική δομή της οικογένειας (Kaser, 2008, Lerch, 2013) και ο μεγαλύτερος βαθμός αποδοχής παραδοσιακών αξιών για τους ρόλους των δύο φύλων, οι εξαρτητικές σχέσεις σε συναισθηματικό και υλικό επίπεδο (Antonίου et al, 2013, Antonίου & Dalla, 2015), η περιορισμένη συναισθηματική έκφραση και ψυχολογική εγγύτητα στις σχέσεις στις Αλβανικές οικογένειες (Antonίου & Dalla., 2015), είναι ίσως κάποιοι παράγοντες που συνδέονται με τη λειτουργία στην οικογένεια στους τομείς Επικοινωνία και Συναισθηματική Απαντητικότητα. Προς την ίδια κατεύθυνση, η παραδοσιακή αντίληψη ότι η έκφραση συναισθημάτων, ειδικά από έναν άντρα, είναι δείγμα αδυναμίας κι έλλειψης συναισθηματικού ελέγχου είναι κάτι που συναντάται περισσότερο σε κοινωνίες που βασίζονται στη συλλογικότητα, όπου δίνεται μικρότερη έμφαση στην αυτοαποκάλυψη και στη συναισθηματική έκφραση στις οικείες σχέσεις (Adams, 2004).

Επιπρόσθετα, η μετανάστευση, ο επιπολιτισμός και οι αλλαγές που επιφέρουν στα δυναμικά στην οικογένεια, με τους Αλβανούς συχνά να ταλαντεύονται ανάμεσα σε παραδοσιακές αντιλήψεις και τα νέα δεδομένα, ανάμεσα στην εξάρτηση και την ανεξαρτησία (Μπεζεβέγκης και συν., 2010), είναι παράγοντες που επίσης χρειάζεται να συνυπολογιστούν, σε μια προσπάθεια ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Και σε άλλες μελέτες έχουν βρεθεί ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην οικογενειακή λειτουργία που σχετίζονται πιθανά με την εθνικότητα (κυρίως ως προς τις διαστάσεις Επίλυση προβλημάτων, Επικοινωνία, Ρόλοι κι Έλεγχος Συμπεριφοράς), υπό την επίδραση όμως της διάγνωσης (Keitner et al, 1990a, 1991, Saeki et al. 1997). Στις

μελέτες αυτές, παρατηρήθηκαν διαφορές σε κλινικά δείγματα οικογενειών με ένα μέλος με κατάθλιψη, ενώ οι διαφορές αυτές δεν εντοπίστηκαν στα δείγματα ελέγχου.

Τέλος, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων χρειάζεται πάντα να έχουμε υπόψη και τον διαφορετικό τρόπο που μπορεί να αξιολογείται η «υγιής» λειτουργία στις διάφορες διαστάσεις την κλίμακας, σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (βλ. 4.6. Περιορισμοί παρούσας μελέτης).

4.3.2. Η σχέση της λειτουργίας οικογένειας με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές

A. Καταθλιπτική συμπτωματολογία και οικογενειακή λειτουργία

Η λειτουργία οικογένειας στους Αλβανούς μετανάστες, συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε να συνδέεται σημαντικά με τα επίπεδα κατάθλιψης (Pantelidou et al., 2019). Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια, γενικά και σε σχέση με όλες σχεδόν τις διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, σχετίστηκε με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης στους Αλβανούς. Ανάλογα ήταν και τα ευρήματα στην περίπτωση των Ελλήνων.

Τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, και δείχνουν ότι η διάσταση που αφορά τα επίπεδα λειτουργικότητας μιας οικογένειας πιθανά επηρεάζει, αλλά κι επηρεάζεται από την εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Friedman et al., 1997, Saeki et al., 2002). Τα ερευνητικά δεδομένα, κυρίως σε μελέτες που συγκρίνουν ασθενείς με διάγνωση κατάθλιψης με δείγματα ελέγχου σε «υγιή» πληθυσμό, δείχνουν μεγαλύτερη δυσλειτουργία στις οικογένειες των καταθλιπτικών ασθενών (Wang & Zhao, 2013), ειδικά στην οξεία φάση της νόσου (Friedman et al., 1997). Ανάλογη έρευνα και σε μετανάστες, έδειξε ότι περισσότερες συγκρούσεις και η μικρότερη συνοχή στην οικογένεια συσχετίστηκαν με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Lorenzo-Blanco et al., 2012).

Στην ίδια γραμμή, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, βρέθηκε ότι η διάγνωση διαταραχής διάθεσης αποτελεί στατιστικά έναν από τους βασικούς προβλεπτικούς παράγοντες της γενικής λειτουργικότητας της οικογένειας στους Αλβανούς (οι άλλοι δύο ήταν τα γεγονότα ζωής και η μεταβολή στη σφαιρική λειτουργικότητα μετά τη θεραπεία - που συζητιόνται παρακάτω). Έτσι, οι Αλβανοί που έπασχαν από κατάθλιψη είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάζουν δυσλειτουργία σε επίπεδο οικογένειας, σε σχέση με όσους δεν έπασχαν από τη διαταραχή αυτή, δηλαδή σε σχέση με όσους είχαν διάγνωση αγχώδους διαταραχής ή δεν παρουσίαζαν ψυχιατρική συμπτωματολογία, δηλαδή είχαν απευθυνθεί στην υπηρεσία λόγω ψυχοκοινωνικών ζητημάτων ή για υπηρεσίες συμβουλευτικής για προβλήματα που αφορούν τρίτους (κατηγορία Z του ICD-10, WHO, 2011). Η διάγνωση της κατάθλιψης για τους Αλβανούς φαίνεται να ήταν βασικός προβλεπτικός παράγοντας για τη δυσλειτουργία και όσον αφορά τις περισσότερες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας (Επίλυση Προβλημάτων, Ρόλοι, Συναισθηματική Απαντητικότητα, Έλεγχος συμπεριφοράς) .

Ανάλογα ήταν τα ευρήματα και για τους Έλληνες, όσον αφορά τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας, καθώς η διάγνωση κατάθλιψης ήταν ο μόνος βασικός προβλεπτικός παράγοντας σε αυτή την περίπτωση. Επίσης η διάγνωση αυτή ήταν προβλεπτικός παράγοντας σε κάποιες μόνο επιμέρους διαστάσεις, που αφορούν τους Ρόλους και τη Συναισθηματική Απαντητικότητα. Στην περίπτωση των Αλβανών βρέθηκε η επίδραση της διάγνωσης σε περισσότερες διαστάσεις σε σχέση με τους Έλληνες, δείχνοντας επομένως μεγαλύτερη δυσλειτουργία σε περισσότερους τομείς υπό την επίδραση της κατάθλιψης.

Από την άλλη, εξετάζοντας στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις ως εξαρτημένη μεταβλητή την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η διάσταση «Έλεγχος Συμπεριφοράς» αναδείχθηκε σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας στους Αλβανούς (Pantelidou et al, 2019). Δηλαδή, πιο άκαμπτα ή χαώδη σχήματα ελέγχου της συμπεριφοράς των μελών στην Αλβανική οικογένεια, συνδέθηκαν με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Στην περίπτωση των Ελλήνων, μια άλλη διάσταση βρέθηκε ως βασικός προβλεπτικός παράγοντας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η δυσλειτουργία σε επίπεδο οικογένειας στον τομέα «Επίλυση Προβλημάτων».

Διαφορές στην οικογενειακή λειτουργία, μεταξύ ασθενών διαφορετικών εθνικοτήτων που έπασχαν από κατάθλιψη, ως προς συγκεκριμένες διαστάσεις έχουν επίσης αναδειχθεί κι από άλλες διαπολιτισμικές μελέτες (Keitner et al, 1990a, 1991, Saeki et al. 1997). Συγκεκριμένα, συγκρίθηκε η οικογενειακή λειτουργία σε δείγματα ασθενών με κατάθλιψη και σε υγιή δείγματα ελέγχου σε οικογένειες της Βόρειας Αμερικής, της Ουγγαρίας και της Ιαπωνίας, με την ίδια μεθοδολογία. Τα δείγματα καταθλιπτικών ασθενών διαφόρων εθνικοτήτων παρουσίαζαν διαφορές μεταξύ τους ως προς τους τομείς που δυσλειτουργούσαν περισσότερο, κάτι που πιθανά εξηγείται από την επίδραση πολιτισμικών παραγόντων (Keitner et al, 1990a, 1991, Saeki et al. 1997).

Η ανάδειξη του παράγοντα που αφορά τον Έλεγχο Συμπεριφοράς για τους Αλβανούς και η σχέση του με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, πιθανά συνδέεται με τα δυναμικά και τα σχήματα συναλλαγής στην Αλβανική οικογένεια, όπως καθορίζονται από τους ρόλους των μελών, την ιεραρχία, τους κανόνες και τα πρότυπα, τον τρόπο παρακολούθησης της τήρησης τους, τις αλλαγές λόγω της μετανάστευσης κλπ. Το ότι τα μέλη των Αλβανικών οικογενειών με κατάθλιψη αναγνωρίζουν μεγαλύτερη δυσλειτουργία στον τομέα αυτό, μπορεί να συνδέεται επίσης με τη στάση της οικογένειας απέναντι στον ασθενή, που ίσως αντιδρά με αυστηρότερα σχήματα ελέγχου. Από την άλλη, η δυσκαμψία της οικογένειας και η συνεπαγόμενη δυσκολία να υπάρξουν περισσότερα περιθώρια προσωπικών επιλογών και αποκλίσεων από τα πρότυπα, μπορεί να λειτουργούν, σαν επιπρόσθετοι παράγοντες ενίσχυσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε συνδυασμό φυσικά με άλλες μεταβλητές (κοινωνικές, βιολογικές, ψυχολογικές κλπ.).

Για διαφορετικούς ίσως λόγους, στην περίπτωση των Ελλήνων αναδεικνύεται η σύνδεση της κατάθλιψης με μια άλλη διάσταση της οικογενειακής λειτουργίας, που αφορά πρακτικά και συναισθηματικά ζητήματα σχετικά με την επίλυση προβλημάτων και τον τρόπο συνεργασίας της οικογένειας για την αντιμετώπιση τους (Pantelidou et al, 2019). Η ελληνική οικογένεια έχει επίσης να αντιμετωπίσει προκλήσεις σε διάφορα επίπεδα, πιθανά και λόγω των νέων δεδομένων που αφορούν την οικονομική κρίση. Χρειάζεται επομένως να ληφθεί υπόψη και η επίδραση που έχουν οι νέες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στην οικογένεια συνολικά και σε κάθε μέλος ξεχωριστά, οι ανάγκες διαχείρισης των πρακτικών και συναισθηματικών δυσκολιών

που απορρέουν από την κατάσταση αυτή και πώς αυτές οι δυσκολίες μπορεί να διογκώνονται στην περίπτωση που ένα μέλος της οικογένειας παρουσιάζει κατάθλιψη.

B. Αγχώδης συμπτωματολογία και οικογενειακή λειτουργία

Συγκεκριμένοι παράγοντες της οικογενειακής λειτουργίας στους Αλβανούς βρέθηκαν να συνδέονται με την αγχώδη συμπτωματολογία, στις δύο διαστάσεις παροδικού και μόνιμου άγχους, με βάση την αντίστοιχη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε (STAI, Spielberger et al., 1983). Έτσι, η γενική λειτουργικότητα της οικογένειας συσχετίστηκε θετικά μόνο με τα συμπτώματα παροδικού άγχους, δηλαδή το άγχος που συνδέεται με την παρούσα κατάσταση και όχι με τα συμπτώματα μόνιμου άγχους, δηλαδή το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Με το παροδικό άγχος συσχετίστηκαν επίσης ειδικές διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, που αφορούν την «Επίλυση προβλημάτων», την «Επικοινωνία» και τον «Έλεγχο συμπεριφοράς». Το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας βρέθηκε να συνδέεται μόνο με την οικογενειακή λειτουργία στον τομέα των «Ρόλων».

Στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις αναδείχθηκε επίσης η διάσταση «Έλεγχος Συμπεριφοράς», ανάμεσα στους βασικούς προβλεπτικούς παράγοντες, ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές, του προσωρινού άγχους. Ο ίδιος παράγοντας είχε αναγνωριστεί ως καθοριστικός και στην περίπτωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους Αλβανούς.

Επομένως, φαίνεται ότι παρατηρούνται περισσότερα αγχώδη συμπτώματα για τους Αλβανούς μετανάστες που αξιολογούν ως πιο δυσλειτουργικά τα σχήματα στο οικογενειακό πλαίσιο που σχετίζονται με την επικοινωνία, τον τρόπο συνεργασίας για την επίλυση προβλημάτων και κυρίως την άσκηση ελέγχου. Μια άλλη ανάγνωση του αποτελέσματος, είναι και η πιθανή επίδραση που μπορεί να έχουν τα συμπτώματα άγχους στην οικογένεια, επιφέροντας ίσως μεγαλύτερη δυσλειτουργία στις σχέσεις και στις καθημερινές συναλλαγές μεταξύ των μελών, σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο. Σημαντική είναι και η ανάδειξη της σύνδεσης του άγχους, ως

μόνιμο χαρακτηριστικό προσωπικότητας, με τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας αναφορικά με τους Ρόλους, λαμβάνοντας υπόψη το ιεραρχικό μοντέλο των ρόλων στην Αλβανική οικογένεια, πολιτισμικά καθοριζόμενο από πατριαρχικές δομές, και το πώς πιθανά έρχεται σε επερώτηση κατά την επαφή με νέα πολιτισμικά πλαίσια και τις αλλαγές λόγω της μετανάστευσης.

Τα ευρήματα για τους Αλβανούς διαφοροποιούνται σε σχέση με τους Έλληνες, όσον αφορά τη σύνδεση συγκεκριμένων διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας με την αγχώδη συμπτωματολογία. Έτσι, στους Έλληνες ο βαθμός του προσωρινού άγχους συσχετίστηκε θετικά με τη γενική λειτουργικότητα και με όλες τις διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, ενώ στους Αλβανούς δε φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση με τη διαστάσεις που σχετίζονταν με συναισθήματα (Συναισθηματική Εμπλοκή, Συναισθηματική Απαντητικότητα) και του Ρόλους. Στους Έλληνες το μόνιμο άγχος, δε βρέθηκε να σχετίζεται με τους Ρόλους, όπως στη περίπτωση των Αλβανών, αλλά με τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας και με διαστάσεις που αφορούν την Επικοινωνία, τη Συναισθηματική Εμπλοκή και τον Έλεγχο Συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, για τους Έλληνες δυσλειτουργία στα σχήματα συναλλαγής, υπερεμπλοκή ή αδιαφορία ως προς τη συναισθηματική επαφή και δύσκαμπτα ή χαώδη σχήματα συμπεριφοράς στην οικογένεια μάλλον συνδέονται περισσότερο με τα μόνιμα χαρακτηριστικά του άγχους, ενώ στην περίπτωση των Αλβανών ο τρόπος που καθορίζονται οι ρόλοι στην οικογένεια και το πόσο ξεκάθαροι είναι, σχετίζεται περισσότερο με το μόνιμο άγχος.

Από την άλλη πλευρά η διάγνωση νευρωσικών, συνδεδεμένων με στρες διαταραχών (F40-F48) δε βρέθηκε να δρα ως καθοριστικός προβλεπτικός παράγοντας της γενικής λειτουργικότητας της οικογένειας στους Αλβανούς στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, σε αντίθεση με τη διάγνωση της κατάθλιψης που αποτέλεσε σημαντικότερο παράγοντα. Μόνο η διάσταση που αφορά την «Επίλυση Προβλημάτων» βρέθηκε να καθορίζεται σημαντικά από τη διάγνωση στην περίπτωση των Αλβανών, καθώς όσοι έπασχαν από αγχώδη διαταραχή (ή συναισθηματική διαταραχή) είχαν μειωμένη λειτουργικότητα σε σχέση με όσους ταξινομήθηκαν στην κατηγορία που αφορούσε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες (Z00-Z99). Θα μπορούσε

κανείς να υποθέσει ότι η συνεργασία μεταξύ των μελών της οικογένειας, όσον αφορά την επίλυση προβλημάτων σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο, δυσχεραίνεται περισσότερο όταν ένα μέλος πάσχει από αγχώδη διαταραχή. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να εξηγήσει το γιατί συγκεκριμένα αυτή η διάσταση επηρεάζεται από τη συγκεκριμένη διαταραχή κι όχι οι υπόλοιπες και γιατί το εύρημα αυτό αφορά μόνο τους Αλβανούς, εφόσον στους Έλληνες η διάγνωση αγχώδους διαταραχής δε φάνηκε να αποτελεί στατιστικά προβλεπτικό παράγοντα της γενικής οικογενειακής λειτουργίας ή κάποιων τομέων της.

Μέχρι σήμερα, στο βαθμό που μπορούμε να το γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν άλλες έρευνες που να συγκρίνουν δείγματα διαφόρων εθνικοτήτων ως προς τις διαστάσεις αγχωδών διαταραχών ή συμπτωμάτων και οικογενειακής λειτουργίας, και πώς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της οικογενειακής λειτουργίας ανάλογα με την εθνικότητα μπορεί να συνδέονται με την εκδήλωση άγχους.

Σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία στον τομέα, οι λίγες μελέτες που έχουν γίνει για τη σύνδεση αγχωδών διαταραχών και οικογενειακής λειτουργίας, στην πλειοψηφία τους αναδεικνύουν σημαντική συσχέτιση της οικογενειακής δυσλειτουργίας με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Himle et al., 2017), μετατραυματικής διαταραχής, (Evans et al., 2010, Thompson et al., 2012), κρίσεων πανικού (Katerndahl & Realini 1997) και γενικότερα περισσότερων συμπτωμάτων αγχωδών διαταραχών (Schleider et al., 2013, 2015), καθώς και μεγαλύτερη διάρκεια των συμπτωμάτων κοινωνικής φοβίας (Knapp et al., 2009). Ωστόσο, υπάρχουν και μελέτες που δεν έδειξαν σημαντική συσχέτιση των κρίσεων πανικού (Dumas et al., 1995) ή του μετατραυματικού στρες (McDermott & Cobham, 2012) με την οικογενειακή λειτουργία.

Τέλος, η πιο ισχυρή συσχέτιση της κατάθλιψης, συγκριτικά με τις αγχώδεις διαταραχές, με τη δυσλειτουργία στην οικογένεια, όπως φαίνεται και στην παρούσα μελέτη, είναι κάτι που έχει γενικά βρεθεί κι από άλλες μελέτες. Σε σχετική έρευνα έγινε σύγκριση ως προς τη λειτουργία οικογένειας, τη λειτουργία του ζευγαριού και την ποιότητα ζωής μεταξύ ζευγαριών με ένα μέλος που έπασχε από κατάθλιψη, ζευγαριών με ένα μέλος με αγχώδη διαταραχή και ζευγαριών χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας (Hickey et al., 2005). Μεγαλύτερες δυσκολίες στους παραπάνω τομείς

παρουσίαζαν τα ζευγάρια που είχαν ένα μέλος που έπασχε από κατάθλιψη. Λιγότερες δυσκολίες και μικρότερης σοβαρότητας και διάρκειας φαίνεται να είχαν τα ζευγάρια με ένα μέλος με αγχώδη διαταραχή (Hickey et al., 2005).

4.3.3. Λειτουργία οικογένειας και ποιότητα ζωής

Ένας από τους βασικούς στόχους της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστεί η σχέση της οικογενειακής λειτουργίας με την ποιότητα ζωής. Έτσι, τόσο στους Αλβανούς, όσο και στους Έλληνες, καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής συσχετίστηκαν με καλύτερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας. Μια υπόθεση που θα μπορούσε να γίνει είναι ότι η λειτουργικότητα της οικογένειας επιδρά στην υποκειμενική αίσθηση της ποιότητας ζωής, καθώς καλύτερες σχέσεις κι επικοινωνία μεταξύ των μελών, πιο ξεκάθαροι ρόλοι, καλύτερα επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης-απαντητικότητας μπορεί να επηρεάζουν θετικά και τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις, την ικανοποίηση από παράγοντες που σχετίζονται και με το περιβάλλον (τομείς της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής). Από την άλλη, παράγοντες που συνδέονται με τις διαστάσεις που αφορούν την ποιότητα ζωής μπορεί να έχουν επίδραση και στην οικογενειακή λειτουργία.

Στο συγκεκριμένο τομέα, τα δεδομένα είναι ελάχιστα, καθώς δεν υπάρχουν συστηματικές μελέτες για τη σχέση ποιότητας ζωής και λειτουργίας οικογένειας γενικότερα. Τα λίγα στοιχεία από μελέτες αφορούν ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές (Wang et al., 2015), φροντιστές ασθενών με προβλήματα σωματικής υγείας (Rodríguez-Sánchez et al., 2011) ή μείζονες διαταραχές συναισθήματος (Heru et al., 2004), γονείς παιδιών με διάγνωση στο αυτιστικό φάσμα (Pisula & Porebowicz-Dorsmann, 2017). Οι έρευνες αυτές δείχνουν χειρότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας να συνδέονται με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Αντίστοιχες μελέτες που να αφορούν μετανάστες ή να λαμβάνουν υπόψη πολιτισμικά χαρακτηριστικά, δεν βρέθηκαν στη σχετική αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας που έγινε.

Όσον αφορά στη σύνδεση των διαφορετικών διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας με τους τομείς της ποιότητας ζωής (όπως αναδείχτηκε στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις), η οικογενειακή λειτουργία βρέθηκε μεταξύ των κυριότερων προβλεπτικών παραγόντων για αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής στους Αλβανούς, ενώ υπήρχαν κάποιες διαφορές σε σχέση με τους Έλληνες. Πρόκειται για ένα σημαντικό εύρημα, καθώς δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες που να εξετάζουν τις διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας ως προβλεπτικούς παράγοντες της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής.

Έτσι, στην περίπτωση των Αλβανών, βρέθηκαν συχνότερα μεταξύ των βασικών παραγόντων που σχετίζονται με συγκεκριμένους τομείς της ποιότητας ζωής, διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας που αφορούν τα θέματα ελέγχου στην οικογένεια και τους ρόλους. Για τους Έλληνες αντίστοιχα αναδύθηκαν συχνότερα συνδέσεις που αφορούσαν την ποιότητα ζωής και την οικογενειακή λειτουργία, ως προς τη συναισθηματική εμπλοκή.

Πιο συγκεκριμένα, χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, όσον αφορά στη σωματική και ψυχολογική υγεία στους Αλβανούς βρέθηκαν σε όσους είχαν μεγαλύτερη δυσλειτουργία στον τομέα Ελέγχου Συμπεριφοράς. Επομένως, άκαμπτοι ή υπερβολικά χαλαροί τρόποι άσκησης ελέγχου στο πλαίσιο της Αλβανικής οικογένειας σχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε αυτές τις διαστάσεις, όπως αξιολογήθηκαν από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους. Για την ποιότητα ζωής στον τομέα ψυχολογική υγεία σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας βρέθηκε να είναι και η λειτουργικότητα ως προς τους Ρόλους στην Αλβανική οικογένεια, δηλαδή τα επαναλαμβανόμενα σχήματα συμπεριφοράς μέσω των οποίων τα μέλη της οικογένειας εκτελούν και διαχειρίζονται τις οικογενειακές λειτουργίες. Η λειτουργικότητα στον τομέα των Ρόλων φαίνεται να είχε καθοριστική επίδραση και στην ποιότητα ζωής, όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις για τους Αλβανούς.

Στους Έλληνες, ο Έλεγχος συμπεριφοράς βρέθηκε μεταξύ των προβλεπτικών παραγόντων μόνο όσον αφορά τη διάσταση της σωματικής υγείας, όπως και στους Αλβανούς. Για τις υπόλοιπες διαστάσεις που σχετίζονταν με τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, την ψυχολογική υγεία και το περιβάλλον, τα ευρήματα έδειξαν ότι βρίσκονται σε χειρότερα επίπεδα στις περιπτώσεις μεγαλύτερης δυσλειτουργίας στον τομέα της οικογενειακής λειτουργίας που αφορά Συναισθηματική Εμπλοκή (και

τους Ρόλους μόνο για το Περιβάλλον). Τέλος, καλύτερη ποιότητα ζωής στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων σχετίστηκε στους Έλληνες με καλύτερη λειτουργικότητα στον τομέα της Επίλυσης Προβλημάτων σε επίπεδο οικογένειας.

Τα ευρήματα διαφοροποιούνται για τις δύο εθνικότητες, ως προς τις διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας που συνδέονται με την ποιότητα ζωής. Έτσι, κυρίως τα ζητήματα ελέγχου και ρόλων στην Αλβανική οικογένεια φάνηκε να επηρεάζουν τον τρόπο που κάθε μέλος αξιολογεί την ποιότητα ζωής του. Αυτό το εύρημα ίσως σχετίζεται με το παραδοσιακό προφίλ της Αλβανικής οικογένειας βάσει του πατριαρχικού μοντέλου, κάτι που όμως μπορεί να έρχεται σε αμφισβήτηση με τις αλλαγές λόγω της μετανάστευσης και την οικογένεια να προσπαθεί μάλλον να διατηρήσει τον παραδοσιακό χαρακτήρα της ως προς τους ρόλους, αντιμετωπίζοντας όμως ταυτόχρονα τις προκλήσεις της κοινωνίας στην οποία εντάσσεται (Μπεζεβέγκης και συν., 2010). Τα δεδομένα αυτά ίσως επηρεάζουν και την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα δε όταν συνυπάρχουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Από την άλλη πλευρά, πιο συναισθηματικές διαστάσεις του τρόπου που λειτουργεί η ελληνική οικογένεια, με ζητήματα υπερεμπλοκής ή πλήρους αδιαφορίας είναι ίσως καθοριστικές για την υποκειμενική αντίληψη της γενικής ποιότητας ζωής στους Έλληνες.

4.3.4. Λοιποί παράγοντες που συνδέονται με τη λειτουργία οικογένειας σε Αλβανούς κι Έλληνες

Είναι σημαντικό να δούμε και κάποιους άλλους παράγοντες που αναδείχθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, και φάνηκε να συνδέονται με διάφορες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας στους Αλβανούς, καθώς και πώς διαφοροποιούνται σε σχέση με τους Έλληνες.

A. Κατάσταση Γενικής Υγείας

Στην ίδια κατεύθυνση με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης που αφορούν τη σύνδεση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τη λειτουργία οικογένειας, είναι και το εύρημα σύμφωνα με το οποίο χειρότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργίας, όπως αξιολογήθηκαν από τους Αλβανούς συμμετέχοντες στην έρευνα βρέθηκαν να σχετίζονται επίσης με λιγότερο ικανοποιητική κατάσταση γενικής υγείας (βάσει του GHQ-28), συνολικά αλλά και ως προς όλες τις διαστάσεις της (σωματικά συμπτώματα, άγχος κι αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και μείζων κατάθλιψη). Ανάλογα ήταν τα ευρήματα και στην περίπτωση των Ελλήνων.

Θετική συσχέτιση της κατάστασης γενικής υγείας και της οικογενειακής λειτουργίας έχει βρεθεί σε μελέτη σε ασθενείς με διαβήτη (Bahremand et al., 2015). Γενικά, δε φαίνεται να υπάρχουν πολλές δημοσιευμένες έρευνες που να εξετάζουν τη σύνδεση της κατάστασης υγείας με τη λειτουργία οικογένειας σε δείγματα ασθενών ή στο γενικό πληθυσμό, καθώς συνήθως οι συγκρίσεις επικεντρώνονται κυρίως στη σύνδεση της οικογενειακής λειτουργικότητας με συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής ή σωματικής νόσου (Friedman et al., 1997, Koyama et al., 2004, Wang et al., 2015).

B. Μεταβολή στη σφαιρική λειτουργικότητα μετά τη θεραπευτική παρέμβαση

Καλύτερη λειτουργικότητα της οικογένειας κατά την υποδοχή, συνδέθηκε θετικά στην περίπτωση των Αλβανών με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως υποδεικνύει η μεγαλύτερη πιθανότητα στην περίπτωση αυτή να υπάρξει βελτίωση στη σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου στην καθημερινή του ζωή (μεταβολή στην κλίμακα GAF) μετά τη θεραπεία, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες. Έτσι όταν υπάρχουν πιο ευέλικτα και λειτουργικά σχήματα συναλλαγής σε επίπεδο οικογένειας, πιθανά να μπορεί να υποστηριχθεί καλύτερα και η όποια θεραπεία λαμβάνει ο ασθενής (φαρμακευτική, ψυχολογική) με αποτέλεσμα να σημειώνεται καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Επιπρόσθετα στους Αλβανούς, η διάσταση που αφορούσε ειδικά τους Ρόλους, συνδέθηκε καθοριστικά με τη μεταβολή της σφαιρικής λειτουργικότητας (βάσει GAF) στην καθημερινή ζωή του ατόμου, πριν και μετά τη θεραπεία (είτε υπάρχει ολοκλήρωση, είτε διακοπή της θεραπείας). Δηλαδή, στις οικογένειες που οι ρόλοι είναι πιο ξεκάθαροι, υπάρχει συνέπεια στις ευθύνες κι υποστήριξη στα λοιπά μέλη της οικογένειας, ο παράγοντας αυτός λειτουργεί ίσως θετικά ενισχύοντας τα αποτελέσματα της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με νεότερες μελέτες που έχουν συσχετίσει τη λειτουργία οικογένειας με την έκβαση της θεραπείας, όπως τα επίπεδα αποκατάστασης, τη συνεργασία στη θεραπεία, τον κίνδυνο υποτροπής και την πρόωγη διακοπή (Staccini et al., 2015), καθώς και με παλιότερες έρευνες, στο πλαίσιο των οποίων η καλή οικογενειακή λειτουργία είχε βρεθεί ως στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την καλύτερη πορεία της νόσου και την αποκατάσταση σε ασθενείς με κατάθλιψη (Keitner et al., 1992, Keller et al., 1992, Maj et al., 1992, Giles et al., 1989). Σημαντικές είναι οι προεκτάσεις των παραπάνω ευρημάτων, ειδικά για την περίπτωση των μεταναστών, στους οποίους εστιάζει η παρούσα μελέτη.

Γ. Γεγονότα ζωής

Η σχέση μεταξύ γεγονότων ζωής και οικογενειακής λειτουργίας έχει εξεταστεί σε διάφορες έρευνες, που κυρίως μελετούν τη συσχέτιση του τρόπου λειτουργίας της οικογένειας με παράγοντες που σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία, υπό την επίδραση αρνητικών γεγονότων ζωής (Balistreri & Alvira-Hammond, 2016) ή φυσικών καταστροφών (Banks & Weems, 2014). Έτσι σε σχετική έρευνα που ακολούθησε μεγάλη φυσική καταστροφή με πυρκαγιά, βρέθηκε ότι ειδικά στα άτομα νεότερης ηλικίας, η ύπαρξη αρνητικών ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής συνδέονταν με μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια (Felix et al., 2015).

Στην παρούσα μελέτη, η εμπειρία ενός σοβαρού γεγονότος ζωής τα τελευταία 2 έτη βρέθηκε να συνδέεται σημαντικά κι ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές με

διάφορους τομείς της οικογενειακής λειτουργίας στους Αλβανούς, αλλά και στους Έλληνες.

Έτσι, στην περίπτωση των Αλβανών μόνο, φαίνεται ότι η γενική λειτουργικότητα της οικογένειας επηρεάζεται αρνητικά από το αν υπάρχει πρόσφατη εμπειρία κάποιου σοβαρού γεγονότος ζωής. Πιθανά αυτό να διαταράσσει τις ισορροπίες του συστήματος σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την περίπτωση των Ελλήνων και να επιδρά καθοριστικά στον τρόπο που συναλλάσσονται τα μέλη της οικογένειας. Το εύρημα αυτό ίσως συνδέεται και με μεγαλύτερη ευαλωτότητα, λόγω των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την ίδια τη διαδικασία της μετανάστευσης στους Αλβανούς ή πιθανά λόγω των ιδιαίτερων σχημάτων οικογενειακής λειτουργίας. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι τα συχνότερα αναφερόμενα γεγονότα ζωής στους Αλβανούς του δείγματος σχετίζονταν με την εμπειρία σωματικής κακοποίησης και το χωρισμό, υποδηλώνοντας σοβαρή δυσλειτουργία σε επίπεδο σχέσεων στις συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σε σχετική μελέτη βρέθηκε επίσης συσχέτιση μεταξύ πρόσφατων αρνητικών γεγονότων ζωής με την οικογενειακή δυσλειτουργία και την εκδήλωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, ανεξαρτήτως άλλων παραγόντων (Guoping et al., 2010).

Στην περίπτωση των Αλβανών μόνο επίσης, η διάσταση που αφορά πώς διαμορφώνονται οι Ρόλοι μέσα στην οικογένεια, δηλαδή κατά πόσο είναι ξεκάθαρος ο τρόπος που κατανέμονται οι υποχρεώσεις, εάν υπάρχει συνέπεια ως προς τις ευθύνες που αναλαμβάνει το κάθε μέλος της οικογένειας, καθώς και η παροχή στήριξης σε μέλη που τη χρειάζονται, συσχετίστηκε σημαντικά με το αν είχαν ζήσει κάποιο σοβαρό γεγονός ζωής την τελευταία διετία. Έτσι, υπό την επίδραση ενός ψυχοπιεστικού γεγονότος ζωής, υπήρξε σημαντική δυσλειτουργία στον παράγοντα που αφορά τους ρόλους στην οικογένεια.

Από την άλλη πλευρά, στους Έλληνες μόνο, καθοριστική επίδραση φάνηκε να έχει, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, η εμπειρία σοβαρού γεγονότος ζωής στην λειτουργικότητα, όσον αφορά τον τομέα Ελέγχου της Συμπεριφοράς, ως παράγοντα της οικογενειακής λειτουργίας. Έτσι στις οικογένειες των Ελλήνων που είχαν ζήσει πρόσφατα κάποιο σοβαρό γεγονός ζωής, φάνηκε να υπάρχουν πιο δυσλειτουργικοί τρόποι έκφρασης του ελέγχου σε διάφορες καταστάσεις.

Τέλος, μια άλλη διάσταση της οικογενειακής λειτουργίας που αφορά τον τρόπο Επίλυσης Προβλημάτων που απειλούν την ολότητα της οικογένειας και τη λειτουργική της ικανότητα, όπως αξιολογήθηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στην έρευνα και στις δυο εθνικότητες, μάλλον είχε σημαντική σχέση με το αν είχαν ζήσει κάποιο γεγονός ζωής τα τελευταία δυο χρόνια, με εκείνους που είχαν εμπειρία αρνητικού γεγονότος ζωής να έχουν σημαντικά χειρότερη λειτουργικότητα στον τομέα αυτό.

Τα ευρήματα συμφωνούν και με σχετική μελέτη σε ζευγάρια διαφορετικών εθνικοτήτων, που εξέτασε την επίδραση την οικονομικής δυσπραγίας και των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής στην επικοινωνία μεταξύ των συζύγων (n=414). Βρέθηκε ότι ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, οι δυο αυτές μεταβλητές προέβλεψαν σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο δυσλειτουργίας στο ζευγάρι (Williamson et al., 2013).

Περαιτέρω μελέτη μπορεί να αναδείξει αν οι διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων, ως προς τον τρόπο που πιθανά επιδρούν τα γεγονότα ζωής σε διάφορες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, συνδέονται με πολιτισμικά χαρακτηριστικά ή με τη μετανάστευση. Σε κάθε περίπτωση τα ευρήματα αυτά οδηγούν στην αναγκαιότητα εστιασμένων παρεμβάσεων που αφορούν την οικογενειακή λειτουργία, σε περιπτώσεις πρόσφατου βιώματος σοβαρού γεγονότος ζωής.

Δ. Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές

Η ζωή με την πατρική οικογένεια, το φύλο κι η ανεργία, ανεξαρτήτως άλλων παραγόντων (εκτός από τα γεγονότα ζωής και τη διάγνωση που αναφέρθηκαν παραπάνω) αποτέλεσαν προβλεπτικούς παράγοντες της οικογενειακής λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς, για τους Αλβανούς. Το φύλο ήταν ο μόνος κοινός προβλεπτικός παράγοντας στις δυο εθνικότητες, καθώς τελικά φάνηκε ότι διαφορετικοί παράγοντες συνδέθηκαν με τη λειτουργία της οικογένειας, σε διάφορες διαστάσεις, για Έλληνες κι Αλβανούς. Έτσι, στην περίπτωση των Ελλήνων, η λήψη

φαρμακευτικής αγωγής, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο (εκτός από τα γεγονότα ζωής και τη διάγνωση που περιγράφηκαν παραπάνω) φαίνεται ότι προέβλεπαν στατιστικά σε σημαντικό βαθμό τη δυσλειτουργία σε διάφορους τομείς της οικογενειακής ζωής, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες.

Για τους Αλβανούς, ειδικά στον τομέα της επικοινωνίας, αναφέρθηκε μειωμένη λειτουργικότητα από όσους ζούσαν με την πατρική οικογένεια, υποδηλώνοντας λιγότερο ικανοποιητικούς τρόπους συναλλαγής σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο, ανεξαρτήτως διάγνωσης. Αυτό πιθανά να σχετίζεται με πιο παραδοσιακούς και δύσκαμπτους σε αυτό τον τομέα τρόπους λειτουργίας της πατρικής οικογένειας. Επίσης, οι γυναίκες συχνότερα αντιλαμβάνονταν και περιέγραφαν δυσλειτουργία στην οικογένεια σε επίπεδο ρόλων, κάτι που δείχνει πιθανά και την επίδραση των αλλαγών στο οικογενειακό σύστημα, μετά τη μετανάστευση. Οι γυναίκες φαίνεται να αμφισβητούν πιο ανοικτά τα παραδοσιακά μοντέλα, ενώ εκείνες αναλαμβάνουν πλέον πιο ενεργούς ρόλους όσον αφορά την εργασία και το οικογενειακό εισόδημα (Μιχαήλ, 2014).

Τέλος, σε σχέση με τους τρόπους άσκησης ελέγχου στην οικογένεια, σημαντική ήταν η επίδραση της ανεργίας, καθώς οι Αλβανοί που δεν εργάζονταν περιέγραφαν περισσότερα προβλήματα στον τομέα αυτό. Αυτό πιθανά συνδέεται με τις αλλαγές στο οικογενειακό σύστημα, σε περιπτώσεις απώλειας εργασίας και τις συνέπειες που μπορεί να έχει σε επίπεδο συναλλαγών και σχέσεων. Φαίνεται όμως ότι η ανεργία που πιθανά σχετίζεται με μεγαλύτερη ευαλωτότητα για δυσλειτουργία στο οικογενειακό σύστημα, έχει επίδραση μόνο στους Αλβανούς. Δε βρέθηκε κάτι ανάλογο για τους Έλληνες. Θα μπορούσε να σκεφτεί κανείς ότι η ύπαρξη εκτεταμένης οικογένειας πιθανά να λειτουργεί υποστηρικτικά για τους Έλληνες, σε περιπτώσεις ανεργίας. Επίσης, η καλύτερη οικονομική κατάσταση που συνηθέστερα παρατηρείται στους Έλληνες στα νησιά, λόγω της μακρόχρονης απασχόλησης τους στον τουρισμό, πιθανά να έχει ένα προστατευτικό ρόλο στην περίπτωση απώλειας εργασίας.

Στους Έλληνες όμως υπήρχαν λιγότερο λειτουργικά σχήματα επικοινωνίας στην οικογένεια και περισσότερο άκαμπτοι ή χαοτικοί τρόποι άσκησης ελέγχου στην περίπτωση που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, κάτι που πιθανά υποδεικνύει μεγαλύτερη σοβαρότητα συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό θα

μπορούσε να ερμηνευθεί κι αντίστροφα, με τα θέματα επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια να επιδρούν καθοριστικά και στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την πιθανότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, περιέγραφαν χειρότερα επίπεδα λειτουργικότητας όσον αφορά τους ρόλους στην οικογένεια και τη συναισθηματική εμπλοκή. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να εξηγήσει αυτό το εύρημα. Ειδικά σε σχέση με τη διάσταση που αφορά περιπτώσεις υπερεμπλοκής ή αδιαφορίας στις σχέσεις, οι γυναίκες μάλλον περιέγραφαν συχνότερα δυσλειτουργία σε αυτό το επίπεδο συναλλαγών την οικογένεια. Είναι ίσως και πολιτισμικό χαρακτηριστικό, οι γυναίκες να έχουν πιο ενεργό ρόλο σε θέματα που αφορούν συναισθηματική έκφραση κι εμπλοκή στην οικογένεια, σε σχέση με τους άντρες, κάτι που ίσως τις καθιστά πιο ανοικτές στο να παρατηρήσουν, να αντιληφθούν και να αξιολογήσουν τέτοιου είδους συναλλαγές (Γιώτσα, 2003, Georgas et al., 2006).

Τα ευρήματα αυτά έχουν κλινικές προεκτάσεις, κυρίως όσον αφορά στην ανάγκη αξιολόγησης της δυσλειτουργίας στην οικογένεια σε συγκεκριμένους τομείς και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ειδικά σε περιπτώσεις για παράδειγμα ανεργίας, για τους Αλβανούς, κάτι που θα αναπτυχθεί περισσότερο στη σχετική ενότητα.

4.4. Η σχέση της ποιότητας ζωής με τις υπό μελέτη μεταβλητές

4.4.1. Υποκειμενική εκτίμηση ποιότητας ζωής και εθνικότητα

Η ποιότητα ζωής των Αλβανών μεταναστών αξιολογήθηκε από τους ίδιους σε μέτρια επίπεδα, χωρίς σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους Έλληνες, συνολικά και σε όλες τις διαστάσεις, με εξαίρεση τη διάσταση Περιβάλλον, που εκτιμήθηκε σε χειρότερα επίπεδα σε σχέση με τους γηγενείς. Έτσι, η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους περισσότερους τομείς, δε φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την εθνικότητα (και κατ' επέκταση το καθεστώς της μετανάστευσης) στην παρούσα μελέτη.

Αυτό το εύρημα μπορεί να σχετίζεται και με το «παράδοξο της μετανάστευσης», όπως έχει διατυπωθεί στη βιβλιογραφία με τους μετανάστες σε ορισμένες περιπτώσεις να δηλώνουν ακόμα και πιο ευχαριστημένοι με την ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τους γηγενείς (Bălăntescu, 2006). Επίσης, είναι σύμφωνο με ευρήματα μελετών, με βάση τα οποία οι λόγοι που εξηγούν τυχόν διαφοροποιήσεις στην υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής μεταξύ γηγενών και μεταναστών, δε σχετίζονται με την ίδια τη μετανάστευση, αλλά με άλλους παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ψυχολογική δυσφορία (Rodríguez et al., 2009, Pantzer et al., 2006).

Όσον αφορά τη σύγκριση με δεδομένα αντίστοιχων ερευνών, μελέτη που αφορούσε την ποιότητα ζωής μεταναστών σε 21 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα έδειξε ότι ναι μεν οι μετανάστες αξιολογούσαν θετικά την ποιότητα ζωής τους, ωστόσο πιο αρνητικά σε σχέση με τους γηγενείς (Bălăntescu, 2007). Θετικότερα αξιολογούσαν οι μετανάστες την ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ντόπιους, σε τομείς που αφορούσαν τις κοινωνικές συνθήκες. Πιο ικανοποιημένοι φάνηκε να είναι επίσης με την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία τους, οι Αλβανοί σε σχέση με τους Έλληνες και σε άλλη μελέτη στην Ελλάδα, με τη διαμονή σε αστικά κέντρα να σχετίζεται με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε αυτόν τον τομέα (Lahana & Niakas, 2013).

Σε άλλη μελέτη στα ελληνικά δεδομένα, διαφορές εντοπίστηκαν ως προς τις διαστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας της ποιότητας ζωής, στην περίπτωση των μεταναστών, Αλβανών και Ποντίων, σε σχέση με τους Έλληνες γηγενείς, με τους μετανάστες να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ευημερίας (Πράπας & Μαυρέας, 2016). Ως προς τη διάσταση Περιβάλλον δεν εντοπίστηκαν διαφορές στην προαναφερθείσα έρευνα, καθώς Έλληνες και μετανάστες θεωρούσαν το περιβάλλον που ζουν μέτρια υγιεινό, ήταν ικανοποιημένοι σε μέτριο βαθμό από την πρόσβασή τους στις κοινωνικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και από τις συνθήκες στέγασης. Ωστόσο, η έρευνα αυτή έγινε στο Νομό Αττικής, ενώ οι συνθήκες διαφοροποιούνται αρκετά σε μη αστικές περιοχές.

Στην παρούσα έρευνα, στη διάσταση Περιβάλλον, οι Αλβανοί έδωσαν απαντήσεις που υποδεικνύουν χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σχέση με τους Έλληνες. Η συγκεκριμένη διάσταση αφορά κυρίως την υποκειμενική αίσθηση ασφάλειας και την ικανοποίηση από τις συνθήκες στον τόπο κατοικίας, την οικονομική κατάσταση (π.χ. πόροι για την κάλυψη καθημερινών αναγκών), το βαθμό πρόσβασης σε πληροφορίες και σε υπηρεσίες υγείας, την ικανοποίηση από τη χρήση μέσων μεταφοράς, το χρόνο για ψυχαγωγία κλπ. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με το γεγονός ότι στο δείγμα ήταν περισσότεροι οι Αλβανοί που δεν εργάζονταν ή εργάζονταν με μερική απασχόληση σε σύγκριση με τους Έλληνες, ενώ αρκετοί από αυτούς ήταν ανασφάλιστοι. Η δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, φαίνεται να αναδεικνύεται επίσης από το γεγονός ότι λιγότεροι Αλβανοί σε σχέση με τους γηγενείς, είχαν δει ειδικό ψυχικής υγείας πριν απευθυνθούν στην Κινητή Μονάδα, ενώ βρέθηκε να διακόπτουν νωρίτερα τη θεραπεία. Τα προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας εντείνονται πιθανά και λόγω του γεγονότος ότι οι μετανάστες του δείγματος διαμένουν σε νησιωτική περιοχή, κατά συνέπεια η μετακίνηση τους προς την Αθήνα μπορεί να είναι πιο δύσκολη (λόγω κόστους, απώλειας ωρών εργασίας κλπ.), σε σχέση με αυτούς που μένουν στα αστικά κέντρα. Η διάσταση αυτή χρειάζεται να ληφθεί σοβαρά υπόψη σε επίπεδο οργάνωσης της υπηρεσίας, καθώς και στην ανάπτυξη ειδικών δράσεων ευαισθητοποίησης των μεταναστών σε θέματα υγείας, παροχής υπηρεσιών και δικτύωσης με άλλους φορείς στην κοινότητα.

4.4.2. Η σχέση της ποιότητας ζωής με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν χειρότερη, στις περιπτώσεις που υπήρχαν περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τόσο στους Αλβανούς, όσο και τους Έλληνες, εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Bonicatto et al, 2001, Ruggeri et al, 2005, Οικονόμου και συν., 2001). Στην ίδια κατεύθυνση, και η κατάσταση γενικής υγείας βρέθηκε να είναι σε καλύτερα επίπεδα, σε περιπτώσεις που και το επίπεδο ποιότητας ζωής αξιολογούνταν θετικότερα, τόσο στους Αλβανούς, όσο και στους Έλληνες.

Με βάση και τα δεδομένα από τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, η γενική ποιότητα ζωής, όπως εκτιμήθηκε από τους Αλβανούς μετανάστες στην παρούσα μελέτη, επηρεάστηκε καθοριστικά κυρίως, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, από την ύπαρξη ή όχι διάγνωσης ψυχικής διαταραχής (συναισθηματικής διαταραχής ή αγχώδους διαταραχής), εφόσον αυτός αναγνωρίστηκε ως ο βασικός προβλεπτικός παράγοντας για τη συγκεκριμένη μεταβλητή. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης που αναδεικνύουν τις δυσκολίες στην αναζήτηση βοήθειας για προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και δέσμευσης στη θεραπεία για τους Αλβανούς (μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας στους μετανάστες, σε σχέση με τους γηγενείς), δείχνει ότι η αντιμετώπιση ψυχιατρικής διαταραχής αποτελεί ουσιαστική επιβάρυνση για την ποιότητα ζωής τους.

Ειδικότερα, η ύπαρξη περισσότερων συμπτωμάτων μόνιμου άγχους, φαίνεται ότι είχε καθοριστική επίδραση στους περισσότερους τομείς της ποιότητας ζωής των Αλβανών, δηλαδή στη σωματική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, και το περιβάλλον. Στην περίπτωση των Ελλήνων, η καταθλιπτική συμπτωματολογία (κι όχι η αγχώδης) ήταν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες τόσο στη γενική ποιότητα ζωής, όσο και στις περισσότερες διαστάσεις της, δηλαδή τη σωματική και ψυχολογική υγεία, και τις κοινωνικές σχέσεις (περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονταν με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής).

Πρόκειται για μια διαφοροποίηση μεταξύ Αλβανών κι Ελλήνων, εφόσον στους μετανάστες, κυρίως τα συμπτώματα άγχους βρέθηκαν να είναι ανάμεσα στους πιο

καθοριστικούς παράγοντες, σε σχέση με όλους τους υπόλοιπους, για την υποκειμενική αίσθηση διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής, ενώ για τους Έλληνες αντίστοιχα τα συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτό πιθανά σχετίζεται και με το εύρημα ότι οι Αλβανοί που παρουσίαζαν συμπτώματα άγχους είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ αντίστοιχα για τους Έλληνες η καταθλιπτική συμπτωματολογία αύξανε την πιθανότητα λήψης αγωγής, κάτι που ίσως υποδηλώνει μεγαλύτερη επίδραση στη λειτουργικότητα της συγκεκριμένης συμπτωματολογίας, για κάθε εθνικότητα.

Η βιβλιογραφία γενικά αναδεικνύει την επίδραση τόσο των αγχωδών διαταραχών, όσο και των διαταραχών διάθεσης στην ποιότητα ζωής, με κάποιες διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό της επιβάρυνσης, ανάλογα με τη διαταραχή. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα διαπολιτισμικές μελέτες στον τομέα αυτό, που να δείχνουν μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών για κάποιες εθνικότητες. Προς αυτή την κατεύθυνση, μεγάλης εμβέλειας έρευνα που έγινε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ανέδειξε τη σημαντική συσχέτιση των διαταραχών διάθεσης με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ενώ μεγαλύτερη επίδραση βρέθηκε να έχουν στον τομέα της σωματικής λειτουργικότητας (Spitzer et al., 1995). Ομοίως, στην περίπτωση των αγχωδών διαταραχών, μελέτες δείχνουν την αρνητική επίπτωση τους στην ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, κυρίως στον κοινωνικό τομέα, τους ρόλους και τις ημέρες ανικανότητας (Magotsi et al., 2000, Kessler & Frack, 1997). Τα ερευνητικά δεδομένα αφορούν διαταραχή πανικού, μετατραυματική διαταραχή, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, σωματόμορφες διαταραχές και ιδεοψυχαναστική διαταραχή (Mendlowicz & Stein, 2000, Sherbourne et al., 1996, Koran et al., 1996).

Επιπρόσθετα, σε έρευνα που διενεργήθηκε σε 919 φοιτητές που απευθύνθηκαν σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αμερική, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση όχι μόνο των διαταραχών, αλλά και των συμπτωμάτων κατάθλιψης κι άγχους με την υποκειμενική αντίληψη ποιότητας ζωής (Brenes, 2007). Μάλιστα, οι ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία αξιολογούσαν ως χειρότερο το επίπεδο ζωής τους, σε σχέση με ασθενείς που παρουσίαζαν οξεία καρδιολογικά προβλήματα ή διαβήτη. Προς την ίδια κατεύθυνση, σε άλλη μελέτη

που έγινε σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας στην Ιταλία, περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης συσχετίστηκαν με μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από την υγεία και μικρότερο βαθμό γενικής ευημερίας (Ruggeri et al., 2005).

Τέλος, κι άλλες μελέτες αναδεικνύουν την επιβάρυνση των συναισθηματικών και αγγωδών διαταραχών στην ποιότητα ζωής και μάλιστα η επίδραση αυτή διαφέρει ανάλογα με τη διάγνωση και τα ειδικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής (Raparport et al., 2005). Σε σχετική μελέτη βρέθηκε μεγαλύτερη επιβάρυνση στις περιπτώσεις υποτροπιάζουσας κατάθλιψης και μείζονος κατάθλιψης, καθώς και στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, συγκριτικά με την επιβάρυνση στις περιπτώσεις διαταραχής πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, κοινωνικής φοβίας και προεμμηνορρυσιακής δυσφορικής διαταραχής (Raparport et al., 2005).

Σε κάθε περίπτωση, αναδεικνύεται η άμεση σύνδεση της ποιότητας ζωής με την ψυχική νόσο, σε μια σχέση μάλλον αμφίδρομη, καθώς η ψυχιατρική συμπτωματολογία έχει επίδραση σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής, αλλά και αντίστροφα, τα χαμηλά επίπεδα της ποιότητας ζωής μπορεί να δρουν επιβαρυντικά για την ψυχική υγεία (Οικονόμου και συν., 2001). Η ανάπτυξη παρεμβάσεων, με στόχο την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματία ψυχικής υγείας, τη δέσμευση των μεταναστών στη θεραπεία, την παροχή ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού πλάνου, τη βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας, αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αλλά και τη μείωση της επιβάρυνσης σε επίπεδο ποιότητας ζωής (Lehman, 1982). Από την άλλη, οι παρεμβάσεις σε κοινωνικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των μεταναστών αναμένεται να έχουν θετικό αντίκτυπο και σε επίπεδο ψυχικής υγείας.

4.5. Κλινικές προεκτάσεις και εφαρμογές της παρούσας έρευνας

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, μεταξύ άλλων, αναδείχθηκαν δυσκολίες που αφορούν την επαφή των Αλβανών μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και κάποιες αδυναμίες της τοπικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας (Κινητή Μονάδα) να πλαισιώσει καλύτερα τους μετανάστες, δουλεύοντας θεραπευτικά συνολικά με την οικογένεια και περιορίζοντας το ποσοστό πρόωρου τερματισμού της θεραπείας. Επιπρόσθετα, αναδείχθηκαν συγκεκριμένοι παράγοντες της οικογενειακής λειτουργίας στους Αλβανούς μετανάστες που σχετίζονται με την εκδήλωση καταθλιπτικής κι αγχώδους συμπτωματολογίας, και με την ποιότητα ζωής τους.

Σε μια προσπάθεια αξιοποίησης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης στην κλινική πρακτική, λαμβάνοντας επίσης υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία και τις κατευθυντήριες γραμμές για στην ένταξη πολιτισμικά ευαίσθητων μεθόδων προσέγγισης κι αντιμετώπισης των μεταναστών (MacFarlane et al., 2014, Kirmayer et al., 2011), ακολουθούν προτάσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και των παρεχόμενων υπηρεσιών γενικότερα, σε αυτή την ομάδα πληθυσμού, και ειδικότερα στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στις Κυκλάδες, όπου διεξήχθη η έρευνα.

4.5.1. Αναπτύσσοντας μια "πολιτισμικά ευαίσθητη" υπηρεσία

Τα ευρήματα των μελετών που επικεντρώνονται σε τρόπους βελτίωσης της χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες συγκλίνουν στην αναγνώριση των παρακάτω ως καλές πρακτικές:

- η ευελιξία της υπηρεσίας,
- η ύπαρξη κατάλληλα εκπαιδευμένων διερμηνέων,
- η εργασία με τις οικογένειες,
- η διασύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες,

- η γνώση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων από την πλευρά του προσωπικού,
- η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η παροχή ενημερωτικού υλικού σε μετανάστες,
- οι θετικές και σταθερές σχέσεις του προσωπικού,
- η ύπαρξη ξεκάθαρων κατευθυντήριων γραμμών, όσον αφορά τα δικαιώματα και την ιδιαίτερη μεταχείριση μεταναστών διαφορετικών εθνικοτήτων (Priebe et al., 2011).

Ειδικά, όσον αφορά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχει δοθεί έμφαση επίσης στην ανάγκη εργασίας πολιτισμικών διαμεσολαβητών από την αρχή της επαφής των μεταναστών με την υπηρεσία (Tarricone et al., 2011), και στη σημασία της ενίσχυσης της κοινωνικής δικτύωσης, μέσα από την ανάπτυξη στρατηγικών βελτίωσης της κοινωνικής υποστήριξης από το δίκτυο των φίλων και την κοινότητα (Schmiedet al. 2017, Pantelidou & Craig, 2006).

Προς την ίδια κατεύθυνση, μελέτες που έχουν γίνει σε ευρωπαϊκά πλαίσια υποστηρίζουν ότι παρότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ διαφορετικών ευρωπαϊκών χωρών, είναι κοινές οι προκλήσεις για τους ειδικούς ψυχικής υγείας που εργάζονται σε κοινότητες με αυξημένο αριθμό μεταναστών. Μεγάλη σημασία έχει η εκπαίδευση των επαγγελματιών ως προς τη διαγνωστική διαδικασία για άτομα διαφορετικών εθνικοτήτων, η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης κι η προσπάθεια αντιμετώπισης της κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησης των μεταναστών (Sandhu et al., 2013).

Μελέτες στην Ελλάδα έχουν επίσης αναδείξει την ανάγκη ενδυνάμωσης και διευκόλυνσης των μεταναστών, όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Karamitri et al., 2013, Galanis et al., 2013). Τονίζουν τη σημασία της παροχής πληροφοριών για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και το νομικό πλαίσιο στη γλώσσα τους, καθώς και τη σημασία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεταναστών, την αποδοχή των πολιτισμικών διαφορών και το δικαίωμα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, τη γνώση καλών πρακτικών όσον αφορά τη φροντίδα μεταναστών και την ενίσχυση της δικτύωσης μεταξύ υπηρεσιών υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, η ανάπτυξη προτάσεων για κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς που αφορούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας των μεταναστών, σε υπηρεσίες πρώτης γραμμής-πρωτοβάθμιας φροντίδας, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση, λόγω των ιδιαίτερων διαφορών στη γλώσσα και το πολιτισμικό πλαίσιο των μεταναστών, σε σχέση με τη χώρα εγκατάστασης, καθώς και λόγω των συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων που συνδέονται με την μετανάστευση (Kirmayer et al., 2011).

Ειδική προσοχή θα πρέπει να δίνεται σε πρακτικά θέματα και θέματα πλαισίου που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενή (illness behaviour), την επικοινωνία ασθενή-επαγγελματία ψυχικής υγείας και την κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών (Kleinman & Benson, 2006). Η επίδραση του πολιτισμικού υπόβαθρου στον τρόπο επικοινωνίας, στην έκφραση των συμπτωμάτων και τη συμπεριφορά του ασθενή, η επίδραση της οικογενειακής λειτουργίας στη διαδικασία επιπολιτισμού και ο βαθμός που η τοπική κοινωνία υποδοχής διευκολύνει ή εμποδίζει την προσαρμογή και την κοινωνική ενσωμάτωση, είναι παράγοντες που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη.

Για τη διερεύνηση των παραπάνω παραγόντων και την αποτελεσματική θεραπευτική εργασία με μετανάστες είναι μεγάλης σημασίας η εκπαίδευση "πολιτισμικά ικανών" θεραπευτών, η συνεργασία με πολιτισμικούς διαμεσολαβητές, η συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή μετανάστη και με κοινοτικούς οργανισμούς και υπηρεσίες και η προσαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεταναστών (Flores, 2005, Andrulis & Brach, 2007, Karliner et al., 2007, Bhui et al., 2007).

A. Πολιτισμική επάρκεια και πολιτισμικά ικανοί θεραπευτές

Η πολιτισμική καταλληλότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες από άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Η ανάπτυξη κι εφαρμογή πολιτισμικά ευαίσθητων πρακτικών μπορούν να μειώσουν τους φραγμούς που

εμποδίζουν την αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών, ενώ η πολιτισμική επίγνωση αποτελεί βασική προϋπόθεση για μια υπηρεσία υγείας, προκειμένου να μπορεί να αξιολογεί και να ανταποκρίνεται αναλόγως σε αιτήματα ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά εθνοπολιτισμικά πλαίσια (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2014).

Σύμφωνα με τον Davis (1997) η πολιτισμική επάρκεια αφορά στην ικανότητα του θεραπευτή/πλαισίου να απαρτιώνει και να μετασχηματίζει γνώσεις, πληροφορίες και δεδομένα για άτομα κι ομάδες, σε συγκεκριμένα κλινικά πρότυπα (standards). Περιλαμβάνει δεξιότητες και τεχνικές που συναντούν την κουλτούρα του ατόμου και βελτιώνουν αφενός την ποιότητα και την καταλληλότητα της φροντίδας υγείας κι αφετέρου τις εκβάσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η πολιτισμική ικανότητα του επαγγελματία υγείας αφορά το σεβασμό στις πεποιθήσεις, τη γλώσσα, τους τρόπους επικοινωνίας και τις συμπεριφορές των χρηστών υπηρεσιών που είναι διαφορετικής εθνικότητας από τον ίδιο, προκειμένου να προωθείται η ανάπτυξη αποτελεσματικών αλληλεπιδράσεων σε διαπολιτισμικές καταστάσεις (Cross et al., 1989). Ο ειδικός ψυχικής υγείας χρειάζεται να σέβεται τη διαφορετική γλώσσα και κουλτούρα του μετανάστη, δηλαδή τις αξίες, τα έθιμα, το πολιτισμικό πλαίσιο και να είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί όχι μόνο τις προκαταλήψεις του μετανάστη απέναντι στις υπηρεσίες, αλλά και τις δικές του απέναντι στη διαφορετικότητα.

Ο "πολιτισμικά ικανός" θεραπευτής λαμβάνει υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο στην αξιολόγηση του αιτήματος και των αναγκών του μετανάστη, μέσα από μια διαδικασία διαπραγμάτευσης κι ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης με το άτομο που αναζητά βοήθεια (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2014). Η διερεύνηση του ιδιαίτερου τρόπου έκφρασης των αιτημάτων, των συμπτωμάτων και της ερμηνείας που ο ίδιος ο ασθενής αναπτύσσει για το πώς προκλήθηκαν και πώς μπορούν να αντιμετωπιστούν, με βάση το δικό του πολιτισμικό πλαίσιο, αποτελεί επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση της ασθένειας και την ανάπτυξη εξατομικευμένου κι αμοιβαία αποδεκτού θεραπευτικού πλάνου. Τα στοιχεία του "πολιτισμικά ικανού" θεραπευτή θα μπορούσαν να συνοψιστούν στον παρακάτω πίνακα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Saldana, 2001).

Πίνακας 69

Στοιχεία πολιτισμικά ικανού θεραπευτή

| Γνώσεις | Επαγγελματικές ικανότητες | Χαρακτηριστικά προσωπικότητας |
|--|---|---|
| Κουλτούρα (ιστορία, παραδόσεις, αξίες κλπ.). | Τεχνικές εκμάθησης της κουλτούρας εξυπηρετούμενων που ανήκουν σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες. | Αυθεντικότητα, ενσυναίσθηση, ευελιξία. |
| Επίδραση ρατσισμού στη συμπεριφορά των ασθενών. | Ικανότητα να επικοινωνούνται σωστά στους μετανάστες οι πληροφορίες. | Αποδοχή της πολιτισμικής διαφορετικότητας. |
| Συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας. | Ικανότητα συζήτησης φυλετικών κι εθνικών διαφορών. | Προθυμία συνεργασίας με μετανάστες. |
| Τρόποι επικοινωνίας, σχήματα ομιλίας, ρόλος της γλώσσας. | Αξιολόγηση της σημασίας που αποδίδεται στην εθνικότητα από κάθε εξυπηρετούμενο. | Αναγνώριση προσωπικών αξιών, προκαταλήψεων και πώς επιδρούν στην εργασία με μετανάστες. |
| Διαθέσιμοι πόροι για άτομα διαφορετικής εθνοπολιτισμικής προέλευσης. | Ικανότητα διάκρισης ενδοψυχικού στρες με στρες που προέρχεται από τη λειτουργία των κοινωνικών δομών. | |
| Αναγνώριση του τρόπου που οι επαγγελματικές αξίες έρχονται σε σύγκρουση ή απαντούν στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. | Τεχνικές συνέντευξης που βοηθούν στην κατανόηση και προσαρμογή της λεκτικής επικοινωνίας στην κουλτούρα του εξυπηρετούμενου. | |
| Αναγνώριση του τρόπου που οι σχέσεις/θέσεις ισχύος μπορεί να επηρεάσουν διαφορετικές κουλτούρες. | <p>Ικανότητα ενδυνάμωσης ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.</p> <p>Κινητοποίηση πόρων προς όφελος των εξυπηρετούμενων μεταναστών.</p> <p>Ικανότητα αναγνώρισης και καταπολέμησης του ρατσισμού και των διακρίσεων.</p> <p>Ικανότητα αξιολόγησης κι εφαρμογής νέων τεχνικών κι ερευνητικών δεδομένων κατά την εργασία με μετανάστες.</p> | |

Οι πολιτισμικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν κάθε πλευρά της ασθένειας και της θεραπείας, όπως για παράδειγμα το τι θεωρείται φυσιολογικό ή όχι, τον τρόπο που εκδηλώνονται τα συμπτώματα, την ερμηνεία και την αντίδραση στα συμπτώματα, τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την αναζήτηση βοήθειας, την ανταπόκριση, τη στάση και τη δέσμευση στη θεραπεία, τον τρόπο συναισθηματικής έκφρασης κι επικοινωνίας, τη σχέση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Helman, 2007). Τα παραπάνω στοιχεία χρειάζεται να ληφθούν υπόψη στην αξιολόγηση και θεραπευτική παρέμβαση-συμμαχία (Ridley et al., 1998).

Πολλοί ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές, απευθύνονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κι εστιάζουν σε σωματικά συμπτώματα ή χρησιμοποιούν συγκεκριμένες λέξεις στη γλώσσα τους που περιγράφουν σωματικές ενοχλήσεις, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζονται και να μην αντιμετωπίζονται εγκαίρως οι όποιες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αντιμετωπίζουν (Kirmayer, 2001, Groleau & Kirmayer, 2004). Χρειάζεται να γίνεται διερεύνηση της ψυχολογικής δυσφορίας και των κοινωνικών δυσκολιών, μέσα από ερωτήσεις για παράδειγμα για το πώς επιδρούν οι αναφερόμενες σωματικές ενοχλήσεις στην καθημερινή ζωή, για πιθανούς αγχογόνους παράγοντες, το βαθμό κοινωνικής υποστήριξης, τη λειτουργικότητα στην εργασία, την οικογένεια ή την κοινότητα (Kirmayer et al., 2004, Salmon et al., 2004).

Πριν τεθεί η διάγνωση είναι σημαντικό να μπορεί κανείς να κατανοήσει τα ερμηνευτικά μοντέλα και τα παραδοσιακά συστήματα-αντιλήψεις που αφορούν τη θεραπεία, όπως αυτά διαμορφώνονται σε ιδιαίτερα πολιτισμικά πλαίσια, ώστε η κατανόηση της ψυχικής δυσφορίας από την πλευρά του θεραπευτή να είναι πιο κοντά στην εμπειρία του ασθενή (Bhui & Bhugra, 2002). Έχοντας γνώση των ερμηνευτικών μοντέλων του ασθενούς για την ασθένεια, μπορεί κανείς να διαπραγματευτεί αποτελεσματικά με το θεραπευόμενο μια προσέγγιση στη θεραπεία που θα βρει απήχηση και θα τύχει της αποδοχής του. Τελικά, χρειάζεται να επιτευχθεί μια αμοιβαία κατανοητή ερμηνεία για τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής. Ειδάλλως, θα επηρεαστούν αρνητικά, τόσο η διαγνωστική εκτίμηση, όσο και η θεραπεία (Ridley, 1998).

Ιδιαίτερη σημασία ως προς το ερμηνευτικό μοντέλο έχει ένα γνήσιο, μη-κριτικό ενδιαφέρον για τις πεποιθήσεις του ασθενούς, καθώς και η ενημέρωσή του ότι αυτό

το ενδιαφέρον, αφορά στην κατανόηση εκείνων των δεδομένων που είναι ζωτικής σημασίας για να σχεδιαστεί μια αποτελεσματική θεραπεία (Γκιωνάκης, 2010).

Τέλος, είναι σημαντικό η υπηρεσία που εργάζεται με μετανάστες να μπορεί να διαπραγματευτεί τη δημιουργία ενός "οικείου χώρου" προκειμένου να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης. Η απώλεια του "οικείου χώρου" αποτελεί χαρακτηριστικό της μετανάστευσης και περιλαμβάνει "αντιληπτά" και "μη αντιληπτά" στοιχεία της ταυτότητας του μετανάστη: αντιληπτά στοιχεία αποτελούν το φύλο, η ηλικία, τα σωματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση, οι πολιτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις, η θρησκεία κλπ., και μη αντιληπτά, δηλαδή η αίσθηση του "ανήκειν" (Παπαδόπουλος, 2005, Papadopoulos, 2007). Η απώλεια του οικείου χώρου αποτελεί χαρακτηριστικό των μεταναστών που έχει ως συνέπεια το "νοσταλγικό αποπροσανατολισμό" και τη διατάραξη της "ψυχο-οικολογικής σταθερότητας και τάξης". Ωστόσο, είναι σημαντικό ο θεραπευτής να έχει επίσης υπόψη ότι οι αντιξοότητες που σχετίζονται με τη μετανάστευση, σύμφωνα με την προσέγγιση του Papadopoulos (2007) μπορούν παραδόξως να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αναδιοργανώσουν τη ζωή τους, δίνοντας νέα νοήματα.

"Η υποδοχή, κατανόηση, συνάντηση, φροντίδα της ψυχικής υγείας του Άλλου μάς οδηγεί, στη σημερινή συγκυρία της παγκοσμιοποίησης, να σκεφτούμε διαφορετικά την 'πολιτισμική ταυτότητα'. Μέσα σε αυτή την πολυεπίπεδη συνάντηση με 'τον Άλλο' δε μπορούν να υπάρξουν κοινής αποδοχής ερμηνευτικές γραμμές του ασυνειδήτου των ατόμων ή ομάδων, ανεξάρτητα από το πλαίσιο στο οποίο ζουν, υπάρχουν και σχετίζονται με τους άλλους. " (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2014:464).

B. Ο ρόλος του πολιτισμικού διαμεσολαβητή

Παρότι κάποιοι μετανάστες που απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας, έχουν σχετική γνώση της γλώσσας της χώρας προορισμού ή μιλούν αγγλικά, μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν πρόκειται να περιγράψουν συμπτώματα και τον τρόπο που τους επηρεάζουν στην καθημερινή ζωή, καθώς και όταν πρόκειται να κατανοήσουν και να συμφωνήσουν στο θεραπευτικό πλάνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις

είναι σημαντική η συνεργασία με πολιτισμικό διαμεσολαβητή, καθώς η έλλειψη διαμεσολαβητών έχει αναγνωριστεί ως το σημαντικότερο εμπόδιο που σχετίζεται με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, ειδικά στην περίπτωση των νεοαφιχθέντων μεταναστών (Feldman, 2006). Η χρήση διαμεσολαβητών θα μπορούσε να γίνει και τηλεφωνικά, στην περίπτωση που δεν υπάρχει η δυνατότητα να παρευρίσκονται στη συνεδρία. Οι επαγγελματίες διαμεσολαβητές διευκολύνουν την επικοινωνία και την αποκάλυψη ψυχολογικών συμπτωμάτων, ενώ μπορούν να συνεισφέρουν σε ποικίλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Ehnholt & Yule, 2006, Leng et al., 2010, Miller et al., 2006).

Μόνο σε επείγουσες καταστάσεις κι όταν δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική μπορεί να χρησιμοποιηθούν μέλη της οικογένειας ή της κοινότητας ως διερμηνείς (Kirmayer, 2004).

Ο πολιτισμικός διαμεσολαβητής δεν περιορίζεται απλά στη μετάφραση, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αλλά ο ρόλος του είναι πιο ευρύς και πολύπλευρος, καθώς καλείται να γεφυρώσει τις διαφορές μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων, όπως αυτές εκδηλώνονται στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, στη συνειδητή και ασυνειδητή αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, συμμετέχοντας στην κατασκευή μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των δύο ή μεταξύ της πολυκλαδικής ομάδας και του ατόμου-οικογένειας που αναζητά βοήθεια (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2014). Ο ρόλος του διαμεσολαβητή μπορεί να επεκτείνεται και παραπέρα, προκειμένου να βοηθήσει το μετανάστη να προσανατολιστεί στο νέο πολιτισμικό πλαίσιο και σε κάποιες περιπτώσεις αναλαμβάνει τη συνοδεία του στις διάφορες υπηρεσίες, για να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε αυτές και η συνέχεια στη φροντίδα.

Γ. Εργασία με οικογένειες

Είναι σημαντικό να δίνεται προσοχή στο οικογενειακό σύστημα και το κοινωνικό δίκτυο των μεταναστών. Η συνάντηση με μέλη της οικογένειας, πριν την έναρξη των ατομικών συναντήσεων με τον ασθενή, μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση των δυναμικών και του τρόπου λειτουργίας της οικογένειας, στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης

και τη λήψη σημαντικών πληροφοριών (Kirmayer, 2011). Κατά τη φάση συνεργασίας με την οικογένεια, χρειάζεται κανείς να έχει υπόψη ότι η δομή, οι αξίες, ο τρόπος λειτουργίας της οικογένειας, καθώς και ο τρόπος που βιώνει το στίγμα για την ψυχική ασθένεια κάθε μέλος ξεχωριστά και το σύστημα συνολικά, μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Η συζήτηση για διαγνωστικά θέματα ή οικογενειακά μυστικά θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, σεβασμό προς την οικογένεια και τον ασθενή, μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχει θεραπευτικό όφελος. Επίσης, όταν υπάρχει αμφιθυμία σχετικά με τη θεραπεία ή προβλήματα συνεργασίας, η εμπλοκή ενός μέλους της οικογένειας ή κάποιου έμπιστου φίλου σε συζητήσεις για τις εναλλακτικές θεραπείας μπορεί να ενισχύσουν τη θεραπευτική σχέση και να ενδυναμώσουν την οικογένεια και τον ασθενή (Lewis-Fernandez et al., 2005).

Η οικογένεια, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο μπορεί να παρέχει βασικές πληροφορίες για τα συμπτώματα, το ψυχιατρικό ιστορικό, τα διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα, να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να διευρύνει το υποστηρικτικό δίκτυο και γενικά να συμβάλει στην καλύτερη θεραπευτική έκβαση (Γκιωνάκης, 2010). Η σημασία της ένταξης της θεραπείας οικογένειας ως μέρους του θεραπευτικού πλάνου, αναλύεται παρακάτω, στις ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Δ. Εργασία με οργανισμούς-φορείς στην κοινότητα

Η εγκατάσταση και η προσαρμογή των μεταναστών είναι διαδικασίες που επηρεάζονται από πολιτικές και πρακτικές της κοινότητας υποδοχής, καθώς και τους φορείς κι οργανισμούς που στηρίζουν τους μετανάστες (συμπεριλαμβανομένων και οργανισμούς που συνδέονται με τη θρησκεία) και μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της απώλειας, της απομόνωσης και των διακρίσεων που συνδέονται με την μετανάστευση (Kirmayer et al., 2011). Ο ρόλος που έχουν επίσης στην κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντικός, ενισχύοντας μια πιο ομαλή προσαρμογή στις νέες συνθήκες (Pantelidou & Craig, 2006). Οι ειδικοί ψυχικοί υγείας, δουλεύοντας σε δίκτυο με τους οργανισμούς αυτούς, μπορούν να παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη και να κινητοποιήσουν κι άλλους πόρους προς όφελος των μεταναστών. Ειδικά σε μικρότερες κοινότητες, έχει τονιστεί ο σημαντικός ρόλος

του ειδικού προς αυτή την κατεύθυνση, μέσω της δικτύωσης με τους τοπικούς φορείς (Kirmayer et al., 2011).

E. Ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με μετανάστες

i. Ατομική ψυχοθεραπεία σε διαπολιτισμικά πλαίσια

Ειδικές κατευθύνσεις έχουν περιγραφεί από μελετητές στον τομέα της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής, όσον αφορά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία με μετανάστες (Bland & Kraft, 1998, Okpaku, 1998). Ο θεραπευτής χρειάζεται να δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή, να αναγνωρίζει τη δυσπιστία που πιθανά αισθάνεται ως προς τη διαδικασία και το θεραπευτή, να αντιλαμβάνεται και να διαχειρίζεται ζητήματα που αφορούν και τη δική του αντιμεταβίβαση. Η θεραπευτική συμμαχία εδραιώνεται όταν ο ασθενής νιώθει εγγύτητα κι εμπιστοσύνη, ώστε να μιλήσει περισσότερο για τις δυσκολίες του και όταν πλέον αντιλαμβάνεται ότι ο θεραπευτής τον κατανοεί. Αυτό δρα διευκολυντικά ώστε να έρχονται στο προσκήνιο εσωτερικές συγκρούσεις, επιθυμίες, φόβοι και να τίθενται στόχοι ως προς τη θεραπεία, ώστε να υπάρξει βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή και της ποιότητας ζωής του, της αυτοεκτίμησης, της αίσθησης ταυτότητας, των διαπροσωπικών σχέσεων και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων.

Αντίθετα, στην περίπτωση που ο θεραπευτής αδυνατεί να κατανοήσει τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και την κατάσταση που βιώνει ο μετανάστης, έχοντας δυσκολία να αναγνωρίσει πιθανές δικές του προκαταλήψεις, τότε η κοινωνική και η συναισθηματική απόσταση διατηρείται εις βάρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Επομένως, δεν εδραιώνεται σχέση εμπιστοσύνης, δεν προχωρά η αυτοαποκάλυψη και συχνά η θεραπευτική διαδικασία οδηγείται σε πρόωγη λήξη, με τον ασθενή να ακυρώνει συνεδρίες και τελικά να σταματά τη θεραπεία. Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται οι δείκτες επιτυχούς κι ανεπιτυχούς έκβασης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας σε διαπολιτισμικά πλαίσια (Bland & Kraft, 1998, Okpaku, 1998).

Πίνακας 70

Δείκτες επιτυχούς εξέλιξης της ψυχοθεραπείας σε διαπολιτισμικά πλαίσια

| ΛΕΣΜΕΥΣΗ | |
|---|--|
| ΑΣΘΕΝΗΣ | ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ |
| Αισθάνεται απόσταση. | Αντιμετωπίζει τον ασθενή ως μοναδικό, έχει γνώση, ενδιαφέρον, περιέργεια για το πολιτισμικό του υπόβαθρο. |
| Είναι δύσπιστος. | Αντιλαμβάνεται τη δυσπιστία του ασθενούς. |
| Διστάζει στην αυτο-αποκάλυψη. | <ul style="list-style-type: none"> • Έχει επίγνωση του διαπολιτισμικού πλαισίου, εκδηλώνει γνήσιο ενδιαφέρον να κατανοήσει τον ασθενή, να συζητήσει τις ανησυχίες, τις αντιλήψεις, τους φόβους και τις προσδοκίες του. • Αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται ζητήματα που αφορούν την αντιμεταβίβαση. |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΑΧΙΑ | |
| ΑΣΘΕΝΗΣ | ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ |
| Αισθάνεται καλή συναισθηματική επαφή, εμπιστοσύνη. | Αισθάνεται ότι εδραιώνεται η θεραπευτική συμμαχία. |
| Αυξάνεται ο βαθμός της αυτοαποκάλυψης. | Μαθαίνει για την αίσθηση εαυτού και τις εμπειρίες ζωής του ασθενούς. |
| Αισθάνεται ότι τον καταλαβαίνει ο θεραπευτής δείχνοντας ενσυναίσθηση. | Βοηθάει να επεξεργαστεί ο θεραπευόμενος κυρίαρχα θέματα που συνδέονται με επιθυμίες, φόβους, συγκρούσεις κλπ. |
| Δουλεύει βάζοντας στόχους στη θεραπεία. | Συνδράμει στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας, βοηθάει τον ασθενή να κατανοήσει τα συναισθήματα του, σε συνάρτηση με άλλα θέματα στη ζωή του. |
| ΕΚΒΑΣΗ | |
| Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΒΙΩΝΕΙ: | Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙ: |
| Ανακούφιση-βελτίωση συναισθηματικών δυσκολιών. | Βελτίωση στη συναισθηματική κατάσταση. |
| Καλύτερη κατανόηση για το τι αισθάνεται, τι συμβαίνει. | Θετικές αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς. |
| Βελτίωση αυτοεκτίμησης κι αίσθησης ταυτότητας. | Βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις. |
| Βελτίωση ικανότητας αναζήτησης λύσεων. | Πιο ξεκάθαρος τρόπος διευθέτησης προβλημάτων. |

Πίνακας 71

Δείκτες ανεπιτυχούς εξέλιξης της ψυχοθεραπείας σε διαπολιτισμικά πλαίσια

| ΛΕΣΜΕΥΣΗ | |
|---|--|
| ΑΣΘΕΝΗΣ | ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ |
| Αντιλαμβάνεται την ύπαρξη κοινωνικής απόστασης. | Αντιλαμβάνεται την ύπαρξη κοινωνικής απόστασης. |
| Συμπεραίνει ότι ο θεραπευτής δε θα τον κατανοήσει. | Δεν αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής νιώθει ότι δεν θα τον καταλάβει ο θεραπευτής. |
| Φοβάται ότι θα τον κρίνουν. | Δεν κατανοεί τη μοναδικότητα του ασθενή, περιορίζεται σε στερεότυπα. |
| Εκφράζει αυξημένη ανησυχία. | Δε μιλάει ανοικτά για την ανησυχία και τη δυσπιστία που εκδηλώνεται από την πλευρά του ασθενούς. |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΑΧΙΑ | |
| ΑΣΘΕΝΗΣ | ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ |
| Δεν αναπτύσσει σχέση εμπιστοσύνης στο πλαίσιο της θεραπείας. | Οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αναδεικνύουν πιθανά ελλείμματα στη θεραπευτική σχέση. |
| Αισθάνεται ότι δεν τον καταλαβαίνει ο θεραπευτής με το σωστό τρόπο. | Δε δείχνει να κατανοεί όσα εκφράζει ο ασθενής, σε επίπεδο συναισθημάτων και σχέσεων. |
| Δείχνει μεγάλο βαθμό δυσπιστίας ως προς τη θεραπευτική διαδικασία. | Αποτυγχάνει στο να ανταποκριθεί στην αίσθηση δυσπιστίας του ασθενή. |
| Εκφράζει μειωμένη αυτοαποκάλυψη. | Βλέπει τον ασθενή να μην έχει κίνητρο για θεραπεία και με μειωμένη ψυχολογική σκέψη. |
| ΕΚΒΑΣΗ | |
| ΑΣΘΕΝΗΣ | ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ |
| Δείχνει ανησυχία κι αναστάτωση. | Δείχνει ανησυχία κι αναστάτωση. |
| Ακυρώνει συνεδρίες. | Δείχνει ότι δυσκολεύεται στη διαγνωστική διαδικασία και την ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας. |
| Σταματάει τη θεραπεία πριν ολοκληρωθεί. | Αντιλαμβάνεται ότι δεν υπήρξε θετική έκβαση στη θεραπεία. |

ii. Θεραπεία Οικογένειας με μετανάστες

Είναι σημαντικό η θεραπεία οικογένειας να ενταχθεί στο θεραπευτικό πλάνο για τους μετανάστες, που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Σε σχετική μελέτη των Voulgaridou et al. (2006), σχετικά με τη διαδικασία επιπολιτισμού και προσαρμογής των οικογενειών των προσφύγων στην ελληνική κοινωνία, αναδείχθηκε η σημασία προσέγγισης τους στην οικογενειακή θεραπεία μέσω πολιτισμικά-ευαίσθητων μεθόδων. Η χρήση του 'πολιτισμικού συνθεραπευτή' είναι μια από αυτές τις τεχνικές, με βάση τις οποίες, ένα άτομο που μπορεί να είναι μέλος της οικογένειας ή μέρος της κοινότητας ή του φιλικού περιβάλλοντος, που χρήζει εμπιστοσύνης, συμμετέχει στη θεραπεία με στόχο να βοηθήσει στο να επιτευχθούν αλλαγές στο κλειστό σύστημα της οικογένειας. Είναι από τις λίγες μελέτες που υπάρχουν στην ελληνική βιβλιογραφία κι αναφέρονται σε ειδικές παρεμβάσεις στη θεραπεία οικογένειας με άτομα άλλης εθνικότητας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία οικογένειας στους μετανάστες, όπως άλλωστε ισχύει με κάθε είδους θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται, είναι η προσπάθεια ενσωμάτωσης των πολιτισμικών στοιχείων στη θεραπεία. Στα διάφορα μοντέλα που έχουν προταθεί, έμφαση δίνεται σε βασικές παραμέτρους που βοηθούν τους θεραπευτές να σκέφτονται και να εργάζονται συγκριτικά και πλουραλιστικά με τα πολιτισμικά σχήματα/ νοήματα και στο πώς αυτά αλληλεπιδρούν με τη διαδικασία της μετανάστευσης και του επιπολιτισμού, τον κύκλο ζωής της οικογένειας και τις πολιτισμικές, προσωπικές κι επαγγελματικές ιδιότητες των θεραπευτών. Τονίζεται η ανάγκη υιοθέτηση μιας στάσης περιέργειας στο θεραπευτικό διάλογο κι όχι καθήλωσης σε στερεότυπες στάσεις και προκαταλήψεις (Falicov, 1995).

Βασικά στοιχεία στην αξιολόγηση οικογενειών μεταναστών αποτελούν οι εκτιμήσεις για τις πηγές υποστήριξης που διευκολύνουν την κοινωνική, οικονομική και πολιτισμική ενσωμάτωση και προσαρμογή στην κοινότητα, η αναγνώριση και ο διαχωρισμός ρεαλιστικών και μη ρεαλιστικών προσδοκιών σχετικά με τη μετανάστευση, από κάθε μέλος της οικογένειας, η εκτίμηση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, η εκτίμηση του τρόπου λειτουργίας και των δυναμικών της

οικογένειας, υπό την επίδραση πολιτισμικών παραγόντων και της διαδικασίας της μετανάστευσης, και η εκτίμηση της ικανότητας και του κινήτρου προσαρμογής στο νέο πολιτισμικό πλαίσιο (Segal & Mayadas, 2005). Επίσης, χρειάζεται να αξιολογούνται η εμπειρία κάθε μέλους που σχετίζεται με τη διαδικασία της μετανάστευσης κι ο βαθμός επιπολιτισμού, ενώ σημαντικό είναι να εργάζεται κανείς και με τα υποσυστήματα της οικογένειας (Bean et al., 2001).

Έτσι, στο πλαίσιο της θεραπείας οικογένειας είναι χρήσιμο να αναδεικνύονται και να αποτελούν αντικείμενο εργασίας οι κοινωνικές αλλαγές λόγω της μετανάστευσης, σε επίπεδο οικογένειας συνολικά και για κάθε μέλος του συστήματος ξεχωριστά. Τα συμπτώματα που πιθανά παρουσιάζει οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας σε κάποια χρονική στιγμή πριν, κατά τη διαδικασία και μετά τη μετανάστευση μπορούν να ερμηνευτούν στο πλαίσιο των αλλαγών αυτών και μέσα από την αλληλεπίδραση διαφορετικών παραγόντων σε επίπεδο σχέσεων. Οι αποχωρισμοί κι η επανένωση με άλλα μέλη (μητέρα-παιδιά, πατέρα-παιδιά, μητέρα-πατέρα κλπ.) αποτελούν επίσης παράγοντες που δεν πρέπει να αγνοούνται, καθώς επηρεάζουν σημαντικά τα δυναμικά και τη λειτουργία της οικογένειας (Falicov, 2007).

Ο θεραπευτής χρειάζεται να έχει υπόψη ότι η μετανάστευση αποτελεί μια κρίση για την οικογένεια, που διαταράσσει τις ισορροπίες με ποικίλους τρόπους. Μεγάλης σημασίας είναι και η αναγνώριση της ιδιαίτερης θέσης και των αναγκών κάποιων μελών της οικογένειας. Για παράδειγμα, στην περίπτωση των Αλβανών, η εργασία της γυναίκας, ειδικά όταν αυτή αποτελεί βασική πηγή εισοδήματος για την οικογένεια στην περίοδο της κρίσης, φέρνει αλλαγές, δίνοντας της άλλους ρόλους και ισχύ στο οικογενειακό σύστημα, διαφορετικά από ό,τι συνέβαινε με τον παραδοσιακό ρόλο που είχε πριν τη μετανάστευση (Caroppo et al., 2009). Άλλες αλλαγές που μπορεί να συμβαίνουν, είναι για παράδειγμα να έχουν πλέον σημαντικό στην ανατροφή των παιδιών άλλοι συγγενείς που έχουν μεταναστεύσει στην ίδια περιοχή, κι αυτό επίσης να επιδρά σε διάφορους τομείς της οικογενειακής λειτουργίας. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας που είναι μεγαλύτερης ηλικίας ίσως αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα άγχη που σχετίζονται με τα προβλήματα γλώσσας, την οικονομική εξάρτηση και τις αλλαγές στους ρόλους.

Επιπρόσθετα, η σύγκρουση μεταξύ παράδοσης και μοντερνισμού, με την οποία έρχονται αντιμέτωπα τα μέλη της οικογένειας, ειδικά νεότερης ηλικίας, ως αποτέλεσμα της επαφής με το νέο πολιτισμό, επηρεάζει συχνά τις σχέσεις και τους ρόλους και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Προς αυτή την κατεύθυνση, άλλη ειδική κατηγορία μεταναστών αποτελούν και οι έφηβοι και τα διλλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν ανάμεσα σε ανταγωνιστικές επιθυμίες (Γιωνάκης, 2010): από τη μια να προσαρμοστούν και να υιοθετήσουν την κυρίαρχη κουλτούρα, από την άλλη να υπακούσουν στην παράδοση της οικογένειας. Επίσης, μπορεί να τους δοθεί ένας ρόλος ενήλικα σε μικρή ηλικία εξαιτίας των γλωσσικών ικανοτήτων και των ευκαιριών για εργασία.

Ο ρόλος του θεραπευτή οικογένειας, όσον αφορά τις προκλήσεις της μετανάστευσης, είναι να βοηθήσει τις οικογένειες να έχουν επίγνωση των ιδιαίτερων πολιτισμικών και διαγενεακών συγκρούσεων και να προσαρμόσουν το σύστημα αξιών τους, διατηρώντας κάποιες ήδη υπάρχουσες πολιτισμικές αξίες κι αφομοιώνοντας νέες (Caroppo et al., 2009).

Παρακάτω συνοψίζονται τα βασικά χαρακτηριστικά της διαπολιτισμικής θεραπείας οικογένειας (DiNicola, 1994, DiNicola et al., 1998):

- *Επεξεργάζεται την πολιτισμική αλλαγή:*

Ο θεραπευτής αναγνωρίζει την επίδραση της αλλαγής του πολιτισμικού πλαισίου, που συντελείται με τη μετανάστευση, σε επίπεδο σχέσεων στην οικογένεια και σε κάθε μέλος ξεχωριστά.

- *Αποτελεί μια διαπολιτισμική συνάντηση:*

Η θεραπεία ορίζεται ως μια διαπολιτισμική συνάντηση, ενώ αναγνωρίζεται ότι ο πολιτισμός διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που ορίζουν τα μέλη την έννοια της οικογένειας, το πώς προσδιορίζουν τα προβλήματα και τις λύσεις.

- *Προσθέτει την πολιτισμική πολυπλοκότητα στη θεραπεία οικογένειας:*

Δουλεύει με τα ευρύτερα συστήματα κι υποσυστήματα στα οποία εντάσσεται η οικογένεια και κάθε μέλος ξεχωριστά, προσθέτοντας τη διαπολιτισμική διάσταση στη θεραπευτική συμμαχία. Για παράδειγμα, χρησιμοποιείται διερμηνεία μέσα στις συνεδρίες κι αναλύονται διαφορετικά μοντέλα κι επίπεδα επιπολιτισμού για την οικογένεια και κάθε μέλος ξεχωριστά.

- *Απαιτεί πολιτισμική προσαρμογή:*

Σε επίπεδο θεωρίας και τεχνικής θα πρέπει η διαπολιτισμική θεραπεία οικογένειας να προσαρμόζεται στο συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο της οικογένειας.

- *Χρησιμοποιεί τη διαπολιτισμική μετάφραση ως εργαλείο:*

Μετάφραση χρειάζεται να υπάρχει όχι μόνο σε επίπεδο γλώσσας, αλλά και όσον αφορά τους ιδιαίτερους πολιτισμικούς κώδικες της οικογένειας.

- *Δίνει έμφαση σε πολλαπλούς κώδικες:*

Χρησιμοποιεί ως εργαλείο πολιτισμικούς κώδικες που σχετίζονται με τη μη λεκτική συμπεριφορά, τη στάση του σώματος, τη συμβολική γλώσσα, τους μύθους, τις παραδόσεις κλπ. Προσπαθεί να κατανοήσει τα ιδιαίτερα ερμηνευτικά μοντέλα του ασθενούς στο συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο που ανήκει.

- *Αναγνωρίζει τα όρια της οικογένειας:*

Χαρτογραφούνται τα όρια της οικογένειας, και ποια πρόσωπα θεωρείται ότι ανήκουν "εντός" της οικογένειας και ποια "εκτός", συμπεριλαμβανομένου και του θεραπευτή.

- *Αναγνωρίζει τις διαπολιτισμικές στρατηγικές:*

Εξετάζονται στη θεραπεία οι τεχνικές που χρησιμοποιεί η οικογένεια για την προσαρμογή στο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται και οι στρατηγικές επιπολιτισμού ή διαφοροποίησης που χρησιμοποιεί κάθε μέλος.

iii. Φαρμακοθεραπεία και μετανάστες

Ένας κλάδος που επίσης σχετίζεται με τη σημασία ενσωμάτωσης των πολιτισμικών στοιχείων στην κλινική πρακτική, είναι και η διαπολιτισμική φαρμακολογία. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ διαφορετικών εθνοτήτων όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της χρήσης φαρμάκων για ψυχικές διαταραχές, πιθανά και λόγω συγκεκριμένων ενζύμων, που επηρεάζουν το μεταβολισμό κάποιων φαρμάκων (Okraqu, 1998). Άλλοι βιολογικοί παράγοντες που πιθανά εξηγούν τις διαφορές αυτές μπορεί να σχετίζονται με τη σωματική διάπλαση, τις συνήθειες διατροφής, το κάπνισμα κλπ. (Perry et al., 1993).

Ωστόσο, υπάρχουν και μη γενετικοί παράγοντες που συνδέονται με την επίδραση των ψυχοτρόπων φαρμάκων και χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη. Σε αυτούς περιλαμβάνονται τα ποσοστά του placebo effect για συγκεκριμένες διαταραχές στις διάφορες εθνικότητες, η επίδραση της προσωπικότητας του θεραπευτή και του ασθενή σε συνδυασμό με τις αντιλήψεις τους για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, οι προσδοκίες του ασθενή από τη θεραπεία (Smith et al, 1993), η σχέση ιατρού-ασθενή, οι πολιτισμικές αντιλήψεις για τη χρήση των φαρμάκων (Ahmed, 2001). Επιπρόσθετα, η δέσμευση στη θεραπεία, αποτελεί σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει μειωμένη δέσμευση στη φαρμακοθεραπεία σε μετανάστες (Bertschy & Vadel, 1992), που μπορεί να φτάσει σε ποσοστά έως και 50% (Ahmed, 2001).

Κάποια βασικά σημεία, όσον αφορά στη φαρμακοθεραπεία, στο πλαίσιο μιας διαπολιτισμική προσέγγισης στην ψυχιατρική, είναι τα παρακάτω (Kinzie & Edeki, 1998):

- Χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη η στάση απέναντι στα φάρμακα, όπως διαμορφώνεται στη συγκεκριμένη πολιτισμική κοινότητα στην οποία ανήκει ο μετανάστης.
- Τα φάρμακα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά με άλλους τρόπους θεραπείας, όπως για παράδειγμα ατομική ψυχοθεραπεία, θεραπεία οικογένειας, ομαδική θεραπεία, ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
- Είναι σημαντικό να εξηγείται στον ασθενή με σαφήνεια ο λόγος που προτείνεται η φαρμακευτική αγωγή και οι στόχοι, που συνδέονται με την άμεση ανακούφιση κάποιων συμπτωμάτων.
- Είναι αναγκαίο να αναπτύσσεται από κοινού με τον ασθενή μια συμφωνία, όσον αφορά τους στόχους και τα οφέλη της χρήσης φαρμάκων.
- Πρέπει να συζητούνται ανοικτά οι ανησυχίες κι οι προσδοκίες του ασθενούς για τη χρήση του φαρμάκου. Ανάλογα με την περίπτωση, η εμπλοκή της οικογένειας με στόχο την υποστήριξη του θεραπευτικού πλάνου, μπορεί να λειτουργήσει θετικά.
- Αρχικά είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται ένα φάρμακο κι ο μικρότερος αριθμός χαπιών. Αφού εξασφαλιστεί η δέσμευση στη θεραπεία, τότε μπορούν να προστεθούν κι άλλα φάρμακα, αν κριθεί απαραίτητο.
- Διερευνάται αν ο ασθενής κάνει ή έκανε στο παρελθόν χρήση άλλων φαρμάκων ή φυτικών σκευασμάτων κι αν θεωρεί ότι τον βοήθησαν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του.
- Προτείνεται αρχικά να υπάρχει συχνή ψυχιατρική παρακολούθηση του ασθενή, μετά τη συνταγογράφηση φαρμάκων, για να εξασφαλιστεί πιθανά καλύτερη συνεργασία στη θεραπεία.

- Είναι σημαντικό να γίνεται διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή και τη δέσμευση στη θεραπεία με μη επικριτικό τρόπο, ενώ χρειάζεται να γνωρίζουν οι ασθενείς ότι υπάρχουν κι άλλες επιλογές θεραπείας, πέρα από το συγκεκριμένο φάρμακο που έχει συνταγογραφηθεί.
- Οι επιτυχίες ή αποτυχίες που σχετίζονται με τη θεραπεία δε θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με υπερβολικές αντιδράσεις. Η ζωή των μεταναστών συχνά χαρακτηρίζεται από πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες κι ανάγκες προσαρμογής, ενώ η φαρμακευτική αγωγή για τους ίδιους είναι μάλλον μικρής αξίας σε αυτές τις καταστάσεις. Χρειάζεται να υπάρχει ένα γενικό πλάνο και μακρόχρονη προοπτική και να λαμβάνεται πάντα υπόψη πώς οι ίδιοι οι μετανάστες-ασθενείς αισθάνονται με αυτό το πλάνο.

iv. Χρήση εναλλακτικών πηγών θεραπείας

Η χρήση πολλαπλών ή/και εναλλακτικών πηγών βοήθειας είναι συχνή στους μετανάστες, οι οποίοι μπορεί να συμβουλευτούν κάποιον παραδοσιακό θεραπευτή, σχετικό με τον πολιτισμό ή τη γεωγραφική περιοχή του τόπου καταγωγής τους (Kleinman, 1980, Kirmayer, 2004). Είναι σημαντικό, σε περίπτωση που συστηθεί φαρμακευτική αγωγή, να ερωτηθεί ο μετανάστης αν λαμβάνει κάποιο άλλο σκεύασμα ή συμπλήρωμα διατροφής (που να έχει προταθεί από κάποιον άλλο θεραπευτή ή από κάποιον συγγενή ή φίλο), και το οποίο ενδέχεται να αλληλεπιδρά με το μεταβολισμό και την αποτελεσματικότητα του συνταγογραφούμενου φαρμάκου από τον ψυχίατρο. Ευρύτερα, αν υπάρχει στο παρελθόν ή στην παρούσα φάση επαφή με κάποιον άλλο ιατρό, θεραπευτή από την κοινότητα, είναι μια πληροφορία που χρειάζεται να ληφθεί υπόψη, καθώς μπορεί να επηρεάζει τη συνεργασία για τη θεραπεία, την ανταπόκριση και τον τρόπο αντιμετώπισης των συμπτωμάτων (Kirmayer et al., 2008). Άλλωστε, η ιατρική στον Δυτικό κόσμο τείνει να είναι πολύ ατομικιστική, ενώ άλλα πολιτισμικά συστήματα ίσως είναι πιο ολιστικά (Γκιωνάκης, 2010). Σε κάποιες περιπτώσεις

μπορεί να είναι εφικτός ο συνδυασμός διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η συνεργασία με έναν παραδοσιακό διαπολιτισμικό μεσολαβητή και οι παραδοσιακοί τρόποι θεραπείας.

Ειδικά όσον αφορά στο ρόλο των παραδοσιακών συστημάτων θεραπείας, η έρευνα και κλινική πρακτική δείχνουν ότι πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν πολλαπλά συστήματα θεραπείας, ενώ τα παραδοσιακά μοντέλα μάλλον τους δίνουν μια μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας. Η χρήση επιστημονικών κι εναλλακτικών θεραπειών, ικανοποιώντας διαφορετικές ανάγκες, σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε μια αντίληψη για τον ασθενή μιας πιο ολιστικής θεραπείας και να υπάρχει πιο ικανοποιητικό αποτέλεσμα-έκβαση. Οι Rappaport & Rappaport (1981) επίσης έχουν προτείνει ότι οι παραδοσιακοί μέθοδοι ίασης, είναι χρήσιμο να λαμβάνονται υπόψη ως συμπληρωματικές στα Δυτικά επιστημονικά συστήματα θεραπείας, καθώς έχουν ένα διαφορετικό μοντέλο κατανόησης της ασθένειας και μια διαφορετική κοσμοθεωρία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κατέχουν κεντρικό ρόλο για ένα άτομο που ανήκει στη συγκεκριμένη κοινότητα και έχει εμπιστοσύνη σε αυτές (Kirmayer, 2004). Η στάση του ειδικού ψυχικής υγείας απέναντι στα παραδοσιακά συστήματα ίασης συχνά εξαρτάται από τις προσωπικές του απόψεις, το βαθμό πολιτισμικής ευαισθησίας, τις συνθήκες που αφορούν την υπηρεσία, τη διαθεσιμότητα των εναλλακτικών θεραπειών και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή (Okraaku, 1998).

4.5.2. Εφαρμογή στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας

Λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές αρχές που διέπουν μια πολιτισμικά ευαίσθητη υπηρεσία και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσε να προταθεί η ανάπτυξη των παρακάτω στρατηγικών στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους Αλβανούς μετανάστες στην Πάρο, κι αντίστοιχα σε άλλα νησιά του τομέα ευθύνης.

A. Παρεμβάσεις στον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας

Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για τους μετανάστες, να μειωθούν τα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας και να αυξηθεί η πιθανότητα δέσμευσης των εξυπηρετούμενων, ώστε να είναι πιο αποτελεσματικές οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι σημαντικό να γίνουν κάποιες αλλαγές σε επίπεδο λειτουργίας της υπηρεσίας.

Θεωρείται απαραίτητη η ανάπτυξη συστηματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες που εργάζονται στην υπηρεσία, ώστε να βελτιωθεί η ικανότητα προσέγγισης και θεραπευτικής εργασίας με μετανάστες, με βάση τις αρχές που προαναφέρθηκαν. Χρειάζεται επιπλέον να γίνει κατάλληλη εκπαίδευση της γραμματείας, σε θέματα σχετικά με τους μετανάστες, προκειμένου να είναι πιο ορθή η αξιολόγηση των αρχικών αιτημάτων, και να συζητιέται με τον εξυπηρετούμενο η επιλογή ειδικότητας θεραπευτή που θα δει αρχικά (ψυχίατρο ή ψυχολόγο).

Προς αυτή την κατεύθυνση θα ήταν ίσως χρήσιμο να οριστεί ένας θεραπευτής, επαρκώς εκπαιδευμένος σε διαπολιτισμικά ζητήματα που αφορούν τις μετανάστες, που θα αναλαμβάνει την αξιολόγηση των αιτημάτων των μεταναστών. Στη συνέχεια θα αποφασίζεται σε συνεργασία με τον υπεύθυνο της υπηρεσίας και την πολυκλαδική ομάδα, η ειδικότητα του θεραπευτή που θα δει αρχικά ο εξυπηρετούμενος.

Η εργασία πολιτισμικού διαμεσολαβητή, έστω τηλεφωνικά, αν η φυσική παρουσία δε μπορεί να είναι εφικτή (λόγω του τρόπου λειτουργίας της Μονάδας και της γεωγραφικής απομόνωσης των νησιών) είναι απαραίτητη, με βάση τα όσα αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα, προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική αξιολόγηση των δυσκολιών των μεταναστών που απευθύνονται στην υπηρεσία, κατάλληλος σχεδιασμός και υλοποίηση του θεραπευτικού πλάνου. Προς αυτή την κατεύθυνση θα ήταν βοηθητική και η εργασία δίγλωσσων (αλβανική κι ελληνική γλώσσα) επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η εφαρμογή παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν ψυχολογικές θεραπείες (ατομική ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική, θεραπεία οικογένειας) πρέπει να είναι μέρος της πρακτικής της υπηρεσίας και στην περίπτωση των μεταναστών, καθώς βρέθηκε ότι

όταν εφαρμόστηκαν ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου για τους Αλβανούς, επιτεύχθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό δέσμευση στη θεραπεία.

Επιπλέον, ειδικές παρεμβάσεις θα ήταν χρήσιμο να γίνουν στους μετανάστες με μεγαλύτερη πιθανότητα για πρόωρη διακοπή της θεραπείας, με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, δηλαδή σε όσους πάσχουν από διαταραχές διάθεσης κι έχουν χειρότερη σφαιρική λειτουργικότητα κατά την έναρξη της θεραπείας. Επιπλέον, κι οι άντρες Αλβανοί βρέθηκαν να έχουν πολύ μικρότερο συνολικό αριθμό συνεδριών με ειδικό ψυχικής υγείας στη Μονάδα και μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με τις γυναίκες. Αποτελούν επομένως, ειδική ομάδα στόχου για δέσμευση στη θεραπεία και προσπάθεια ένταξης και σε θεραπείες συμβουλευτικής.

Επιπρόσθετα, η χρήση μεταφρασμένων κλιμάκων στα Αλβανικά για εκτίμηση τομέων που αφορούν την ψυχοπαθολογία, την ποιότητα ζωής, τη λειτουργία οικογένειας αναμένεται να δώσει και μια καλύτερη εικόνα των αναγκών τους και να βοηθήσει στον τομέα την αξιολόγησης των εκβάσεων των παρεμβάσεων.

Τέλος, θα αποτελούσε καινοτομία η εμπλοκή των ίδιων των μεταναστών στη διαδικασία ανάπτυξης περισσότερο ευαίσθητων μεθόδων προσέγγισης και θεραπείας για άτομα διαφορετικής εθνικότητας, στο πλαίσιο της υπηρεσίας, μέσα από συναντήσεις εργασίας, εμπλοκή στον τομέα της αξιολόγησης, τον τομέα ανάπτυξης δράσεων ευαισθητοποίησης μεταναστών κι επαγγελματιών σε ζητήματα ψυχικής υγείας κλπ.

B. Ευαισθητοποίηση επαγγελματιών της κοινότητας και βελτίωση της δικτύωσης με τις τοπικές υπηρεσίες

Σημαντική είναι η οργάνωση εστιασμένων δράσεων ευαισθητοποίησης κι εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν τους μετανάστες για τους λοιπούς επαγγελματίες που εργάζονται στην κοινότητα κι έρχονται σε επαφή με μετανάστες. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες των κοινωνικών υπηρεσιών, τα στελέχη των υπηρεσιών που εργάζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση, οι ιατροί και το νοσηλευτικό

προσωπικό των Κέντρων Υγείας/Περιφερειακών Ιατρείων, τα στελέχη της Αστυνομίας και του Λιμενικού και οι εκπαιδευτικοί είναι απαραίτητο να ευαισθητοποιηθούν ως προς τις ανάγκες των μεταναστών σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον τρόπο προσέγγισης τους και την οργάνωση της παραπομπής στις υπηρεσίες υγείας, με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης. Επιπλέον, σημαντική είναι η εργασία σε δίκτυο με τους τοπικούς φορείς, προκειμένου να αναπτυχθούν δράσεις ευαισθητοποίησης μεταναστών σε θέματα ψυχικής υγείας (ημερίδες, σεμινάρια, ομάδες κλπ).

Γ. Παρεμβάσεις με στόχο την προσέγγιση μεταναστών

Είναι σημαντικό να αναπτυχθούν δράσεις με στόχο τη μείωση τους στίγματος και τη διευκόλυνση και διατήρηση της επαφής με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τους φορείς που απευθύνονται σε μετανάστες.

Ο φόβος του στίγματος αποτελεί και για τους μετανάστες αιτία αποκλεισμού από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οπότε είναι σημαντικό να γίνουν παρεμβάσεις αντιμετώπισης της προκατάληψης για την ψυχική ασθένεια σε αυτή την ομάδα πληθυσμού. Σε επίπεδο κοινότητας, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να γίνει μέσα από την προσέγγιση τοπικών συλλόγων στους οποίους πιθανά ανήκουν οι μετανάστες ή μέσω παρεμβάσεων στα σχολεία για γονείς και παιδιά, με τη μορφή ομάδων, ομιλιών, εργαστηρίων κλπ.

Η έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων για διάφορες ψυχικές διαταραχές και τους τρόπους θεραπείας στη γλώσσα των μεταναστών θα διευκολύνει επίσης την ευαισθητοποίηση στα θέματα αυτά, την καλύτερη αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών που πιθανά αντιμετωπίζουν οι ίδιοι ή οι οικείοι τους, καθώς και των δυνατοτήτων που υπάρχουν για την αντιμετώπιση τους. Σημαντική είναι και η ενημέρωση για τα οφέλη της θεραπείας που βασίζεται στο λόγο/ συμβουλευτική-ψυχοθεραπεία.

Επιπρόσθετα, θα είναι χρήσιμο να υπάρχουν φυλλάδια με σαφή περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους φορείς υγείας και τους κοινωνικούς φορείς του νησιού (ανάλογα φυλλάδια και για τη λειτουργία της Κινητής Μονάδας) στη γλώσσα τους, καθώς και για υπηρεσίες που απευθύνονται σε μετανάστες σε πανελλήνιο επίπεδο (καθώς στα νησιά δεν υπάρχουν τέτοιες εξειδικευμένες υπηρεσίες).

Δ. Ανάπτυξη ειδικών παρεμβάσεων που αφορούν την οικογένεια των μεταναστών

Σημαντική είναι η επιδίωξη συνεργασίας και θεραπευτικής εργασίας με την οικογένεια του Αλβανού μετανάστη που απευθύνεται στην Κινητή Μονάδα. Στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκε η ελλιπής εφαρμογή στο πλαίσιο της υπηρεσίας της θεραπείας οικογένειας ως μέρος του θεραπευτικού πλάνου, στην περίπτωση των Αλβανών. Ωστόσο, αυτή η θεραπευτική μέθοδος χρειάζεται να ενταχθεί στην κλινική πρακτική με τους μετανάστες εξυπηρετούμενους. Η αναγκαιότητα αυτή ενισχύεται κι από το γεγονός ότι το οικογενειακό σύστημα για τους Αλβανούς παίζει κεντρικό ρόλο, αν σκεφτεί κανείς τις πολιτισμικές καταβολές που σχετίζονται με την παράδοση, το συλλογικό χαρακτήρα της κοινότητας και την αξία που αποδίδεται στην οικογένεια (Dow & Woolley, 2011).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, μας δείχνουν ότι όταν υπάρχουν πιο εύελικτα και λειτουργικά σχήματα συναλλαγής σε επίπεδο οικογένειας, πιθανά να υποστηρίζεται καλύτερα και η θεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής (φαρμακευτική, ψυχολογική), με αποτέλεσμα να υπάρχει καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ειδικά στις οικογένειες στις οποίες οι ρόλοι είναι πιο ξεκάθαροι, με συνέπεια στις ευθύνες κι υποστήριξη στα λοιπά μέλη της οικογένειας, ο παράγοντας αυτός λειτουργεί μάλλον θετικά ενισχύοντας τα αποτελέσματα της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης. Προς αυτή την κατεύθυνση η εφαρμογή της συστημικής θεραπείας οικογένειας θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη με στόχο τη βελτίωση της γενικής λειτουργικότητας και συγκεκριμένων διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας.

Οι τομείς που αφορούν την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων μεταξύ των μελών της οικογένειας βρέθηκαν να είναι περισσότερο δυσλειτουργικοί στις

Αλβανικές οικογένειες που απευθύνθηκαν στην Κινητή Μονάδα, επομένως θα ήταν σημαντικό να δώσει κανείς έμφαση σε αυτές σε θεραπευτικό επίπεδο.

Επιπρόσθετα, συγκεκριμένοι τομείς της οικογενειακής λειτουργίας βρέθηκαν να συσχετίζονται με την εκδήλωση αγχώδων διαταραχών και κατάθλιψης, κάτι που μπορεί θεραπευτικά να φανεί χρήσιμο όσον αφορά στις συγκεκριμένες διαστάσεις στις οποίες θα μπορούσε να εστιάσει η θεραπεία οικογένειας στους Αλβανούς μετανάστες.

Η ανάδειξη του παράγοντα που αφορά τα σχήματα ελέγχου στην Αλβανική οικογένεια και η σχέση του με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη στις περιπτώσεις Αλβανών που πάσχουν από κατάθλιψη και να δουλευτεί θεραπευτικά. Μάλιστα, ο τρόπος άσκησης ελέγχου στην οικογένεια συνδέθηκε και με τα συμπτώματα προσωρινού άγχους στους Αλβανούς. Περισσότερα αγχώδη συμπτώματα στην καθημερινότητα παρατηρήθηκαν επίσης σε οικογένειες Αλβανών, με μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια, ειδικά ως προς παράγοντες που σχετίζονται με τα σχήματα επικοινωνίας και τον τρόπο συνεργασίας για επίλυση προβλημάτων. Σημαντική είναι και η ανάδειξη της σύνδεσης του άγχους, ως μόνιμο χαρακτηριστικό προσωπικότητας, με τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας αναφορικά με τους ρόλους. Αυτοί φαίνεται να είναι οι σημαντικότεροι τομείς της οικογενειακής λειτουργίας, για τους οποίους χρειάζεται να αναγνωριστούν, και να δουλευτούν πιθανά δυσλειτουργικά σχήματα, εξατομικεύοντας ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε εξυπηρετούμενου.

Η βελτίωση της οικογενειακής λειτουργίας αναμένεται να φέρει βελτίωση και στον τομέα της ποιότητας ζωής. Ειδικά τα ζητήματα ελέγχου και ρόλων ήταν τα βασικότερα που συνδέθηκαν με διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής για τους Αλβανούς.

Σημαντικό είναι να γίνουν και παρεμβάσεις στο πλαίσιο οικογενειακής θεραπείας σε περιπτώσεις που υπάρχει βίωμα ενός σοβαρού γεγονότος ζωής, καθώς φάνηκε ότι ειδικά για τους Αλβανούς μετανάστες, κάτι τέτοιο επηρέασε αρνητικά την οικογενειακή λειτουργία, διαταράσσοντας πιθανά την ισορροπία του συστήματος. Ειδικές παρεμβάσεις θα ήταν χρήσιμο να αναπτυχθούν όσον αφορά στην πρόληψη κι αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας (Pantelidou et al., 2016b), καθώς και σε

οικογένειες με πρόσφατη εμπειρία διαζυγίου, εφόσον φάνηκαν να είναι τα συχνότερα αναφερόμενα γεγονότα ζωής από τους Αλβανούς.

Μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένεια ως προς τα ζητήματα άσκησης ελέγχου για τους Αλβανούς παρατηρήθηκε επίσης και σε περιπτώσεις ανέργων, κάτι που θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη στο θεραπευτικό πλάνο για μετανάστες που απευθύνονται στην υπηρεσία με ψυχιατρική συμπτωματολογία, κι οποίοι έχουν επίσης πρόσφατα βιώσει απώλεια εργασίας ή σε παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας σε άνεργους μετανάστες.

4.6. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Ένας βασικός περιορισμός της παρούσας μελέτης, σχετίζεται με τη χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων σε πολιτισμικά διαφορετικούς πληθυσμούς. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν μεταφράστηκαν για πρώτη φορά στα Αλβανικά, με την ενδεδειγμένη επιστημονική μεθοδολογία, ενώ άλλες είχαν ήδη χρησιμοποιηθεί σε μελέτες σε Αλβανούς στην Ελλάδα. Έγινε προσπάθεια πολιτισμικής προσαρμογής, ωστόσο οι κλίμακες δεν είναι σταθμισμένες σε Αλβανικό δείγμα και κατά συνέπεια δε μπορούμε να θεωρήσουμε ότι έχει εξασφαλιστεί απόλυτα η πολιτισμική ευαισθησία. Κατά συνέπεια, χρειάζεται κανείς να λάβει υπόψη ότι οι διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας που εκτιμήθηκαν μπορεί να μην αντανακλούν όλες τις παραμέτρους που θα χαρακτήριζαν την Αλβανική οικογένεια. Επιπρόσθετα, ο χαρακτηρισμός της "υγιούς" λειτουργίας οικογένειας μπορεί να διαφέρει ως προς τις διαστάσεις που τον προσδιορίζουν για άτομα διαφορετικής εθνικότητας. Ακόμα και ο τρόπος που βιώνεται η δυσφορία ως μέρος κάποιας αγχώδους ή συναισθηματικής διαταραχής κι η έκφραση της μπορεί να διαφέρουν πολιτισμικά. Οι πιο πάνω παρατηρήσεις αφορούν και τον τομέα της ποιότητας ζωής, καθώς πιθανά να υπάρχουν κι άλλες διαστάσεις (πέρα από τις ήδη υπάρχουσες) που να θεωρούνται σημαντικές για τους Αλβανούς. Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντικό ότι οι δείκτες αξιοπιστίας των κλιμάκων στα Αλβανικά ήταν καλοί. Σε κάθε περίπτωση πάντως, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη και αυτή η παράμετρος που συνδέεται με τη μεθοδολογία.

Άλλοι περιορισμοί της μελέτης αφορούν το δείγμα. Όλοι οι συμμετέχοντες προέρχονταν από μια συγκεκριμένη νησιωτική περιοχή, και δεν έγιναν συγκρίσεις με Αλβανούς μετανάστες που ζουν σε αστικά κέντρα. Ωστόσο, βάσει της βιβλιογραφίας δεν τονίζονται ιδιαίτεροι παράγοντες που να σχετίζονται με την κατοικία σε αστικό ή μη περιβάλλον και που πιθανά να επηρέαζαν τη σχέση μεταξύ των υπό μελέτη παραγόντων. Διαφορές ωστόσο, υποθέτουμε ότι θα υπάρχουν ως προς την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο, σε σχέση με ένα μικρό σε πληθυσμό νησί (όπου υπάρχει περιορισμένο δίκτυο φορέων υγείας και γεωγραφική απόσταση από την Αθήνα) ή/και ως προς την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, βασικό περιορισμό της μελέτης ως προς τη μεθοδολογία και το δείγμα, αποτελεί το γεγονός ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ Ελλήνων κι Αλβανών στην εργασιακή κατάσταση, καθώς μεγαλύτερα ποσοστά των Αλβανών ήταν άνεργοι κι ανασφάλιστοι, κάτι που πιθανά να είχε επίδραση στα αποτελέσματα. Ωστόσο, η ανεργία στην περίπτωση των Αλβανών, στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, δε βρέθηκε ανάμεσα στους βασικούς προβλεπτικούς παράγοντες για τις υπό μελέτη μεταβλητές, παρά μόνο στη διάσταση που αφορούσε τον Έλεγχο Συμπεριφοράς της οικογενειακής λειτουργίας. Σε κάθε περίπτωση, αυτός ο περιορισμός πιθανά να είχε αποφευχθεί αν είχε γίνει αντιστοίχιση ως προς την εργασιακή κατάσταση μεταξύ των δειγμάτων από τις δύο εθνικότητες.

Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι το δείγμα αφορά τους εξυπηρετούμενους μιας υπηρεσίας, και όχι το γενικό πληθυσμό, θα μπορούσε να θεωρηθεί αδυναμία της παρούσας μελέτης, ως προς το γεγονός ότι περιορίζεται και η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Βέβαια, το ότι περιλήφθηκαν και άτομα που δεν έπασχαν από ψυχοπαθολογία, αλλά απευθύνθηκαν στην υπηρεσία για συμβουλές αναφορικά με τα παιδιά τους ή για ψυχοκοινωνικά ζητήματα (πχ. προβλήματα σχέσεων, κοινωνικο-οικονομικές δυσκολίες) έδωσε τη δυνατότητα να γίνουν συγκρίσεις σε σχέση με άτομα που έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές ή κατάθλιψη. Από την άλλη, αν αντίστοιχη μελέτη υλοποιούνταν στο γενικό πληθυσμό, σίγουρα θα χρειαζόταν πολύ μεγαλύτερο δείγμα, ώστε να βρεθεί ικανός αριθμός ατόμων που πάσχουν από τις πιο πάνω διαταραχές και να εξεταστεί η σχέση με άλλες μεταβλητές. Το μέγεθος του δείγματος στην παρούσα μελέτη ήταν ικανοποιητικό για να εξεταστούν κάποιες συσχετίσεις, ωστόσο, δεν επέτρεψε να γίνουν κι άλλες που θα απαιτούσαν το μούρασμα σε περισσότερες υποκατηγορίες για κάποιες διαστάσεις (π.χ. τα γεγονότα ζωής).

Άλλοι περιορισμοί σχετίζονται με τις αδυναμίες των συγχρονικών ερευνών (Sedgwick, 2014). Μία από αυτές αφορά τη μεροληψία στο δείγμα - bias ως προς όσους επιλέγουν τελικά να συμμετέχουν στη μελέτη, σε σχέση με όσους αρνούνται. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη μάλλον περιορίζεται αυτή η δυσκολία γιατί το ποσοστό των ατόμων που δεν απάντησαν ήταν μικρό. Σημαντικό περιορισμό αποτελεί επίσης το γεγονός ότι στις συγχρονικές μελέτες δε μπορούν να περιγραφούν σχέσεις αιτίου - αιτιατού. Με άλλα λόγια, δε μας δίνει η παρούσα μελέτη

πληροφορίες για την κατεύθυνση της συσχέτισεων που βρέθηκαν, δηλαδή ποιοι παράγοντες λειτουργούν ως αιτιολογικοί σε αλληλεπίδραση με άλλους, για συγκεκριμένες μεταβλητές. Μόνο υποθέσεις μπορούν να γίνουν, με βάση τη βιβλιογραφία.

Επιπρόσθετα, ένας άλλο περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι έγινε προσπάθεια να μελετηθούν ταυτόχρονα αρκετές μεταβλητές, με αποτέλεσμα κάποιες να μην εξετάστηκαν εις βάθος, ενώ υπάρχει η δυνατότητα επέκτασης των δεδομένων και με άλλες στατιστικές αναλύσεις, ανάλογα με τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώνονται. Από την άλλη, δε μελετήθηκαν κάποιοι παράγοντες που έχουν βρεθεί να επηρεάζουν τη ζωή και την προσαρμογή των μεταναστών, όπως ο βαθμός επιπολιτισμού κι ενσωμάτωσης στο νέο πολιτισμικό πλαίσιο, ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες, ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης και η συσχέτιση τους με τη λειτουργία οικογένειας, την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία.

Επιπλέον, δεν εξετάστηκαν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως ψυχώσεις, ώστε να μελετηθεί πώς διαφοροποιούνται κάποια δεδομένα. Είναι σαφές όμως ότι στην περίπτωση αυτή, θα έπρεπε να εφαρμοστεί μια διαφορετική μεθοδολογία, μέσα από συνεντεύξεις ίσως στους ίδιους τους μετανάστες και τα μέλη των οικογενειών κι όχι με αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες.

Τέλος, ο μέσος χρόνος παραμονής στην Ελλάδα των μεταναστών από την Αλβανία που περιλήφθηκαν στη μελέτη, είναι σχεδόν 12 έτη, επομένως αποτελούν άτομα που στην πλειοψηφία τους δεν έχουν μεταναστεύσει πρόσφατα. Πιθανά τα αποτελέσματα να διαφοροποιούνταν στην περίπτωση ατόμων με πρόσφατη εμπειρία μετανάστευσης.

Οι περιορισμοί που περιγράφηκαν χρειάζεται να ληφθούν υπόψη σε μελλοντικές έρευνες σε σχέση με τις μεταβλητές που μελετήθηκαν.

4.7. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Προκειμένου να ξεπεραστούν οι περιορισμοί της ποσοτικής έρευνας και της χρήσης μη σταθμισμένων εργαλείων, θα ήταν σημαντικό μελλοντικά να εφαρμοστούν σε ανάλογες μελέτες και ποιοτικές μέθοδοι, όπως ημιδομημένες συνεντεύξεις και ανάλυση περιεχομένου, σε συνδυασμό ίσως με ποσοτικές μεθόδους. Ειδικά για τον παράγοντα της λειτουργίας οικογένειας, περαιτέρω έρευνα με ποιοτικές μεθόδους θα μπορούσε να αναδείξει διαστάσεις που είναι καθοριστικές και λειτουργούν είτε προστατευτικά, είτε επιβαρυντικά ως προς την εκδήλωση ψυχικής διαταραχής στους μετανάστες, αλλά και ως προς τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας και την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης.

Προς την ίδια κατεύθυνση, ποιοτικές μελέτες θα μπορούσαν να συμπληρώσουν τα ποσοτικά δεδομένα, αναδεικνύοντας ειδικές διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας, που σχετίζονται με συγκεκριμένες παθολογίες (π.χ. η δυσλειτουργία ως προς τα σχήματα ελέγχου στην οικογένεια, που βρέθηκε να συνδέεται με τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους Αλβανούς) και χρειάζεται να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας στην οικογενειακή θεραπεία.

Είναι σημαντικό επίσης να εφαρμοστεί η αξιολόγηση των παρεμβάσεων σε οικογενειακό επίπεδο, ως προς την έκβαση της θεραπείας, την ύφεση της ψυχοπαθολογίας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ώστε να αναγνωρίζονται αδυναμίες και δυνατά σημεία, με στόχο την πραγματοποίηση βελτιωτικών κινήσεων.

Επιπρόσθετα, μελέτες που στοχεύουν στην εξέταση των μεταβλητών που αφορούν την ποιότητα ζωής και τη λειτουργία οικογένειας θα μπορούσαν να επεκταθούν και στην περίπτωση Αλβανών με σοβαρότερη ψυχοπαθολογία, όπως σχιζοφρένεια, που προφανώς έχει σημαντική επίδραση στους τομείς αυτούς.

Επιπλέον, χρειάζεται να γίνουν έρευνες στάθμισης των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς πρόκειται για εργαλεία με ευρεία χρήση σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια και στην Ελλάδα και αποτυπώνουν σημαντικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και τη λειτουργία της

οικογένειας. Έτσι, θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν καλύτερα, τόσο στον ερευνητικό, όσο και στον κλινικό τομέα.

Άλλες μελέτες είναι σημαντικό να γίνουν προκειμένου να εξεταστούν εις βάθος και κάποιοι παράγοντες, όπως τα γεγονότα ζωής και ο ιδιαίτερος ρόλος τους για τους μετανάστες, ως προς την εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά και ως προς την επίδραση τους στη λειτουργία οικογένειας. Ειδικά, οι επιδράσεις της ανεργίας στους μετανάστες και η ενδοοικογενειακή βία, είναι διαστάσεις που χρειάζεται να εξεταστούν περαιτέρω, ώστε να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα με ειδικές δράσεις.

Επιπρόσθετα, μεταβλητές που σχετίζονται με τη μετανάστευση κι αφορούν τον επιπολιτισμό, τη διαδικασία προσαρμογής κι ενσωμάτωσης στο νέο πολιτισμικό πλαίσιο, θα είναι χρήσιμο να εξεταστούν σε περαιτέρω έρευνες, και σε σχέση με ζητήματα λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής.

Επιπλέον, διαχρονικές μελέτες με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, στην πρώτη φάση μετά τη μετανάστευση (ώστε να περιληφθούν και νεοαφιχθέντες μετανάστες) και κάποια χρόνια μετά, θα μπορούσαν να αναδείξουν καλύτερα τον τρόπο που μεταβάλλονται τα δυναμικά και οι ισορροπίες στην οικογένεια, ως προς διάφορες διαστάσεις την οικογενειακής λειτουργίας, λόγω της ίδιας της διαδικασίας της μετανάστευσης και της προσαρμογής στο νέο πολιτισμικό πλαίσιο. Προς την ίδια κατεύθυνση, θα αναδειχθούν και οι συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές που αφορούν την ψυχοπαθολογία και πώς μεταβάλλονται χρονικά.

Τέλος, ως προς τη χρήση υπηρεσιών, είναι σημαντικό να γίνουν έρευνες που σχετίζονται με τις ειδικές παραμέτρους που αφορούν τη στάση και τις προσδοκίες των Αλβανών μεταναστών για την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματία ψυχικής υγείας, τις διαδρομές που ακολουθούν στο σύστημα υγείας σε αστικές και μη περιοχές και τους παράγοντες που σχετίζονται με τη δέσμευση στη θεραπεία. Ταυτόχρονα, χρειάζεται να αξιολογηθούν αντίστοιχα και οι στάσεις και προσδοκίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ως προς τη θεραπεία με Αλβανούς μετανάστες. Σε πρακτικό επίπεδο επίσης, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα, με την εμπλοκή στη διαδικασία των ίδιων των χρηστών υπηρεσιών και συγκεκριμένων παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση της πρόωρης διακοπής της θεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Aas, M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9:20, doi.org/10.1186/1744-859X-9-20.
- Adams, G., Anderson, S. L., & Adonu, J. K. (2004). The cultural grounding of closeness and intimacy. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *The handbook of closeness and intimacy* (pp. 321-339). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Addolorato, G., Ancona, C., Capristo, E., Graziosetto, R., Di Rienzo, L., Maurizi, M., Gasbarrini G. (1999). State and trait anxiety in women affected by allergic and vasomotor rhinitis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46:283–289.
- Ahmed, I. (2001). Psychological aspects of giving and receiving medication. In W. Tseng, & Streltzer J., *Culture and Psychotherapy: a guide to clinical practice* (pp.123-137). Washington: American Psychiatric Press.
- Akister, J., & Stevenson-Hinde, J. (1991). Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device. *Family Therapy*, 13: 63–73.
- Ali, J., McDermott, S. & Gravel, R. (2004). Recent research on immigrant health from Statistics Canada's population surveys. *Canadian Journal of Public Health*, 95:19-13.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M., Codony, M, Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of

Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.*,420:38-46.

Anagnostopoulos, D.C. Vlassopoulou, M., Rotsika , V., Pehlivanidou, H., Legaki, L., Rogakou, E., & Lazaratou, H. (2004). Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrant' Children and their Families. *Transcultural Psychiatry*, 41: 465-486.

Andrulis, D. P. & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1):122-133.

Anjara, S., Nellums, L., Bonetto, C. & Bortel, V. (2017). Stress, health and quality of life of female migrant domestic workers in Singapore: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 17(1):98. doi: 10.1186/s12905-017-0442-7.

Antoniou, S. & Dalla, M. (2009). Immigration, unemployment and career counseling: A multicultural perspective. In A. S. Antoniou et al. (Eds.), *Handbook of Managerial Behaviour and Occupational Health* (311-328). Northampton, USA: Edward Elgar.

Antoniou, S., & Dalla, M. (2013). Well-being among Greeks and immigrants before and after financial crisis. In A-S. Antoniou & G. Cooper (Eds.), *The Psychology of the Recession on the Workplace* (pp.3-22). Northampton, USA: Edward Elgar.

Antoniou, A. S., Dalla, M., Kashahu, L., Karaj, D., Michailidis, G., & Georgiadi, E. (2013). Socioeconomic adversity and family stressors in relation to school achievement among Greek, Serbian and Albanian students. In A.-S. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.), *The Psychology of Recession in the Workplace* (pp. 23-42). Northampton, USA: Edward Elgar.

Antoniou, A. S. & Dalla, M. (2015). Greeks and Albanian Immigrants' Perceptions on Family Values, Marriage Myths and Love: The Role of Acculturation. *International Journal of Social Pedagogy – Special Issue 'Social Pedagogy in Times of Crisis in Greece'* 4(1), 204-218. doi:10.14324/111.444.ijsp.2015.v4.1.015.

Arnold, LM, Keck, J., Collins, J., Wilson, R., Fleck, D., Corey, K., Amicone, J., Adebimpe, V. & Strakowski, S. (2004). Ethnicity and first-rank symptoms in patients with psychosis. *Schizophrenia Research*, 67:207–212.

- Bahremand, M., Rai, A., Alikhani, M., Mohammadi, S., Shahebrahimi, K. & Janjani, P. (2015). Relationship Between Family Functioning and Mental Health Considering the Mediating Role of Resiliency in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Global journal of health science*, 7. 40674. 10.5539/gjhs.v7n3p254.
- Baldwin-Edwards, M. (2004). *Στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα: αναλυτική μελέτη για τα διαθέσιμα στοιχεία και προτάσεις για τη συμμόρφωση με τα standards της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Αθήνα: Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης Ι.Α.Π.Α.Δ. Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Baldwin-Edwards, M. (2008). *Immigrants in Greece: Characteristics and Issues of Regional Distribution*. MMO Working Paper No. 10. Mediterranean Migration Observatory, University Research Institute of Urban Environment and Human Resources. Athens: Panteion University.
- Balistreri, K. & Alvira-Hammond, M. (2016). Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health*, 132:72-8.
- Bălțătescu, S. (2007). Central and Eastern Europeans Migrants' Subjective Quality of Life. A Comparative Study. *Journal of Identity and Migration Studies*, 1 (2), 67-81.
- Banks, D. & Weems, C. (2014). Family and peer social support and their links to psychological distress among hurricane-exposed minority youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4):341-52.
- Bario, C, Yamada, A, Atuel, H., Hough, R., Yee, S., Berthot, B. & Russo, P. (2003). A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 60:259–269.
- Barjaba, K. (2004). *Albania: Looking beyond borders*. Washington: Mimeo, Migration Policy.
- Baroni, A., Dinant, I., Kortajarena, L., Larreta, A., Dzhungurov, Z., Moilanen, M., Pantelidou, A., Lavdas, M., Reggi, M., Ruffetta, C., Curia, M. & Viganò, G. (2020). Gender-based violence among migrant communities and ethnic minorities: a qualitative European study on perceived forms, causes and solutions. *Journal of interpersonal violence*, under press.

- Barry, L., Abou, J., Simen, A. & Gill, T. (2012). Under-treatment of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*, 136(3):789–96. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.038.
- Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H. & Bilgel, N. (2007). Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research*, 16(8):1319-33.
- Bean, R., Perry, B. & Bedell, T. (2001). Developing culturally competent marriage and family therapists: guidelines for working with Hispanic families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(1):43-54.
- Beiser, M., Barwick, C., Berry, J., da Costa, G., Fantino, A., Ganesan, S., Lee, C., Milne, W., Naidoo, J., Prince, R., Tousignant, M. & Vela, E. (1988). *Mental health issues affecting immigrants and refugees*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Beiser M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl 2):30-44.
- Beqja, H. (2000). *Tranzicioni demokratik dhe psikologjia e Shqiptarëve të sotëm* [Democratic transition and psychology of Albanian today]. Tiranë: Akademia e Shkencave të Shqipërisë.
- Bergeron, P., Auger, N. & Hamel, D. (2009). Weight, general health and mental health: status of diverse subgroups of immigrants in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 100:215-20.
- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M. & Dasen, P. (1992). *Cross-Cultural Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Berry, J., Phinney, J., S., Sam, D., L. & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55 (3), 302-332.
- Bertschy G. & Vandel, S. (1992). Clomipramine plasma levels among depressed outpatients in Benin, West Africa: drug compliance and comparison with Caucasian patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12:334-336.
- Berutti, M., Dias, R., Pereira, V., Lafer, B. & Nery, F. (2016). Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 192:28-33.

- Bhugra, D., Hilwig, M., Hosein, B., Marceau, H., Neehall, J., Leff, J., Mallett, R. & Der, G. (1996). First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow up. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 587–592.
- Bhugra, D. & Bhui, K. (1997). Clinical management of patients across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment*, *3*:233-239.
- Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R., Der, G., Corridon, B. & Rudge, S. (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in Whites, African Caribbeans and Asians in London. *Psychological Medicine*, *27*:791–798.
- Bhugra, D., Desai, M. & Baldwin, D. (1999). Attempted suicide in west London, I: rates across ethnic minorities. *Psychological Medicine*, *29*, 1125-1130.
- Bhugra, D. (2001). Services for ethnic minorities: Conceptual issues. In D. Bhugra D. (Ed.), *Psychiatry in multicultural Britain* (pp. 330–349). Gaskell:London.
- Bhugra, D. & Jones, P. (2001). ‘Migration and mental illness.’ *Advances in Psychiatric Treatment*, *7*, 216-223.
- Bhugra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*, *69*:129-41.
- Bhugra, D., Gupta, S., Kamaldeep, B., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, D., Kirkbride, J., Moussaoui, D., Nazroo, J. & Qureshi, A. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, *10*:2-10.
- Bhui, K. & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *British Journal of Psychiatry*, *181*:6-7.
- Bhui, K., Stanfeld, S., Hull, S., Priebe, S., Mole, F. & Feder, G. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. *British Journal of Psychiatry*, *182*: 105-116
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K. & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Service Research*, *7*:15. doi:10.1186/1472-6963-7-15.
- Birchwood, M., Cochrane, R., MacMillan, F., Copestake, S., Kucharska, J. & Carriss, M. (1992). The influence of ethnicity and family structure on relapse in first

episode schizophrenia. A comparison of Asian, Afro-Caribbean, and White patients. *British Journal of Psychiatry*, 161:783–790.

- Bishop, D. S., Evans, R. L., Minden, S., McGowen, M., Marlowe, S., Amdreoli, N., Trotter, J., Williams, C. (1987). Family functioning across different chronic illness/disability groups. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69: 610.
- Bishop, D. S., & Miller, I. W. (1988). Traumatic brain injury: Empirical family assessment techniques. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3(4), 16–30.
- Black, D., Shaw, M., McCormick, B. & Allen, J. (2012). Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: a controlled study of pathological gambling. *The journal of Clinical Psychiatry*, 73(10):1293-7.
- Blandt, I. & Kraft, I. (1998). The Therapeutic Alliance Across Cultures. In S. Okpaku (Ed.), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry* (pp. 266-279). Washington: American Psychiatric Press.
- Bonicatto, S., Dew, M., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52(6):911-919.
- Brand, T, Samkange-Zeeb, F., Ellert, U., Keil, T., Krist, L., Dragano, N., Jöckel, K., Razum, O., Reiss, K., Greiser, K., Zimmermann, H., Becher, H. & Zeeb, H. (2017). Acculturation and health-related quality of life: results from the German National Cohort migrant feasibility study. *International Journal of Public Health*, 62(5):521-529. doi: 10.1007/s00038-017-0957-6.
- Brenes, G. (2007). Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 9(6):437-43.
- Breslau, J, Aguilar-Gaxiola, S, Borges G, Kendler, K. & Kessler, R. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195:189-95.
- Brislin, R. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol.1, pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.

- Burazeri, G, Roshi, E. & Tavanxhi, N. (2006). Intimate partner violence in the Balkans: the example of Albania. *Journal of Public Health, 14*:233 –236.
- Burazeri, G., Qirjako, G., Roshi, E. & Brand, H. (2010). Determinants of witnessed parental physical violence among university students in transitional Albania. *Journal of Public Health, 33* (1): 22 –30. doi:10.1093/pubmed/fdq034.
- Çabej, E. (1996). *Studime etimologjike në fushë të shqipes, vëll. IV (DH-J)* [Etymological studies in the field of Albanian, Vol. IV]. Tiranë: Akademia e shkencave e Republikës së Shqipërisë.
- Campbel, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist, 31*:117-24.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M. & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain, 107*(1-2):99-106.
- Cantor-Graae E & Selten J-P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry, 162*:12-24.
- Cao, X., Jiang, X., Li, X., Lo, M., Li, R. & Dou X. (2013). Perceived family functioning and depression in bereaved parents in China after the 2008 Sichuan earthquake. *Archives of Psychiatric Nursing, 27* (4):204-9.
- Carletto, C., Davis, B., Stampini, M., Trento, S. & Zezza, A. (2004). *Internal Mobility and international Migration in Albania*. ESA Working Paper No. 04-13.
- Caroppo, E., Muscelli, C., Brogna, P., Paci, M., Camerino, C & Bria, P. (2009). Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 45*(3):331-40.
- Carta, M., Coppo, P., Reda, M., Hardoy, M. & Capiniello, B. (2001). Depression and social change. From transcultural psychiatry to a constructivistic model. *Epidemiologia e psichiatria sociale, 10*:46–58.
- Carta M., Bernal, M., Hardoy, M., & Haro-Abad. J. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 1*:13.
- Charalambaki, E., Bauwens, F., Stefos, G., Madianos, M., G. & Mendlewicz, Z. (1995). Immigration and psychopathology: a clinical study. *European Psychiatry, 10*: 237-244.

- Chen, A. & Kazanjian, A. (2005). Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health, 96*:49-51.
- Chen, A., W., Kazanjian, A. & Wong, H. (2009). Why do Chinese Canadians not consult mental health services: health status, language or culture? *Transcultural Psychiatry, 46*:623-41.
- Chen, W., Ling, L., & Renzaho, A. (2017). Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open, 15*:7(3): e014313. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014313.
- Chun, K. & Akutsu, P. (2003). Acculturation among ethnic minority families. In K.M. Chun, P. B. Organista, G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 95–119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Civici, A., Gedeshi, I. & Shehi, D. (1999). *Migration, agriculture and rural development in Albania, Bulgaria and FYR of Macedonia: the case of Albania*. ACE Phare Programme.
- Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Liappas, I., Christodoulou, G. & Papadimitriou, G. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry, 8*:23 doi:10.1186/1744-859X-8-23.
- Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science and Medicine, 54*:693–706.
- Cross, T. et al. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care, With the Assistance of the Portland Research and Training Center for Improved Services to Severely Emotionally Handicapped Children and Their Families*. Washington, D.C.: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Development Center.
- Cyril, S., Halliday, J., Green, J. & Renzaho, A. (2016). Relationship between body mass index and family functioning, family communication, family type and parenting style among African migrant parents and children in Victoria,

Australia: a parent-child dyad study. *BMC Public Health*,15:707. doi:10.1186/s12889-016-3394-1.

Dalla M. & Leke Sokoli (2012). Acculturation and subjective well-being among Albanian immigrants in Greece. *Social Studies*, 2, 11-120.

Davey H., L., Tough, S., C., Adair, C., E. & Benzie, K. (2008). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*,15(7):866-75. doi: 10.1007/s10995-008-0314-8

Davis, K. (1997). Race, health status and managed care. In I. Epstein & F. Brisbane (Eds), *Cultural competence series*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.

De la Rie, S., Noordenbos, G. & Van Furth, E. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of life research*, 14(6):1511-22.

De Leersnyder, J., Mesquita, B., & Kim, H. S. (2011). Where do my emotions belong? A study of immigrants' emotional acculturation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(4), 451-463.

D'Egidio, V., Mipatrini, D., Massetti, A., Vullo, V. & La Torre, G. (2017). How are the undocumented migrants in Rome? Assessment of quality of life and its determinants among migrant population. *Journal of Public Health*, 39(3):440-446. doi: 10.1093/pubmed/fdw056.

Diareme, S., Tsiantis, J., Kolaitis, G., Ferentinos, S., Tsalamani, E., Paliokosta, E., Anasontzi, S., Lympinaki, E., Anagnostopoulos, D., Voumvourakis, C & Romer G. (2006). Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis: a controlled study in Greece. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (6), 309-318.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55:34-43.

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7 (4): 397-404.

- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R. & Woodside, D. (2008). *The International journal of eating disorders*, 41(8):739-47.
- DiNicola, V.F. (1994). The strange and the familiar: cross-cultural encounters among families, therapists and consultants. In M. Andolfi & R. Haber (Eds.), *Please Help Me With This Family: Consultation resources in Family Therapy* (pp. 35-52). New York: Brunner/Mazel.
- DiNicola, V.F. (1998). Children and Families in Cultural Transition. In S. Okpaku (Ed.), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry* (pp. 365-391). Washington: American Psychiatric Press.
- Doja, A. (2010). Fertility Trends, Marriage Patterns, and Savant Typologies in Albanian Context. *Journal of Family History*, 35(4): 346-367. doi:10.1177/0363199010381045.
- Dow, H. & Woolley, S. (2011). Mental Health Perceptions and coping strategies of Albanian immigrants and their families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37 (1), 95-108.
- Dumas, C., Katerndahl, D. & Burge, S. (1995). Familial patterns in patients with infrequent panic attacks. *Family Medicine*, 4(10):863-7.
- Duri, V. (2016) The Albanian Family Characteristics during the Transition Period. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 5 (3), 487-490.
- Ehnholt, K. A. & Yule, W. (2006). Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1197-210.
- Eldarov, S. (2000). Eastern Orthodox Christians and Roman Catholics in Albania. In A. Zhelyazkova (Ed.), *Albania and the Albanian Identities* (pp. 64-108). Sofia: IMIR.
- Eleftheriadou, Z. (2010). *Psychotherapy and Culture: Weaving Inner and Outer Words*. London: Karnac.
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J. & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33:766-771.

- Epstein, N. B. (1969). *Family therapy today: An overview*. Paper presented at the International Symposium, Psychiatry over the last decades, Montebello, Quebec.
- Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1973). Position paper—family therapy, state of the art. *Canadian Association Psychiatric Journal*, 18(3), 175–183.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1982). *Family assessment device*. Providence, RI: Brown University Family Research Program.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180.
- Epstein-Lubow, G., Beevers, C., Bishop D. & Miller, I. (2009). Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(6):947-55.
- Erikson, E. (1987). *A Way of Looking at Things: Selected Papers from 1930-1980*. London: Norton.
- Essau, C., Lewinsohn, P. Olaya, B. & Seeley, J. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163:125-32.
- European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General. (2005). *Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Luxembourg: EC
- EUROSTAT. (2009). Statistics in Focus, 94/2009. *Citizens of European countries account for the majority of the foreign population in the EU-27 in 2008*. <http://ec.europa.eu/eurostat>.
- EUROSTAT. (2011). *Indicators of immigrant integration – a pilot study*. European Commission. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-SF-11-030.
- Evans, L., Cowlshaw, S., Forbes, D., Parslow, R., & Lewis V. (2010). Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5):611-22.

- Evans, R. L., Bishop, D. S., Halar, E., Matlock, A., Stranahan, S., & Smith, G. G. (1987). Family interaction & treatment adherence after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68:13–517.
- Evans, R. L., Bishop, D. S., Haselkorn, J. K., Hendricks, R. D., Baldwin, D., & Connis, R. T. (1991). From crisis to recovery: The family's role in stroke rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 1(2): 69–77.
- Evans, R., Bishop, D. & Ousley, R. (1992). Providing care to persons with physical disability. Effect on family caregivers. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71(3):140-4.
- Fakiolas, R. (2003). Regularising undocumented immigrants in Greece: procedures and effects. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29(3): 535-561.
- Falicov, C. (1995). Training to think culturally: a multidimensional comparative framework. *Family Process*, 34(4):373-88.
- Falicov, C. J. (2007). Working with transnational immigrants: expanding meanings of family, community and culture. *Family Process*, 46:157-71.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365: 1309-1314.
- Febres, J., Rossi, R., Gaudiano, B. & Miller, I. (2011). Differential Relationship between Depression Severity and Patients' Perceived Family Functioning in Women Versus Men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(7): 449–453.
- Feldman R. (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers: a review of the literature and a framework for services. *Public Health*, 120:809-16.
- Felix, E., Afifi, T, Kia-Keating M., Brown, L., Afifi, W. & Reyes, G. (2015). Family functioning and posttraumatic growth among parents and youth following wildfire disasters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(2):191-200.
- Fenta, H., Hyman, I. & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 194:925-34.

- Fernandes, A. & Miguel, JP. (2009). *Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisbon: National Health Institute Doctor Ricardo Jorge.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62:255-99.
- Fonseca, M. & Malheiros, J. (2005). *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health-IMISCOE Cluster B5 State of the Art Report*. Lisbon: University of Lisbon.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. & Katz, J. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40 (6): 434-441. doi:10.1016/S0010-440X(99)90087-1.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. & Bech, P. (2001). Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale. *BMC Psychiatry*, 1, 1-3.
- Francis, A & Papageorgiou, P. (2004). Expressed emotion in Greek versus Anglo-Saxon families of individuals with schizophrenia. *Australian psychologist*, 39 (2): 172-177.
- Friedmann, M., McDermut, W., Solomon, D., Ryan, C., Keitner, G. & Miller, I. (1997). Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36(4):357-67.
- Gaki, A., Dalla, M., & Antoniou, A.S. (2013). *The investigation of family values of natives and immigrants: comparative study among to time waves*. Presentation in 14th Greek Congress of Psychological Research, 15-19 May 2013, Alexandroupoli.
- Galanis, P., Sourtzi, P., Bellali, T., Theodorou, M., Karamitri, I., Siskou, O., Charalambous, G. & Kaitelidou, D. (2013). Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13:350.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D. & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health

Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (4), 371-378.

- Gater, R., Tomenson, B., Percival, C., Chaudhry, N., Waheed, W., Dunn G, Macfarlane, G. & Creed, F. (2009). Persistent depressive disorders and social stress in people of Pakistani origin and white Europeans in UK. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44:198-207.
- Gatou, T., Koletsi-Kounari, H. & Mamai-Homata, E. (2011). Dental caries prevalence and treatment needs of 5- to 12-year-old children in relation to area-based income and immigrant background in Greece. *International Dental Journal*, 61(3), 144-51.
- Geitona, M., Zavras, D. & Kyriopoulos, J. (2007) Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. *European Journal of General Practice*, 13: 144-50.
- Georgas, J., Berry, J.W., van de Vijver, F.J.R., Kagitsibasi, C., & Poortinga, T.H. (2006). *Families across cultures: A 30 nation psychological study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Giese-Davis, J, Collie, K., Rancourt, K., Neri, E., Kraemer, H. & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4):413–20. doi: 10.1200/JCO.2010.28.4455.
- Gigantesco, A. & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Instituto superiore di sanita*, 47(4):363-72.
- Gilbert, P., Gilbert, J. & Sanghera, J. (2004). A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(2):109–130.
- Giles, D. E., Jarrett, R. B., Biggs, M. M., Guzick, D. S., & Rush, A. J. (1989). Clinical predictors of recurrence in depression. *American Journal of Psychiatry*, 146(6): 764–767.

- Ginieri-Coccosis, M., Antonopoulou, V., Triantafyllou, e., & Christodoulou, G. (2001a). Translation and Cross-Cultural Adaptation of WHOQOL-100 in Greece: Part I. *Psychiatry Today*, 32: 5-16.
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V. & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*, 23 (2): 130-142.
- Gjonca, A., Aassve, A., and Mencarini, L. (2008). Albania: Trends and patterns, proximate determinants and policies of fertility change. *Demographic Research*, 19(11): 261-292. doi:10.4054/DemRes.2008.19.11.
- Goddard, M. and Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53 (9), 1149-1162.
- Gogonas, N. (2009). Language shift in second generation Albanian Immigrants in Greece. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 30 (2): 95-110.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER-Nelson.
- Gonidakis, F., Korakakis, P., Ploumpidis, D., Karapavlou, D., A., Rogakou, E., Madianos, M.G. (2011). The relationship between acculturation factors and symptoms of depression: a cross-sectional study with immigrants living in Athens. *Transcultural Psychiatry*, 48(4):437-54.
- Gonidakis, F, Lembesi, E., Kontaxakis, V. P., Havaki-Kontaxaki, B. J., Ploumpidis, D., Madianos, M. & Papadimitriou, G. N. (2013). A study of acculturation in psychotic and non-psychotic immigrants living in Athens. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2):157-64.
- Good, G & Wood, P. (1995). Male gender role conflict, depression and help-seeking: Do college men face double jeopardy? *Journal of Counselling and Development*, 74:70-75.
- Grigorov, V. (2003). *Albania: Landmarks of transition*. Sofia: International Centre for Minority Studies and Intercultural Relations.
- Groleau, D. & Kirmayer, L. J. (2004). Sociosomatic theory in Vietnamese immigrants' narratives of distress. *Anthropological Medicine*, 11:117-33.

- Gropas, R. & Triantafyllidou, A. (2012). Migrants and Political Life in Greece: Between Political Patronage and the Search for Inclusion. *South European Society and Politics*, 17 (1): 45-63.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does access to health care mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
- Guoping, H., Yalin, Z., Yuping, C., Momartin, S. & Ming, W. (2010). Relationship between recent life events, social supports, and attitudes to domestic violence: predictive roles in behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(5):863-76.
- Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferriss, A., L., Land K., Michalos, A., C., Peterson, M., Sharpe A., Sirgy, J. & Vogel, J. (2001). Quality of Life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55: 1–96.
- Halpern, J.M., Kaser, K., and Wagner, R.A. (1996). Patriarchy in the Balkans: Temporal and Cross-Cultural Approaches. *The History of the Family – An International Quarterly*, 1(4): 425-442. doi:10.1016/S1081-602X(96)90011-1.
- Hannerz, U. (1998). Transnational research. In H. R. Bernard (Ed.), *Handbook of Methods in Cultural Anthropology* (pp. 235-256). London: AltaMira Press.
- Harrison, G., Owens, D. and Holton, A. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine*, 18, 643-657.
- Harrison, G., Glazebrook, C., Brewin, R., Cantwell, R., Dalin, T., Fox, R., Jones, P., & Medley, I. (1997). Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine*, 27: 799-806.
- Hart, L. (1999). Culture, civilization and demarcation at the northwest borders of Greece. *American Ethnologist*, 26 (1): 196-220.
- Harvey, I., Williams, P., McGuffin, P. & Toone, B. (1990). The functional psychoses in Afro-Caribbeans. *British Journal of Psychiatry*, 157:515– 522.
- Hatziprokopiou, P. (2003). Albanian immigrants in Thessaloniki, Greece: Processes of economic and social incorporation. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29 (6): 1033-1057.

- Haxhiymeri, E., Kulluri, E., Hazizaj, A., Pano, A. (2005). *Child abuse in the Albanian Family*. Tyрана: Children’s Human Rights Centre of Albania – CRCA.
- He, M., Zhang, Y., Zhao, X. & Wang J. (2014). Family functioning in Chinese type 2 diabetic patients with and without depressive symptoms: a cross-sectional study. *Psychopathology*, 47(1):39-44.
- Helman, C. (2007). *Culture, health, and illness*. London, UK: Hodder Arnold.
- Herr N., Hammen, C. & Brennan, P. (2007). Current and past depression as predictors of family functioning: a comparison of men and women in a community sample. *Journal of Family Psychology*, 21(4):694-702.
- Heru, A., Ryan, C. & Vlastos, K. (2004). Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1):67-71.
- Heru, A., Stuart, G. & Recupero, P. (2007). Family functioning in suicidal inpatients with intimate partner violence. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 9(6):413-8.
- Hickey, D., Carr, A., Dooley, B., Guerin, S., Butler, E. & Fitzpatrick L. (2005). Family and marital profiles of couples in which one partner has depression or anxiety. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2):171-82.
- Himle, J., Taylor, R., Nguyen, A., Williams, M., Lincoln, K., Taylor, H. & Chatters L. (2017). Family and Friendship Networks and Obsessive-Compulsive Disorder Among African Americans and Black Caribbeans. *The Behavior Therapist*, 40(3):99-105.
- Hofstede, G. (2001). *Culture’s consequences: Comparing values, behaviours, institutions, and organizations across nations* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Holifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, Mannuzza, S. & Fyer, A. (1997). Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154(6):766-72. doi:10.1176/ajp.154.6.766.
- Hubert, K. (2004). *Migration Trends in an Enlarged Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- Hughes, A., Hedtke, K. & Kendall, P. (2008). Family functioning in families of children with anxiety disorders. *Journal of Family Psychology*, 22 (2):325-328.
- Hutchinson, G., Takei, N., Sham, P., Harvey, I. & Murray, R. (1999). Factor analysis of symptoms in schizophrenia: differences between White and Caribbean patients in Camperwell. *Psychological Medicine*, 29:607–612.
- Ibañez, G., Dillon, F., Sanchez, M., DE LA Rosa, M., Li, T. & Villar, M. (2015). Changes in Family Cohesion and Acculturative Stress among Recent Latino Immigrants. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 24(3):219-234.
- INSTAT (2004). *Gender perspectives in Albania: Population and Housing Census 2001*. Tirana: Albanian Institute of Statistics.
- INSTAT (2007). *Women and Men in Albania 2006*. Tirana: Albanian Institute of Statistics.
- IOM – WHO. (2010). *Health of Migrants - The Way Forward*. Madrid: World Health Organization and International Organization for Migration.
- IOM (2005). *Competing for Remittances*. Tirana: International Organisation of Migration.
- IOM (2008). *Migration in Albania: a country profile*. Switzerland: International Organization for Migration.
- Jablensky, A., Sartorius, N. & Ernberg, G. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine (suppl. 20)*, 1–97.
- Jackson, C. (2007). The general health questionnaire. *Occupational Medicine*, 57(1), 79.
- Julian, L. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research (Hoboken)*, Suppl 11:S467-472. doi: 10.1002/acr.20561.
- Jurado, D., Alarcón, R., Martínez-Ortega, J., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L. & Gurpegui, M. (2017). Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 10.1016/j.rpsmen.2017.02.004.

- Kabacoff, R. I., Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B., & Keitner, G. I. (1990). A psychometric study of the McMaster family assessment device in psychiatric, medical and nonclinical samples. *Journal of Family Psychology*, 3(4): 431–439.
- Kahneman, D., Diener, E. and Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundation of hedonic psychology*. New York: Russell Sage.
- Kanellopoulos, K., Gregou, M., Petralias, A. (2006). *Illegal immigrants in Greece: state approaches, their profile and social situation*. Athens: EMN, KEPE.
- Karamitri, I., Bellali, T., Galanis, P. & Kaitelidou, D. The accessibility of vulnerable groups to health services in Greece: a Delphi study on the perceptions of health professionals. *The international Journal of Health Planning and Management*, 28(1):35-47.
- Karliner, L. S, Jacobs, E. A., Chen, A. H. & Mutha, S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42:727-54. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x.
- Kaser, K. (2008). *Patriarchy after patriarchy: gender relations in Turkey and in the Balkans, 1500-2000*. Münster: Lit Verlag.
- Kaser, K. (2012). *Households and family in the Balkans: Two decades of Historical Family Research ta University of Graz*. Wien: Lit Verlag
- Kasimati, M., Kolpeja, V., & Hatibi, D. (2009). *Albanian immigration after 90 and his effect on sconomic and social life of children*. Unicef: Instituti për kërkime urbane, http://www.uri.org.al/uri/pub/raporti_shqip3.pdf, retrieved 4/2/2012.
- Katerndahl, D., & Realini, J. (1997). Family characteristics of subjects with panic attacks. *Family Medicine*, 29(8):563-7.
- Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2):261–276.
- Kazazi, B. & Labrianidis, L. (2006). Albanian return-migrants from Greece and Italy: their impacts upon spatial disparities. *European Urban and Regional Studies*, 13(1): 59-74.

- Kearney, M. (1995). The local and the global: the anthropology of globalization and transnationalism. *Annual Review of Anthropology*, 24: 547-565.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Fruzzetti, A. E., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Norman, W. H. (1987a). Family functioning and suicidal behavior in psychiatric inpatients with major depression. *Psychiatry*, 50, 242-255.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Fruzzetti, A. E. (1987b). Family functioning and the course of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 28: 54-64.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Ryan, C. E., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1989). Compounded depression and family functioning during the acute episode and 6-month follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 30(6), 512-521.
- Keitner, G., Ryan, C., Fodor, J., Miller, I., Epstein, N. & Bishop, D. (1990a). A cross-cultural study of family functioning. *Contemporary Family Therapy*, 12 (5): 439-454. <https://doi.org/10.1007/BF00891712>.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Norman, W. H. (1990b). Family functioning, social adjustment, and recurrence of suicidality. *Psychiatry*, 53, 17-30.
- Keitner, G. I., Fodor, J., Ryan, C. E., Miller, I. W., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (1991). A Cross-Cultural Study of Major Depression and Family Functioning. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 36(4), 254-259. <https://doi.org/10.1177/070674379103600403>.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., & Norman, W. H. (1992). Recovery and major depression: Factors associated with 12-month outcome. *American Journal of Psychiatry*, 149: 93-99.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., Kohn, R., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 15(27), 1002-1008.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., & Zlotnick, C. (1997). Psychosocial factors and the long-term course of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 44: 57-67.

- Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, M. A., & Shea, M. T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Archives of General Psychiatry*, *49*: 809–816.
- Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, *74* (1), 5-13.
- Kilic, B. & Sener, S. (2005). Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, *16* (1): 21-28.
- Kilic, T., Carletto, G., Davis, B. & Zezza, A. (2007). *Investing back home: Return migration and business ownership in Albania*. Washington: World Bank Policy Research Working Paper 4366.
- King, M., Coker, E., Leavey, G., Hoare, A. & Johnson-Sabine, E. (1994). Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *British Medical Journal*, *309*: 115-119.
- King, R., Iosifides, T. & Myrivilli, L. (1998). A migrant's story: from Albania to Athens. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *27*(1): 159-175.
- King, R. & Vullnetari, J. (2009). The intersections of gender and generation in Albanian migration, remittances and transnational care. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, *91* (1):19-38.
- Kinzie, D. & Edeki, T. (1998). Ethnicity and Psychopharmacology. In Okpaku, S. (Ed.), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, (pp. 171-191). Washington: American Psychiatric Press.
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(Suppl. 13):22-8.
- Kirmayer, L. J. (2004). The cultural diversity of healing; meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin*, *69*:33-48.
- Kirmayer, L. J., Groleau D., Looper, K. J. & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*:663-672.

- Kirmayer, L. & Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G., Lasry, J. & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52: 295-304.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E. & Guzder, J. (2008). The cultural context of clinical assessment. In A. Tasman et al. (Eds.), *Psychiatry* (pp.54-66). New York: John Wiley & Sons.
- Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M. Ryder, A., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183 (12): 959-967. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>.
- Kitsiou-Tzeli, S., Petridou, E.T., Karagiouzis, T., Dessypris, N., Makrithanasis, P., Sifakis, S. & Kanavakis, E. (2010). Knowledge and attitudes towards prenatal diagnostic procedures among pregnant women in Greece. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 27(3), 149-55.
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Social Science and Medicine*, 11:3-10.
- Kleinman, A. M. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley (CA): University of California Press.
- Kleinman A. & Benson P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3:e294.
- Knappe, S; Beesdo, K., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R & Wittchen, H. (2009). Do parental psychopathology and unfavourable family environment predict the persistence of social phobia? *Journal of Anxiety disorders*, 23(7):986-94.
- Knight, R. Waal-Manning, H. & Spears GF. (1983). Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 22 (4):245–9.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2001). Help-seeking attitudes and utilization patterns for mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *Journal of Counselling Psychology*, 48(1), 28-38.

- Koran, L., Thienemann, M. & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153:783-788.
- Kostakou, K., Giannakopoulos, G., Diareme, S., Tzavara, C., Doudounakis, S., Christogiorgos, S., Bakoula, C. & Kolaitis, G. (2014). Psychosocial distress and functioning of Greek youth with cystic fibrosis: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 8:13.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Stefanakis, Z., Basta, M., Lionis, C., Vgontzas, A. (2014). Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry Research*, 219(3):486-96.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Simos, P., Lionis, C. & Vgontzas, A. (2015). Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 62:1-12.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Lionis, C., Vgontzas, A. (2016). Family Functioning in First-Episode and Chronic Psychosis: The Role of Patient's Symptom Severity and Psychosocial Functioning. *Community Mental Health*, 52(6):710-23.
- Koyama, A., Thuyoshi, A. & Miyake, Y (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 495–500
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E. & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(2):129-35.
- Kule, D., Mancellari A., Papapanagos, H Qirici S. & Sanfey, P. (2002). The causes and consequences of Albanian emigration during transition: evidence from micro-data. *International Migration Review*, 36 (1): 229-39.
- Kvaal, K., Ulstein, I., Nordhus, I. & Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, 20:629–34.

- Labrianidis, L. & Hatziprokopiou, P. (2005). Albanian return migration: migrants tend to return to their country of origin after all. In N. Mai, R. King, S. Schwandner-Sievers (Eds.) *The new Albanian migration*, (pp. 93-117). Brighton: Sussex Academic Press.
- LaFrance, W., Alosco, M., Davis, J., Tremont, G., Ryan, C. , Keitner, G. , Miller, I. & Blum, A. (2011). Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsia*, 52(2):292-300
- Lahana, E., Pappa, E. & Niakas, D. (2011). Do place of residence and ethnicity affect health services utilization? Evidence from Greece. *International Journal for Equity in Health*, 10: 16.
- Lahana, E & Niakas, D. (2013). Investigating differences in health-related quality of life of Greeks and Albanian immigrants with the generic EQ-5D questionnaire. *Biomed Research International*, 2013:127389. doi: 10.1155/2013/127389.
- Lavdas, M., Stylianidis, S., Chondros, S., Sideri, C., Krokidas, A., Borg, M., Karlsson, B. & Ness, O. (2018). *Piloting outreach mental health care in refugee population in Greece; Service delivery and qualitative evaluation*. WAPR Conference, Madrid, 5-6 July.
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D., Vlassopoulos, M., Tzavara, C. & Zelios, G. (2006). Treatment compliance and early termination of therapy: a comparative study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 75(2):113-21.
- Leaf, P., Bruce, M. & Tischler, G. (1986). The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Social Psychiatry*, 21:187–192.
- Lehman, A., Ward, N. & Linn, L. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139:1271-6.
- Lempesi, D., Ploumpidis, V., P., Kontaxakis, B., J., Havaki-Kontaxaki, G., Konstantakopoulos, F., Gonidakis & G., N., Papadimitriou. (2009). Clinical symptoms and social functioning among immigrant and Greek patients with schizophrenia: A comparative study. *Psychiatriki*, 20:319–328.
- Leng, J. C., Changrani, J., Tseng, C. H. & Gany F. (2010). Detection of depression with different interpreting methods among Chinese and Latino primary care

- patients: a randomized controlled trial. *Journal of Immigrant and Minority Health, 12*:234-41.
- Leong, F. & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling, 27*:123–132.
- Lerch, M. (2013). Patriarchy and fertility in Albania. *Demographic Research, 29* (6): 133-166.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders, 97*:229-239.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., Bracke, P. (2009). Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium: a general population study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 44*:188-197.
- Levitt, P. (1998). Social Remittances: Migration Driven Local-Level Forms of Cultural Diffusion. *International Migration Review, 32*: 926-948.
- Lewis-Fernandez, R., Das, A. K., Alfonso, C., Weissman, M. & Olfson, M. (2005). Depression in US Hispanics: diagnostic and management considerations in family practice. *The Journal of the American Board of Family Practice, 18*:282-96.
- Liakopoulou-Kairis, M., Alifieraki, T., Protagora, D., Korpa, T., Kondyli, K., Dimosthenous, E. Christopoulos, G. & Kovanis, T. (2002). Recurrent abdominal pain and headache--psychopathology, life events and family functioning. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11*(3):115-22.
- Liebkind, K. (2006). Ethnic identity and acculturation, In D. L. Sam and J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp.78-96). Boston: Cambridge University Press.
- Liepman, M., Nirenberg, T., Doolittle, R., Begin, A., Broffman, T. & Babich, M. (1989). Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Family Process, 28*(2):239-49.

- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry, 23 (Suppl.1):*14-20.
- Lindert, J., Ehrenstein, O., Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees — a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine, 69:*246-57.
- Liu, L., Liu, C. & Zhao, X. (2017). Mapping the Paths from Styles of Anger Experience and Expression to Obsessive-Compulsive Symptoms: The Moderating Roles of Family Cohesion and Adaptability. *Frontiers in Psychology, 8:*671. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00671.
- Livingston, G., Sembhi, S. (2003). Mental health of the ageing immigrant population. *Advances in Psychiatric Treatment, 9:*31-7.
- Lorenzo-Blanco, E., Unger, J., Baezconde-Garbanati, L., Ritt-Olson, A & Soto, D. (2012). Acculturation, Enculturation, and Symptoms of Depression in Hispanic Youth: The Roles of Gender, Hispanic Cultural Values, and Family Functioning. *Journal of Youth and Adolescence, 41(10):* 1350–1365.
- Lorenzo-Blanco, E., Meca, A., Unger, Z., Romero, A., Gonzales-Backen, M., Pina-Watson, B., Cano, M., Zamboanga, B., Des Rodiers, S., Soto, D., Villamar, J., Lizzi, K., Pattarovo, M. & Schwartz, S. (2016). Latino parent acculturation stress: Longitudinal effects on family functioning and youth emotional and behavioral health. *Journal of Family Psychology, 30(8):*966-976.
- Lu, C., Luo, Z., Wang, J., Zhong, J. & Wang, P. (2015). Health-related quality of life and health service utilization in Chinese rural-to-urban migrant workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(2):*2205-14. doi: 10.3390/ijerph120202205.
- Lustig, S., Kia-Keating, M., Knight, W.G, Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J., Keane, T. & Saxe, G. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43:*24-36.
- Lyberaki, A. & Maroukis, T. (2005). Albanian Immigrants in Athens: New survey evidence on employment and integration. *Journal on Southeast European and Black Sea Studies, 5 (1):* 21-48.

- MacFarlane, A., O'Reilly-de Brún, M., de Brún, T., Dowrick, C., O'Donnell, C., Mair, F., Spiegel, W., van den Muijsenbergh, M., van Weel Baumgarten, E., Lionis, C. & Clissmann, C. Healthcare for migrants, participatory health research and implementation science--better health policy and practice through inclusion. The RESTORE project. *European Journal of General Practice*, 20(2):148-52.
- Madianos, M., G., Gonidakis, F., Ploubidis, D., Papadopoulou, E. & Rogakou, E. (2008). Measuring acculturation and symptoms of depression of foreign immigrants in the Athens area. *International Journal of Social Psychiatry*, 54 (4):338-349.
- Magklara, K., Skapinakis, P., Gkatsa, T., Bellos, B. Araya, R. Stylianos Stylianidis, S. & Mavreas, V. (2012). Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity: a cross-sectional study in late adolescents in Greece. *Child and adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6: 8. doi: 10.1186/1753-2000-6-8.
- Mai, N. (2001). Italy is beautiful: the role of Italian television in Albanian migration to Italy. In R. King & N. Wood (Eds.), *Media and Migration: Constructions of Mobility and Difference* (pp. 95-109). London: Routledge.
- Maj, M., Veltro, F., Pirozzi, R., Lobraccio, S., & Maliano, L. (1992). Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 149:795–800.
- Mansfield, A. K., Keitner, G., I. & Dealy, J. (2015). The family assessment device: an update. *Family Process*, 54(1):82-93
- Mantani, T., Saeki, T., Inoue, S., Okamura, H., Daino, M., Kataoka, T. & Yamawaki, S. (2007). Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Supportive Care in Cancer*, 15(7):859-68.
- Margolis, M. (1995). Transnationalism and popular culture: The case of Brazilian immigrants in the United States. *Journal of Popular Culture*, 29 (1): 29-41.
- Maroukis, T. (2008). *Undocumented Migration: Greece*. Report for the CLANDESTINO EC funded project. Available at <http://clandestino.eliamep.gr/>.
- Martin, G., Rozanes P., Pearce C. & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5):336-44.

- Mavreas, V. & Bebbington, P. (1988) Greeks, British Greek Cypriots and Londoners. *Psychological Medicine*, 18, 433–442.
- McDermott, B & Cobham, V. (2012). Family functioning in the aftermath of a natural disaster. *BMC Psychiatry*, 12(1):55. doi: 10.1186/1471-244X-12-55.
- McDermut, W., Miller, I., Solomon, D., Ryan, C. & Keitner, G. (2001). Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (2): 96-104.
- McDonald, J. & Kennedy, S. (2004). Insights into the ‘healthy immigrant effect’: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine*, 59:1613-27.
- McGovern, D., Hemmings, P., Cope, R. & Lowerson, A. (1994). Long-term follow-up of young Afro-Caribbean Britons and White Britons with a first admission diagnosis of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29:8–19.
- McKenzie, K., Van Os, J., Fahy, T., Jones, P., Harvey, I., Toone B. & Murray, R. (1995). Psychosis with good prognosis in Afro-Caribbeans now living in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 311:1325–1328.
- Mendlowicz, M. & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5):669-82.
- Michael, D. (2009). Working here, investing here and there: present economic practices, strategies of social inclusion and future plans for return amongst Albanian immigrants in a Greek-Albanian border town. *Southeast European and Black Sea Studies*, 9 (4): 539-554.
- Michael, D. (2013). Social development and transnational households. Resilience and motivation for Albanian immigrants in Greece in the era of economic crisis. *Journal of Southern European and Black Sea Studies*, 13 (2):265-279.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(4), 345–356.

- Miller, I. W., Kabacoff, R. I., Keitner, G. I., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 302–312.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Whisman, M. A., Ryan, C. E., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1992). Depressed patients with dysfunctional families: Description and course of illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 637–646.
- Miller K. E., Martell Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M. & Lopez, D. (2005), The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:27-39.
- Minkov, M. (2009). Predictors of Differences in Subjective Well-Being Across 97 Nations. *Cross-Cultural Research*, 43 (2), 152-179.
- Mintz, W. (1998). The localization of anthropological practice: from area studies to transnationalism. *Critique of Anthropology*, 18 (1): 117-133
- Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13:9-1.
- Mogotsi, M., Kaminer, D. & Stein, D. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8 (6): 273-282.
- Motti-Stefanidi, F., Pavlopoulos, V., Obradobic, Z. & Masten, A. S. (2008). Acculturation and adaptation of immigrant adolescents in Greek urban schools. *International Journal of Psychology*, 43 (1), 45-48.
- Motti-Stefanidi, F, Asendorpf, J. B. & Masten, A., S. (2012). The adaptation and well-being of adolescent immigrants in Greek schools: a multilevel, longitudinal study of risks and resources. *Developmental Psychopathology*, 24 (2):451-73
- Murphy, Y. & Flessner, C. (2015). Family functioning in paediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4):414-34.
- Murray, J. & Williams, P. (1986) Self-reported illness and general practice consultations in Asian born and British born residents of west London. *Social Psychiatry*, 21: 136–145.
- Nadeem, E., Lange, J., M, Edge D, Fongwa, M., Belin, T. & Miranda, J. (2007). Does stigma keep poor young immigrant and U.S.-born black and Latina women from seeking mental health care? *Psychiatric Services*, 58:1547-54.

- Nam, B., Kim, J., DeVlyder, J. & Song A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Research*, 245:451-457.
- Nap, A., van Loon, A., Peen, J, van Schaik, D., Beekman, A. & Dekker, J. (2015). The influence of acculturation on mental health and specialized mental healthcare for non-western migrants. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6):530-8. doi: 10.1177/0020764014561307.
- National Committee of Women and Family & UNICEF. (2000) *Mapping of Existing Information on Domestic Violence in Albania*. Tirana: National Committee of Women and Family.
- Nazroo, J. (1997) *Ethnicity and Mental Health*. London: PSI.
- Newbold, K. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science and Medicine*, 60:1359-1370.
- Nørredam, M., Nielsen, S. & Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe – a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20 (5): 555–63.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7: 177-182.
- Odegaard, O. (1932). Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 4 : 1-206.
- Okpaku, S. O. (1998). *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Pantelidou, S. and Craig, T. (2006). The Relationship between Culture Shock and Social Support in Greek Migrant students. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 777-781.
- Pantelidou, S., Lavdas, M., Pasho, B., Arabatzis, A., Galanis, D., Chadoulis, G. (2016a). *Context analysis on legislation, standard and targeted protective measures and quantification of cases of migrant/ethnic minority women victims of violence in close or intimate relationships; The case of Greece*. Athens: EPAPSY.

- Pantelidou, S., Vakalopoulou, A. & Stylianidis, S. (2016b). Assessment and Management of Domestic Violence Cases Within a Community Mental Health Service Framework. In S. Stylianidis (Ed.), *Social and Community Psychiatry* (pp. 343-365). Cham, Switzerland: Springer.
- Pantelidou, S., Stylianidis, S. & Manolesou, S. (2019). Family functioning and depression among Albanian migrants and Greeks in a rural area in Greece. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 2:207-219. DOI: 10.26386/obrela.v2i4.134.
- Pantzer, K., Rajmil, L., Tebé, C., Codina, F., Serra-Sutton, V., Ferrer, M., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M. & Alonso J. (2006). Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (8), 694-698.
- Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., de Brún, T., O'Reilly-de Brún, M., O'Donnell, C.A., Burns, N., van Weel-Baumgarten, E., van den Muijsenbergh, M., Spiegel, W. & MacFarlane, A. Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *European Journal of General Practise*, 23(1):128-134.
- Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-Activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3):301-312.
- Paraschakis, A., Michopoulos, I, Christodoulou, C., Koutsaftis, F., Lykouras, L. & Douzenis, A. (2014). Characteristics of immigrant suicide completers in a sample of suicide victims from Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 60 (5):462-7.
- Patel, K., Kouvonen, A., Close, C., Väänänen, A., O'Reilly, D. & Donnelly, M. (2017). What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Systematic Reviews*, 6(1):78.
- Patino, L., Selten, J., Van Engeland, H., Duyx, J., Kahn, R., & Burger, H. (2005). Migration, family dysfunction and psychotic symptoms in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 186, pp. 442-443.
- Pedersen, P. (1996). Recent trends and developments in cross-cultural theories. In S. Sharples (Ed.), *Changing Cultures: Developments in Cross-cultural Theory and Practice* (pp.14-31). London, Sage.

- Perry, P., Miller, D., Arndt, S. V., Smith, D. A., Holman, T. L.(1993).: Haloperidol dosing requirements: the contributions of smoking and non-linear pharmacokinetics. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13:46-51.
- Pisula, E. & Porebowicz-Dorsmann, A. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS One*, 12(10): e0186536. doi:10.1371/journal.pone.0186536.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294:602-12.
- Porter, M. (2007). Global evidence for a biopsychosocial understanding of refugee adaptation. *Transcultural Psychiatry*, 44:418-39.
- Power, M., Harper, A. & Bullinger, M. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100Q testes of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18: 495-505.
- Pratsinakis, E. (2005). Aspirations and strategies of Albanian immigrants in Thessaloniki. *Journal of Southern Europe and the Balkans*, 7 (2): 195-212.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T, Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R., Sarvary, A., Soares, J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11:187.
- Pritchett-Post, S.E. (1998). *Women in Modern Albania: Firsthand Accounts of Culture and Conditions from Over 200 Interviews*. Jefferson (North Carolina): McFarland & Company.
- Probst, J., Laditka, S., Wang, J. & Johnson, A. (2007). Effects of residence and race on burden of travel for care: cross sectional study of the 2001 US National Household Travel Survey. *BMC Health Services Research*, 7:40-52.
- Radloff, L., S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-341.

- Rapport, H. & Rapport, M. (1981). The integration of scientific and traditional healing. *American Psychologist*, 36:774-781.
- Rapaport, H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162:1171-1178.
- Reitz, A. K, Motti-Stefanidi, F.& Asendorpf, J. B. (2014). Mastering developmental transitions in immigrant adolescents: the longitudinal interplay of family functioning, developmental and acculturative tasks. *Developmental Psychology*, 50 (3):754-65.
- Rickwood, D. & Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39:563–572
- Ridley, C. R., Li, L. C. & Hill, C. L. (1998). Multicultural assessment: Re-examination, reconceptualization, and practical application. *The Counselling Psychologist*, 26(6):827- 910.
- Rodríguez, A., Lanborena, E., Errami, M., Rodríguez, R., Pereda, R., Vallejo de la Hoz G & Moreno, M. (2009). Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 1: 29-37.
- Rodríguez-Sánchez, E., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A. Pérez-Arechaederra, D., Gómez-Marcos, M., Patino-Alonso, M. & García-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*, 12: 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-19>.
- Rogler, L. (1994). International migrations. A framework for directing research. *American Psychologist*, 49:701-8.
- Rotsika, V., Vlassopoulos, M., Kokkevi, A., Fragkaki, I., Anagnostopoulos, D., Lazaratou, H. & Ginieri-Coccosis, M. (2016). Comparing immigrant children with native Greek in self-reported Quality of Life. *Psychiatriki*, 27 (1). :37–43.
- Ruggeri, M., Nose, M., Bonetto, C, Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Stefani, B., Malchiodi, F. & Tansella, M. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry*, 187: 121-130.

- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52:141-66.
- Ryan, C., Epstein, N., Keitner, G., Miller, I. & Bishop, D. (2005). *Evaluating and treating families: the McMaster Approach*. New York: Routledge.
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9:13-39.
- Saeki, T., Asukai, N., Miyaki, Y., Miguchi, M. & Yamawaki, S. (1997). Reliability and validity of the Japanese family assessment device (FAD). *Archives of Psychiatric Diagnostics and Clinical Evaluation* (in Japanese with an English abstract), 8, 181-192.
- Saeki, T., Asukai, N., Miyake, Y., Miguchi, M. & Yamawaki, S. (2002). Characteristics of family functioning in patients with endogenous monopolar depression. *Hiroshima Journal of Medical Sciences*, 51(2):55-62.
- Saldana, D. (2001). *Cultural Competency. A practical guide for mental health service providers*. Texas: Hogg Foundation for Mental Health.
- Salmon, P, Dowrick CF, Ring A, Humphris, G. M. (2004). Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54:171-6.
- Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N., Lamkaddem, M., Puigpinós i Riera, R., Kósa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1):105-16.
- Sarmiento, I. & Cardemil, E. (2009). Family functioning and depression in low-income Latino couples. *Journal of Family Therapy*, 35(4):432-45.
- Sawant, N. & Jethwani, K. (2010). Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2): 145–149.

- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10:711-721.
- Schleider, J., Ginsburg, G., Keeton, C., Weisz, J., Birmaher, B., Kendall, P., Piacentini, J., Sherrill, J. & Walkup, J. (2015). Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth: roles of family functioning and caregiver strain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1):213-24.
- Schmied, V., Black, E., Naidoo, N., Dahlen, H. & Liamputtong, P. (2017). Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-ethnographic study. *PLoS One*, 12(3): e0172385. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172385>.
- Schwartz, S., Unger, J., Zamboanga, B., Córdova, D., Mason, C., Huang, S., Baezconde-Garbanati, L., Lorenzo-Blanco, E., Des Rosiers, S., Soto, D., Villamar, J., Pattarroyo, M., Lizzi, K. & Szapocznik, J. (2015). Developmental trajectories of acculturation: links with family functioning and mental health in recent-immigrant Hispanic adolescents. *Child Development*, 86(3):726-48.
- Sedgwick, R. (2014). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ*, 348:g2276. doi: 10.1136/bmj.g2276.
- Segal, U. & Mayadas, N. (2005). Assessment of issues facing immigrant and refugee families. *Child Welfare*, 84(5):563-83.
- Selten, J., Cantor-Graae E. & Kahn, R. (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2):111-5.
- Şenormancı, Ö., Şenormancı, G., Güçlü, O. & Konkan, R. (2014). Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General Hospital Psychiatry*, 36(2):203-7.
- Shaw, C.M, Creed F, Tomenson B., Riste, L. & Cruickshank, J. (1999). Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *British Medical Journal*, 318: 302-306.
- Sherbourne, C., Wells, K. & Judd, L. Functioning and well-being of patients with panic disorder (2006). *American Journal of Psychiatry*, 153:213-218.

- Shin, H. & Kim, J. (2010). Differences in income-related inequality and horizontal inequity in ambulatory care use between rural and non-rural areas: using the 1998-2001 U.S. National Health Interview Survey data. *International Journal for Equity in Health*, 9:17-28.
- Silveira, E. & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and wellbeing in immigrant elders and whites in east London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13:801-12.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Gkatsa, T., Magklara, K., Lewis, G., Araya, R., Stylianidis, S. & Mavreas, V. (2011). The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*, 11:22.
- Skevington, S., Mac Arthur, P. & Somerset, M. (1997). Developing items for the WHOQOL. An investigation of contemporary beliefs about quality of life related to health in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 2:55-72.
- Skevington, S., Lotfy, M., O'Connell, K. & WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13: 299-310.
- Skordas, A. & Sitaropoulos, S. (2004). Why Greece is not a Safe Host Country for Refugees. *International Journal of Refugee Law*, 19(1): 25-52.
- Smith, M., Lin, K., Mendoza, R. (1993). 'Nonbiological' issues affecting psychopharmacotherapy: cultural considerations. In K., Lin et al. (Eds.), *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity* (pp. 37-85). Washington: American Psychiatric Press.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (rev. ed.)*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S., Williams, J., deGruy F., Brody, D. & Davies, M. (1995). Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients With Mental Disorders. Results From the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274(19):1511-1517. doi:10.1001/jama.1995.03530190025030.

- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S. & Keitner, G. (2015) The evaluation of family functioning by the family assessment device: a systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1):94-115.
- Stein B, Comer D, Gardner W. & Kelleher, K. (1999). Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34:464-9.
- Stevens, G. & Vollebergh, W. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:276-94.
- Stewart, D., Gagnon, A., Saucier, F., Wahoush, O. & Dougherty, G. (2008). Postpartum depression symptoms in newcomers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:121-4.
- Straiton, M., Reneflot, A. & Diaz, E. (2014). Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*, 13;14:341.
- Stylianidis S., Pantelidou, S. & Chondros, P. (2007). Des unités mobiles de santé mentale dans les Cyclades : le cas de Paros. *L'Information psychiatrique*, 83: 682-688.
- Stylianidis, S., Pantelidou, S., Poullos, A., Lavdas, M. & Lamnidis, N. (2016). Mobile Mental Health Units on the islands: The Experience of Cyclades. In S. Stylianidis (Ed.), *Social and Community Psychiatry* (pp. 167-193). Cham, Switzerland: Springer.
- Suárez-Orozco, C., & Suárez-Orozco, M. (2001). *Children of immigration*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Sugarman, P. (1992). Outcome of schizophrenia in the Afro-Caribbean community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:102–105.
- Taft, R. (1977). Coping with unfamiliar cultures. In N. Waren (Ed.), *Studies in Cross-cultural Psychology*, (pp. 125-153). London: Academic Press.
- Takei, N., Persaud, R., Woodruff, P., Brockington, I. & Murray, R. (1998). First episodes of psychosis in Afro-Caribbean and White people: An 18-year follow-up population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 172:147–153.

- Takeuchi, D., T, Zane, N., Hong S, Chae, D., Gong, F., Gee. G., Walton, E., Sue, S. & Alegria, M. (2007). Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *American Journal of Public Health, 97*:84-90.
- Taloyan, M., Sundquist, J. & Al-Windi, A. (2008). The impact of ethnicity and self-reported health on psychological well-being: a comparative study of Kurdish-born and Swedish-born people. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*:392-398.
- Tang, T., N., Oatley, K. & Toner, B. (2007). Impact of life events and difficulties on the mental health of Chinese immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*:281-90.
- Tantam, D. (2007). Psychotherapy across cultures. In D. Bhugra & K., Bhui (Eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry* (pp. 414-423). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tarricone, I., Atti, A., Braca, M., Pompei, G., Morri, M., Poggi, F., Melega, S., Stivanello, E., Tonti, L., Nolet, M. & Berardi, D. (2011). Migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team: reasons for drop-out. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(6):627-630.
- Tarricone, I., Stivanello, E., Ferrari, S., Colombini, N., Bolla, E., Braca, M., Giubbarelli, C., Costantini, C., Cazzamalli, S., Mimmi, S., Tedesco, D., Menchetti, M., Rigatelli, M., Maso, E., Balestrieri, M., Vender, S. & Berardi, D. (2012). Migrant pathways to community mental health centres in Italy. *International Journal of Social Psychiatry, 58*(5):505-11.
- The Economist. (2012). Albanians in Greece. Heading home again. Worried Albanians in northern Greece prepare to go home, January 14th 2012, <http://www.economist.com/node/21542818>.
- Thompson, S., Cochran, G. & Barczyk, A. (2012). Family functioning and mental health in runaway youth: association with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 25*(5):598-601.
- Titzmann, P. & Sonnenberg, K. (2016). Adolescents in conflict: Intercultural contact attitudes of immigrant mothers and adolescents as predictors of family conflicts. *Internal Journal of Psychology, 51*(4):279-87.

- Tiwari, S. & Wang, J. (2008). Ethnic differences in mental health service use among white, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43:866-71.
- Toselli, S., Rinaldo, N., Caccialupi, M. & Gualdi-Russo, E. (2018). Psychosocial Indicators in North African Immigrant Women in Italy. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2):431-440. doi: 10.1007/s10903-017-0562-z.
- Townsend, L., Demeter, C., Youngstrom, E., Drotar, D. & Findling, R. (2007). Family conflict moderates response to pharmacological intervention in pediatric bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(6):843-52.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J. & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (3), 157-167.
- Tsai, S. & Sun, W. (2013). Evaluating the satisfaction of immigrant women from a rural community regarding family functioning and health-related quality of life. *Women & Health*, 53(2):135-53.
- Tsamparli, A., Petmeza, I., McCarthy, G. & Adamis, D. (2018). The Greek version of the McMaster Family Assessment Device. *PsyCh Journal*, 7(3):122-132. doi: 10.1002/pchj.218.
- Tsitsakis, C., Karasavoglou, A., Tsaridis, E., Ramantani, G., Florou, G., Polychronidou, P. & Stamatakis, S. (2017). *Features of public healthcare services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece)*. *Health Policy*, 121(3):329-337.
- Vega, W., A., Kollody, B. & Valle, J.R. (1987). Migration and mental health: an empirical test of depression risk factors among immigrants Mexican women. *International Migration Review*, 11, 512-529.

- Vertonec, S. (2010). *Anthropology of migration and multiculturalism*. New York: Routledge.
- Victor, A., Bermat, D., Bernstein, G. & Layne, A. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 21* (6):835-848.
- Vilagut, G., Forero, C., Barbaglia, G. & Alonso, J. (2016). Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One, 11*(5): e0155431.
- Vollebergh WA, ten Have M, Dekovic M, Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., de Winter, A., Ormel, H. & Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 40*:489-96.
- Voulgaridou, M., G., Papadopoulos, R., K. & Tomaras, V. (2006). Working with refugee families in Greece: systemic considerations. *Journal of Family Therapy, 28*: 200-220.
- Vullnetari, J. (2007). *Albanian migration and Development. State of the art review*. Amsterdam: IMISCOE Working Paper 18.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Fang, X. (2010). The influence of social stigma and discriminatory experience on psychological distress and quality of life among rural-to-urban migrants in China. *Social Science and Medicine, 71* (1), 84-92.
- Wang, J. & Zhao, X. (2013). Perceived family functioning in depressed Chinese couples: a cross-sectional study. *Nursing and health sciences, 15* (1): 9-14.
- Wang, J., He, M. & Zhao, X. (2015). Depressive Symptoms, Family Functioning and Quality of Life in Chinese Patients with Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes, 39* (6):507-12.
- Wang, J., Chen, Y., Tan, C. & Zhao, X. (2016). Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 62*(1):5-11. doi: 10.1177/0020764015584649.
- Waterman, A., Schwartz, S. & Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies, 9*:41-79.

- Weinstein, H., Okin, R., Burnim, I, Bazelon, J. & Schrier, H. (2010). *Albanian Mental Health System. Report of a consultation visit*. Berkeley: University of California, Human Rights Centre.
- Weiser, M., Reichenberg, A., Werbeloff, N., Kravitz, E., Halperin, D., Lubin, G., Shmushkevitch, M., Yoffe, R., Addington, J. & Davidson, M. (2008). Self-report of family functioning and risk for psychotic disorders in male adolescents with behavioural disturbances. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3):225-31.
- Weissman, M., Sholomskas, D., Pottenger, M. Prusoff, B. & Locke, B. (1977). Assessing depressive symptoms in psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106 (3): 2013-214.
- Westberg, S. & Sorensen, T. (2005). Pharmacy-related health disparities experienced by non-English-speaking patients: impact of pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 45:48–54.
- Whitley, R., Kirmayer, L. & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51:205-9.
- WHO. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO.
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. WHO (WHO/HPR/HEP/98.1). Geneva:WHO.
- WHO.(2010). *World Health System Report Health Systems Financing*. Geneva: WHO.
- WHO. (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision)*. Geneva: WHO
- WHO. (2016). Process of translation and adaptation of instruments. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
- WHOQOL-Group. (1998). The World Health Organization (WHOQOL). Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46: 1569-1585.
- WHOQOL-Group. (1999). Development of the WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28:551-558.

- Williamson, H., Karney, B. & Bradbury, T. (2013). Financial strain and stressful events predict newlyweds' negative communication independent of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 27(1):65-75.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. & Bruhler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23 (Suppl. 1):28-35.
- Wittkower, E. (1966). *Perspectives of transcultural psychiatry*. In *Proceedings of the IV World Congress of Psychiatry* (pp. 228-234). Madrid, September 5-11.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of American Medical Association*, 310 (20): 2191–2194. Doi: 10.1001/jama.2013.281053
- Yan, W. & Sui, N. (2014). The relationship between recent stressful life events, personality traits, perceived family functioning and internet addiction among college students. *Stress Health*, 30(1):3-11.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J.F., Valenzuela, M., Westreich, R. & Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, 41:445-64.
- Zissi, A., Barry, M. & Cochrane, R. (1998). A meditational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28:1221-1229.

Ελληνόγλωσση

- Αλεξιάκης, Ε. (2006). Οι Γραικομάνοι και ο Μπαϊρακτάρης. Μορφές ετερότητας στους σύγχρονους Έλληνες και Αλβανούς. *Εθνολογία*, 12, 85-110.
- Γιώτσα, Α. (2003). *Διαμόρφωση ψυχολογικών μεταβλητών στην οικογένεια. Μια διαπολιτισμική προσέγγιση*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Τομέας Ψυχολογίας.

- Γκιωνάκης, Ν. & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Φροντίδα της ψυχικής υγείας μετακινούμενων πληθυσμών στην κοινότητα. Στο Σ. Στυλιανίδης (Επιμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής*, (σελ 453-483). Αθήνα: Τόπος
- Γκιωνάκης, Ν. (2010). *Οδηγός Επίγνωσης Πολιτισμικής Ετερότητας*. Αθήνα: ΒΑΒΕΛ
- Γονιδάκης, Φ., Παπαδοπούλου, Ε., Κατάν, Κ. & Πλουμπίδης Δ. (2005). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση των μεταναστών στην Ελλάδα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 90, 11-17.
- Διεθνής Αμνηστία. (2005). *Ελλάδα μακριά από τα φώτα της δημοσιότητας: τα δικαιώματα των αλλοδαπών και των μειονοτήτων παραμένουν στο ημίφως*. Λονδίνο: Έκδοση της Διεθνούς Αμνηστίας.
- Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (2007). *Η μεταναστευτική πρόκληση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- ΕΚΚΕ (2003). *Ελλάδα-Ευρώπη: Κοινωνική, Πολιτική, Αξίες. Αποτελέσματα ESS1, European Social Survey*. Eds. 6.0. Field work period: 29.01.03-15.03.03
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2001). *Απογραφή πληθυσμού 2001*. Available at <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2006). *Μεταναστευτική κίνηση πληθυσμού κατά υπηκοότητα και φύλο*. http://www.statistics.gr/gr_tables/S201_SPO_2_TB_AN_06_7_Y.pdf.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2011). *Απογραφή 2011, Μετανάστευση*. <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM07/2011>.
- Ζαρταλούδη, Α. & Μαδιανός, Μ. (2010). Αναζητώντας Βοήθεια από ένα Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. *Ψυχιατρική*, 21:126-135.
- Ζάχου, Χ. & Καλεράντε, Ε. (2009). Οι Αλβανικοί Σύλλογοι στην Ελλάδα: Εθνοτικές Ταυτίσεις και Κοινωνικο-πολιτισμικοί Μετασχηματισμοί. Στο Μ. Παύλου & Α. Σκουλαρίκη (Επιμ.), *Μετανάστες και Μειονότητες* (σελ. 221-228). Αθήνα: Βιβλιόραμα.
- Ζήση, Α. (2006). Μετανάστευση και ψυχική υγεία: Ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων. *Ψυχολογία*, 13 (3): 95-108.

INSTAT & IOM (2014). *Return migration and reintegration in Albania 2013*. Tirana: INSTAT & IOM.

ΠΠΟΔΕ (2003). Available at <http://dim-sapon.rod.sch.gr/palia/diafora/diap.agogi/ipode.htm>.

ΠΠΟΔΕ.(2009). Available at http://dim-sapon.rod.sch.gr/palia/diafora/diap.agogi/diapo_Allodapoi.htm.

Κοτσιώνη, Ι. (2009). *MIGHEALTHNET. Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Available at www.mighealth.net/el.

Κόκκαλη, Ι. (2011). Στρατηγικές Ενσωμάτωσης και Μορφές Προσαρμογής των Αλβανών Μεταναστών στην Ελληνική κοινωνία: το παράδειγμα της Θεσσαλονίκης. Στο Α. Μωυσίδη & Δ. Παπαδόπουλου (Επιμ.), *Η Κοινωνική ενσωμάτωση των Μεταναστών στην Ελλάδα: Εργασία, Εκπαίδευση, Ταυτότητες*. Αθήνα: Κριτική.

Λαμπριανίδης, Α. & Λυμπεράκη, Α. (2001). *Αλβανοί μετανάστες στη Θεσσαλονίκη: Διαδρομές ενημερίας και παραδρομές δημόσιας εικόνας*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής

Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21: 71-76 .

Λιναρδής Α. (2011). *Συμβούλια Ένταξης Μεταναστών: ένας νέος θεσμός ένταξης των μεταναστών στις τοπικές κοινωνίες*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Μαδιανός, Μ. (1987). Κλίμακα ολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας (GAS). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της στον ελληνικό χώρο. *Εγκέφαλος*, 24:97-100.

Μαδιανός, Μ., Βαϊδάκης, Ν., Τομαράς, Β. & Χορταρέα, Α. (1983). Η διερεύνηση της επικράτησης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό με την κλίμακα CES-D. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της. *Εγκέφαλος*, 20: 29-32

Μάνος, Ι., Παπαδοπούλου, Δ. & Μακρυγιάννη, Β. (2007). *Κοινότητες στην Ελλάδα. Communities in Greece. Μελετώντας Πτωχές της Αλβανικής Μετανάστευσης στην Ελλάδα*. Θεσσαλονίκη: Κέντρο για τη Δημοκρατία και τη Συμφιλίωση στη Νοτιοανατολική Ευρώπη (CDRSEE).

Μαράτου-Αλιπράντη, Α. & Γκαζόν, Ε. (2008) Μετανάστευση και κοινωνική ασφάλιση: Μία προσέγγιση με βάση δεδομένα ασφαλιστικών ταμείων και της έρευνας ΕΣΥΕ/

- ΕΚΚΕ/EU-SILC. Στο Τ. Καβουνίδη, Α. Κόντης, Θ. Λιανός, Ρ. Φακιάλας (επιμ.), *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρία - Πολιτικές – Προοπτικές* (σελ. 94-103). Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.
- Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε., Παπαλιού, Ο., Τσανίρα, Ε. & Φαγαδάκη, Ε.(2005) *Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης- Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Μιχαήλ, Δ. (2010). Γλωσσική διατήρηση/μετατόπιση στη δεύτερη γενιά Αλβανών μεταναστών στην Ελλάδα: Κοινωνική ενσωμάτωση και κινητικότητα. *Εθνολογία, 14*: 207-224.
- Μιχαήλ, Δ. (2014). *Αλβανική μετανάστευση στην Ελλάδα: Μελέτες και Ζητήματα*. Θεσσαλονίκη: Σταμούλη.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρυφαλλός, Γ., Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.). Μετάφραση και Προσαρμογή στα Ελληνικά*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Μπεζεβέγκης, Η., & Παυλόπουλος, Β. (2008). Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή: Διαπιστώσεις και προοπτικές. Στο Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή* (σελ. 94-105). Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.
- Μπεζεβέγκης, Η., Ντάλλα, Μ. & Γκαρη, Α. (2010). Έκφραση του θυμού ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικού προσωπικότητας και οικογενειακές αξίες σε δείγμα γηγενών, μεταναστών και παλιννοστούντων. *Ψυχολογία, 17*:71–89.
- Μωραΐτου, Μ., & Λαμαΐ, Ε. (2007). Μελέτη στη μαιευτική φροντίδα των Αλβανίδων που διαμένουν στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 6*:1-8. http://www.vima-asklippiou.gr/volumes/2007/VOLUME%2001_07/alban.pdf.
- Νιτσιάκος, Β. (2002). Αλβανοί Μετανάστες στην Ελλάδα: Ταυτότητα και Θρησκευτική Ετερότητα. *Εθνολογία, 10*, 161-173.
- Ντάλλα, Μ., Καραδήμας, Β. & Πράπας, Χ. (2004). Μετανάστευση και ψυχική υγεία σε μετανάστες από την Αλβανία και παλιννοστούντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 87*, 103-113.

- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές κι αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3): 239-253.
- Παλαιολόγου, Ν. & Ευαγγέλου, Ο. (2013). *Μετανάστες Μαθητές Δεύτερης Γενιάς στο Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα – Ένταξη και Σχολικές Επιδόσεις*. Αθήνα: Πεδίο.
- Παντελίδου, Σ., Αντωνοπούλου, Β., Πούλιος, Α., Σουμάκη, Τ. & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Παιδοψυχιατρική στην κοινότητα: το παράδειγμα των Κινητών Μονάδων Υγείας Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων. Στο Σ. Στυλιανίδης (Επιμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής* (σελ. 303-331). Αθήνα: Τόπος.
- Παντελίδου, Σ. & Στυλιανίδης Σ. (2010). Καινοτόμες δράσεις, προκλήσεις και προοπτικές Κινητής Μονάδας Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ: το παράδειγμα της Πάρου και Αντιπάρου. Στο Γ.Κουλιεράκης και συν. (Επιμ.), *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Παπαδάκη, Ι., Χριστοδούλου, Α., Παλαιολόγου, Μ., Βλασσοπούλου, Μ., Λαζαράτου, Ε., Αναγνωστόπουλος, Δ. & Πλουμπίδης Δ. (2009). Η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα δίγλωσσα παιδιά ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 20 (3), 233-239.
- Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (2005). Αποδημία, Νόστος και Τραύμα. Στο Α. Παπαστυλιανού (Επιμ.), *Διαπολιτισμικές διαδρομές: Παλιννόστηση και Ψυχοκοινωνική προσαρμογή* (σελ. 279-319). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παυλόπουλος, Β., Ντάλλα, Μ. & Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (2015). Μετανάστευση. Στο Φ. Μόττη-Στεφανίδη (Επιμ.), *Παιδιά και έφηβοι σε έναν κόσμο που αλλάζει* (σελ. 79-120). Αθήνα: Εστία.
- Παυλόπουλος, Β., Ντάλλα, Μ., Καλογήρου, Σ., Θεοδώρου, Ρ., Μαρκούση, Δ. & Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (2009). *Ψυχολογία*, 16 (3), 402-424.
- Πομίνι, Β. (2004) Οικογένεια και Χρήση Ουσιών: Μοντέλα Αλληλοεπίδρασης και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις. Στο Ι. Α. Λιάππας & Β. Πομίνι (Επιμ.), *Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα* (σελ. 119-141). Αθήνα: ΙΤΑΚΑ – Ελληνικό Τμήμα.

- Ποσονίδου, Ο. & Παπαδημητρίου, Ε. (2011). *Αναζητώντας προστασία και ασφάλεια*. Αθήνα: Συνειρμός.
- Πράπας, Χ. & Μαυρέας, Β. (2015). Ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και ποιότητα ζωής Ελλήνων, Αλβανών μεταναστών και Ποντίων Παλινοστούντων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32 (6):766-776.
- Πράπας, Χ. & Μαυρέας, Β. (2016). Ποιότητα ζωής και αίσθημα ευτυχίας σε γηγενείς Έλληνες, Πόντιους παλινοστούντες κι Αλβανούς μετανάστες. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 145 (145), 3-28. <http://dx.doi.org/10.12681/grsr.10022>.
- Σπανέα, Ε & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2008). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, διαδικασία επιπολιτισμού και ψυχική υγεία σε οικονομικούς μετανάστες από την Αλβανία και τη Βουλγαρία στην Ελλάδα. *Ψυχολογία*, 15 (1), 32-54.
- Στυλιανίδης, Σ. & Παντελίδου, Σ. (2006). Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Κυκλάδων (ΕΠΑΨΥ) σαν πολλαπλασιαστής δράσεων για τη δημόσια ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 96, 18-24.
- Στυλιανίδης, Σ., Παντελίδου, Σ., Πούλιος, Α., Λάβδας, Μ. & Λαμνίδης, Ν. (2014). Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε νησιωτική περιοχή: η εμπειρία στις Κυκλάδες. Στο Σ. Στυλιανίδης (Επιμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής* (σελ. 269-303). Αθήνα: Τόπος.
- Στυλιανίδης, Σ., Σκαπινακης, Π., Παντελίδου, Σ., Χονδρος, Π., Αυγουστάκη, Α., Ζιακουλης, Μ. (2010). Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(4):675-683.
- Υπατη Αρμοστία (2019). Στοιχεία για την εισροή προσφύγων στην Ελλάδα. <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179>.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). (2010). *Έκθεση αξιολόγησης παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009*. Αθήνα: ΥΥΚΑ.
- Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), 218-229.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (WHOQOL- BREF)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

| | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |
|--|---------|------|--------|------|------------|
| Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την *ποιότητα ζωής* σας στο σύνολό της και την *υγεία* σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

| | | Πολύ κακή | Κακή | Ούτε κακή ούτε καλή | Καλή | Πολύ καλή |
|---|---|-----------|------|---------------------|------|------------|
| 1 | Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |
| 2 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |
|---|--|---------|------|--------|------|------------|
| 3 | Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 7 | Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |
|----|---|---------|------|--------|------|------------|
| 10 | Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

| | | Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η | Δυσारे- στημένος/ η | Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η | Ικανοποι- ημένος/η | Πολύ ικανο- ποιημένος/η |
|----|---|-------------------------------|---------------------------|---|-----------------------|----------------------------|
| 16 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η | Δυσारे- στημένος/ η | Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η | Ικανοποι- ημένος/η | Πολύ ικανο- ποιημένος/η |
|--|-------------------------------|---------------------------|---|-----------------------|----------------------------|
|--|-------------------------------|---------------------------|---|-----------------------|----------------------------|

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 21 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

| | | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Συχνά | Συνεχώς |
|----|--|------|--------|---------------|-------|---------|
| 26 | Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας(π.χ, διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

| | | | | | |
|--|-----------|------|---------------------|------|-----------|
| | Πολύ κακή | Κακή | Ούτε κακή ούτε καλή | Καλή | Πολύ καλή |
|--|-----------|------|---------------------|------|-----------|

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| N1 | Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|

| | | Πολύ δυσαρεστημένος/η | Δυσανεστημένος/η | Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η | Ικανοποιημένος/η | Πολύ ικανοποιημένος/η |
|----|--|-----------------------|------------------|---|------------------|-----------------------|
| N2 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| N3 | Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| N4 | Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (FAD)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Στις σελίδες που ακολουθούν υπάρχουν μερικές δηλώσεις που έχουν σχέση με την οικογένεια. Παρακαλούμε διαβάστε κάθε μία πρόταση προσεκτικά και αποφασίστε πόσο καλά περιγράφει την δική σας οικογένεια. Θα πρέπει να απαντήσετε σύμφωνα με το πώς βλέπετε εσείς την οικογένειά σας στον παρόντα χρόνο.

Για κάθε μία πρόταση υπάρχουν τέσσερις (4) πιθανές απαντήσεις:

Συμφωνώ Απόλυτα (ΣΑ)

Σημειώστε ΣΑ αν νιώθετε ότι η πρόταση περιγράφει την οικογένειά σας με πολύ ακρίβεια.

Συμφωνώ (Σ)

Σημειώστε Σ αν νιώθετε ότι η πρόταση περιγράφει τη οικογένειά σας ως επί το πλείστον

Διαφωνώ (Δ)

Σημειώστε Δ αν νιώθετε ότι η πρόταση δεν περιγράφει την οικογένειά σας ως επί το πλείστον

Διαφωνώ Απόλυτα (ΔΑ)

Σημειώστε ΔΑ αν νιώθετε ότι η πρόταση δεν περιγράφει την οικογένειά σας καθόλου

Αυτές οι τέσσερις απαντήσεις εμφανίζονται από κάτω από κάθε πρόταση όπως στο παράδειγμα:

41. Δεν μας ικανοποιεί τίποτα λιγότερο από το τέλειο

ΣΑ Σ Δ ΔΑ

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Προσπαθήστε να μην ξοδεύετε χρόνο σκεπτόμενοι την κάθε πρόταση, αλλά απαντήστε όσο πιο γρήγορα και πιο ειλικρινά μπορείτε. Αν έχετε αμφιβολία ως προς την αξιολόγηση κάποιας πρότασης, απαντήστε σύμφωνα με την πρώτη σας αντίδραση.

Παρακαλώ να είστε σίγουροι ότι απαντάτε σε κάθε πρόταση.

1. Είναι δύσκολο να προγραμματίσουμε οικογενειακές δραστηριότητες γιατί παρανοούμε ο ένας τον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ

2. Λύνουμε τα περισσότερα από τα καθημερινά προβλήματα του σπιτιού.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ

3. Όταν κάποιος είναι αναστατωμένος οι άλλοι ξέρουν την αιτία.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

4. Όταν ζητάς από κάποιον να κάνει κάτι, πρέπει μετά να ελέγξεις αν το έκανε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

5. Όταν κάποιος έχει πρόβλημα, οι άλλοι εμπλέκονται υπερβολικά.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

6. Σε περιόδους κρίσης, μπορούμε να στραφούμε ο ένας στον άλλον για υποστήριξη.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

7. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, δεν ξέρουμε τι να κάνουμε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

8. Μερικές φορές έχουμε έλλειψη από πράγματα που χρειαζόμαστε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

9. Διστάζουμε να δείξουμε την τρυφερότητά μας (να είμαστε εκδηλωτικοί) ο ένας στον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

10. Είμαστε σίγουροι ότι ο καθένας ανταποκρίνεται στις οικογενειακές υποχρεώσεις.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

11. Δεν μπορούμε να μιλήσουμε ο ένας στον άλλον για τη λύπη που νιώθουμε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

12. Συνήθως συμπεριφερόμαστε σύμφωνα με τις αποφάσεις μας για την αντιμετώπιση προβλημάτων.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

13. Ο καθένας προσελκύει το ενδιαφέρον των άλλων μόνο όταν κάτι είναι σημαντικό για εκείνους.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

14. Δεν μπορούμε να καταλάβουμε πώς νιώθει ο άλλος από αυτά που λέει.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

15. Οι δουλειές του σπιτιού δεν μοιράζονται σωστά.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

16. Ο καθένας είναι αποδεκτός όπως είναι.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

17. Ο καθένας μπορεί να παραβαίνει τους κανόνες χωρίς καμία επίπτωση.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

18. Λέμε αυτό που θέλουμε αντί να το υπονοούμε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

19. Μερικοί από εμάς, δεν εκφράζουν τα συναισθήματα τους.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

20. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης γνωρίζουμε τι να κάνουμε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

21. Αποφεύγουμε να συζητάμε τους φόβους και τις ανησυχίες μας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

22. Είναι δύσκολο να μιλήσουμε μεταξύ μας για τρυφερότητα.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

23. Δυσκολευόμαστε να πληρώνουμε τους λογαριασμούς μας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

24. Αφού η οικογένειά μας έχει προσπαθήσει να λύσει ένα πρόβλημα, μετά συνήθως συζητάμε αν η λύση ήταν επιτυχημένη.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

25. Ο καθένας από μας είναι υπερβολικά επικεντρωμένος στον εαυτό του.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

26. Είμαστε σε θέση να εκφράζουμε συναισθήματά ο ένας στον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

27. Δεν έχουμε συγκεκριμένους κανόνες ως προς τη χρήση του μπάνιου.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

28. Δεν δείχνουμε την αγάπη που έχουμε ο ένας για τον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

29. Μιλάμε ο ένας στον άλλον απευθείας αντί μέσω τρίτου.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

30. Ο καθένας μας έχει συγκεκριμένα καθήκοντα και ευθύνες.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

31. Υπάρχουν πολλά άσχημα συναισθήματα στην οικογένεια.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

32. Έχουμε άποψη για τη χρήση της σωματικής βίας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

33. Ασχολούμαστε ο ένας με τον άλλον μόνο όταν κάτι μας ενδιαφέρει.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

34. Μένει λίγο χρόνος για να ασχοληθούμε με προσωπικά ενδιαφέροντα.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

35. Συχνά δεν λέμε αυτό που σκεφτόμαστε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

36. Νιώθουμε αποδεκτοί για αυτό που είμαστε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

37. Δείχνουμε ενδιαφέρον ο ένας στον άλλον, μόνο όταν υπάρχει προσωπικό όφελος.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

38. Αντιμετωπίζουμε αποτελεσματικά τις περισσότερες εντάσεις που δημιουργούνται.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

39. Η εκδήλωση τρυφερότητας έρχεται σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με άλλα πράγματα στην οικογένειά μας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

40. Συζητάμε το ποιος θα κάνει δουλειές του σπιτιού.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

41. Η λήψη αποφάσεων είναι ένα πρόβλημα στην οικογένειά μας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

42. Στην οικογένειά μας δείχνουμε ενδιαφέρον ο ένας στον άλλον, μόνο όταν είναι να ωφεληθούμε σε κάτι.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

43. Είμαστε ειλικρινείς μεταξύ μας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

44. Δεν ακολουθούμε συγκεκριμένους κανόνες ή πρότυπα.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

45. Όταν κάποιος ζητήσει από κάποιον να κάνει κάτι, χρειάζεται να του το υπενθυμίσει.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

46. Είμαστε σε θέση να παίρνουμε αποφάσεις για την επίλυση προβλημάτων.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

47. Όταν παραβιάζονται οι κανόνες, δεν ξέρουμε τις συνέπειες.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

48. Στην οικογένειά μας όλα επιτρέπονται.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

49. Εκφράζουμε τρυφερότητα ο ένας στον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

50. Είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα ακόμα και όταν προκαλούν έντονα συναισθήματα.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

51. Δεν τα πάμε καλά μεταξύ μας.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

52. Όταν είμαστε θυμωμένοι δεν μιλάμε ο ένας στον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

53. Είμαστε γενικά δυσαρεστημένοι με τις δουλειές του σπιτιού που μας έχουν ανατεθεί.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

54. Αν και το κάνουμε με καλή πρόθεση, παρεμβαίνουμε υπερβολικά ο ένας στην ζωή του άλλου.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

55. Έχουμε κανόνες σχετικά με επικίνδυνες καταστάσεις.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

56. Μπορούμε να λέμε τα προσωπικά μας ο ένας στον άλλον.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

57. Κλαίμε και μπροστά στους άλλους.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

58. Τα μεταφορικά μας μέσα δεν μας φτάνουν.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

59. Όταν δεν μας αρέσει αυτό που έκανε ο άλλος, του το λέμε.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

60. Προσπαθούμε να βρούμε διάφορους τρόπους για να λύσουμε τα προβλήματα.

ΣΑ Σ Δ ΔΑ _____

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ CES-D

Παρακαλώ συμπληρώστε ένα x στο τετράγωνο που θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται στο πως αισθανόσασταν κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (και όχι μόνο πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή).

| | σπάνια ή καθόλου (λιγότερο από 1 | λίγες φορές (1-2 ημέρες) | μερικές φορές (3-4 ημέρες) | συνεχώς (5-7 ημέρες) | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|
| 1. Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δε με ενοχλούν | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 2. Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξή μου ήταν κακή. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. Αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειάς μου ή των φίλων μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σ' αυτό που έκανα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 6. Αισθανόμουν κατάθλιψη. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 7. Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 8. Αισθανόμουν γεμάτος/η ελπίδα για το μέλλον. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 9. Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 10. Αισθανόμουν γεμάτος /η φόβο. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 11. Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 12. Ήμουν χαρούμενος /η. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 13. Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 14. Αισθανόμουν μοναξιά. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 15. Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 16. Απολάμβανα τη ζωή. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 17. Ξεσπούσα σε κλάμα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 18. Αισθανόμουν λυπημένος /η. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 19. Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 20. Δε μπορούσα να τα καταφέρω να ξεκινήσω να κάνω πράγματα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Θα ήθελα να μάθω αν είχατε κάποιο πρόβλημα υγείας και πώς ήταν γενικά η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις των επόμενων σελίδων, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει περισσότερο σ' εσάς τον τελευταίο καιρό. Θυμηθείτε ότι οι ερωτήσεις αφορούν τωρινά ή πρόσφατα προβλήματα υγείας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

| | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής; | Καλύτερα από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Χειρότερα από ότι συνήθως | Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως |
| 2. Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 3. Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 4. Έχεις αισθανθεί πώς είσαι άρρωστος/η; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 5. Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 6. Νιώθεις καθόλου σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 7. Έχεις καθόλου περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 8. Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 9. Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείς; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 10. Έχεις αισθανθεί να | Καθόλου | Όχι | Μάλλον | Πολύ |

| | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------------|
| βρίσκεσαι συνεχώς κάτω υπό πίεση; | | περισσότερο από ότι συνήθως | περισσότερο από ότι συνήθως | περισσότερο από ότι συνήθως |
| 11. Είσαι οξύθυμος και αρπάζεις εύκολα; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 12. Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς λόγο; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 13. Αισθάνεσαι πώς δεν αντέχεις άλλο; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 14. Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός ή και σε υπερδιέγερση; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 15. Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως |
| 16. Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου; | Γρηγορότερα από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 17. Έχεις αισθανθεί πώς σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά; | Καλύτερα από ότι συνήθως | Περίπου το ίδιο | Χειρότερα από ότι συνήθως | Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως |
| 18. Είσαι ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου; | Περισσότερο ικανοποιημένος/η | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο ικανοποιημένος/η από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η |
| 19. Έχεις αισθανθεί πώς παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο χρήσιμο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο Χρήσιμο από ότι συνήθως |
| 20. Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όσο συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανός/η |
| 21. Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές | Περισσότερο από ότι | Το ίδιο όσο συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ότι |

| δραστηριότητες; | συνήθως | | | συνήθως |
|--|-------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 22. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτε; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 23. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή σου είναι χωρίς καμία ελπίδα; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 24. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 25. Σου έχει περάσει ποτέ από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου; | Σίγουρα όχι | Δεν νομίζω | Πέρασε από το μυαλό μου | Σίγουρα μου έχει περάσει |
| 26. Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 27. Έχεις πιάσει ποτέ τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψεις με όλα; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 28. Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου; | Καθόλου | Δεν νομίζω | Πέρασε από το μυαλό μου | Σίγουρα ναι |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ (STAI)

Πιο κάτω υπάρχουν προτάσεις, που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράφουν τον εαυτό τους. Διάβασε προσεκτικά κάθε πρόταση και μετά βάλε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στη δεξιά της κάθε φράσης για να δείξεις πώς αισθάνεσαι τώρα, δηλαδή **αυτή τη στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύεις πολύ χρόνο σε κάθε φράση, αλλά δώσε την απάντηση που ταιριάζει σε αυτό που αισθάνεσαι **τώρα**.

(1)

| | Καθόλου | Κάπως | Μέτρια | Πάρα πολύ |
|---|---------|-------|--------|--------------|
| 1) Νιώθω ήρεμος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Νιώθω ασφαλής | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Νιώθω μια εσωτερική ένταση | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Νιώθω αγωνία | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Νιώθω άνετα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Νιώθω αναστατωμένος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Αισθάνομαι αναπαυμένος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Αισθάνομαι άγχος | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Αισθάνομαι βολικά | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Αισθάνομαι νευρικότητα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Αισθάνομαι ήσυχος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Βρίσκομαι σε διέγερση | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Νιώθω χαλαρωμένος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Ανησυχώ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Αισθάνομαι υπερένταση | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Αισθάνομαι ευχάριστα | 1 | 2 | 3 | 4 |

(2)

| | Σπάνια | Μερικές φορές | Συχνά | Πολύ συχνά |
|---|--------|---------------|-------|------------|
| 1) Ανησυχώ μήπως κάνω λάθη | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Αισθάνομαι ότι θέλω να κλάψω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Αισθάνομαι δυστυχισμένος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Δυσκολεύομαι να πάρω αποφάσεις | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Μου είναι δύσκολο να αντιμετωπίσω τα προβλήματά μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ανησυχώ πάρα πολύ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Στο σπίτι μου γίνομαι άνω-κάτω, αναστατώνομαι | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Είμαι ντροπαλός/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Αισθάνομαι σκοτισμένος/η, στεναχωρημένος/η | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Ασήμαντες σκέψεις τριγυρίζουν στο μυαλό μου και με ενοχλούν | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Ανησυχώ για τη δουλειά μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Δυσκολεύομαι να αποφασίσω τι θα κάνω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Νιώθω την καρδιά μου να χτυπάει γρήγορα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Αισθάνομαι ένα κρυφό φόβο | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Ανησυχώ για τους γύρω μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Ιδρώνουν τα χέρια μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Ανησυχώ για πράγματα που μπορεί να συμβούν | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) Δύσκολα με παίρνει ο ύπνος το βράδυ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Έχω μια περίεργη ενόχληση στο στομάχι | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για μένα | 1 | 2 | 3 | 4 |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΙ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

• Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Χώρα καταγωγής:

1. Ελλάδα 2. Αλβανία

Αριθμός μηνών μόνιμης εγκατάστασης στην Ελλάδα (αφορά ΜΟΝΟ τους μετανάστες):

Φύλο:

1. Άνδρας 2. Γυναίκα

Ηλικία:

Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμος 2. Έγγαμος 3. Διαζευγμένος/Διάσπαση
4. Χήρος/α 5. Συζεί/Συγκατοικεί

Αριθμός Παιδιών:

Εκπαίδευση:

1. Καμία 2. Δημοτικό 3. Γυμνάσιο 4. Λύκειο
5. ΙΕΚ 6. ΤΕΙ 7. ΑΕΙ 8. Μεταπτυχιακές σπουδές

Επάγγελμα:

1. Ανώτερα διοικητικά στελέχη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.....
2. Επιστήμονας, ανώτερος υπάλληλος, επιχειρηματίας.....
3. Τεχνολόγοι, τεχνικοί, έμποροι, σώματα ασφαλείας.....
4. Υπάλληλοι γραφείου, γραμματείς, βοηθοί λογιστών.....
5. Απασχολούμενοι στη παροχή υπηρεσιών, σερβιτόροι, ξεναγοί.....
6. Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς.....
7. Ειδικευμένοι τεχνίτες, ξυλουργοί, μαραγκοί, ηλεκτρολόγοι, αρτοποιοί.....
8. Ανειδίκευτος εργάτης, λιμενεργάτες, οδοκαθαριστές, μεταφορείς.....
9. Ένοπλες δυνάμεις.....

10. Εκτός εργασίας

Εργασιακή κατάσταση:

1. Πλήρης 2. Μερική 3. Άνεργος
4. Οικιακά 5. Φοιτητής 6. Σύνταξη

Ασφαλιστικός φορέας:

1. ΕΟΠΥΥ 2. Πρόνοια 3. Άλλη 4. Ανασφάλιστος

• **Γεγονότα Ζωής**

Υπαρξη σημαντικών γεγονότων ζωής κατά τελευταία δύο έτη:

1. Ναι 2. Όχι

Συγκεκριμένα γεγονότα που επηρέασαν τον συμμετέχοντα στην έρευνα τα τελευταία 2 χρόνια (κυκλώστε):

1. θάνατος συγγενικού προσώπου ή φίλου
2. χρόνια ασθένεια
3. χρήση ουσιών
4. διαζύγιο
5. μετοίκηση - μετανάστευση
6. αλλαγή εργασίας
7. ανεργία
8. χωρισμός
9. σωματική κακοποίηση
10. σεξουαλική κακοποίηση
11. ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
12. γέννηση παιδιού
13. χρόνια ασθένεια συγγενικού προσώπου
14. άλλο (συμπλ.).....

• **Ψυχιατρική Διάγνωση**

Διαγνωστική κατηγορία βάσει ICD-10 Κωδικός:

1. [F30-F39] Διαταραχές της διάθεσης
2. [F40-F48] Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές
3. [Z00-Z99] Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας
4. Άλλο (προσδιορίστε):

• **Στοιχεία χρήσης υπηρεσιών**

Φορέας παραπομπής:

1. Μόνος-χωρίς παραπομπή 2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 3. Ιδιώτης Ιατρός
4. Κοινωνικός φορέας 5. Δημόσιες Αρχές 6. Εκκλησία
7. Άλλο 8. Εκπαιδευτικός φορέας

Πηγή πληροφόρησης για την Κινητή Μονάδα:

1. Πελάτης της ΚΜ 2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 3. Κοινωνικός φορέας
4. Μ.Μ.Ε. 5. Ιδιώτης Ιατρός 6. Εκπαίδευση
7. Δημόσιες Αρχές 8. Οικογένεια
9. Ημερίδα/Ομιλία 10. Άλλο

Προηγούμενη επίσκεψη σε επαγγελματία / υπηρεσία ψυχικής υγείας:

1. Ναι 2. Όχι

Ηλικία 1ης επίσκεψης σε επαγγελματία / υπηρεσία ψυχικής υγείας:

Ψυχιατρικές νοσηλείες:

1. Ναι 2. Όχι

• **Θεραπευτικό πλάνο και στοιχεία έκβασης**

Ιδιότητα θεραπευτή αναφοράς στην Κινητή Μονάδα:

1. Ψυχολόγος 2. Ψυχίατρος

Θεραπευτικό Πλάνο:

1. Ατομική Συμβουλευτική/ Ψυχοθεραπεία 2. Λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Φ.Α.)
3. Ψυχοθεραπεία/συμβουλευτική & Φ.Α. 4. Θεραπεία Οικογένειας 5. Παραπομπή
σε άλλη υπηρεσία 5. Άλλο

Φαρμακευτική αγωγή κατά την υποδοχή:

1. Ναι 2. Όχι

Φαρμακευτική αγωγή θεραπευτικού πλάνου:

1. Ναι 2. Όχι

Θεραπευτική κατάσταση (κατά την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας):

1. Θεραπεία σε συνέχεια
2. Διακοπή θεραπείας από ασθενή (dropout)
3. Ολοκλήρωση θεραπείας

Συνολικός αριθμός συνεδριών με ειδικό ψυχικής υγείας στην Κινητή Μονάδα (κατά την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας):

Βαθμολογία στην κλίμακα GAF πριν την έναρξη της θεραπείας:.....

Βαθμολογία στην κλίμακα GAF κατά την ολοκλήρωση της επαφής με την υπηρεσία ή την ολοκλήρωση της έρευνας (για όσους ήταν θεραπεία σε συνέχεια):.....

GAF – ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Εξετάστε την ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα σε ένα υποθετικό συνεχές ψυχικής υγείας-νόσου. Μη συμπεριλαμβάνετε έκπτωση της λειτουργικότητας που οφείλεται σε φυσικούς (ή περιβαλλοντικούς) περιορισμούς.

Σημείωση: χρησιμοποιήστε ενδιάμεσους αριθμούς όποτε χρειάζεται (π.χ. 45, 68, 72)

| Κωδικός | |
|----------------|--|
| 100 91 | Ανώτατη λειτουργικότητα σε μια ευρεία κλίμακα δραστηριοτήτων, τα προβλήματα της ζωής δείχνουν να μην είναι ποτέ εκτός ελέγχου, περιζήτητος(-η) στους άλλους λόγω των πολλών θετικών του (της) ιδιοτήτων. Χωρίς συμπτώματα. |
| 90 81 | Απουσία συμπτωμάτων ή ελάχιστα συμπτώματα (π.χ. ήπιο άγχος πριν από εξετάσεις), καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρεται και εμπλέκεται σε μια ευρεία κλίμακα δραστηριοτήτων, κοινωνικά δραστήριος(-α), γενικά ικανοποιημένος(-η) από τη ζωή, τίποτα περισσότερο από τα καθημερινά προβλήματα ή ενδιαφέροντα (π.χ. μια περιστασιακή λογομαχία με μέλη της οικογένειας). |
| 80 71 | Όταν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι παροδικά και αποτελούν αναμενόμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης μετά από οικογενειακή λογομαχία). Τίποτα περισσότερο από ελαφρά έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. προσωρινά μένει πίσω στις σχολικές εργασίες). |
| 70 61 | Μερικά ήπια συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική διάθεση και ήπια αϋπνία), ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. περιστασιακές αδικαιολόγητες απουσίες ή κλοπή μέσα στο σπίτι), αλλά γενικά αρκετά καλή λειτουργικότητα, έχει κάποιες σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις. |
| 60 51 | Μέτρια συμπτώματα (επίπεδο συναίσθημα και περιφερικός λόγος, περιστασιακές προσβολές πανικού) ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. λίγοι φίλοι, συγκρούσεις με συνομηλίκους και συνεργάτες). |
| 50 | Σοβαρά συμπτώματα (π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός, βαριές ιδεοληπτικές τελετουργίες, συχνές μικροκλοπές σε καταστήματα) ή οποιαδήποτε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. καθόλου φίλοι, ανίκανος(-η) να κρατήσει μια δουλειά). |

| | |
|---------------|--|
| 41 | |
| 40 31 | Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. ο λόγος είναι κατά διαστήματα παράλογος, παράδοξος ή ασύνδετος) ή μείζων έκπτωση σε διάφορους τομείς, όπως στη δουλειά ή στο σχολείο, τις οικογενειακές σχέσεις, την σκέψη, την κρίση ή τη διάθεση (π.χ. καταθλιπτικός άνδρας που αποφεύγει τους φίλους, παραμελεί την οικογένεια και είναι ανίκανος να δουλέψει – παιδί που συχνά δέρνει μικρότερα παιδιά, είναι προκλητικό στο σπίτι και αποτυγχάνει στο σχολείο). |
| 30 21 | Η συμπεριφορά επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, ή σοβαρή έκπτωση της επικοινωνίας ή της κρίσης (π.χ. μερικές φορές ασυνάρτητος(-η), ενεργεί κυρίως απρόσφορα, αυτοκτονική ενασχόληση) ή ανικανότητα να λειτουργήσει σε όλους σχεδόν τους τομείς (π.χ. μένει στο κρεβάτι σχεδόν όλη την ημέρα, δεν έχει δουλειά, σπίτι ή φίλους). |
| 20 11 | Κάποιος κίνδυνος να αυτοτραυματιστεί ή να τραυματίσει άλλους (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας χωρίς σαφή προσδοκία θανάτου, συχνή βία, μανιακή έξαρση) ή περιστασιακά αποτυγχάνει να κρατήσει την ελάχιστη προσωπική υγιεινή (π.χ. αλείφεται με κόπρανα) ή πλήρης έκπτωση της επικοινωνίας (π.χ. σε μεγάλο βαθμό ασυνάρτητος[-η] ή άλαλος[-η]). |
| 10 1 | Σταθερός κίνδυνος βαρέος τραυματισμού του εαυτού ή των άλλων (π.χ. επαναλαμβανόμενη βία) ή σταθερή ανικανότητα να κρατήσει την ελάχιστη προσωπική υγιεινή ή σοβαρή αυτοκτονική πράξη με σαφή προσδοκία θανάτου. |
| 0 | Ανεπαρκής πληροφόρηση. |

B. AABANIKA

WHOQOL-BREF

Pyetësor

SPJEGIME

Ky pyetësor studion si ju vlerësoni **cilësinë e jetës suaj** dhe **gjëndjen tuaj shëndetësore**. Përmbajta e tij bëne fjalë për çështje të rëndësishme të jetës, si për shëmbull marëdhënjet personale, shëndetin fizik dhe psikik, punën, ambientin etj, të cilat përcaktojnë cilësinë e jetës të personit.

Ju lutemi tju **përgjigjeni të gjitha pyetjeve**. Në qoftëse nuk jeni i sigurt për përgjigjen tuaj në ndonjë pyetje, mund të **zgjidhni atë që mendoni se ju përshtatet më mirë**. Shumë herë përgjigjja më e përshtatshme është e para që ju erdhi në mendje.

Duke pasur në mendjekriteret dhe shpresat tuaja në jetë, po ashtu se çfarë ju jep gëzim, si dhe çfarë mund tju preukupoj, do donim përgjigjet që do jepni për çdo pyetje të referohen në **dy javët e fundit** të jetës suaj.

Për Shëmbull:

| | Aspak | Pak | Mesatare | Shumë | Shumë tepër |
|---|-------|-----|----------|-------|-------------|
| Keni nga të tjerët mbështetjen që ju duhet? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Që ti përgjigjeni kësaj pyetjeje, ju lutemi shënoni **në rreth** numurin që përcakton se çfarë mbështetje keni nga të tjerët këto **dy javët e fundit**. Për shëmbull të shikojmë të dy skajet e shkallës: po mendoni se keni mbështetje

në një shkallë **të lartë** do shënoni me rreth **numurin 5** që shpreh “**shumë tepër**”. Në qoftëse ndjeni që **nuk keni fare** mbështetje që ju duhet nga të tjerët atëherë do të shënoni me rreth **numurin 1** i cili referohet shkallës “**Aspak**”.

Ju lutemi të lexoni dy pyetjet e mëposhtme që të vlerësoni si ndjeheni për cilësinë e jetës suaj në përgjithësi dhe të shëndetit tuaj në dy javët e fundit. Vini në rreth numurin e shkallës që përcakton përgjigjen tuaj më mirë.

| | | Shumë keq | Keq | As mirë as keq | Mirë | Shumë mirë |
|---|--|-----------|-----|----------------|------|------------|
| 1 | Sa do e vlerësoni cilësinë e jetës tuaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Aspak | Pak | Mesatare | Shumë | Shumë tepër |
|---|---------------------------------------|-------|-----|----------|-------|-------------|
| 2 | Sa të kënaqur jeni me shëndetin tuaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pyetjet në vazhdim provojnë se në çfarë grade jetoni një gjëndje (për shëmbull dhimbje fizike). Ju lutemi përgjigjet tuaja ti referohen gjëndjes suaj të dy javëve të fundit.

| | | Aspak | Pak | Mesatare | Shumë | Shumë tepër |
|---|---|-------|-----|----------|-------|-------------|
| 3 | Deri në çfarë pike mendoni se dhimbja fizike ju pengon të bëni punët tuaja? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Deri në çfarë grade nevojitet mjekim që të aktivizoheni në jetën tuaj? (ilaçe, dializë) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Sa shumë e shijoni jetën? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Deri në çfarë grade ndjeni se jeta juaj ka kuptim? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Sa mirë mund të arrini të përqëndroheni tek diçka që bëni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Sa i sigurtë ndjehesh nga | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| | rreziqet ne jetën tënde te përditshme? | | | | | |
| 9 | Sa higjenik është ambienti ku jetoni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pyetjet të më poshtme provojnë deri në çfarë gradë keni mundësinë ose aftësinë të bëni një punë me mënyrën e përshtatshme që përshkrohet tek pyetja (p.r.sh mundësinë ose aftësinë të gjeni informacione për një çështje që ju intereson siç janë pushimet, edukimi, shëndeti, puna etj.). Përgjigjet tuaja duhet tju referohen dy javëve të fundit.

| | | Aspak | Pak | Mesatare | Shumë | Shumë tepër |
|----|---|-------|-----|----------|-------|-------------|
| 10 | Deri në çfarë grade keni energji të mjaftueshme për aktivitetet e jetës së përditshme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Deri në çfarë grade pranoni paraqitjen tuaj fizike ashtu siç është? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Deri në çfarë grade keni lekë te mjaftueshme për të plotësuar nevojat tuaja? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Sa të lehtë e keni për të gjetur informacionin që ju duhet në jetën tuaj të përditshme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Deri në çfarë grade keni kohë për aktivitete rekreative të ndryshme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Sa mirë mund të qarkulloni dhe të lëvizni brënda dhe jashtë shtëpisë? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|

Pyetjet e më poshtme provojnë sa të kënaqur ndjeheni me aspekte të ndryshme të jetës suaj këto dy javët e fundit.

| | | Shume i pa kënaqur | I pa kënaqur | As i kënaqur as i pa kënaqur | I kënaqur | Shumë i kënaqur |
|----|---|--------------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------------|
| 16 | Sa të kënaqur jeni me gjumin tuaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Sa të kënaqur jeni me aftësinë tuaj për të kryer aktivitet e jetës së përditshme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Sa të kënaqur jeni me kapacitetin tuaj për të punuar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Sa të kënaqur jeni me veten tuaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Sa të kënaqur jeni me mardhëniet tuaja personale? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Sa të kënaqur jeni me jetën tuaj seksuale? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Sa të kënaqur jeni me mbeshtjen që keni nga shoqëria juaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Sa të kënaqur jeni me kushtet e vendit në të cilin jetoni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 24 | Sa të kënaqur jeni me mundësit që ju japin në shërbimet e ndryshme mjeksore? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Sa të kënaqur jeni me transportin që përdorni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pyetja e më poshtme provon sa shpesh ndjeni disa ndjenja në dy javët e fundit.

| | | Asnjëhere | Rallë | Disa herë | Shpesh | Gjithmonë |
|----|--|-----------|-------|-----------|--------|-----------|
| 26 | Sa shpesh keni ndjenja negative si p.r.sh(humor i keq, deshperim, siklet, ankth, depresion)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pyetjet të më poshtme provojnë sa të kënaqur ndjeheni me aspekte të ndryshme të jetës suaj (p.r.sh. dieta, atmosfera emocionale në shtëpi etj.) në dy javët e fundit.

| | | Shumë e keqe | E keqe | As e keqe as e mirë | E mirë | Shumë e mirë |
|----|--|--------------|--------|---------------------|--------|--------------|
| N1 | Sa mirë dhe sa në rregull mendoni se është dieta juaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Shumë i pa kënaqur | I pa kënaqur | As i pa kënaqur as i kënaqur | I kënaqur | Shumë i kënaqur |
|--|--------------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------------|
|--|--------------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------------|

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| N2 | Sa të kënaqur jeni me rolet sociale që keni ndërmarë dhe aktivitetet që keni zhvilluar në mjedisin social? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| N3 | Sa të kënaqur jeni me atmosferën emocionale që bizotëron në shtëpinë tuaj? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| N4 | Deri në çfarë grade jeni i kënaqur me punën apo me preokupimin që keni? (sa i plotëson nevojat dhe dëshirat tuaja?) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

FAD

UDHËZIME

Në faqet që vijojnë ka disa fjali që kanë lidhje me familjen. Ju lutemi lexoni çdo fjali me kujdes dhe vendosni se sa mirë përshkruan familjen tuaj. Duhet të përgjigjeni me mënyrën se si ju shikoni familjen tuaj në kohën e tashme.

Për çdo fjali, ekzistojnë katër (4) përgjigje të mundshme:

| | |
|----------------------------|---|
| Jam dakort plotësisht (DP) | Shënoni DP në qoftëse ndjeni që fjalia : përshkruan familjen tuaj me shumë hollësi. |
| Jam dakort (D) | Shënoni D në qoftëse ndjeni që fjalia përshkruan familjen tuaj në përgjithësi |
| Nuk jam dakort (NK) | Shënoni NK në qoftëse ndjeni që fjalia: nuk përshkruan familjen tuaj në përgjithësi |
| Nuk jam fare dakort (NFD) | Shënoni NFD në qoftëse ndjeni që fjalia nuk përshkruan familjen tuaj aspak |

Këto katër përgjigje paraqiten posht çdo fjalie siç është shembulli:

41. Nuk jemi të kënaqur me asgjë më tepër se përfektja

DP D NKNFD

Ju lutemi shënoni me rreth përgjigjen që ju përfaqëson më shumë.

Mundohuni të mos kushtoni shumë kohë duke menduar çdo fjali, por përgjigjuni sa më shpejt dhe sinqerisht mundeni. Në qoftë se keni dyshim për vlerësimin e ndonjëres nga fjalitë, përgjigjuni në varësi me reagimin tuaj të parë. Ju lutemi të jeni të sigurtë që i përgjigjeni çdo fjalie.

1. Është e vështirë të programojmë aktivitete familiare sepse nuk merremi vesh me njëri-tjetrin.

DP D NK NFD _____

2. Zgjidhim shumicën e problemeve të përditëshme të shtëpisë.

DP D NK NFD _____

3. Kur dikush është i shqetësuar të tjerët dinë arsyen .

DP D NK NFD _____

4. Kur kërkon nga dikush të bëj diçka, duhet më pas të kontrollosh në qoftë se e kreu.

DP D NK NFD _____

5. Kur dikush ka një problem, të tjerët implikohen më së tepërmi.

DP D NK NFD _____

6. Në periudha krize, mund të kthehemi te njëri tjetri për mbështetje.

DP D NK NFD _____

7. Në raste nevojë të pa pritur, nuk dimë çfarë të bëjmë.

DP D NK NFD _____

8. Disa herë kemi mungesë për sende që na nevojiten.

DP D NK NFD _____

9. Ngurojmë të shprehim ngrohtësinë ndaj njëri tjetrit.

DP D NK NFD _____

10. Jemi të sigurtë që secili nga ne i përgjigjet detyrimeve familjare.

DP D NK NFD _____

11. Nuk mund ti flasim njëri tjetrit për mërzitjen që ndjejmë.

DP D NK NFD _____

12. Në përgjithësi sillemi në bazë të vendimeve tona për përballimin e problemeve

DP D NK NFD _____

13. Secili tërheq vëmendjen e të tjerëve vetëm kur diçka është e rëndësishme për ata.

DP D NK NFD _____

14. Nuk mund të kuptojmë se si ndjehet tjetri nga ato që thotë.

DP D NK NFD _____

15. Punët e shtëpisë nuk ndahen me korrektësi.

DP D NK NFD _____

16. Secili është i pranueshëm ashtu siç është .

DP D NK NFD _____

17. Secili mund të shkel rregullat pa asnjë pasojë.

DP D NK NFD _____

18. Themi atë që duam në vend që ta nënkuptojmë .

DP D NK NFD _____

19. Disa nga ne, nuk shprehin emocionet e tyre.

DP D NK NFD _____

20. Në raste nevojë të pa pritur dimë se çfarë të bëjmë.

DP D NK NFD _____

21. I shmangemi bisedave për gjëra që na frikësojnë dhe na shqetësojnë.

DP D NK NFD _____

22. E kemi të vështirë ti flasim njëri - tjetrit me ledhati.

DP D NK NFD _____

23. E kemi të vështirë të paguajmë llogaritë tona.

DP D NK NFD _____

24. Pasi familja jonë është munduar të zgjedhi një problem, më pas zakonisht bisedojmë në qoftë se zgjidhja ishte e suksesshme.

DP D NK NFD _____

25. Secili nga ne është tepër i përqëndruar në veten e tij.

DP D NK NFD _____

26. Jemi në gjendje të shprehim ndjenjat tona njëri - tjetrit.

DP D NK NFD _____

27. Nuk kemi kërkesa për sa i përket përdorimit të banjës.

DP D NK NFD _____

28. Nuk tregojmë dashurinë që kemi për njëri - tjetrit.

DP D NK NFD _____

29. I flasim njëri tjetrit direkt në vend që të flasim ndërmjet një të tretë.

DP D NK NFD _____

30. Secili nga ne, ka detyrime dhe përgjegjësi të përpikta.

DP D NK NFD _____

31. Ekzistojnë shumë ndjenja të pakënaqshme në familje.

DP D NK NFD _____

32. Kemi opinion për përdorimin e dhunës fizike.

DP D NK NFD _____

33. Merremi njëri me tjetrin vetëm kur na intereson diçka.

DP D NK NFD _____

34. Na ngel pak kohë për tu marr me aktivitete personale.

DP D NK NFD _____

35. Shpesh nuk themi atë që mendojmë.

DP D NK NFD _____

36. Ndjejmë të pranueshëm për atë që jemi.

DP D NK NFD _____

37. Tregojmë interesim njëri tjetrit, vetëm kur ekziston përfitm personal.

DP D NK NFD _____

38. Përballojmë rezultativisht shumicën e tensioneve që krijohen.

DP D NK NFD _____

39. Shprehja e ngrohtësisë vjen në rradhë të dytë në krahasim me gjëra të tjera në familjen tonë.

DP D NK NFD _____

40. Diskutojmë se kush do të bëjë punët e shtëpisë.

DP D NK NFD _____

41. Marrja e vendimeve është një problem në familjen tonë.

DP D NK NFD _____

42. Në familjen tonë tregojmë interesim njëri për tjetrin, vetëm kur kemi të përfitojmë diçka.

DP D NK NFD _____

43. Jemi të singertë njëri me tjetrin.

DP D NK NFD _____

44. Nuk ndjekim rregulla ose shembuj të caktuar.

DP D NK NFD _____

45. Kur dikush kërkon nga dikush të bëj diçka, duhet tja kujtojë.

DP D NK NFD _____

46. Jemi në pozitë të marrim vendime për zgjidhjen e problemeve.

DP D NK NFD _____

47. Kur shkelim rregullat, nuk dimë pasojat.

DP D NK NFD _____

48. Në familjen tonë të gjitha lejohen.

DP D NK NFD _____

49. Shprehim ngrohtësinë tonë njëri tjetrit.

DP D NK NFD _____

50. Jemi në gjendje të përballojmë problemet akoma dhe kur shkaktojnë ndjenja të forta.

DP D NK NFD _____

51. Nuk shkojmë mirë midis nesh .

DP D NK NFD _____

52. Kur jemi të zemëruar nuk flasim njëri me tjetrin.

DP D NK NFD _____

53. Në përgjithësi jemi të pa kënaqur me punët e shtëpisë që na kanë dhënë.

DP D NK NFD _____

54. Me gjithëse e bëjmë me qëllim të mirë, ndërhyjmë shumë njëri te jeta e tjetrit.

DP D NK NFD _____

55. Kemi rregulla për situata të rezikshme.

DP D NK NFD _____

56. Mund të themi gjëra personale njëri te tjetri.

DP D NK NFD _____

57. Qajmë dhe përpara të tjerëve.

DP D NK NFD _____

58. Mjetet tona të transportit nuk na arrijnë.

DP D NK NFD _____

59. Kur nuk na pëlqen ajo që bëri tjetri, i a themi.

DP D NK NFD _____

60. Mundohemi të gjejmë mënyra të ndryshme për të zgjidhur problemet.

DP D NK NFD _____

CES-D

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Zgjidhni pergjigjen qe pershkruan me mire gjendjen tuaj javen e fundit. | | | | | |
| 0= Rralle ose kurre (me pak se nje dite) | | | | | |
| 1=Disaosepakhere (1-2dite) | | | | | |
| 2= Here pas here ,ose per shume kohe (3-4dite) | | | | | |
| 3=Me te shumten e kohes , ose gjithe kohen(5-7dite) | | | | | |
| Nevazhdimesitejavessefundit : | | | | | |
| 1 | Meshqetesoningjeraqezakonishtnukmeshqetesojne. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Nukkishadeshiretehaja , sidheoreksiimishtelkeq. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Ndjeheshasikurnukdotemundjatelargoheshangahalletemia, asmendihmenefamiljestime , asmendihmeneshokevetemi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Ndjeheshasikurishamire , poaqsaedhegjithenjerzitetjere. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Kishaproblemteperqendrojavemendientimeneateqebeja. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | NdjeheshaIdeshperuar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Tekcdogjeqebeja , ndjenjasekerkohejnjeperpjekjeemadhe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | NdjeheshaI,embushurmehpreseperteardhmen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Ndjeheshaseegjithethejetaimeishtenjedeshperim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | NdjeheshaI ,embushurmfrike. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Gjumin e beja I, e shqetesuar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | IshaI, egezuar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Flisjamepaksezakonisht. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Ndjevjetmi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Njerzitnukishinmiqesormemua. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Shijojajeten. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Shpertheja ne te qare. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 18 | Ndjehesha I ,e brengosur. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Ndjevasetetjeretnukmesimpatizojne. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Nukmundemt'iadalmbanetekgjeratqefillojatebeja. | 0 | 1 | 2 | 3 |

GHQ-28

UDHEZIME: Ju lutem përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme duke nënvizuar ose duke rrethuar përgjigjen që mendoni se ju përshtatet. Kujdes, duam të njohim **shqetësimet e tanishme** ose ato që kishit kohët e fundit dhe jo ato që kishit në të kaluarën.

Ju lutem përgjigjuni të gjitha pyetjeve

KOHET E FUNDIT:

| | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1) Ndjehesh shumë mire me shëndet? | Më mirë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 2) Ke nevojë për diçka çlodhëse? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 3) Je (i, e) lodhur dhe me humor të keq? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 4) Ndjen sikur je (i, e) semurë? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 5) Ke gjë dhimbje koke? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 6) Ndjen shtrëngim ose rëndim në kokë? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |

| | | | | |
|---|-------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 7) Ka momente që ndjen herë drithma e herë vapë? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 8) Ka ndodhur të zgjohesh nga gjumi nga që ke qenë (i, e) shqetësuar? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 9) Ke vështirësi të flësh pa ndërperje pasi të ka zënë gjumi ? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 10) Ke ndjerë se je nën tension? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 11) Je gjaknxehtë dhe rrëmbehesh shpejt? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 12) Ke frikë dhe tronditësh pa arsye? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 13) Ndjen se nuk duron më? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 14) Ndjen nevrikllek dhe tension? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |

| | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 15) Ke arritur të jesh energjik dhe gjithmonë në veprimtari? | Më shumë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 16) Do shumë kohë për të mbaruar punët? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 17) Ndjen se në përgjithësi ja çon me punët? | Më mirë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 18) Je (i, e) kënaqur me mënyrën që mbaron punët? | Më mirë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 19) Keni ndjerë se luani rol të rëndësishëm në ato që bëhen rreth jush? | Më mirë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 20) Jeni (i, e) aftë të merrni vendime për gjëra të rëndësishme? | Më mirë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 21) Mund të ndjehesh mirë me veprimtaritë e tua të përditshme? | Më mirë se zakonisht | Si zakonisht | Më keq se zakonisht | Shumë më keq se zakonisht |
| 22) Ndjen se (i,e) pavlerë? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |

| | | | | |
|---|--------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 23) Ndjen se jeta është pa shpresë? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 24) Ndjen se nuk ja vlen të rrosh? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 25) Të ka kaluar nga mendja t'i japësh fund jetës? | Sigurisht jo | Nuk besoj | Më ka kaluar nga mendja | Sigurisht më ka kaluar |
| 26) Të ka kaluar nga mendja se nuk mund të bësh asgjë? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 27) Ke kapur veten të urrosh të kishe vdekur ose të kishin mbaruar të gjitha? | Aspak | Jo më shumë se zakonisht | Më shumë se zakonisht | Shumë më tepër se zakonisht |
| 28) Mos ideja t'i japësh fund jetës të kalon shpesh nga mendja? | Sigurisht jo | Nuk besoj | Më ka kaluar nga mendja | Sigurisht më ka kaluar |

STAI

Më poshtë janë disa fjali të cilat përdorin zakonisht njërezit për të përshkruar vetën e tyre. Lexo me kujdes çdo fjali dhe pastaj rretho numrin në të djathtë të fjalisë që përshkruan më mirë se si ndjehesh ti tani, **në këtë moment**. Nuk ka përgjigje të sakta dhe të gabuara. Mos harxho shumë kohë për secilën fjali, rretho frazën që përshkruan më mirë se si ndjehesh ti **tani**.

(1)

| | Aspak | Disi | Mesatarisht | Tepër |
|--|-------|------|-------------|-------|
| 1) Ndjem (i, e) qetë | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ndjej siguri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ndjej një tension të brendshëm | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ndjej një shqetësim | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ndjem këndshëm | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ndjem (i, e) tronditur | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Shqetësohem mos më ndodh ndonjë gjë e keqe në këtë moment | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ndjem (i, e) çlodhur | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ndjej ankth | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Ndjem rehatshëm | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Ndjej vetësiguri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Ndjej nervozitet | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Ndjej qetësi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Jam në tension | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Pushoj | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Ndjem (i, e) kënaqur | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Jam në hall | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|
| 18) Ndjehem (i, e) tronditur | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Jam (i, e) tejtensionuar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Ndjehem bukur | 1 | 2 | 3 | 4 |

(2)

| | Rrallë | Disa herë | Shpesh | Shumë shpesh |
|---|---------------|------------------|---------------|---------------------|
| 1) Shqetësohem mos bëj gabime | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ndjej se dua të qaj | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ndjehem (i, e) dëshpëruar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Vështirësohem të marr vendime | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) E kam vështirë të përballoj problemet e mia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Shqetësohem tepër | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Në shtëpi bëhem lesh e li, tronditem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Jam i turpshëm/me (e) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ndjehem (i, e) problimatizuar, mërzhitur | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Mendimepavlerë më rrotullohenë mendjedhemë besdisin | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Shqetësohempërpunëntime | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Vështirësohem të vendos se çfarë do të bëj | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Ndjejsezemraimerrehshpesh | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Ndjej një frikë të fshehtë | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Shqetësohem për njërëzit e mi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Më djersisin duart e mia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Shqetësohem për gjëra që mund të ndodhin | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) Mevështirësimë merrgjuminë darkë | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Kam një bezdisje të çuditshme në stomak | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Më shqeteson se çfarë mendojnë të tjerët për mua | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

A. Ελληνικά

Αγαπητέ κύριε/κυρία,

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ σε συνεργασία με το Πάντειο Πανεπιστήμιο διεξάγει έρευνα με σκοπό τη μελέτη της σχέσης μεταξύ ψυχικής υγείας, λειτουργίας οικογένειας και ποιότητας ζωής σε Έλληνες και Αλβανούς μετανάστες στην Πάρο και Αντίπαρο (στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής).

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης θα αξιοποιηθούν προκειμένου να αναπτυχθούν νέες δράσεις προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες των οικογενειών μεταναστών και Ελλήνων που απευθύνονται στην υπηρεσία μας. Στους άμεσους στόχους μας είναι επίσης η ανάπτυξη Ιατρείου Οικογένειας στην Πάρο και η υλοποίηση δράσεων για προαγωγή ψυχικής υγείας και βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της Πάρου κι Αντιπάρου.

Θα τηρηθεί η ανωνυμία και το απόρρητο, ως προς τα στοιχεία που δίνετε.

Παρακαλούμε αν θέλετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί.

Στέλλα Παντελίδου

Ψυχολόγος, MSc, PhD (cand.)

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας και επιθυμώ να συμμετέχω.

.....(υπογραφή)

B. Αλβανικά

Të nderuar zonjë/zotëri,

Shërbimi ambulator i Shëndetit Mendor në Cikladet verilindore EPAPSI, në bashkëpunim me Universitetin Pandio kryen një kërkim shkencor për studimin e pikës lidhëse ndërmjet shëndetit mendor, funksionit të familjes dhe cilësisë së jetesës së grekëve dhe emigrantëve (në kuadrin e përgatitjes së doktoraturës).

Konkluzionet e projektit në fjalë do të shërbejnë për zhvillimin e aktiviteteve të mëtejshme, që do të përshtaten në kërkesat e veçanta të familjeve emigrante dhe të vendasve (grekëve), të cilët do të drejtohen në qendrën e shërbimit tonë.

Informacioni që do të ofroni do të mbetet anonim dhe në formë konfidenciale.

Ju lutemi, nëse dëshironi, plotësoni pyetësonin në vijim.

Stella Pantelidou

Psikologe , MSc, PhD (cand.)

Deklaroj se jam informuar për qëllimin e studimit dhe dëshiroj të marr pjesë

.....(Firma)

ΔΗΛΩΣΗ ΕΛΣΙΝΚΙ

Declaration of Helsinki, World Medical Association (2013)

Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects

64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013

Preamble

1. The World Medical Association (WMA) has developed the Declaration of Helsinki as a statement of ethical principles for medical research involving human subjects, including research on identifiable human material and data.

The Declaration is intended to be read as a whole and each of its constituent paragraphs should be applied with consideration of all other relevant paragraphs.

2. Consistent with the mandate of the WMA, the Declaration is addressed primarily to physicians. The WMA encourages others who are involved in medical research involving human subjects to adopt these principles.

General Principles

3. The Declaration of Geneva of the WMA binds the physician with the words, “The health of my patient will be my first consideration,” and the International Code of Medical Ethics declares that, “A physician shall act in the patient's best interest when providing medical care.”

4. It is the duty of the physician to promote and safeguard the health, well-being and rights of patients, including those who are involved in medical research. The physician's knowledge and conscience are dedicated to the fulfilment of this duty.

5. Medical progress is based on research that ultimately must include studies involving human subjects.

6. The primary purpose of medical research involving human subjects is to understand the causes, development and effects of diseases and improve preventive, diagnostic and therapeutic interventions (methods, procedures and treatments). Even the best proven interventions must be evaluated continually through research for their safety, effectiveness, efficiency, accessibility and quality.

7. Medical research is subject to ethical standards that promote and ensure respect for all human subjects and protect their health and rights.

8. While the primary purpose of medical research is to generate new knowledge, this goal can never take precedence over the rights and interests of individual research subjects.

9. It is the duty of physicians who are involved in medical research to protect the life, health, dignity, integrity, right to self-determination, privacy, and confidentiality of personal information of research subjects. The responsibility for the protection of research subjects must always rest with the physician or other health care professionals and never with the research subjects, even though they have given consent.

10. Physicians must consider the ethical, legal and regulatory norms and standards for research involving human subjects in their own countries as well as applicable international norms and standards. No national or international ethical, legal or regulatory requirement should reduce or eliminate any of the protections for research subjects set forth in this Declaration.

11. Medical research should be conducted in a manner that minimises possible harm to the environment.

12. Medical research involving human subjects must be conducted only by individuals with the appropriate ethics and scientific education, training and qualifications. Research on patients or healthy volunteers requires the supervision of a competent and appropriately qualified physician or other health care professional.

13. Groups that are underrepresented in medical research should be provided appropriate access to participation in research.

14. Physicians who combine medical research with medical care should involve their patients in research only to the extent that this is justified by its potential preventive, diagnostic or therapeutic value and if the physician has good reason to believe that participation in the research study will not adversely affect the health of the patients who serve as research subjects.

15. Appropriate compensation and treatment for subjects who are harmed as a result of participating in research must be ensured.

Risks, Burdens and Benefits

16. In medical practice and in medical research, most interventions involve risks and burdens.

Medical research involving human subjects may only be conducted if the importance of the objective outweighs the risks and burdens to the research subjects.

17. All medical research involving human subjects must be preceded by careful assessment of predictable risks and burdens to the individuals and groups involved in the research in comparison with foreseeable benefits to them and to other individuals or groups affected by the condition under investigation.

Measures to minimise the risks must be implemented. The risks must be continuously monitored, assessed and documented by the researcher.

18. Physicians may not be involved in a research study involving human subjects unless they are confident that the risks have been adequately assessed and can be satisfactorily managed.

When the risks are found to outweigh the potential benefits or when there is conclusive proof of definitive outcomes, physicians must assess whether to continue, modify or immediately stop the study.

Vulnerable Groups and Individuals

19. Some groups and individuals are particularly vulnerable and may have an increased likelihood of being wronged or of incurring additional harm.

All vulnerable groups and individuals should receive specifically considered protection.

20. Medical research with a vulnerable group is only justified if the research is responsive to the health needs or priorities of this group and the research cannot be carried out in a non-vulnerable group. In addition, this group should stand to benefit from the knowledge, practices or interventions that result from the research.

Scientific Requirements and Research Protocols

21. Medical research involving human subjects must conform to generally accepted scientific principles, be based on a thorough knowledge of the scientific literature, other relevant sources of information, and adequate laboratory and, as appropriate, animal experimentation. The welfare of animals used for research must be respected.

22. The design and performance of each research study involving human subjects must be clearly described and justified in a research protocol.

The protocol should contain a statement of the ethical considerations involved and should indicate how the principles in this Declaration have been addressed. The protocol should include information regarding funding, sponsors, institutional affiliations, potential conflicts of interest, incentives for subjects and information regarding provisions for treating and/or compensating subjects who are harmed as a consequence of participation in the research study.

In clinical trials, the protocol must also describe appropriate arrangements for post-trial provisions.

Research Ethics Committees

23. The research protocol must be submitted for consideration, comment, guidance and approval to the concerned research ethics committee before the study begins. This committee must be transparent in its functioning, must be independent of the researcher, the sponsor and any other undue influence and must be duly qualified. It must take into consideration the laws and regulations of the country or countries in which the research is to be performed as well as applicable international norms and standards but these must not be allowed to reduce or eliminate any of the protections for research subjects set forth in this Declaration.

The committee must have the right to monitor ongoing studies. The researcher must provide monitoring information to the committee, especially information about any serious adverse events. No amendment to the protocol may be made without consideration and approval by the committee. After the end of the study, the researchers must submit a final report to the committee containing a summary of the study's findings and conclusions.

Privacy and Confidentiality

24. Every precaution must be taken to protect the privacy of research subjects and the confidentiality of their personal information

Informed Consent

25. Participation by individuals capable of giving informed consent as subjects in medical research must be voluntary. Although it may be appropriate to consult family members or community leaders, no individual capable of giving informed consent may be enrolled in a research study unless he or she freely agrees.

26. In medical research involving human subjects capable of giving informed consent, each potential subject must be adequately informed of the aims, methods, sources of funding, any possible conflicts of interest, institutional affiliations of the researcher, the anticipated benefits and potential risks of the study and the discomfort it may entail, post-study provisions and any other relevant aspects of the study. The potential subject must be informed of the right to refuse to participate in the study or to withdraw consent to participate at any time without reprisal. Special attention should be given to the specific information needs of individual potential subjects as well as to the methods used to deliver the information.

After ensuring that the potential subject has understood the information, the physician or another appropriately qualified individual must then seek the potential subject's freely-given informed consent, preferably in writing. If the consent cannot be expressed in writing, the non-written consent must be formally documented and witnessed.

All medical research subjects should be given the option of being informed about the general outcome and results of the study.

27. When seeking informed consent for participation in a research study the physician must be particularly cautious if the potential subject is in a dependent relationship with the physician or may consent under duress. In such situations the informed consent must be sought by an appropriately qualified individual who is completely independent of this relationship.

28. For a potential research subject who is incapable of giving informed consent, the physician must seek informed consent from the legally authorised representative. These individuals must not be included in a research study that has no likelihood of benefit for them unless it is intended to promote the health of the group represented by the potential subject, the research cannot instead be performed with persons capable of providing informed consent, and the research entails only minimal risk and minimal burden.

29. When a potential research subject who is deemed incapable of giving informed consent is able to give assent to decisions about participation in research, the physician must seek that assent in addition to the consent of the legally authorised representative. The potential subject's dissent should be respected.

30. Research involving subjects who are physically or mentally incapable of giving consent, for example, unconscious patients, may be done only if the physical or mental condition that prevents giving informed consent is a necessary characteristic of the research group. In such circumstances the physician must seek informed consent from the legally authorised representative. If no such representative is available and if the research cannot be delayed, the study may proceed without informed consent provided that the specific reasons for involving subjects with a condition that renders them unable to give informed consent have been stated in the research protocol and the study has been approved by a research ethics committee.

Consent to remain in the research must be obtained as soon as possible from the subject or a legally authorised representative.

31. The physician must fully inform the patient which aspects of their care are related to the research. The refusal of a patient to participate in a study or the patient's decision to withdraw from the study must never adversely affect the patient-physician relationship.

32. For medical research using identifiable human material or data, such as research on material or data contained in biobanks or similar repositories, physicians must seek informed consent for its collection, storage and/or reuse. There may be exceptional situations where consent would be impossible or impracticable to obtain for such research. In such situations the research may be done only after consideration and approval of a research ethics committee.

Use of Placebo

33. The benefits, risks, burdens and effectiveness of a new intervention must be tested against those of the best proven intervention(s), except in the following circumstances:

Where no proven intervention exists, the use of placebo, or no intervention, is acceptable; or

Where for compelling and scientifically sound methodological reasons the use of any intervention less effective than the best proven one, the use of placebo, or no intervention is necessary to determine the efficacy or safety of an intervention

and the patients who receive any intervention less effective than the best proven one, placebo, or no intervention will not be subject to additional risks of serious or irreversible harm as a result of not receiving the best proven intervention.

Extreme care must be taken to avoid abuse of this option.

Post-Trial Provisions

34. In advance of a clinical trial, sponsors, researchers and host country governments should make provisions for post-trial access for all participants who still need an intervention identified as beneficial in the trial. This information must also be disclosed to participants during the informed consent process.

Research Registration and Publication and Dissemination of Results

35. Every research study involving human subjects must be registered in a publicly accessible database before recruitment of the first subject.

36. Researchers, authors, sponsors, editors and publishers all have ethical obligations with regard to the publication and dissemination of the results of research. Researchers have a duty to make publicly available the results of their research on human subjects and are accountable for the completeness and accuracy of their reports. All parties should adhere to accepted guidelines for ethical reporting. Negative and inconclusive as well as positive results must be published or otherwise made publicly available. Sources of funding, institutional affiliations and conflicts of interest must be declared in the publication. Reports of research not in accordance with the principles of this Declaration should not be accepted for publication.

Unproven Interventions in Clinical Practice

37. In the treatment of an individual patient, where proven interventions do not exist or other known interventions have been ineffective, the physician, after seeking expert advice, with informed consent from the patient or a legally authorised representative, may use an unproven intervention if in the physician's judgement it offers hope of saving life, re-establishing health or alleviating suffering. This intervention should subsequently be made the object of research, designed to evaluate its safety and efficacy. In all cases, new information must be recorded and, where appropriate, made publicly available.