



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ»**

Εύδα Αλίκη

Κοινωνική Λειτουργός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παπαθανασίου Ιωάννα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Φραδέλος Ευάγγελος

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μάλλη Φωτεινή

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ, 2022



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**«STIGMA AND SOCIAL SUPPORT CAREGIVERS OF MENTAL
ILLNESS»**

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	8
Γενικό μέρος	
Κεφάλαιο 1: Στίγμα	
1.1 Ορισμός για το στίγμα	9
1.2 Το στίγμα σύμφωνα με τον Goffman	10
1.3 Είδη στίγματος	12
1.3.1 Αυτοστιγματισμός	12
1.4 Διαδικασία στιγματισμού	13
1.5 Κοινωνικό στίγμα	16
1.6 Στίγμα ψυχικής νόσου	17
1.7 Συνέπειες στίγματος	18
1.8 Αντιμετώπιση στίγματος	19
Κεφάλαιο 2: Ψυχική νόσος	
2.1 Ιστορική αναδρομή στην έννοια της ψυχικής νόσου	21
2.2 Ορισμός της υγείας	22
2.3 Ορισμός της ψυχικής υγείας-ασθένειας	23
2.4 Ψυχικές διαταραχές	24
2.4.1.Ορισμός ψυχικής νόσου και ψυχικών διαταραχών	24
2.4.2 Είδη ψυχικών διαταραχών	25
2.4.3 Διάγνωση και αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών	27
2.5 Αντιμετώπιση και θεραπεία	28
2.6 Πρόληψη ψυχικών διαταραχών	29
Κεφάλαιο 3: Φροντίδα-φροντιστής	
3.1 Η έννοια της φροντίδας και του φροντιστή	31
3.2 Είδη φροντιστών	31
3.3 Ο ρόλος του φροντιστή	32
3.4 Το στίγμα των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο	34
Κεφάλαιο 4: Κοινωνική υποστήριξη	
4.1 Κοινωνική υποστήριξη	35
4.2 Κοινωνική υποστήριξη και ψυχικές διαταραχές	36
4.3 Κοινωνική υποστήριξη φροντιστών	37

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 5

5.1 Σκοπός της έρευνας	38
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	38
Μεθοδολογία	
5.3 Ερευνητικός σχεδιασμός	39
5.3.1 Χρόνος-Τόπος Διεξαγωγής Μελέτης	39
5.3.2 Δείγμα μελέτης	39
5.3.3 Ερευνητικό Εργαλείο	40
5.3.4 Στατιστική ανάλυση	40
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα	
6.1 Περιγραφική ανάλυση	41
6.1.1 Ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος	41
6.1.2 Κλίμακα Στίγματος	44
6.1.3 Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης	45
6.2 Επαγωγική ανάλυση	46
6.2.1 Σχέση στίγματος και ατομικών χαρακτηριστικών	46
6.2.2 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και ατομικών χαρακτηριστικών	55
6.2.3 Σχέση στίγματος και κοινωνικής υποστήριξης	63
7. Συζήτηση	63
Βιβλιογραφία	69
Παραρτήματα	
Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο	78
Παράρτημα 2: Άδεια διενέργειας της έρευνας	84

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Παπαθανασίου Ιωάννα. Η συμβολή της ήταν πολύτιμη για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Επίσης, εκτιμώ τη βοήθεια των φροντιστών της Ψυχιατρικής Κλινικής Λάρισας που με μεγάλη προθυμία δέχτηκαν να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη μελέτη.

Τέλος, ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου την οικογένεια μου, η οποία με στήριξε ουσιαστικά σε όλο το διάστημα της συγκεκριμένης μελέτης αλλά και κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος με τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές τους, όπου η συμπαράστασή τους και η βοήθειά τους ήταν ανεκτίμητη και που στέκονται δίπλα μου σε κάθε μου βήμα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ψυχική ασθένεια ορίζει την κρίση ψυχικής υγείας ως περίπτωση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός προσώπου το θέτει σε κίνδυνο ώστε να θέσει σε κίνδυνο τον εαυτό του, τους άλλους και το εμποδίζει να φροντίσει τον εαυτό του ή να λειτουργήσει ικανοποιητικά. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια αρκετές φορές δεν έχουν τη δυνατότητα να λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα σε ανάλογες δομές, με αποτέλεσμα να επωμίζονται τη φροντίδα τους οι άτυποι φροντιστές. Οι έχοντες τη φροντίδα ψυχικά ασθενών, συχνά βιώνουν στίγμα. Το στίγμα επηρεάζει τις προθέσεις και τις συμπεριφορές ενός ατόμου για αναζήτηση βοήθειας, σε τέτοιο βαθμό που ένα άτομο που χρειάζεται θεραπεία μπορεί να αποθαρρύνεται να το κάνει λόγω της πρόβλεψης πιθανής διάκρισης. Επίσης, είναι σημαντικό για τους άτυπους φροντιστές να έχουν την απαραίτητη βοήθεια και κοινωνική υποστήριξη που πρέπει, για να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται στο έργο τους. Η υποστήριξη μπορεί να είναι υλική, συναισθηματική, οικονομική ή ότι θεωρεί αναγκαίο ο φροντιστής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας περιγραφικής μελέτης συγχρονικού τύπου ήταν η ανίχνευση του επίπεδου του στίγματος και της κοινωνικής υποστήριξης που εκδηλώνουν οι φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο σε δομές Ψυχικής Υγείας καθώς επίσης και η σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά τους.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελούνταν από 164 φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο της Ψυχιατρικής Κλινικής Λάρισας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από τρία μέρη. Το αρχικό αφορούσε την καταγραφή των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, το δεύτερο μέρος αφορούσε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου «Affiliate Stigma Scale (AFSS)» για το στίγμα. Το τρίτο μέρος αφορούσε την κοινωνική υποστήριξη των φροντιστών ατόμων με ψυχική ασθένεια και χρησιμοποιήθηκε στην ελληνική της εκδοχή η κλίμακα «Multidimensional Scale Of Perceived Social Support (MSPSS)».

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 37,9 έτη. Σύμφωνα με το συνολικό αλλά και τα επιμέρους σκορ της κλίμακας AFSS του στίγματος βρέθηκε να είναι σε σχετικά μέτριο επίπεδο (συνολική μέση τιμή 1,94) και συσχετίζεται άμεσα ($r=-0,517$ $p<0,001$) με την συχνότητα εκδήλωσης κοινωνικής υποστήριξης της κλίμακας MSPSS η οποία βρέθηκε να είναι σε σχετικά υψηλό επίπεδο με (συνολική μέση τιμή 5,49).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, πως όσο μειώνεται η συνολική του στίγματος των φροντιστών τόσο μειωνόταν η συχνότητα εκδήλωσης και σημαντικότητα όλων των διαστάσεων - υποκλιμάκων αλλά και η συνολική κοινωνική υποστήριξη.

Λέξεις κλειδιά: στίγμα, κοινωνική υποστήριξη, ψυχική ασθένεια, φροντιστές

Abstract

Introduction: Mental illness defines a mental health crisis as a condition in which a person's behavior puts them at risk for harming themselves or others and / or prevents them from taking care of themselves or functioning satisfactorily. People with mental illness can often not receive the care they need in appropriate structures, leaving caregivers to take over care of them. Those who care people with mental illness often experience stigma. Stigma affects a person's intentions and behaviors to seek help, to such an extent that a person in need of treatment may be discouraged from doing it so by anticipating possible discrimination. It is also important for caregivers to have the necessary help and social support to be able to cope with their work. This help can be material, emotional, financial or whatever is considered necessary for the caregiver.

Aim: The purpose of this descriptive study of the contemporary type was to investigate the level of stigma and social support shown by caregivers of people with mental illness in Mental Health structures as well as the relationship with their individual characteristics.

Methodology: The sample consisted of 164 caregivers of people with mental illness of the Psychiatric Clinic of Larissa. Participants completed a single questionnaire consisting of three parts. The first part was about recording the individual characteristics of the participants, the second part was about completing the "Affiliate Stigma Scale (AFSS)" questionnaire for stigma. The third part was about the social support of caregivers of people with mental illness and the "Multidimensional Scale Of Perceived Social Support (MSPSS)" was used in its Greek version.

Results: The results showed that the majority of participants were women and the mean age was 37.9 years. According to the total and individual scores of the AFSS scale of the stigma was found to be relatively moderate (total average value 1.94) and is directly related ($r = -0,517$ $p < 0.001$) to the frequency of social support on the MSPSS scale which was found to be at a relatively high level with (overall average value 5.49).

Conclusion: The results of the research showed that the lower the total stigma of caregivers, the lower the frequency of occurrence and importance of all dimensions - subscales and the overall social support.

Keywords: stigma, social support, mental illness, caregivers

Εισαγωγή

Το κομμάτι της ψυχικής υγείας, απασχολείται με ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων που έχουν άμεση ή έμμεση συνάφεια με την ψυχική ευεξία του ανθρώπου, άρα και με το σύνολο της υγείας του ανθρώπου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως υγεία «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία μιας ασθένειας» (WHO). Συνδέεται με την βελτίωση της ευημερίας, την πρόληψη ψυχικών διαταραχών, με την ίαση και την αποκατάσταση των πασχόντων από ψυχικές νόσους, όπως είναι η ψύχωση, η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και άλλες. Το στίγμα και ο μηχανισμός στιγματισμού συμπεριλαμβάνουν δύο βασικά κριτήρια, την εξεύρεση του ορίου που διαφοροποιεί το άτομο που στιγματίζεται και την ακολουθούμενη απαξίωση του ατόμου. Αρκετές σύγχρονες κοινωνίες αντιλαμβάνονται τους ψυχικά ασθενείς σαν μία ντροπιαστική κατάσταση, τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για το οικογενειακό τους περίγυρο. Το στίγμα της ψυχικής νόσου, είναι φαινόμενο παλαιότερων ετών. Τα ιστορικά στοιχεία δείχνουν, πως το στίγμα συνακολουθεί την ψυχική ασθένεια ανά τους αιώνες, σε κάθε κουλτούρα, έθνος και θρησκευτική αντίληψη (Arboleda-Florez, 2002). Οι ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συσχετισμό μη αποδεκτών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών και αλληλεπιδράσεων με τους άλλους. Τα τελευταία έτη, η αποϊδρυματοποίηση των πασχόντων ψυχικά, είναι βασικός άξονας μέριμνας του συστήματος υγείας. Έτσι, αρκετοί άνθρωποι με χρόνιες και οξείες ψυχικές διαταραχές να δέχονται φροντίδα υγείας στην κοινότητα. Τη φροντίδα επωμίζονται οι φροντιστές. Ως άτυποι φροντιστές θεωρούνται το οικογενειακό περιβάλλον και οι φίλοι, οι οποίοι χωρίς να είναι εξειδικευμένοι και αμισθί, προσφέρουν βοήθεια ή έχουν υπό την εποπτεία τους τη φροντίδα ενός χρονίως πάσχοντος. Η υποστήριξη συνήθως είναι υλική, συναισθηματική, οικονομική ή οτιδήποτε θεωρεί αναγκαίο ο ψυχικά πάσχων.

Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες στο κομμάτι της ψυχικής υγείας, για την κατανόηση των στάσεων και των αντιλήψεων τόσο του κοινωνικού συνόλου όσο και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ψυχική υγεία και τους ψυχικά πάσχοντες. Ωστόσο, στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των μελετών που αφορούν στις πεποιθήσεις και στις αντιλήψεις για την ψυχική υγεία δεν έχουν συνυπολογίσει τους άτυπους φροντιστές. Ερευνητικά, υπάρχει κενό κατά πόσο οι άτυποι φροντιστές, μέλη ενός κοινωνικού συνόλου που αναπαράγει το στίγμα της ψυχικής υγείας και αρνητικά στερεότυπα ή προκαταλήψεις για τους λαμβάνοντες υπηρεσίες ψυχικής υγείας επηρεάζονται από αυτό το κλίμα, καθώς και από τα βιώματά τους στην προσπάθεια να στηρίζουν τους ανθρώπους με ψυχική νόσο. Η οικογένεια έχει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα ενός ψυχικά νοσούντα ασθενή. Ένας άτυπος φροντιστής έχει οριστεί ως "ένα μέλος της οικογένειας, το οποίο έχει παραμείνει με τον ασθενή για περισσότερο από ένα χρόνο και έχει στενή σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς, τις συζητήσεις και τη φροντίδα της υγείας" (Agrawal, 2013). Σε θεωρητικό πλαίσιο η έρευνα έχει δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το στίγμα και η κοινωνική υποστήριξη φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο, παρουσιάζονται ξεχωριστά στο γενικό μέρος. Έπειτα, το ειδικό μέρος χωρίζεται στη

μεθοδολογία και τα αποτελέσματα. Η μεθοδολογία ασχολείται με το υλικό που συγκεντρώθηκε για να γραφεί αυτή η εργασία. Παράλληλα περιγράφει την αναζήτηση και τη χορήγηση ενός εξειδικευμένου ερωτηματολογίου σε εκατόν εξήντα τέσσερις φροντιστές. Κατόπιν, στα αποτελέσματα-συζήτηση ξεκινά η αναφορά των παρατηρήσεων που σχηματίστηκαν από τα ερωτηματολόγια. Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να ερευνήσει το στίγμα και την κοινωνική υποστήριξη των άτυπων φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο προκειμένου να ερευνηθεί κατά πόσο αυτοί οι παράγοντες αναπαράγουν στερεοτυπικές αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια και πόσο εν τέλει επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους λειτουργώντας ως ένα είδος «εσωτερικευμένου» στίγματος. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του αντιλαμβανόμενου στίγματος και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο, λαμβάνοντας υπόψη την υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία. Το κοινωνικό στίγμα και η κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με τις ψυχικές ασθένειες αποτελεί πεδίο διερεύνησης πολλών ερευνητικών μελετών, καθώς μελέτες δείχνουν την ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης μεταξύ των δύο αυτών κοινωνικών φαινομένων. Στην περιφέρεια Θεσσαλίας και στην περιοχή της Λάρισας δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα μελέτη που να διερευνά σε βάθος τα δύο αυτά κοινωνικά φαινόμενα σε φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο. Τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα αναδείξουν σημαντικά στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους παρόχους υγείας σε επαγγελματικό και μη επίπεδο, όταν συνεργάζονται και ενδυναμώνουν ή υποστηρίζουν άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας σε ψυχικά πάσχοντες.

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1 : Στίγμα

1.1. Ορισμός για το στίγμα

Κατά τον ΠΟΥ, στο πλαίσιο της υγείας, κοινωνικό στίγμα είναι μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ενός ατόμου ή ενός συνόλου ανθρώπων που έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά και μια συγκεκριμένη νόσο (WHO, 2020). Συχνά αυτό δείχνει ότι οι άνθρωποι χαρακτηρίζονται με στερεότυπα, βιώνουν διακρίσεις, έχουν ξεχωριστή αντιμετώπιση ή βιώνουν απώλεια της υπόστασής τους εξαιτίας μιας σχέσης με μια ασθένεια, η οποία γίνεται αντιληπτή. Αυτή η θεώρηση έχει αρνητικό αντίκτυπο σε όσους είναι ψυχικά πάσχοντες, καθώς και στους άτυπους φροντιστές τους, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους, αλλά και το κοινωνικό σύνολο που ανήκουν. Άτομα που δεν νοσούν αλλά μοιράζονται άλλα γνωρίσματα με αυτήν την ομάδα μπορούν και αυτά να βιώνουν στίγμα (Bruns, 2020).

“Το στίγμα είναι κάτι που συνοδεύει ένα άτομο και υπονομεύει ριζικά την κοινωνική του θέση. Είναι ένα ανεξίτηλο σημάδι ντροπής και απαξίας . Πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές φαίνονται

διαφορετικά εξαιτίας των συμπτωμάτων τους ή των παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής. Οι άλλοι μπορεί να διακρίνουν τις διαφορές, να μην τις κατανοούν, να αισθάνονται άβολα και να αντιδρούν αρνητικά προς τα άτομα αυτά” (ΠΟΥ, Συνηγορία για την ψυχική υγεία).

Ενώ τα τελευταία έτη το στίγμα που ακολουθούσε σωματικές νόσους, όπως ο καρκίνος, η φυματίωση ή η επιληψία φαίνεται να μειώνεται, εκείνο που αφορά στις ψυχικές διαταραχές εμμένει παρά τη δραστηριοποίηση φορέων και οργανισμών, όπως για παράδειγμα της ΠΟΥ (Crisp, 1999). Δυστυχώς αντιλήψεις, όπως ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι κίνδυνος για τους άλλους, ότι η ψυχική νόσος δείχνει αδύναμο χαρακτήρα, ότι είναι ψεύτικη νόσος ή ότι δεν δύναται να αντιμετωπιστεί επαρκώς, είναι βαθιά ριζωμένες στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου. Υπάρχουν πλείστα παραδείγματα από την καθημερινότητα για εμποδίων, που τέθηκαν κατά καιρούς σε δράσεις στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως στην εξεύρεση δομών κοινοτικής ψυχιατρικής (π.χ. αντιδράσεις περιοίκων στη δημιουργία ξενώνων στη γειτονιά τους) ή στην εύρεση εργασίας σε αποϊδρυματοποιημένους ασθενείς.

1.2 Το στίγμα σύμφωνα με τον Goffman

Ως στίγμα ορίζεται το σημάδι ντροπής ή δυσφήμισης που εμποδίζει ένα άτομο να έχει πλήρη κοινωνική αποδοχή και ένταξη. Ο κοινωνιολόγος Goffman, ο οποίος ερευνήσε το ψυχιατρικό στίγμα, αναφέρει ότι το κύριο συναίσθημα που βιώνει αυτός που στιγματίζεται είναι η “βαθιά υποτίμηση”, όπου στην προσπάθεια του να καλύψει τα πιθανά σημάδια που δηλώνουν την ύπαρξη ψυχικού προβλήματος, τις περισσότερες φορές αυτό που έχει ως αποτέλεσμα είναι να δυσχεραίνει την κατάσταση. Ωστόσο, ο Goffman αναφέρει ότι η διαφορά ανάμεσα σε ένα στιγματισμένο και ένα μη-στιγματισμένο άνθρωπο είναι θέμα οπτικής, δηλαδή είναι αποτέλεσμα κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που επιδρούν στην διαμόρφωση της άποψης (Goffman, 1963).

Το στίγμα είναι μια περίπλοκη κατάσταση που απαιτεί μια βαθύτερη κατανόηση και μελέτη. Ο Goffman (1986) ορίζει το στίγμα ως μια διαδικασία με την οποία ένα άτομο εσωτερικεύει στιγματογόνα χαρακτηριστικά και αναπτύσσει φόβους και άγχος σχετικά με τη διαφορετική μεταχείριση από τους άλλους. Το δημόσιο στίγμα, που ορίζεται από τον Corrigan (2004), περιλαμβάνει τις αρνητικές πεποιθήσεις του κοινού για συγκεκριμένες ομάδες που συμβάλλουν στη διάκριση εις βάρος τέτοιων ομάδων.

Οι Αρχαίοι Έλληνες επινόησαν τον όρο στίγμα για να αναφερθούν σε σημάδια του σώματος τα οποία αποκάλυπταν κάτι ασυνήθιστο και κακό, αναφορικά με την ηθική υπόσταση του φορέα τους (Goffman, 2009). Τα σημάδια αυτά ήταν ουλές ή εγκαύματα που προκαλούνταν στο σώμα, με σκοπό να κάνουν δημόσια γνωστό ότι ο φορέας τους ήταν δούλος, εγκληματίας ή προδότης, ώστε να

αποθαρρύνεται η συναναστροφή μαζί του. Σήμερα, ο όρος χρησιμοποιείται ευρέως με την αρχική σημασία του, αλλά αφορά περισσότερο στην ίδια την ατίμωση παρά τη σωματική απόδειξή της (Goffman, 2009). Έτσι, τα άτομα τα οποία είναι θύματα του κοινωνικού στίγματος, είναι στόχος αρνητικών στερεότυπων και βιώνουν αρνητικές συμπεριφορές από τον περίγυρό τους όπως λύπηση, θυμό, αγχώδεις αντιδράσεις ή αηδία (Weiner, 1995 & Weiner, 1988). Συνεπώς, στιγματισμένο είναι το άτομο του οποίου η κοινωνική ταυτότητα, ή το κοινωνικό σύνολο που ανήκει, τίθεται υπό πλήρη αμφισβήτηση, υποτιμάται και αλλοτριώνεται.

Σημείο κλειδί για τη μελέτη του στίγματος, των ορισμών του και των εννοιών του από αρκετούς ερευνητές, είναι το έργο του Goffman. Σύμφωνα με αυτόν το στίγμα αποτυπώνεται ως «ένα βαθιά δυσφημιστικό γνώρισμα το οποίο ευθύνεται για το χαρακτηρισμό ενός ολοκληρωμένου ατόμου σε άτομο σπλωμένο και ελλιπές» καθώς και «η σχέση μεταξύ του χαρακτηριστικού και του στερεότυπου» (Goffman, 2009).

Το κοινωνικό στίγμα έχει να κάνει με το χαρακτηριστικό εκείνο του υποκειμένου (φυλετικού ή κοινωνικού) που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό, με αποτέλεσμα την απομόνωση του ατόμου, αφού δε μπορεί να ανταποκριθεί σε κοινωνικούς ρόλους αποδεκτούς και να ανταποκριθεί στα πρότυπα και στις προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου. Οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και οι διακρίσεις έχουν συναφή σχέση με το στίγμα. Οι μηχανισμοί άμυνας οι οποίοι αναπτύσσονται στα στιγματισμένα άτομα καθώς και η μυστικότητα των ατόμων που φέρουν κάποια ψυχική ασθένεια θεωρώντας την ως εξευτελιστική, περιγράφηκε αναλυτικά από τον Goffman (Goffman, 2009).

Το στιγματισμένο άτομο είτε θεωρεί ότι η διαφορετικότητά του είναι ήδη γνωστή ή γίνεται φανερή και νιώθει απαξιωμένο, είτε σκέφτεται πως το στίγμα του δεν είναι αντιληπτό και καταλαμβάνει τη θέση του απαξιώσιμου. Σε κάθε περίπτωση όμως, ο Goffman διατηρεί την έννοια του ενεργητικού υποκειμένου, καθώς το στιγματισμένο άτομο, επιχειρεί να διαχειριστεί προς όφελός του τις απαξιωτικές για αυτό πληροφορίες. Το στιγματισμένο άτομο που είναι στη θέση του απαξιωμένου αντιδρά με τρεις βασικούς τρόπους. Σε μερικές περιπτώσεις κάνει χρήση μιας τεχνικής διαχείρισης του στίγματος που το διαφοροποιεί από άλλα άτομα (π.χ. όταν έχει ένα ιδιαίτερο σωματικό χαρακτηριστικό και καταφεύγει σε μια χειρουργική επέμβαση). Μπορεί να επιδιώξει αποφυγή των αρνητικών συνεπειών της προκατάληψης, μέσω αποφυγής καταστάσεων από όπου είναι αρκετά πιθανό να προκύψουν στερεότυπα, είτε προσπαθώντας να διακριθεί σε κάτι άλλο, καταβάλλοντας πολλή προσωπική προσπάθεια. Υιοθετεί πρακτικές με σκοπό την αποδοχή, σαν να ήταν φυσιολογικός. Ακόμη, είναι δυνατό τα στιγματισμένα άτομα να αποκοπούν από την πραγματικότητα, υιοθετώντας μια ασύμβατη συμπεριφορά. Τα στιγματισμένα άτομα, φοβούμενα τις αντιδράσεις των φυσιολογικών, περιορίζουν τις σχέσεις τους με τους μη στιγματισμένους. Εν συνεχεία, εντάσσονται σε κύκλους που έχουν χαρακτηριστεί όπως οι ίδιοι, συνδέονται με μέλη της έσω-ομάδας τους για νιώθουν αποδεκτοί, όπως κάθε φυσιολογικός άνθρωπος (Goffman, 2009:66-73).

1.3 Είδη στίγματος

Απαντάμε διάφορα είδη στίγματός αλλά έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τρεις βασικούς άξονες. Ο Goffman κάνει αναφορά σε τρεις διαφορετικούς τύπους στίγματος.

- Ο πρώτος αφορά στις διάφορες φυσικές δυσμορφίες.
- Έπειτα υπάρχουν ψεγάδια του προσωπικού χαρακτήρα, που γίνονται αντιληπτά ως μη φυσιολογικά πάθη, άκαμπτες πεποιθήσεις και ανεντιμότητα, συνοδεύονται από ιστορικό νοητικής διαταραχής, σωφρονισμού, έξης, αιθυλισμού, ομοφυλοφιλίας, ανεργίας, αυτοκτονικής τάσης, ριζοσπαστικής πολιτικής συμπεριφοράς.
- Υπάρχουν, τέλος, τα συλλογικά στίγματα της φυλής, του έθνους και της θρησκείας, τα οποία διακονίζονται εξαιτίας της καταγωγής και στιγματίζουν εξίσου όλα τα μέλη μιας οικογένειας (Goffman,2001:66-67).

Κατά περίπτωση, το στίγμα δεν είναι έμφυτο. Ο Goffman προσεγγίζει το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή: η κοινωνία καθορίζει τα μέσα κατάταξης των ατόμων σε αυτές, ορίζοντας άλλα γνωρίσματα ως φυσιολογικά και άλλα ως αφύσικα και απαξιωτικά.

1.3.1 Αυτοστιγματισμός

Στην τροποποιημένη θεωρία ετικετοποίησης (Link, 1987), το κοινωνικό στίγμα συγκεντρώνει αρκετές πιθανότητες να εσωτερικευθεί από το άτομο που θεωρείται ψυχικά πάσχων. Η αντίδραση της κοινωνίας προς τους ψυχικά πάσχοντες με έναν συγκεκριμένο τρόπο, τους οδηγεί σε εσωτερικευση και αίσθημα απόρριψης, ντροπής και αυτοστιγματισμού.

Ο αυτοστιγματισμός αναφέρεται στην υποτίμηση, τη ντροπή και την περιθωριοποίηση των ατόμων με προβληματική συμπεριφορά επηρεάζοντας, έτσι, τον τρόπο αντίληψης του εαυτού τους, την αξιοπρέπειά τους ή την αυτοπεποίθησή τους (Lefley, 1987). Υπάρχουν άτομα που εξαιτίας του στίγματος νιώθουν ντροπή στο ενδεχόμενο να γίνει γνωστό το πρόβλημα τους, με αποτέλεσμα να το κρύβουν, και να μη ζητούν υποστήριξη και κατάλληλη θεραπεία. Συνεπώς, στο άτομο να αναπτύσσονται συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής και οδηγείται στην εσωστρέφεια, με αποτέλεσμα να περιθωριοποιείται και να αποκλείεται κοινωνικά. Σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη και την διεύρυνση του στίγματος έχει η κουλτούρα και τα πολιτισμικά στοιχεία κάθε χώρας. Επί παραδείγματι οι Αφροαμερικανοί είναι λιγότερο πιθανό να ενοχοποιήσουν άτομα με ψυχικές ασθένειες για βιαιοπραγίες και είναι λιγότερο πιθανό να νομίζουν ότι εκείνοι με ψυχικές νόσους οφείλουν να τιμωρούνται για τυχόν βιαιοπραγίες (Anglin et al., 2006). Ο αυτοστιγματισμός στην ψυχική νόσο είναι μια διαδικασία που ο ψυχικά πάσχων εσωτερικεύει τις στερεοτυπικές αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου περί ψυχικής νόσου, δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα και διαφοροποιεί τη στάση του έναντι της κοινωνίας (Livingston & Boyd, 2010). Οι σχιζοφρενείς είναι επιρρεπείς στην υιοθέτηση στερεοτύπων για τον εαυτό τους, δηλαδή αυτό-στιγματίζονται. Όταν το

άτομο εσωτερικεύσει τις αρνητικές αντιλήψεις, μπορεί να απαντήσει συναισθηματικά με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Corrigan & Rao, 2012). Βιώνοντας αυτοστιγματισμό το άτομο νιώθει πως δεν έχει αξία, ντρέπεται και καταλήγει να αποστασιοποιείται, να απομονώνεται και να αποκρύπτει τις εμπειρίες του (Ritsher, Otilingam & Grajales, 2013).

Στις αρνητικές επιπτώσεις του αυτοστιγματισμού είναι η έκπτωση της αυτοαποτελεσματικότητας και της λειτουργικότητας του ατόμου. Επίσης, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με αρνητική στάση έναντι αναζήτησης ψυχιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Ελλείπει κοινωνικής αποδοχής, προκαλείται αποξένωση, κοινωνική απόσυρση και μειωμένη αυτοεκτίμηση, δυσχεραίνοντας έτσι τη θεραπεία και υπονομεύει την ελπίδα για επίτευξη στόχων. Έτσι ο αυτοστιγματισμός εκδηλώνεται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας και εν τέλει μέσω αρνητικών αποτελεσμάτων υγείας και ποιότητα ζωής (Link, Cullen & Struening, 1989).

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το στίγμα, χρειάζεται μια πολυδιάστατη και συλλογική προσπάθεια με σκοπό την αποφυγή απομόνωσης των ψυχικά πασχόντων και την ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Κύριος σκοπός είναι η απαλοιφή των προκαταλήψεων, των στερεοτύπων και η διαφοροποίηση της στάσης της κοινωνίας. Κάποιες ενέργειες είναι η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές για την αιτιολογία, τα συμπτώματα, τις θεραπείες και τα στερεοτυπικές αντιλήψεις που τις συνοδεύουν, η εγρήγορση των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας, η επιμόρφωση των εργαζομένων στα ΜΜΕ και η δημιουργία και εφαρμογή νομοθετικού πλαισίου για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Μαδιανός 2006). Η ενθάρρυνση δείχνει να είναι ένας σωστός τρόπος για να μειωθεί ο αυτοστιγματισμός, να ενθαρρυνθούν τα άτομα, να πιστέψουν ότι υπάρχει η δυνατότητα επίτευξης στόχων και να παρακάμψουν τις αρνητικές επιπτώσεις του αυτοστιγματισμού (Corrigan & Rao, 2012).

1.4 Διαδικασία στιγματισμού

Ο Scheff (1966) στη θεωρία απόδοσης ετικέτας, υποστήριξε ότι ο τρόπος που συμπεριφέρεται το κοινωνικό σύνολο στα άτομα που λογίζονται ως διαφορετικά, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της ετικέτας που τους έχουν αποδοθεί από το κοινωνικό σύνολο κι όχι λόγω της συμπεριφοράς τους. Έτσι η ετικέτα επικάθεται σε όποια συμπεριφορά τους. Επίσης, αναφέρει ότι το στίγμα που υπάρχει στην ψυχική νόσο, οδηγεί σε μια καταρρακωμένη ταυτότητα που σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στην εργασία, στην λειτουργικότητα και στην αυτοεκτίμηση. Οι αρνητικές επιπτώσεις δεν οφείλονται μόνο στην ψυχική νόσο και τη συμπτωματολογία της, αλλά κυρίως από την χωριοθέτηση σε ένα ιδιαίτερα στιγματισμένο ρόλο (Wright, Gronfein & Owens, 2000). Από τη στιγμή που το άτομο έχει χαρακτηριστεί ως «ψυχικά ασθενής», η κοινωνία λειτουργεί σύμφωνα με ένα προσχεδιασμένο στερεότυπο και ο πάσχων ακολουθεί την «καριέρα» της χρόνιας ψυχικής νόσου, για την οποία συγκεντρώνει ελάχιστες πιθανότητες να ξεφύγει (Warner, 2013).

Η ετικετοποίηση, που βιώνει το άτομο διαμέσου του συστήματος ψυχικής υγείας, είναι ότι ξεκινά το ίδιο το άτομο να βλέπει τον εαυτό του κατά τη διάγνωση που του δόθηκε (Ridgway, 2001), γεγονός που συμβάλλει αρνητικά στον αυτοστιγματισμό του. Ο ψυχικά πάσχων αντιμετωπίζει συχνά τα κοινωνικά στερεότυπα, τα οποία υφίστανται και ενθαρρύνονται από το κοινωνικό σύνολο. Η στοχοποίηση και μόνο ενός ατόμου ως ψυχικά πάσχων σε ένα κοινωνικό σύνολο, δημιουργεί άμεση ανάκληση των στερεοτυπικών αντιλήψεων που δημιουργήθηκαν στους ανθρώπους, οι οποίες ενισχύονται και εδραιώνονται με το πέρασ του χρόνου (Dinos S. et al., 2004).

Το στίγμα ως έννοια εμπεριέχει το στοιχείο της ετικετοποίησης και έχει σχέση με την απόρριψη της μη αποδεκτής συμπεριφοράς. Είναι κάτι που ακολουθεί ένα άτομο και υποσκάλπτει ολοκληρωτικά την κοινωνική θέση του, ένα σημάδι ντροπής ή απαξίας. Πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές φαίνονται ξεχωριστά λόγω των συμπτωμάτων τους ή των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν. Κάποιοι που ίσως διακρίνουν τις διαφορές, δεν τις κατανοούν, νιώθουν άβολα και αντιδρούν αρνητικά απέναντι στα άτομα αυτά (Μ.Υ.Π, 2004). Παρά το πλήθος ορισμών που προσπαθούν να εξηγήσουν την έννοια του στίγματος, το αρχικό βήμα προς την κατανόησή του είναι η μελέτη των συστατικών του και κυρίως, η μελέτη της διαδικασίας μέσω της οποίας προκύπτει και υφίσταται.

Ο στερεοτυπισμός, δηλώνει ότι η ετικετοποίηση λαμβάνει χαρακτήρα αρνητικό και ανεπιθύμητο είτε στο μυαλό του κοινωνικού περίγυρου είτε ακόμα και στο μυαλό του ίδιου του ατόμου, όπως για παράδειγμα η συσχέτιση ενός ασθενούς που νοσηλεύεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο με την τάση βίας. Συνέχεια της διαδικασίας του στιγματισμού είναι η διάσταση του διαχωρισμού, σύμφωνα με την οποία οι κοινωνικές ετικέτες παίρνουν το μέγεθος του «εσείς» και «εμείς». Οι συναισθηματικές αντιδράσεις αποτελούν μια διάσταση σημαντική τόσο από την πλευρά αυτού που στιγματίζει όσο και αυτού που στιγματίζεται (Link et al., 2004). Η απώλεια επιπέδου και οι διακρίσεις, όπου με διάφορους τρόπους τα άτομα υποτιμούνται και περιθωριοποιούνται, όταν για παράδειγμα, κάποιος αρνείται να παρέχει εργασία σε άτομο με ψυχική ασθένεια. Σημαντική είναι και η διάσταση της εξάρτησης του στίγματος στη δύναμη, με την έννοια του διαχωρισμού των στιγματισμένων ομάδων από ομάδες με οικονομική, κοινωνική και πολιτική δύναμη.

Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που σχετίζονται με την κατανόηση του στίγματος και αρκετές φορές υιοθετούνται, ακόμη και από τους ψυχικά πάσχοντες, οι οποίοι εν τέλει, ντροπιασμένοι και απομονωμένοι οδηγούνται στο περιθώριο των λίγων, των «μη κανονικών», των στιγματισμένων (Björkman, Svensson, Lundberg, 2007). Συχνά είναι απλουστευμένες, παραπλανητικές και παρερμηνευμένες αντιλήψεις που βρίσκουν έδαφος αποδοχής συλλογικά και οδηγούν σε γενικευμένες απόψεις για άτομα και ομάδες, χωρίς προηγουμένως να υπάρχει κριτική σκέψη (Björkman, Svensson, Lundberg, 2007 ; Biernat & Dovidio, 2000).

Στερεότυπα

Τα στερεότυπα είναι ένα μέσο κατηγοριοποίησης πληροφοριών σχετικών με διάφορες κοινωνικές ομάδες. Θεωρούνται κοινωνικά μορφώματα, καθώς σχετίζονται με απόψεις που διαμορφώνονται μεταξύ των διαφορετικών ανθρώπων ενός κοινωνικού συνόλου. Θεωρούνται εξαιρετικά αποτελεσματικά καθώς μπορούν με εξαιρετική ταχύτητα να διαμορφώσουν εντυπώσεις για άγνωστα πρόσωπα, μόνο με την ένταξή τους σε μία νοητή κατηγορία. Κοινά στερεότυπα σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς περιλαμβάνουν την αυξημένη επικινδυνότητα και βίαιη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών, καθώς και την αδυναμία τους να εργαστούν ή να ζήσουν μόνοι τους.

Προκαταλήψεις

Οι προκαταλήψεις είναι απόψεις που δημιουργούνται εκ των προτέρων από επηρεασμό και χωρίς κρίση επί του θέματος, κρίσεις οι οποίες έχουν συνταχθεί αυθαίρετα, χωρίς επαρκείς αποδείξεις (π.χ. εισακούω την πεποίθηση ότι τα άτομα με κατάθλιψη είναι επικίνδυνα και τα φοβάμαι), οπότε συνήθως είναι εσφαλμένες και μεροληπτικές (Μπαμπινιώτης, 2002). Εκείνοι που θα υποκύψουν στα στερεότυπα θα υιοθετήσουν και τις ανάλογες προκαταλήψεις διαμορφώνοντας και τις αντίστοιχες στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό που διαχωρίζει τα στερεότυπα από τις προκαταλήψεις είναι ο βαθμός της δριμύτητάς τους. Τα στερεότυπα αποτελούν απόψεις, ενώ οι προκαταλήψεις περιλαμβάνουν αξιολογικά στοιχεία καθώς και προσωπικά συναισθήματα απέναντι στα στερεότυπα που έχουμε εγκρίνει. Οι προκαταλήψεις δείχνουν την ετοιμότητα των ανθρώπων να ενεργήσουν θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης. Επίσης, η υιοθέτηση προκαταλήψεων ευνοεί τον ενστερνισμό περαιτέρω στερεοτύπων γύρω από το κεντρικό ζήτημα δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο.

Διακρίσεις

Οι διακρίσεις είναι αντιδράσεις συμπεριφοράς που ακολουθούν τις προκαταλήψεις και οδηγούν με βεβαιότητα σε αρνητικές απόψεις και συμπεριφορές. Η μεροληπτική συμπεριφορά αποτυπώνεται με αποκλεισμό των ατόμων που βιώνουν στίγμα από το κοινωνικό σύνολο, αποφυγή, προσβλητικές εκφράσεις και αποδοκιμαστική συμπεριφορά ή και βιαιοπραγίες. Συχνό παράδειγμα αναίτιας διάκρισης είναι ο δισταγμός των επιχειρήσεων στην πρόσληψη ατόμων με ιστορικό ψυχικών παθήσεων, όχι εξαιτίας των φυσικών ή των πνευματικών τους προσόντων αλλά λόγω των στερεοτυπικών αντιλήψεων που έχουν, με αποτέλεσμα να προκαταβάλλονται και να προβαίνουν σε αναίτιες διακρίσεις. Οι διακρίσεις δυσχεραίνουν τα άτομα με κάποια σημαντική ψυχική νόσο, στην προσπάθεια ανάκτησης της λειτουργικότητάς τους αλλά και της επανένταξής τους ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο. Το στίγμα μπορεί να ξεκινήσει από πολύ λεπτά στάδια, όπως όταν οι άνθρωποι αρχίζουν τις ερωτήσεις σχετικές με αυτό το άτομο, ή όταν σχολιάζουν κάποιον. Στο άλλο άκρο του στίγματος βρίσκονται οι εμφανείς αρνητικές συμπεριφορές που ονομάζονται διακρίσεις (ILEP, 2011).

Η αντίληψη του κοινωνικού συνόλου για τους ψυχικά πάσχοντες, επηρεάζεται από προκαταλήψεις και στερεότυπα με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται και να στιγματίζονται. Οι αντιλήψεις περί στιγματισμού ατόμων με ψυχική διαταραχή, διασχίζουν το σύνολο της δομής της κοινωνίας και αποτυπώνονται στη δομή του συστήματος ψυχικής υγείας, στο νομοθετικό πλαίσιο του κράτους, στις παρεμβάσεις με σκοπό τη θεραπεία και γενικότερα στην καθημερινότητα του ατόμου, με αποτέλεσμα να ενισχύεται ο φαύλος κύκλος του κοινωνικού αποκλεισμού (Γρηγοριάδου, Αμπατζή και Γεωργάκα, 2012).

1.5 Κοινωνικό στίγμα

Το στίγμα στην ψυχική νόσο είναι φαινόμενο παλαιότερων ετών. Από την αρχαιότητα ακόμα σημάδευαν τους δούλους με σκοπό να γίνει γνωστή η υποδεέστερη θέση που κατείχαν στην κοινωνία. Στο Μεσαίωνα οι εγκληματίες στιγματιζόταν με πυρακτωμένο σίδηρο, οι «παρεκκλίνοντες» γενικότερα, σαν σημάδι διαπόμπευσης, με σκοπό να είναι ορατή σε όλους η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά τους. Ιστορικά στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη ότι το στίγμα ακολουθεί την ψυχική νόσο ανά τους αιώνες, ανεξάρτητα από την κουλτούρα, την εθνότητα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Το κοινωνικό στίγμα περιγράφεται σαν μια αρνητική αντίληψη για ένα σύνολο (πχ. επικινδυνότητα, ανικανότητα, αδυναμία χαρακτήρα). Υπάρχουν αντιδράσεις με αρνητικά συναισθήματα (όπως φόβος και θυμός) αλλά και αντιδράσεις που προκύπτουν από την προκατάληψη όπως αποκλεισμός των ατόμων αυτών γενικότερα (“δεν θέλω να έχω καμία ανάμειξη με άτομα άρρωστα”). Ο Thomas Scheff (1974) χαρακτήρισε αυτή την κατάσταση ως «θεωρία της απόδοσης ετικέτας», όπου η συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στη διαφορετικότητα εξαρτάται από την ταμπέλα που έχει δοθεί από το κοινωνικό σύνολο και όχι από τη στάση και τη συμπεριφορά του ατόμου (Scheff, 1974).

Το κοινωνικό στίγμα, όπως αναφέρει ο Goffman, σημαίνει ότι το άτομο έχει απωλέσει την κοινωνική του ταυτότητα, αναφέρεται στην αλληλεπίδραση που έχουν ένα άτομο και ένα ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικού με αποτέλεσμα την διαφοροποίηση του από το κοινωνικό σύνολο (Goffman, 2011). Κάτι τέτοιο οδηγεί σε απώλεια των χαρακτηριστικών του ή της ταυτότητας του. Το σύνολο της κοινωνίας ταυτίζει το άτομο με το (αποδιδόμενο αρνητικό) γνώρισμα του χαρακτήρα του και όχι με την προσωπικότητα του. Είναι μια μη αποδεκτή και συκοφαντική ιδιότητα. Από την στιγμή που θα αποδοθεί σε ένα άτομο (δικαίως ή αδικώς) δεν του δίνει το δικαίωμα της αποδοχής και το οδηγεί στην απόκρυψη κάθε αναφοράς για την αιτία της αρνητικής αντιμετώπισης. Το κοινωνικό στίγμα διαμορφώνει και την εσωτερική ισορροπία του ατόμου που έχει εμφανίσει ψυχικές διαταραχές. Το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική νόσο πλήττει την αυτοεκτίμηση των περισσότερων ανθρώπων που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές (Link & Phelan, 2001).

Η στάση αρνητισμού του κοινωνικού συνόλου προς τους ψυχικά ασθενείς τρέφεται από τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα έναντι της ψυχικής ασθένειας. Αυτές οι πεποιθήσεις γίνονται αντιληπτές από τους ψυχικά ασθενείς και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση και στην επανένταξή τους στην κοινωνία, οδηγώντας τους στον κοινωνικό αποκλεισμό (Πασματζή, 2016). Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις, που προκύπτουν λόγω της διαφορετικότητας των ψυχικά πασχόντων, έχουν ως αποτέλεσμα αρνητικές στάσεις και ενισχύουν καθορισμένες συμπεριφορές απόρριψης. Αν η ταυτότητα του στίγματος γίνει αποδεκτή και ο ασθενής το εσωτερικεύσει, τότε κατευθύνεται στον αυτοστιγματισμό.

1.6 Στίγμα ψυχικής νόσου

«Η ψυχική ασθένεια αποτελεί έδαφος πρόσφορο για τη δημιουργία μιας πλούσιας μυθολογίας, η οποία αλλοιώνει δραματικά το φαινόμενο της τρέλας, περιβάλλοντάς το με πέπλα μυστηρίου ή με απολυτότητες που παγιδεύουν τις πραγματικές του διαστάσεις» (Τσαλίκογλου, 1987). Η μυθολογία αυτή καθιστά τον ψυχικά ασθενή σε ένα εν δυνάμει επικίνδυνο άτομο, που η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από πρωτόγονες και δυσνόητες για την κατανόηση ορμές, απρόβλεπτες και ετεροκαταστροφικές. Όπως αναφέρει η Τσαλίκογλου (1987) το χαρακτηριζόμενο ως ψυχικά πάσχον άτομο, είναι ικανό να κάνει ένα έγκλημα αιφνιδίως, αναίτια, καθοδηγούμενο από τις ορμές μιας ανεξέλεγκτης, μυστήριας δύναμης, της παραφροσύνης, που το εξουσιάζει εξολοκλήρου. Το στερεότυπο του ψυχασθενή που είναι επικίνδυνος, είναι βαθιά ριζωμένο στην κοινή γνώμη, ενισχύεται καθημερινά μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον καθημερινό λόγο. Αυτή η άποψη του ψυχικά πάσχοντος ως επικίνδυνου είναι αποτέλεσμα αντιλήψεων μεσαιωνικών εποχών, τότε που η παραφροσύνη συγγεόταν με το έγκλημα και ο παράφρων λειτουργούσε υπό τις διαταγές αόρατων δαιμονικών επιδράσεων.

Το στίγμα στα μέσα ενημέρωσης είναι ιδιαίτερα επιβλαβές επειδή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και ενίσχυση της στάσης της κοινότητας, δηλαδή στη διάδοση εσφαλμένων πληροφοριών. Επί παραδείγματι, οι κινηματογραφικές αποτυπώσεις της σχιζοφρένειας είναι συχνά υπό τη σκέπη στερεοτυπικών αντιλήψεων και χαρακτηρίζονται από λανθασμένη πληροφόρηση σχετικά με τη συμπτωματολογία, την αιτιολογία και τη θεραπεία. Οι σχιζοφρενικοί χαρακτήρες απεικονίζονται με βίαιη συμπεριφορά και διαπράττουν αυτοκτονικές συμπεριφορές.

Η συναισθηματική ζωή του ατόμου επηρεάζεται όταν στιγματίζεται για την ψυχική του ασθένεια, το στίγμα επηρεάζει τη συμπεριφορά του προς την οικογένεια και εργασιακές του απαιτήσεις μειώνονται καθώς σύμφωνα με τις αντιλήψεις της κοινωνίας είναι δυσλειτουργικός και επικίνδυνος (Pitre et al., 2007).

1.7 Συνέπειες στίγματος

Τα συμπτώματα που προκύπτουν από μια ψυχική ασθένεια ανεξάρτητα από τη διάγνωση της, δείχνει να επηρεάζονται με αρνητικό τρόπο λόγω του επικρατούς στιγματισμού και έχει να κάνει με δεδομένα που έχουν σχέση με την αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή (εύρεση εργασίας, σωματική και ψυχική εκμετάλλευση, εύρεση στέγης, κοινωνικό αποκλεισμό, τριβή στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις), (Μαδιανός, 1997).

Ειδικότερα οι συνέπειες που προκύπτουν λόγω στίγματος, σύμφωνα με τις μελέτες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αλλά και της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργώς- Β' φάση», αφορούν :δυσκολία στην εύρεση στέγης, αφού η άρνηση για μίσθωση κατοικιών σε ψυχικά πάσχοντες από ιδιοκτήτες ακινήτων ή και η παρεμπόδιση ανοικοδόμησης ξενώνων για ψυχικά πάσχοντες σε συνοικίες, έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να διαβιώνουν χωρίς στέγη ή σε περιοχές με άθλιες συνθήκες (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Επίσης, οι συνέπειες έχουν να κάνουν και με τις λιγιστές ευκαιρίες απασχόλησης ακόμα και όταν οι ψυχικά πάσχοντες έχουν την δυνατότητα να απασχοληθούν και να εργαστούν, λόγω της αρνητικής στάσης των επιχειρήσεων να προσφέρουν εργασία (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Σε αναπτυγμένες χώρες οι σοβαρά ψυχικά νοσούντες βιώνουν έναν ιδιαίτερο κοινωνικό αποκλεισμό που οφείλεται, όχι μόνο στα συμπτώματα της ασθένειάς τους, αλλά και στον κοινωνικό στιγματισμό. Ελάχιστες επαφές με φίλους, αποκοπή των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών, «δρυματισμός στην κοινότητα», είναι κάποια από τα στοιχεία που στοιχειοθετούν τον κοινωνικό αποκλεισμό (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Η πιθανή επιθετική, παραβατική, εγκληματική συμπεριφορά που ενδεχομένως να αναπτύξουν οι ψυχικά πάσχοντες, ενισχύεται από τη ζωή στο περιθώριο. Η αποκοπή από κάθε ανθρώπινο και ατομικό δικαίωμα, ο συνεχής στιγματισμός και η διαρκής καχυποψία, π.χ. ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επιρρεπείς στην εγκληματική συμπεριφορά, οδηγεί εκεί που το κοινωνικό σύνολο φοβάται, αφού οι παραβατικές συμπεριφορές είναι συνέπεια του θυμού και της επιθετικής συμπεριφοράς που απορρέει από το στιγματισμό (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Το αρνητικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της νόσου είναι ακόμη μία συνέπεια. Διαφορετικοί ερευνητές υποστηρίζουν πως όταν τα άτομα αποδέχονται τη διάγνωση μιας ψυχικής νόσου, η εκ των έσω πίεση που βιώνουν για αποδοχή του στερεότυπου του ανίκανου, τους κατευθύνει προς έναν μεγαλύτερο κοινωνικό αποκλεισμό και σε ενίσχυση της υποτιθέμενης αναπηρίας τους. Η απογοήτευση, η ματαιώση, η ενοχή και η ντροπή εμφανίζονται και οδηγούν το άτομο στην εσωστρέφεια και στην ανύψωση του βάρους της πάθησής του με λάθος τρόπο. Το περιθώριο, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η κοινωνική απομόνωση είναι αποτέλεσμα των παραπάνω. Επιπλέον, δεν έχει τη δυνατότητα ή νιώθει φόβο για αναζήτηση βοήθειας, όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις προκαταλήψεις (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που λαμβάνει χώρα κατά τα τελευταία έτη στοχεύει στην αποϊδρυματοποίηση των χρονίως ψυχικά νοσούντων και στην κοινωνική τους επανένταξη, βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον υποστηρικτικό ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος, που συχνά αποτελεί το μοναδικό μέσο φροντίδας. Η οικογένεια υπό τον φόβο του κοινωνικού αποκλεισμού αδυνατεί να διεκδικήσει τα αναφαίρετα δικαιώματα του ασθενή τους. Αυτό πιθανόν να είναι και η αιτία που η οικογένεια σταματά να μιλά για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, δεν ψάχνει και δεν διεκδικεί λύσεις, όπως άλλα σύνολα ασθενών (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

1.8 Αντιμετώπιση στίγματος

Πολυποίκιλες είναι οι στρατηγικές που έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να συμβάλουν στην διαφοροποίηση των στρεβλών αντιλήψεων για την ψυχική νόσο, στην αλλαγή και βελτίωση της στάσης έναντι των ψυχικά πασχόντων και στον περιορισμό του στίγματος. Ο Corrigan μέσα από το έργο του προσανατολισμένο στη μελέτη, την κατανόηση, την ανάλυση και την αντιμετώπιση του στίγματος, ισχυρίζεται ότι οι τρεις βασικές στρατηγικές για την έκπτωση των αρνητικών πεποιθήσεων και τη μείωση του κοινωνικού στιγματισμού είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή (Corrigan et. Al, 2001).

Διαμαρτυρία

Διαμαρτυρία απέναντι στην μη στοιχειοθετημένη και εχθρική προβολή της ψυχικής νόσου από τα ΜΜΕ αλλά και στις στερεοτυπικές και αρνητικές κοινωνικές πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια. Η διαμαρτυρία στοχεύει κυρίως προς τα ΜΜΕ, τόσο για τις ανακριβείς και αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής νόσου και ψυχικά νοσούντων, όσο και για τη γλώσσα που κατά κανόνα χρησιμοποιείται, στιγματίζοντας τους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Πρόκειται για τη διαμαρτυρία αυτών που δύναται να ξεχωρίσουν την αλήθεια της ψυχικής νόσου μέσα από τους μύθους και τις προκαταλήψεις. Ταυτόχρονα η διαρκής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ μπορεί να λειτουργήσει καταλυτικά προς την ορθή, ισορροπημένη και «αποδραματοποιημένη» παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας, καθώς και στην αντικειμενική πληροφόρηση της κοινής γνώμης (Γ.Γ.Ε., 2007).

Εκπαίδευση

Επιμόρφωση - εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων, θα παρείχε τις επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες για την ψυχική νόσο και να στοχεύει, τόσο στους ειδικούς, αλλά και στο ευρύ κοινωνικό σύνολο. Σκοπός της η δημιουργία ορθών αντιλήψεων αναφορικά με τη νόσο και τη συμπτωματολογία καθώς και η ορθότερη συμπεριφορά απέναντι στο διαφορετικό. Η εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου, μέσω της παροχής έγκυρης και επιστημονικής ενημέρωσης, είναι βασικός άξονας ώστε να απομειωθούν οι μύθοι και οι αρνητικές πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια.

Επαφή

Επαφή με άτομα με ψυχική διαταραχή που διάγουν μια φυσιολογική ζωή. Άτομα που είναι συνάδελφοι στην εργασία ή γείτονες διαψεύδουν τις λανθασμένες αντιλήψεις περί επικινδυνότητας, ανικανότητας και δυσλειτουργικότητας (Μοσχονάς Δ. 2009). Η επαφή μας με τη ψυχική νόσο μειώνει την τάση μας να υιοθετούμε στερεότυπα και να υποκύπτουμε σε προκαταλήψεις. Όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από τον φορέα της ασθένειας, τόσο πιο διαστρεβλωμένη είναι η εντύπωση που διαμορφώνουμε για εκείνον. Αντιθέτως, αν μειωθεί η απόσταση είμαστε κοντύτερα στο πραγματικό, διευκολύνει την επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας και των ψυχικά πασχόντων (Ritsher, J.,2003 ; Thompson, 2002).

Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (Π.Ψ.Ε.)

- Το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) απαντώντας στην πρόκληση για τον αυτοστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής, ξεκίνησε ένα διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν την σοβαρότερη ψυχική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, με κεντρικό μήνυμα “Open the doors” (Ανοίξτε τις πόρτες), ένα μήνυμα που ενισχύει τη λογική που θέλει τους ασθενείς «εκτός των τειχών» και σηματοδοτεί ένα βήμα προς την κοινωνία, αλλά και από την κοινωνία προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το κεντρικό μήνυμα αποτελεί ένα μήνυμα με διαπολιτισμική αξία, αφού η «εικόνα» της πόρτας είναι ένας πανανθρώπινος συμβολισμός για την πρόσβαση και την αποδοχή. Το πρόγραμμα είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των προγραμμάτων κατά του στίγματος που λαμβάνουν χώρα όλο και πιο συχνά σε παγκόσμιο επίπεδο (Rosen et al., 2000), με βασικούς στόχους:
- Την ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της κοινής γνώμης.
- Τη βελτίωση των αντιλήψεων του κοινού.
- Το σχεδιασμό δράσεων για την απομείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ,2003).

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε πιλοτικά στην Αυστρία, την Ισπανία και τον Καναδά ενώ στην επόμενη φάση εντάχθηκε και η Ελλάδα. Σε κάθε περίπτωση το πρόγραμμα αναλαμβάνεται από κάποιον εθνικό φορέα και κάποιον αντίστοιχα επιστημονικά υπεύθυνο και προσαρμόζεται στα δεδομένα της κάθε χώρας. Παρά τις ειδικές στρατηγικές και τις εν γένει προσπάθειες που μέχρι τώρα έχουν καταβληθεί, το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Είναι εντυπωσιακό ότι, στο σύγχρονο κόσμο της άνθησης των ανθρωπιστικών κινημάτων, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό και επικρατούν ακόμα η άγνοια και η απαξίωση για τον ψυχικά πάσχοντα. Γι' αυτό το λόγο, η καταπολέμηση του στίγματος αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας

παράμετρο για τη σύγχρονη, ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, ενώ συγχρόνως αποτελεί και παγκόσμιο ζητούμενο.

Κεφάλαιο 2: Ψυχική νόσος

2.1 Ιστορική αναδρομή στην έννοια της ψυχικής νόσου

Η ανθρώπινη συμπεριφορά ήταν και είναι, ένα από τα σημαντικότερα θέματα που προσπαθεί να κατανοήσει ο άνθρωπος. Από τα αρχαία χρόνια, γίνεται αναφορά στην «ψυχή», η οποία ανάλογα με θρησκευτικές, πολιτισμικές ή και πολιτικές συνθήκες είχε ξεχωριστή διάσταση. Ο Όμηρος αναφέρει στα έπη του ότι τα ψυχικά φαινόμενα είναι αποτέλεσμα «θυμού» (αποτέλεσμα συναισθημάτων) ο οποίος εδρεύει στην καρδιά και το διάφραγμα και απλώνεται σε όλο το σώμα (Αγγελόπουλος Ν., 2009). Αξίζει να σημειωθεί ότι στα ομηρικά έπη δεν συναντούμε την λέξη «ψυχή» αλλά εμφανίζεται με τη λέξη «νους». Στην αρχαιότητα επικρατούσε η άποψη ότι μια «ταλαιπωρημένη» ψυχή, ήταν μια μορφή τιμωρίας από τους θεούς. Πίστευαν ότι τα ψυχικά νοσήματα πηγάζουν από κατάληψη πνευμάτων ή δαιμόνων τα οποία αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα και στέλνονταν στο άτομο που περιφρονούσε τους θεούς. Του ασθενή του συμπεριφερόταν σαν ιερό αντικείμενο και η πρότυπη θεραπεία αποτελούνταν από εξορκισμό και μαγικό-θρησκευτικές τελετουργίες. Αρκετά χρόνια αργότερα ο Πλάτωνας αναφέρεται στην «ψυχή» πως αποτελεί «κέντρο, πηγή και αιτία της ζωής» ενώ ο Αριστοτέλης, στο έργο του «Περί ψυχής», διευκρινίζει ότι η ψυχή δεν αποτελεί ένα ή περισσότερα σωματικά τμήματα. Δεν υφίσταται χωρίς το σώμα αλλά δεν αποτελεί και σώμα. Ο Ιπποκράτης κάνει λόγο για «ερή νόσο» (επιληψία) και αναφέρει ως σημείο της νόησης και των αισθήσεων, τον εγκέφαλο και όχι την καρδιά, ενώ οι ψυχικές ασθένειες δεν προκύπτουν από διαταραχές της καρδιάς.

Τον 19ο και 20ο αιώνα η ψυχική ασθένεια βρέθηκε στο επίκεντρο. Για πρώτη φορά το 1808 ο Γερμανός νευρολόγος Johann Christian Reil κάνει διαχωρισμό της ψυχιατρικής από τις υπόλοιπες ειδικότητες. Επιστήμονες όπως ο Sigmund Freud, ο Jung, η Melanie Klein, ο Winnicott, ο Moreno αλλά και ο Erikson επιχείρησαν να προσεγγίσουν, να επεξηγήσουν αλλά και να ιάσουν την ψυχή και το έργο τους να μείνει βασικό εργαλείο ως σήμερα. Στα μισά του 20ου αιώνα, εισάγεται η θεραπεία με φάρμακα η οποία ήταν επαναστατική στην ψυχιατρική κοινότητα και θεωρήθηκε σημαντική βοήθεια προς τη βέλτιστη αποκατάσταση του ασθενούς (Μάνος Ν., 2008).

Στην Ελλάδα, η τάση για ιδρυματοποίηση του ψυχικά πάσχοντος, επικράτησε τον 19ο αιώνα και σε αρκετές περιπτώσεις υφίσταται μέχρι τις μέρες μας. Δυστυχώς, μόλις το 1980 η ψυχιατρική διαχωρίζεται από τη νευρολογία και αποτέλεσε ανεξάρτητη ειδικότητα, την ώρα που η Ευρώπη είχε επιτύχει μεγάλη πρόοδο. Η ψυχική ασθένεια είναι ένα από τα μεγαλύτερα στερεότυπα, τόσο για τον πάσχοντα από αυτήν όσο και για την οικογένειά του. Σε αυτό μπορεί να οφείλεται και το ότι η

Ελλάδα άργησε να “αποδεχτεί και να ανοιχτεί στην ψυχιατρική περίθαλψη”(Μάνος Ν., 2008). Τα τελευταία χρόνια μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, φορείς, δομές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας ενισχύουν την αποστιγματισμό σε μια διαδικασία ένταξης των ατόμων στην αγορά εργασίας, σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής χωρίς διακρίσεις.

2.2 Ορισμός της υγείας

«[υγεία] είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα είναι σε θέση, αφενός, να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες και από την άλλη, να αντιμετωπίσει το διαπροσωπικό, κοινωνικό, βιολογικό και φυσικό περιβάλλον. Επομένως, η υγεία είναι ένας πόρος για την καθημερινή ζωή, όχι ο στόχος της ζωής. Είναι μια θετική έννοια που περιλαμβάνει κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους καθώς και σωματικές και ψυχολογικές ικανότητες» (Starfield B., 2001).

Η υγεία δεν είναι αντίθετη της ασθένειας, καθώς συμπεριλαμβάνονται έννοιες, όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής. Προκειμένου να προσδιοριστεί η υγεία είναι άκρως σημαντικό να κατανοήσουμε την αλληλεξάρτηση μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικό-οικονομικών στοιχείων που δρουν κάθε στιγμή και βρίσκονται σε διαρκή «αλληλεπίδραση». Είναι γνωστό ακόμα ότι ο μεγάλος αριθμός στοιχείων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός συνόλου σχετίζονται με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Η υγεία δεν αποτελεί ατομικό ζήτημα, αλλά και πολιτισμικό ζητούμενο (Καραδήμας Ε., 2005). Βάσει των ανωτέρω, η υγεία έχει να κάνει με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως προσδιορίζεται από το άτομο σύμφωνα με τις ιδέες, τις πολιτισμικές διαφορές, το επίπεδο εκπαίδευσης, τις ικανότητες και τα όρια του, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις κοινωνικές αξίες (Καραδήμας Ε., 2005). Η έννοια «υγείας» δύναται να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να θεωρηθεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός). Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις αποτελούν συνολική εικόνα του φαινομένου που το συνδέουν όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες, αλλά και με τους δεσμούς που δημιουργούνται ανάμεσά τους (Θεοφίλου, 2015).

2.3 Ορισμός της ψυχικής υγείας-ασθένειας

Η ψυχική υγεία, κατά τον ΠΟΥ, δεν προϋποθέτει μόνο απουσία ψυχικής διαταραχής αλλά ορίζεται ως κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, ώστε το άτομο να είναι ικανό να ζει και να εργάζεται άνετα μέσα στην κοινότητα και να λαμβάνει ικανοποίηση από τα προσωπικά του κατορθώματα. Είναι η νοητική, η συμπεριφορική/κοινωνική, η συναισθηματική και η πνευματική ευημερία του ατόμου. Είναι η εξεύρεση της ισορροπίας όλων των τμημάτων της ζωής και του ανθρώπινου βίου (WHO, 2004). Ωστόσο, αν και αυτή η τοποθέτηση αντικατοπτρίζει σημαντική πρόοδο σχετικά με την

απομάκρυνση από την αντίληψη της ψυχικής υγείας ως απουσίας ψυχικής νόσου, διεγείρει πολλούς προβληματισμούς και μπορεί να προκαλέσει αρκετές παρεξηγήσεις, όταν εντοπίζει θετικά συναισθήματα και θετική λειτουργία ως κύριους άξονες για την ψυχική υγεία. Σχετικά με την ευημερία ως βασικό άξονα της ψυχικής υγείας, είναι δύσκολο να συμβιβαστεί με την πληθώρα προκλητικών καταστάσεων ζωής στις οποίες η ευημερία ίσως να είναι και μη υγιής (Galderisi et al, 2015).

Η Εθνική Συμμαχία για την Ψυχική Ασθένεια ορίζει την κρίση ψυχικής υγείας ως «κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου το θέτει σε κίνδυνο ώστε να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και/ή το εμποδίζει να φροντίσει τον εαυτό του ή να λειτουργήσει αποτελεσματικά» (Hogan, & Goldman, 2021). Οι συνέπειες είναι βαθιές, στενοχώρια για τους ανθρώπους σε κρίση και τις οικογένειές τους. Υπερβολική εξάρτηση από τα τμήματα επιβολής του νόμου και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, τα οποία δεν είναι κατάλληλα και επιβαρύνονται από το πρόβλημα, υψηλά και αυξανόμενα ποσοστά αυτοκτονιών, δαπανηρά υπερβολική χρήση της σπάνιας ψυχιατρικής νοσηλείας και σπάνιες αλλά τραγικές πράξεις βίας ειδικά σε άτομα που βρίσκονται σε ψυχιατρική δυσφορία (Balfour, Carson, & Williamson, 2017). Τα τελικά αποτελέσματα αυτών των δυσπροσαρμοστικών προτύπων φροντίδας είναι ο θάνατος, η παραμέληση και το υψηλό προσωπικό και κοινωνικό κόστος. Πράγματι, η ανησυχία για αυτά τα προβλήματα αυξάνεται ακριβώς γιατί δεν επιδεικνύονται πιθανές λύσεις. Τα προβλήματα της αυτοκτονίας, η «ποινικοποίηση» των ατόμων με ψυχικές ασθένειες και οι συνέπειες της φαινομενικά τυχαίας βίας και των αστυνομικών πυροβολισμών που αφορούν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν γίνει ευρέως αναγνωρισμένα συμπτώματα μιας εθνικής αποτυχίας να αντιμετωπίσουν προληπτικά την ψυχική ασθένεια.

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας επικρατεί στον κλάδο της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της νομικής και άλλων επιστημών και είναι βασικό να καταλάβουμε πώς ορίζεται. Σύμφωνα με τον Goffman (1963) η ψυχική ασθένεια αποκτά βαρύτητα τόσο ιδιαίτερη που γίνεται αιτία ο πάσχων να χάσει τα πλεονεκτήματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπειά του, με την ταυτότητά του να ακρωτηριάζεται και την "ταμπέλα" της ψυχικής ασθένειας να αποτελεί τον ορισμό του.

2.4 Ψυχικές διαταραχές

2.4.1.Ορισμός ψυχικής νόσου και ψυχικών διαταραχών

Οι ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν σημαντική επιβάρυνση παγκοσμίως. Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι περισσότεροι από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως, με τα άτομα αυτά να αντιπροσωπεύουν το 7% του συνόλου της παγκόσμιας επιβάρυνσης της νόσου που μετριέται στο έτος ζωής προσαρμοσμένο στην αναπηρία (DALY) και το 19% σε σχέση με όλα τα χρόνια που έζησαν με αναπηρία (Rehm&Shield, 2019). Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που

συμβάλλουν στο μεγάλο έλλειμμα θεραπείας για ψυχικές ασθένειες, με το στίγμα να αναγνωρίζεται ως βασικός λόγος. Το στίγμα επηρεάζει τις προθέσεις και τις συμπεριφορές ενός ατόμου για αναζήτηση βοήθειας, σε τέτοιο βαθμό που ένα άτομο που χρειάζεται θεραπεία μπορεί να αποθαρρύνεται να το κάνει λόγω της πρόβλεψης πιθανής διάκρισης (Schomerus&Angermeyer, 2008). Επιπλέον, το κενό στη θεραπεία για ψυχικές διαταραχές είναι μεγάλο. Ένας παράγοντας που συμβάλει σε αυτό το κενό θεραπείας είναι το αντιληπτό στίγμα για την ψυχική ασθένεια. Εκτός από το ότι εμποδίζει τις προθέσεις του ατόμου για αναζήτηση υποστήριξης, το στίγμα βλάπτει επίσης τα άτομα με ψυχικές ασθένειες σε άλλους τομείς της ζωής τους. Μελέτες έχουν βρει ότι το στίγμα μπορεί να εκδηλωθεί διαφορετικά σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (Tan et al., 2020).

Ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που γίνεται χρήση του για να αποτυπώσει ένα σύνολο διαταραχών που δημιουργούν προβλήματα σκέψης, συναισθημάτων και συμπεριφοράς του ατόμου αλλά και στην επικοινωνία του με άλλα άτομα. Η ψυχική νόσος και ειδικότερα η σχιζοφρένεια πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνώνυμο με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανίατο. Σταδιακά τα πράγματα διαφοροποιήθηκαν εξαιτίας της ανάπτυξης και της προόδου της ψυχοφαρμακολογίας, παράλληλα με τη χρήση αρκετών και διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δημιουργία σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα (Y.Y.K.A, M.Y.Π,2004).

Η ψυχική διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί στον καθένα σε οποιαδήποτε ηλικία. Χαρακτηρίζεται από διαφορετική συμπτωματολογία, που δύναται να είναι και αποτελέσματα μιας σωματικής ασθένειας (Μαδιανός, 2005). Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές περικλείουν στο εύρος τους τη συναισθηματική και ψυχική ανεπάρκεια, την μη αποδεκτή συμπεριφορά, την έκπτωση γνωστικών ικανοτήτων, την απώλεια συνείδησης, μερική ή ολική, καθώς και παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Η παρουσία των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει αιφνίδια ή μπορεί τα συμπτώματα να γίνουν εντονότερα μετά το πέρας μιας φυσιολογικής ζωής (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004). Η ψυχική ασθένεια μπορεί να προσβάλει ανθρώπους διαφορετικού ηλικιακού εύρους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Υπολογίζεται ότι περίπου 450.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, 24.000.000 άνθρωποι από σχιζοφρένεια και 121.000.000 από κατάθλιψη.

2.4.2 Είδη ψυχικών διαταραχών

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια σημαντική, δια βίου ψυχική νόσος που επηρεάζει περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού (Saha et al., 2005). Χαρακτηρίζεται από πολλαπλά ψυχιατρικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη ομιλία, αποδιοργανωμένη ή κατατονία και αρνητικά συμπτώματα. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν γνωστικά συμπτώματα, όπως δυσκολία στην προσοχή, στη μνήμη εργασίας και στην εκτελεστική λειτουργία. Αν και δεν έχει ανακαλυφθεί η

ακριβής αιτιολογία της σχιζοφρένειας, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου (Girdler, et al., 2019). Κατά τον Π.Ο.Υ. (1992) η σχιζοφρένεια τοποθετείται στην 4η θέση αιτιών αναπηρίας και πρώιμης θνητότητας παγκοσμίως. Οι διαταραχές στην ανάλυση πληροφοριών υφίστανται κατά τη γέννηση, εμποδίζοντας τη μάθηση, την εργασιακή επίδοση και την κοινωνική προσαρμογή, αρκετά πριν παρουσιαστούν τα συμπτώματα της νόσου (Stilo & Murray, 2022).

Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή είναι μια εξουθενωτική ψυχιατρική διαταραχή διάθεσης και απαντάται κατά την εφηβική περίοδο αλλά και νωρίτερα, στο τέλος παιδικής ηλικίας. Η νόσος χαρακτηρίζεται από γεγονότα μανίας και κατάθλιψης, υποτροπές ή σοβαρή ψυχοκοινωνική βλάβη. Αυτή η αλλαγή ανάμεσα στα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης οδηγούν το άτομο σε έντονη αλλαγή της ισορροπίας του, οι γνωστικές του ικανότητες αποδιοργανώνονται, η σωματική του δραστηριότητα ταλανίζεται και η συμπεριφορά του διαφέρει με την παρελθοντική (Miklowitz, & Johnson, 2008). Η διάγνωση της νόσου γίνεται με δυσκολία και οφείλεται στο ότι κατά την παρουσία της λαμβάνει χώρα ένα καταθλιπτικό γεγονός με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως μονοπολική κατάθλιψη. Για αυτό τον λόγο η λεπτομερής αξιολόγηση των επεισοδίων κρίνεται απαραίτητη για τη διαφοροδιάγνωση της διπολικής διαταραχής από άλλες (Phillips, & Kupfer, 2013).

Καταθλιπτικό επεισόδιο

Με την ψυχιατρική έννοια, αυτό που ονομάζουμε κατάθλιψη εμπεριέχει αρκετές διαφορετικές διαγνώσεις, όμως η βασικότερη όλων είναι η διάγνωση «μείζων καταθλιπτική διαταραχή». Η διαταραχή αυτή συχνά είναι επεισοδιακή, δηλαδή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα χρονικά διαστήματα όπου εμφανίζονται τα συμπτώματα της κατάθλιψης ενώ πριν και μετά απ' αυτήν την περίοδο για μήνες ή και έτη αυτά τα συμπτώματα είναι απόντα. Αυτό σημαίνει ότι στην κανονική τους μορφή τα επεισόδια της κατάθλιψης τείνουν να αυτοθεραπεύονται σε διάστημα 6-9 μηνών. Πρακτικά υπάρχει κατάθλιψη που κρατά χρόνια ή και σε όλη την ενήλικη ζωή του ατόμου με αποτέλεσμα να μη λαμβάνεται ως επεισόδιο. Ακόμη και σ' αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε για «χρόνιο καταθλιπτικό επεισόδιο». Για να διαγνωστεί η ύπαρξη καταθλιπτικού επεισοδίου, τα προαπαιτούμενα κριτήρια είναι να υφίστανται κατ' ελάχιστον πέντε συμπτώματα, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων καθημερινά. Πρέπει οπωσδήποτε το ένα τουλάχιστον εκ των υποκειμενικών συμπτωμάτων ή τα αντικειμενικά παρατηρούμενα σημεία να είναι ένα εκ των δύο πρώτων. Διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής υφίσταται όταν υπάρχει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στο ιστορικό του πάσχοντος (Γιαννακόπουλος Β., 2017).

Μείζων κατάθλιψη: είναι ο τύπος της κατάθλιψης που χαρακτηρίζεται από έντονο και βαθύ καταθλιπτικό συναίσθημα. Μπορεί να παρουσιαστεί ως καταθλιπτικό επεισόδιο στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής, που παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη, ή στο πλαίσιο της μονοπολικής

συναισθηματικής διαταραχής. Η κατάθλιψη που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της μονοπολικής διαταραχής διαφέρει από αυτή που συμβαίνει στο πλαίσιο της διπολικής ως προς την πορεία στο χρόνο, καθώς στη μονοπολική υπάρχει στερεότυπη επανάληψη της καταθλιπτικής φάσης, ενώ στη διπολική υπάρχει εναλλαγή φάσεων κατάθλιψης και μανίας. Και στις δύο περιπτώσεις τα κλινικά χαρακτηριστικά είναι τα κλασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης.

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια σημαντική ψυχική διαταραχή εξαιτίας του επιπολασμού της και της σχετικής αναπηρίας της και επειδή αποτελεί βασικό παράδειγμα ενός συνόλου καταστάσεων γνωστών ως ιδεοψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές. Η ΙΨΔ χαρακτηρίζεται από εμμονές και καταναγκασμούς. Οι ιδεοληψίες είναι συνεχείς και εμμένουσες σκέψεις, εικόνες, παρορμήσεις ή παρορμήσεις που είναι παρεμβατικές και μη επιθυμητές και συνδέονται συνήθως με το άγχος. Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις που το άτομο αισθάνεται ότι ωθείται να εκτελέσει ως απάντηση σε μια εμμονή σύμφωνα με άκαμπτους κανόνες ή για να επιτύχει μια αίσθηση «πληρότητας». Τα παιδιά μπορεί να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ή να περιγράψουν τις εμμονές, αλλά η πλειοψηφία των ενηλίκων είναι ικανοί να αναγνωρίσουν την παρουσία τόσο των ιδεών όσο και των καταναγκασμών. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεωρίες έχουν από καιρό τονίσει ότι οι εμμονές οδηγούν σε διεύρυνση του άγχους ή της αίσθησης δυσφορίας και ότι οι καταναγκασμοί υφίστανται ως απάντηση στις εμμονές. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς με ΙΨΔ αναγνωρίζουν ότι τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματά τους είναι υπερβολικά και επιθυμούν να έχουν μεγαλύτερο έλεγχο πάνω τους (Robbins, 2019).

Άνοια

Η άνοια είναι ένα προοδευτικά εξελισσόμενο κλινικό σύνδρομο με κύριο χαρακτηριστικό την ευρεία έκπτωση της νοητικής ικανότητας. Αν και πολλοί ασθενείς με άνοια διατηρούν θετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και προσωπικές ιδιότητες, καθώς η κατάστασή τους εξελίσσεται, μπορεί να εμφανίσουν μερική ή ολόκληρη απώλεια μνήμης, γλωσσική εξασθένηση, αποπροσανατολισμό, αλλαγές στην προσωπικότητα, δυσκολίες με τις καθημερινές δραστηριότητες ζωής, παραμέληση προσωπικής υγιεινής, ψυχιατρικά συμπτώματα. Για παράδειγμα, απάθεια, κατάθλιψη ή ψύχωση και συμπεριφορά εκτός χαρακτήρα (Weiner, 2009). Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από νευροεκφυλισμό (νόσος Alzheimer, αγγειακή άνοια, το σωματίο Lewy και η μετωποκροταφική άνοια είναι οι πιο συχνές υποκείμενες παθολογίες) και χαρακτηρίζονται από αναπόφευκτα προοδευτική επιδείνωση της γνωστικής ικανότητας και της ικανότητας για ανεξάρτητη ζωή. Αποτελεί προτεραιότητα στην υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη για πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος. Η γήρανση του πληθυσμού έχει βαθύ αντίκτυπο στην εμφάνιση της επιδημίας της άνοιας και οδηγεί τις κυβερνητικές αντιδράσεις. Αν και οι περιπτώσεις νεαρής ηλικίας αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο, η άνοια είναι συνήθως μια

κατάσταση που επηρεάζει ηλικιωμένους, μεταξύ των οποίων συμβάλλει κυρίως στην αναπηρία και την εξάρτηση (Sousa, 2009-2010).

2.4.3 Διάγνωση και αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών

Η διάγνωση πραγματοποιείται με το σύστημα κατάταξης Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) και στο International Classification of Diseases (ICD). Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου έχουν περάσει από αρκετά στάδια που δείχνουν την πολυπλοκότητά της και την διαδικασία επεξήγησης των συμπτωμάτων, λόγω του ότι η άμεση διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση και θεραπεία της νόσου. Η κλιμακούμενη πορεία της νόσου, η δυσλειτουργία των ασθενών στον εργασιακό και κοινωνικό τομέα αλλά και οι αρκετές υποτροπές οδηγούν σε διάγνωση της νόσου (Tandom, 2009). Βασικά σημεία της κλινικής εικόνας που εμφανίζει ένας ασθενής με χρόνια ψυχωτική συνδρομή είναι η αποδιοργάνωση γνωστικά και συναισθηματικά, η οποία αρκετές φορές εκδηλώνεται σε σημείο, ώστε η συμπεριφορά του πάσχοντος να εμφανίζει μεγάλη απόσταση από αυτό που χαρακτηρίζουμε ως «φυσιολογική» συμπεριφορά. Συνεπώς, η χρόνια ψυχωτική συνδρομή παρουσιάζει στοιχεία έλλειψης επαφής με την πραγματικότητα (ψύχωση), ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, παράλογες σκέψεις, απουσία λειτουργικότητας στο εργασιακό περιβάλλον και στην κοινωνία, αποτελώντας ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο (AmericanPsychiatricAssociation, 2000; Widiger & Samuel, 2005).

Η ψυχική και η σωματική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες καθώς «νοῦς ὑγίης ἐν σώματι ὑγιεῖ». Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού δύναται να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές, καταστάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας. Έχει υπολογιστεί ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες Ευρωπαίους βιώνει μια μορφή ψυχικής νόσου ανά έτος (Παπαδημητρίου, 2008). Η αιτία των ψυχικών διαταραχών είναι βιολογικοί (λ.χ. κληρονομικότητα) κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Όταν αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου ώστε σήμερα να συζητάμε για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης. Διαφορετικοί παράγοντες συμμετέχουν στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής όπως τα γενετικά χαρακτηριστικά, η βιοχημεία του εγκεφάλου, οι συνθήκες και τα συμβάντα της ζωής, οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Ανεξαρτήτως αιτίας, τα άτομα με ψυχική νόσο υποφέρουν, νιώθουν αβοήθητα και δυσκολεύονται να ζήσουν με επιθυμητό τρόπο. Τέλος, η καλύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων περιμένουμε ότι θα συμβάλλει στην πιο ασφαλή διάγνωση των ατόμων υψηλού κινδύνου και στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και θεραπεία των μείζονων ψυχικών διαταραχών συμβάλλοντας τόσο στην αύξηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ψυχιατρικής γενετικής και συμβουλευτικής για τον οικογενειακό προγραμματισμό των ίδιων των ασθενών και του περιβάλλοντός τους όσο και στην

απαλοιφή του στίγματος που, όπως προκύπτει και από τα αποτελέσματα του δεύτερου κεφαλαίου, ακολουθεί ακόμη και σήμερα την εκδήλωση της ψυχικής νόσου (Παπαδημητρίου, 2011).

2.5 Αντιμετώπιση και θεραπεία

Σε ό, τι αφορά στα Ελληνικά δεδομένα, εξέχουσες δράσεις έχουν συμβεί τα τελευταία έτη, στο πλαίσιο του προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, για την ικανοποίηση των κοινωνικών, ιατρικών, ψυχολογικών και υλικών αναγκών των ψυχικά ασθενών. Ενώ υπήρξαν δυστοκίες που χαρακτήρισαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, (Μπαϊρακτάρης, 1994) η συγκεκριμένη δράση ήταν αρωγός στην καλύτερη και ολιστική ικανοποίηση των αναγκών των ψυχικά πασχόντων στη χώρα μας. Συνέβαλε, σε σημαντικό βαθμό για βέλτιστη ποιότητας ζωής και διασφάλισης των νόμιμων δικαιωμάτων τους.

Αξιοσημείωτο είναι, πως η αποϊδρυματοποίηση των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα είναι αδιαπραγμάτευτη, στοχεύοντας να λειτουργήσει αποτελεσματικά, ένα σύνολο από «δικλείδες ασφαλείας», ώστε να εξασφαλιστεί η ψυχολογική ευημερία των συγκεκριμένων ασθενών. Δεν επαρκεί, μια απλή μεταφορά ενός ασθενούς με ψυχωτικά συμπτώματα από μια νοσοκομειακή κλινική σε ένα σπίτι ή σε έναν ξενώνα. Εν αντιθέσει, πρέπει ταυτόχρονα να εξασφαλιστεί πως ο ασθενής που θα διαβιώνει εκτός ιδρύματος, θα είναι ικανός να απολαύσει μια ποιότητα ζωής, στο βαθμό που του επιτρέπει η ύπαρξη μιας σοβαρής ψυχιατρικής νόσου (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Η θεραπεία της χρόνιας ψυχωτικής συνδρομής αντιμετωπίζεται με μια σειρά παρεμβάσεων, όπως: (Remschmidt, Schulz, & Martin, 1994):

- με αντιψυχωτικά φάρμακα διότι αυτά απομειώνουν ή εξαλείφουν εντελώς τις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες. Άξιο αναφοράς είναι ότι αρκετά από τα φάρμακα αυτά παρουσιάζουν ισχυρές παρενέργειες, κυριότερες από τις οποίες είναι η καταστολή, ο μυϊκός τρόμος, η όψιμη δυσκινησία και άλλα.
- αγωγή αποκατάστασης και κοινωνικής υποστήριξης: η αγωγή έχει ως στόχο την υιοθέτηση τρόπων επιβίωσης στο κοινωνικό σύνολο.
- ψυχοθεραπεία: χρησιμεύει στην διατήρηση καλών κοινωνικών σχέσεων του ασθενή.
- και επανένταξη διαμέσου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

2.6 Πρόληψη ψυχικών διαταραχών

Η πρόληψη είναι μια σημαντική έννοια σχετική με τον άνθρωπο και την ψυχική υγεία συγκεκριμένα. Πρόληψη σημαίνει το να προλαβαίνει κανείς κάτι από πριν. Να λαμβάνει μέτρα ώστε να γίνει ή να αποφευχθεί κάτι. Στην ψυχική υγεία πρόληψη είναι το να λαμβάνει κανείς μέτρα ώστε να

αποφευχθούν πιθανές ψυχοπαθολογίες. Η ιδέα της πρόληψης δεν είναι καινούργια. Παρουσιάστηκε στον κόσμο εδώ και έναν αιώνα. Μέχρι το 1996 περίπου 1.200 παρεμβάσεις πρόληψης είχαν λάβει χώρα (αυτές στόχευαν κυρίως παιδιά και εφήβους) (Durlak & Wells, 1998). Η εφαρμογή της είναι κάτι δύσκολο (Durlak & Wells, 1997). Άλλωστε είναι εξαιρετικά δύσκολο να μετρηθούν οι επιπτώσεις της στρατηγικής πρόληψης. Για παράδειγμα είναι δύσκολο να αποδειχθεί ότι δεν έχει εμφανιστεί κάποιο είδος ψυχοπαθολογίας. Η ψυχοπαθολογία άλλωστε είναι κάτι τόσο πολύπλοκο που δεν είναι γνωστοί απόλυτα οι αιτιολογικοί παράγοντες ώστε να δημιουργηθούν τα κατάλληλα προγράμματα πρόληψης. Συνήθως για αυτό το λόγο οι παρεμβάσεις πρόληψης έχουν κάποιους στόχους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους που θεωρούνται εξαρχής εφικτοί στο να γίνουν. Μπορεί μια στρατηγική πρόληψης να ζητά τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που υπάρχουν στο πλαίσιο ή να ζητά να ενισχύσει τους προστατευτικούς παράγοντες ενός πλαισίου. Δηλαδή μπορεί να ζητά να ενισχύσει την ίδια την ευεξία και τις ικανότητες προσαρμογής του ατόμου. Οι παρεμβάσεις πρόληψης χωρίζονται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς. Οι πρωτογενείς στοχεύουν στον πληθυσμό που δεν έχει εμφανίσει ακόμα κάποιο ζήτημα. Οι δευτερογενείς στοχεύουν σε άτομα με υποκλινικά συμπτώματα ενώ οι τριτογενείς σε άτομα με εμφανή συμπτώματα. Έχουν ως στόχο τη μείωση της έντασης και τη διάρκεια κάποιας παρούσας διαταραχής (Durlak & Wells, 1998). Η τριτογενής ουσιαστικά δεν είναι πρόληψη αλλά θεραπεία. Έτσι οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης χωρίζονται σε παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε άτομα ή παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε ομάδες στην κοινότητα (Durlak & Wells, 1997). Οι πρώτες επικεντρώνονται στο άτομο και καλλιεργούν τεχνικές στο άτομο για την καλύτερη προσαρμογή του στο περιβάλλον. Δεν κοιτούν την αλλαγή του ευρύτερου πλαισίου. Οι δεύτερες κοιτούν να προάγουν μεταβολές στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Ωστόσο οι κατηγορίες δεν αλληλεπιδρούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους. Μπορούν να αλληλοσυμπληρωθούν. Σε μια μετα-ανάλυση των Durlak και Wells (1997) φάνηκε ότι τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης έχουν σε γενική βάση θετικά αποτελέσματα. Μειώθηκαν αισθητά τα προβλήματα και αυξήθηκαν οι ικανότητες των συμμετεχόντων πχ. αυξήθηκε η ακαδημαϊκή τους επιτυχία. Ανεξαρτήτως της κατηγορίας παρέμβασης όλες είχαν κοινά αποτελέσματα. Όμως το είδος μετρά δηλαδή αν γίνει γνωστική ή ψυχαναλυτική θεραπεία παίζει ρόλο στα αποτελέσματα της παρέμβασης. Η γνωστική θεραπεία σε κάποιες περιπτώσεις φαίνεται πολύ αποτελεσματική ενώ σε άλλες όχι. Το ζήτημα είναι πολύπλοκο. Τα δευτερογενή προγράμματα πρόληψης γίνονται για υποκλινικά συμπτώματα κυρίως για επιθετικότητα σε εφήβους και παιδιά. Τέτοια προγράμματα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά σε πολλές περιπτώσεις (Durlak & Wells, 1998).

Από πρακτικής άποψης υπάρχουν τρεις ομάδες καταστάσεων για τις οποίες έχει τεκμηριωθεί αποτελεσματική προληπτική δράση.

Ψυχικές διαταραχές γνωστής αιτιολογίας: περιλαμβάνονται κυρίως εκείνες οι διαταραχές που έχουν οργανική βάση και τις ανοϊκές διαταραχές (για παράδειγμα αγγειακή άνοια, πελλάγρα και άνοιες που σχετίζονται με λοιμώδεις και παρασιτικές νόσους όπως η ελονοσία και το HIV) και καταλήγοντας σε

κάποιες μορφές νοητικής υστέρησης (σύνδρομο Down, εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο, φαινυλκετονουρία και νοητική καθυστέρηση λόγω έλλειψης ιωδίου).

Ψυχικές διαταραχές χωρίς σωστά τεκμηριωμένη αιτιολογία αλλά με σχετικά προβλέψιμη πορεία: αυτές είναι χρόνιες διαταραχές με υποτροπιάζον κλιμακούμενο πρότυπο, όπως η σχιζοφρένεια, η διαταραχή του συναισθήματος (μονοπολική ή διπολική) και ο χρόνιος αιθυλισμός.

Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ισχυρά συνδεδεμένα με ψυχικές διαταραχές; αυτά κυμαίνονται από την βία (οικογενειακή ή άλλη) ως την αυτοκτονία και την επαγγελματική εξουθένωση (Celder, 2012).

Κεφάλαιο 3: Φροντίδα-φροντιστής

3.1 Η έννοια της φροντίδας και του φροντιστή

Η φροντίδα είναι μια έννοια πολυδιάστατη. Κάθε άνθρωπος έχει τη δική του στάση απέναντι στη φροντίδα εξαρτώμενη από το κοινωνικό πλαίσιο που μεγαλώνει, τις θρησκευτικές του ιδέες, αλλά και το πολιτισμικό περιβάλλον που ανήκει (Κοτρώτσιου, 2015). Οι Zarit & Edwards κάνουν αναφορά στην παροχή φροντίδας περιγράφοντάς την ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ δύο μελών της οικογένειας που το ένα φροντίζει το άλλο στοχεύοντας στην ανεξάρτητη και αυτόνομη διαβίωση του τελευταίου. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι «η φροντίδα βιώνεται ως μία περίπλοκη συναισθηματική σχέση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους» (Zarit & Edwards, 2008).

Σύμφωνα με τις Leininger και McFarland, ως φροντίδα ορίζεται η υιοθέτηση συμπεριφορών, πράξεων, και πρακτικών με σκοπό την υποστήριξη ατόμων με ανάγκες, εμφανείς ή προβλεπόμενες, με μελλοντικό σκοπό τη βελτιστοποίηση του τρόπου διαβίωσης. Το άτομο που παρέχει τη φροντίδα ονομάζεται φροντιστής (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Συνήθως, αλλά όχι πάντα, φροντιστής είναι ένας συγγενής, του οποίου η ζωή έχει περιορισμούς λόγω της ανάγκης για ανάληψη ευθύνης για τη φροντίδα ενός άλλου ατόμου. Παρέχει καθημερινή υποστήριξη αμισθί, γιατί το άτομο δεν δύναται να ολοκληρώσει τα καθημερινά του καθήκοντα. Ο λήπτης της φροντίδας, είναι αυτός που ζει με κάποια μορφή χρόνιας κατάστασης (ψυχική νόσος, καρκίνος, εγκεφαλική βλάβη, νοητική υστέρηση), που προκαλεί εμπόδια στην καθημερινότητά του (Goodhead & McDonald, 2007).

Τέτοιου είδους ανάγκες ίσως προκύπτουν λόγω ψυχικών διαταραχών, που παρουσιάζονται σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες ανεξαρτήτως φυλετικών, μορφολογικών, πολιτισμικών ή κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών. Τα τελευταία χρόνια η αποιδρυματοποίηση των ψυχικά νοσούντων, αποτελεί κύριο στόχο του συστήματος υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αρκετά άτομα με χρόνιες και οξείες ψυχικές διαταραχές να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στην κοινότητα, την οποία επωμίζονται οι φροντιστές.

3.2 Είδη φροντιστών

Οι φροντιστές διακρίνονται σε επίσημους και ανεπίσημους, ανάλογα με το είδος της φροντίδας που παρέχουν.

- Επίσημος φροντιστής (formal carer) είναι το άτομο που προσφέρει επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας για μακρύ χρονικό διάστημα ως υπάλληλος δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα σε ιδρύματα, αλλά και κατ' οίκον. Αυτοί οι φροντιστές δύναται να είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές αλλά και το επαγγελματικά εκπαιδευμένο προσωπικό. (Pearlin, 1990).
- Ο ανεπίσημος φροντιστής (informal carer) είναι το άτομο που προσφέρει φροντίδα χωρίς ανταμοιβή. Οι ανεπίσημοι ή άτυποι φροντιστές μπορεί να είναι οικογενειακά μέλη, σύζυγος, τέκνα, αδέρφια, ή πρόσωπα του ευρύτερου κύκλου του ατόμου, όπως φίλοι, γείτονες, συγγενείς ή και εθελοντές (Pearlin, 1990).

Πιο συγκεκριμένα οι οικογενειακοί ή πρωτοβάθμιοι ή άτυποι ή ανεπίσημοι φροντιστές παρέχουν ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών στους ασθενείς, όπως τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, τις συναντήσεις με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τη διαχείριση των οικονομικών και γραφειοκρατικών πτυχών της ιατρικής περίθαλψης και τη συναισθηματική υποστήριξη (Institute of Medicine of the National Academies, 2008).

Η άτυπη φροντίδα δεν υπολογίζεται ως σημαντική για τη δημιουργία και βαθμολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων. Άρα, ο άτυπος φροντιστής επωμίζεται μεγάλο όγκο του χρόνου για το έργο αυτό, αμισθί και για μακρύ διάστημα. Η ευθύνη για άτομα με ψυχική νόσο ελαττώνει την ποιότητα ζωής τους και προκαλείται επιβάρυνση της υγείας του φροντιστή. Άλλος ένας πιο ουσιαστικός ορισμός κατά τον οποίο άτυπος φροντιστής, είναι οποιοσδήποτε προσφέρει βοήθεια, χωρίς αμοιβή σε συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο. Το άτομο που χρήζει βοήθειας δύναται να ζει με τον φροντιστή στο ίδιο σπίτι ή σε δικό του και να λαμβάνει κατ' οίκον νοσηλεία. Έτσι, οδεύουμε στον αμέσως επόμενο όρο μετά τη φροντίδα που είναι η επιβάρυνση, η οποία είναι μια ψυχολογική κατάσταση που προκύπτει από το συνδυασμό της φυσικής εργασίας, της συναισθηματικής πίεσης, των κοινωνικών αποκλεισμών και των οικονομικών απαιτήσεων που προκαλούνται από τη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος (Caqueo – Urizar et al. 2009).

3.3 Ο ρόλος του φροντιστή

Η παροχή φροντίδας προσφέρεται κλιμακωτά σε περίπτωση κάποιας αιφνίδιας πάθησης ή ατυχήματος. Ανάλογα με την εκάστοτε ασθένεια, ο φροντιστής αναλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις, κυριότερες από τις οποίες είναι οι εξής:

- φροντίδα του ασθενή σε καθημερινή βάση
- διατήρηση χώρου διαβίωσης σε αξιοπρεπές επίπεδο
- σίτιση
- απαραίτητες τηλεφωνικές κλήσεις
- μετακινήσεις
- συντήρηση της προσωπικής υγιεινής του ασθενή σε καλό επίπεδο
- διαχείριση οικονομικών πτυχών
- συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες
- επίβλεψη της τήρησης της θεραπείας ή της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής
- καθώς και προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης

Ανεξάρτητα από το επίπεδο της σχέσης φροντιστή-ασθενή, πάντα ο φροντιστής θυσιάζει πτυχές της ζωής του ώστε να παρέχει φροντίδα. Οι συνέπειες που μπορεί να προκύψουν είναι: σωματική ή ψυχική εξουθένωση, κατάθλιψη, οικογενειακά θέματα, κατάχρηση ουσιών και προβλήματα εξισορρόπησης των ρόλων του (επαγγελματικοί, γονικοί, συζυγικοί κ.α.). Είναι σύνηθες οι φροντιστές να αισθάνονται ότι έχουν αρκετές υποχρεώσεις που πρέπει να εκπληρώσουν αλλά όχι τον απαιτούμενο χρόνο και την κατάλληλη ενέργεια για να τις φέρουν εις πέρας (Schmall & Stiehl, 2003).

Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια ψυχωτική συνδρομή, παρέχεται τόσο από επαγγελματίες υγείας, όσο και από άτυπους φροντιστές. Ειδικότερα, το βάρος για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών των ψυχωτικών συνήθως αναλαμβάνει μια «πολυεπιστημονική ομάδα», η οποία αποτελείται από ψυχιάτρους, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας. Αρκετές φορές το δίκτυο των φροντιστών απλώνεται και εκτός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των τυπικών φροντιστών τους, στο οικογενειακό περιβάλλον και συχνά, κυρίως στη μητέρα του ασθενούς και σε άτυπους φροντιστές. Οι άτυποι φροντιστές προσπαθούν να φέρουν εις πέρας ανάγκες καθημερινής φροντίδας που δεν είναι δυνατόν να καλυφθούν από το επιστημονικό προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Awad & Voruganti, 2008). Σε αρκετές περιπτώσεις, υπάρχει ένας κύριος άτυπος φροντιστής, ο οποίος ορίζεται ως το πρόσωπο του οικογενειακού του περιβάλλοντος που έχει επωμιστεί το κύριο κομμάτι της βασικής ευθύνης για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών του πάσχοντος. Ο κύριος φροντιστής ξοδεύει ένα σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς του για την κάλυψη αυτών των αναγκών, αμισθί (Caqueo et al., 2009). Με βάση τα παραπάνω, για τους ασθενείς με χρόνια ψυχωτική συνδρομή, ο φροντιστής είναι το άτομο που προσφέρει φροντίδα, στοχεύοντας την προαγωγή, διατήρηση ή επανάκτηση της υγείας του πάσχοντος ή την ελάττωση των αρνητικών συνεπειών της. Συμπληρωματικά, ο φροντιστής των ασθενών αυτών, βοηθάει σε αρκετούς τομείς της καθημερινότητάς τους όπως είναι η σίτιση, η προσωπική υγιεινή, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ο τακτικός έλεγχος της υγείας τους. Συμπερασματικά, ο φροντιστής ατόμου με χρόνια ψυχωτική

συνδρομή αποτελεί το άτομο που προσφέρει πλήρη υποστήριξη και φροντίδα στον ασθενή, με στόχο να κατακτήσει τις καθημερινές του λειτουργίες και να βελτιώσει την υγεία του (Balasubramanian, 2013; Carter & Carter 1994). Οι βαριές ψυχικές νόσοι όπως η σχιζοφρένεια, οι σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές και οι διπολικές συναισθηματικές διαταραχές έχουν υψηλά ποσοστά απώλειας και αλλαγής της ποιότητας της ζωής των πασχόντων που η φροντίδα τους, απαιτεί σημαντικά οικονομικά έξοδα. Ωστόσο δεν είναι μόνο οι πάσχοντες που βιώνουν τα αποτελέσματα αυτών των καταστάσεων. Το κίνημα για αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών που άρχισε από τα νοσοκομεία οδήγησε σε πρόωμη απομάκρυνση των ασθενών που χωρίς τη σωστή κοινοτική υποστήριξη μεταφέρθηκαν για παροχή φροντίδας στις οικογένειες τους. (Whiteford, 2013).

3.4 Το στίγμα των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο

Το βάρος του φροντιστή μπορεί να χωριστεί σε δύο διαστάσεις: αντικειμενική και υποκειμενική (Janakovic, 2011). Η αντικειμενική διάσταση περιλαμβάνει διαταραγμένες καθημερινές οικογενειακές δραστηριότητες, περιορισμούς στις ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες και το οικονομικό κόστος, ενώ η υποκειμενική διάσταση περιλαμβάνει την επιβλαβή εκτίμηση των φροντιστών για καταστάσεις όπως τύψεις, αμηχανία και ενόχληση. Οι φροντιστές μπορεί να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως απομονωμένο από την κοινότητα ως αποτέλεσμα των περιορισμών στις κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες καθώς και του κοινωνικού στιγματισμού και των διακρίσεων. Το βάρος των φροντιστών μπορεί να έχει είτε αρνητικό αντίκτυπο στους εαυτούς τους, όπως αποφυγή, απόρριψη, αυτοκτονία, αναζήτηση εναλλακτικής θρησκείας. Μερικές φορές θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την ασθένεια και καταφεύγουν σε καταστροφικές πράξεις προς ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ή καταφεύγουν σε θετικές ενέργειες όπως η επίλυση προβλημάτων και η αναζήτηση βοήθειας (Chadda, 2014). Μελέτες που διερεύνησαν το αντιλαμβανόμενο στίγμα σε φροντιστές ψυχικά ασθενών δείχνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς υποφέρουν από κάποιου είδους στιγματισμό (Östman & Kjellin, 2002). Πιστεύουν επίσης ότι η κοινωνία απαξιώνει τους ανθρώπους με ψυχικές ασθένειες και τις οικογένειές τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές, οι φροντιστές να διστάζουν να αποκαλυφθούν ως φροντιστές ατόμων με ψυχικές ασθένειες (Struening et al., 2001). Οι οικογενειακοί φροντιστές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών συγγενών τους. Ο αγώνας τους να αντιμετωπίσουν το στίγμα και να επωμιστούν το βάρος της φροντίδας είναι περιθωριοποιημένος, υποτιμημένος και αόρατος για τις ιατρικές υπηρεσίες (Ebrahim, 2020). Οι φροντιστές ανέφεραν ότι απέκρυσαν τη διάγνωση του ασθενούς από την κοινότητα εξαιτίας του φόβου ότι θα στιγματιστούν και αυτός ο φόβος για το στίγμα εμπεριέχει τον κίνδυνο να επηρεάσει αρνητικά την αναζήτηση θεραπείας. Οι λιγοστές γνώσεις ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τον υψηλό επιπολασμό του στίγματος της οικογένειας και της κοινότητας μεταξύ των φροντιστών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, παρεμποδίζουν την ικανότητα των φροντιστών να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά στην υποστήριξη των μελών της οικογένειάς τους που ζουν με ψυχικές ασθένειες (MonnapulaMazabane & Petersen, 2021).

Το στίγμα δεν έχει αρνητικό αντίκτυπο μόνο στον ψυχικά πάσχοντα αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ο στιγματισμός που νιώθουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο τομέας της ψυχικής υγείας. Αν και οι ψυχικά πάσχοντες έχουν ένα ευρύ φάσμα αρνητικών επιπτώσεων που συσχετίζονται με την διαταραχή, αρκετές φορές αυτά τα συμπτώματα επιδεινώνονται εξαιτίας του στιγματισμού. Το στίγμα επηρεάζει κατά πολύ τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Υψηλά ποσοστά ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποφεύγουν την εξεύρεση θεραπείας παρόλο που η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που έχουν να κάνουν με την ψυχική νόσο έχει αυξηθεί (Malhotra, 2016). Ο κοινωνικός αποκλεισμός του ψυχικά πάσχοντος ξεκινά από τον στιγματισμό του ως αποκλίνοντα από το κοινωνικό σύνολο. Ακόμη και σε περιπτώσεις όπου ο αποκλεισμός δεν είναι άμεσος από την κοινωνία, το ίδιο το άτομο αποκλείει τον εαυτό του από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αισθανόμενος ότι δεν ανήκει στο κοινωνικό σύνολο. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι ο ψυχικά πάσχον να νιώθει τον κοινωνικό αποκλεισμό χωρίς να έχει κάνει κάτι επιβλαβές προς άλλους ή προς τον εαυτό του. Οι αρνητικές συνέπειες του στίγματος της ψυχικής υγείας δεν αφορά μόνο τον ψυχικά πάσχοντα αλλά επεκτείνεται και στο οικογενειακό περιβάλλον.

Κεφάλαιο 4: Κοινωνική υποστήριξη

4.1 Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις και δεν υπάρχει ένας μοναδικός ορισμός. Ως κοινωνική υποστήριξη ορίζεται η συνδιαλλαγή και η επικοινωνία, λεκτική ή μη λεκτική, με στόχο το άτομο να νιώθει ότι έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του, να συντηρήσει την αυτοεκτίμησή του και να αισθανθεί ότι ανήκει σε ένα πλαίσιο. Η κοινωνική υποστήριξη διακρίνεται σε αντικειμενική και αντιλαμβανόμενη υποστήριξη. Η αντικειμενική υποστήριξη έχει να κάνει με την πραγματική υποστήριξη που δέχεται από το κοινωνικό σύνολο ενώ η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη έχει να κάνει με την αντίληψη του ατόμου για τη διαθεσιμότητα και εκδήλωση υποστηρικτικών συμπεριφορών (Norris & Kaniasty, 1996).

Μία διαφορετική κατηγοριοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης είναι ο διαχωρισμός της σε λειτουργική και δομική υποστήριξη (Barth et al., 2010). Η λειτουργική υποστήριξη περιλαμβάνει την ποιοτική και πρακτική πτυχή της υποστήριξης, ενώ η δεύτερη έχει να κάνει με το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου, όπως το εύρος των ατόμων που το απαρτίζουν, η συχνότητα της αλληλεπίδρασης κ.α.. Συχνά, γίνεται αναφορά στην τυπική και άτυπη υποστήριξη. Η τυπική υποστήριξη αφορά στο σύστημα παροχής υποστήριξης και περιέχει τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας, ενώ η άτυπη περιλαμβάνει το οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (Ποντισίδης και Μπελλάλη, 2015).

Η υλική υποστήριξη, όπως τα χρήματα ή ο χρόνος, η συναισθηματική υποστήριξη, που περιλαμβάνει το ενδιαφέρον για τα συναισθήματα που προκαλούνται από την ασθένεια, το κοινωνικό εύρος που είναι στη διάθεση της οικογένειας, η ενημέρωση που παρέχεται από το οικογενειακό περιβάλλον για την επίλυση των προβλημάτων και η υποστήριξη της αυτοεκτίμησης των φροντιστών είναι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981). Η παροχή της κοινωνικής υποστήριξης πρέπει να είναι αντίστοιχη των αναγκών της οικογένειας για να έχει θετικά αποτελέσματα. Επίσης, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να γίνει ενοχλητική όταν δεν παρέχεται σε ειδικά πλαίσια (Ποντισίδης και Μπελλάλη, 2015).

4.2 Κοινωνική υποστήριξη και ψυχικές διαταραχές

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στην πρόβλεψη της πορείας της χρόνιας νόσου. Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια έννοια που αντιλαμβάνεται ότι οι ασθενείς βρίσκονται σε διαφορετικό βαθμό σε δίκτυα μέσω των οποίων μπορούν να λαμβάνουν και να παρέχουν βοήθεια και στα οποία συμμετέχουν σε αλληλεπιδράσεις. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρασχεθεί από την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους, τους πνευματικούς συμβούλους, τους επαγγελματίες υγείας ή τα μέλη της κοινότητας και της γειτονιάς κάποιου. Η παροχή φροντίδας των συγγενών που ζουν με άτομα με ψυχικές ασθένειες επηρεάζει τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνικοοικονομική ευημερία των φροντιστών, καθώς και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν και να προσαρμόζονται σε αυτές τις συνθήκες. Οι φροντιστές συγγενών που ζουν με άτομα με ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις από άλλους φροντιστές μακροχρόνιων παθήσεων, καθώς μερικές φορές φοβούνται για τη ζωή τους καθώς ο συγγενής τους μπορεί να γίνει επιθετικός (Pusey Murray & Miller, 2013). Ταυτόχρονα, έχει αποδειχθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να επηρεάσει θετικά τα αποτελέσματα υγείας μειώνοντας τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διάθεση, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και παρατείνοντας τη διάρκεια ζωής, όχι μόνο σε άτομα με ψυχικές διαταραχές αλλά και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (Alliance, 2003; Rehm & Shield, 2019).

Οι ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζονται από την οικογένεια είναι μια δύσκολη διαδικασία. Προκύπτουν νέες ανάγκες, που η ικανοποίηση τους βοηθούν στην αποδοχή της νόσου. Το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να γνωρίζει τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας πρέπει να έχει ως σκοπό την σωστή ενημέρωση για την υγεία του ασθενούς, τη συζήτηση για τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν, την εκπαίδευση της οικογένειας σε δεξιότητες που βοηθούν στη στήριξη του ασθενή. Επιπρόσθετα, πρέπει να δίνονται κατευθύνσεις για τα οικονομικά και νομικά δικαιώματα του ασθενούς, όπως τα επιδόματα που μπορεί να λάβει, ώστε να ανακουφιστεί οικονομικά, οι ευκαιρίες για εργασία που έχει, τα δικαιώματα του κ.α.. (Wirsen et al., 2017). Η υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους από το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό παράγοντα. Τα άτομα με χρόνια ψυχική νόσο συχνά κάνουν χρήση των υπηρεσιών

υγείας, είτε για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είτε για νοσοκομειακή φροντίδα. Η αναγνώριση και η επίτευξη του στόχου για τις ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους από τους επαγγελματίες υγείας μας οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή στην νόσο. Στην υποστήριξη των χρονίως ψυχικά πασχόντων εμπίπτουν το θεραπευτικό πλάνο, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα για τη διαχείριση της ασθένειας, η συμβουλευτική οικογένειας κ.α..

4.3 Κοινωνική υποστήριξη φροντιστών

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας για τους φροντιστές, αλλά εξαρτάται από τον τύπο, την ποιότητα, το χρονοδιάγραμμα και τη διάρκεια. Η κοινωνική υποστήριξη συνήθως χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: αντιληπτή και λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, όπου η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως η εκτίμηση ενός ατόμου για τη διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη και έλαβε κοινωνική υποστήριξη, η οποία ορίζεται ως η πραγματική και ουσιαστική κοινωνική υποστήριξη. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει συναισθηματικές, απτές και πληροφοριακές πτυχές υποστήριξης και δύναται να προσφέρεται τόσο ανεπίσημα, από το οικογενειακό περιβάλλον, το φιλικό περιβάλλον, τους γείτονες και κοινωνικές ομάδες, ή επίσημα από επαγγελματίες και φορείς. Έχει υποστηριχθεί ότι η αντιληπτή διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικότερη για τους φροντιστές από το πραγματικό ποσό της βοήθειας που λαμβάνεται, και ότι το πιο βασικό είναι η ποιότητα και όχι η ποσότητα της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει θετική επίδραση μέσω της χαλάρωσης των απαιτήσεων από την οικογένεια και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, από την άλλη πλευρά, μπορεί να ωθήσει τους φροντιστές να βασίζονται περισσότερο στην οικογένεια, κάτι που με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία της οικογένειας και τις οικογενειακές σχέσεις (George et al., 2020). Μελέτες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη ωφελεί τους άτυπους φροντιστές υποστηρίζοντας την αντιμετώπιση και την προσαρμογή σε αυτόν τον ρόλο και βελτιώνοντας την ψυχική τους υγεία. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης έχει συσχετιστεί με χειρότερη ψυχική υγεία μεταξύ των φροντιστών. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη έχει επίσης την ικανότητα να μειώσει τις επιβλαβείς συνέπειες του στρες και να βελτιώσει την υγεία (Sandoval et al., 2019). Η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση της αγωνίας που βιώνεται σε σχέση με δραστηριότητες φροντίδας. Μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός πόρος για τη βελτίωση της λειτουργίας του φροντιστή. Λειτουργώντας ως ρυθμιστής, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις των στρεσογόνων καταστάσεων και τα συμπτώματα κόπωσης, προστατεύοντας έτσι από την εμφάνιση χρόνιας κόπωσης. Μελέτες δείχνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη βοηθά στη μείωση του επιπέδου έντασης και στρες στους φροντιστές συμβάλλοντας στη βελτίωση της σωματικής, της ψυχικής υγείας και στη μείωση του επιπέδου θνησιμότητας (Sołtys & Tyburski, 2020).

Η κοινωνική υποστήριξη είναι τμήμα του τρόπου με τον οποίο η διαπροσωπική αλληλεπίδραση διαμορφώνει τη συμπεριφορά και τη λειτουργία των ατόμων και των ομάδων. Βέβαια, η επίδραση της είναι αμφίδρομη, επηρεάζει τη σκέψη, τη συμπεριφορά και τη λειτουργία όσων παρέχουν στήριξη. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να καλύψει το κενό μεταξύ του κοινωνικού δικτύου και της ανάγκης για κοινωνική επαφή, ανακουφίζοντας έτσι τη μοναξιά. Σε έρευνα των Koschorke, Pamdavatī et al, 2017 στην Ινδία σχετικά με τις εμπειρίες στίγματος και διακρίσεων που εισπράττουν μέλη οικογενειών με ψυχικές ασθένειες, έδειξε ότι ανάγκη στήριξης έχουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες αυτών. Τα προγράμματα ευαισθητοποίησης θα πρέπει να στοχεύουν και στις δύο ομάδες, αν και ο στιγματισμός είναι βαθιά ριζωμένος στην κοινωνία. Επίσης η αυτομομφή και ο αυτο στιγματισμός ασθενών και οικογενειών είναι παράμετροι που υπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό στην ινδική κοινωνία και δύσκολα αντιμετωπίζεται.

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 5

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του αντιλαμβανόμενου στίγματος και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο, λαμβάνοντας υπόψη την υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία. Το κοινωνικό στίγμα και η κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με τις ψυχικές ασθένειες αποτελεί πεδίο διερεύνησης πολλών ερευνητικών μελετών, καθώς μελέτες δείχνουν την ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης μεταξύ των δύο αυτών κοινωνικών φαινομένων.

Στην περιφέρεια της Θεσσαλίας και στην περιοχή της Λάρισας δεν έχει έως σήμερα πραγματοποιηθεί μελέτη που να διερευνά σε βάθος τα δύο αυτά κοινωνικά φαινόμενα σε φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο.

Τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα αναδείξουν σημαντικά στοιχεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, όταν συνεργάζονται και ενδυναμώνουν ή υποστηρίζουν άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας σε ψυχικά πάσχοντες.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν :

1. Ποια είναι τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων που παρέχουν φροντίδα υγείας σε ψυχικά πάσχον μέλος της οικογένειάς τους;
2. Οι φροντιστές των ατόμων με ψυχική νόσο αισθάνονται στιγματισμένοι;

3. Οι φροντιστές των ατόμων με ψυχική νόσο αισθάνονται να λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη;
4. Υπάρχει σχέση ανάμεσα στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο και στα επίπεδα των τριών υποκλιμάκων αντιλαμβανόμενου στίγματος;
5. Υπάρχει σχέση ανάμεσα στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο και στα επίπεδα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης;
6. Υπάρχει σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων του αντιλαμβανόμενου στίγματος και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο; Και αν ναι ποια είναι αυτή;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.3 Ερευνητικός σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε η επεξεργασία των δεδομένων με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση του προγράμματος SPSS. Στην παρούσα εργασία ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα ατομικά στοιχεία των φροντιστών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική απασχόληση, τόπος κατοικίας, οικονομική κατάσταση, συγγένεια με ασθενή και διάγνωση του ασθενή), τα χαρακτηριστικά της φροντίδας (χρόνια φροντίδας, ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως, συγκατοίκηση με τον ασθενή, απασχόληση έμμισθου φροντιστή και μεταβολή της οικονομικής κατάστασης του φροντιστή την τελευταία τριετία). Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή της βαθμολογίας του εκάστοτε φροντιστή στην κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης με τρεις υποκλίμακες: τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους καθώς και η βαθμολογία στην κλίμακα του στίγματος με τρεις υποκλίμακες: τη συναισθηματική, συμπεριφορική και τη γνωστική.

5.3.1 Χρόνος-Τόπος Διεξαγωγής Μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική της Λάρισας κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο του 2022 έως τον Μάρτιο του 2022.

5.3.2 Δείγμα μελέτης

Η παρούσα έρευνα έλαβε χώρα στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Άρχισε με την ενημέρωση και την άδεια του διευθύνοντος συμβούλου της Ψυχιατρικής Κλινικής της Λάρισας. Η έρευνα θα συμπεριελάμβανε τη συγκέντρωση δεδομένων που θα πηγάζανε από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων όπου θα αποτυπώνονταν τα δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών καθώς και η ελληνική έκδοση της κλίμακας για την κοινωνική υποστήριξη και της κλίμακας για το στίγμα. Το

ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε αυτοπροσώπως από την κύρια ερευνήτρια σε φροντιστές ψυχικά πασχόντων που προσεγγίσθηκαν είτε με το πέρας του επισκεπτηρίου τους στη ψυχιατρική κλινική της Λάρισας, είτε διανεμήθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα αντιπροσωπευτικό και αξιόπιστο δείγμα, και έλαβαν γνώση για το σκοπό της μελέτης, αλλά και για τον χαρακτήρα εθελοντισμού της και την απόκρυψη προσωπικών δεδομένων. Η ερευνήτρια, κα' όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες, ήταν διαθέσιμη για την επίλυση αποριών και προβληματισμών των συμμετεχόντων μέχρι τη συμπλήρωση του επιθυμητού δείγματος που τέθηκε στα εκατόν εξήντα τέσσερα πλήρως απαντημένα ερωτηματολόγια.

5.3.3 Ερευνητικό Εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο θα αποτελείται από τρεις ενότητες ερωτήσεων:

A. Ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων και στοιχείων που αφορούν την παροχή φροντίδας και την πορεία της νόσου του ψυχικά πάσχοντος που φροντίζουν (π.χ. ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική απασχόληση, τόπο κατοικίας, την οικονομική κατάσταση, τον βαθμό συγγένειας με τον ασθενή, ασθένεια (διάγνωση) του συγγενικού προσώπου, χρόνια που παρέχουν φροντίδα, ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως, τη συγκατοίκηση, την απασχόληση έμμισθου φροντιστή και την μεταβολή της οικονομικής τους κατάστασης την τελευταία τριετία).

B. Ερωτήσεις που διερευνούν το αντιλαμβανόμενο στίγμα των φροντιστών ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Συγκεκριμένα θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα AffiliateStigmaScale (AFSS) στην Ελληνική της εκδοχή, όπως παραχωρήθηκε από τους δημιουργούς (Mak & Cheung, 2008) και έχει τροποποιηθεί για φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο. Η AFSS αποτελείται από 22ερωτήσεις κλίμακας Likert 4 βαθμών από (1) διαφωνώ κάθιστα έως (4) συμφωνώ απόλυτα. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τρεις υποκλίμακες στίγματος φροντιστών, τη γνωστική (7 ερωτήσεις), τη συναισθηματική (7 ερωτήσεις) και συμπεριφορική υποκλίμακα (8 ερωτήσεις).

Γ. Ερωτήσεις που διερευνούν την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο. Συγκεκριμένα θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Multidimensional Scale Of Perceived Social Support (MSPSS) στην Ελληνική της εκδοχή, όπως έχει σταθμιστεί από τους (Theofilou et al., 2013). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 12 ερωτήσεις και οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μια επτάβαθμη κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα, 7=Συμφωνώ απόλυτα). Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τρεις υποκλίμακες κοινωνικής υποστήριξης, του συντρόφου (οι ερωτήσεις 1, 2, 5, & 10), της οικογένειας (οι ερωτήσεις 3, 4, 8, & 11) και των φίλων (οι ερωτήσεις 6, 7, 9, & 12). Υψηλότερες τιμές της ολικής κλίμακας δηλώνουν υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη.

5.3.4 Στατιστική ανάλυση

Όσον αφορά στα αποτελέσματα , πραγματοποιήθηκε αρχικά περιγραφική ανάλυση και εν συνεχεία επαγωγική στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση περιέχει όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική απασχόληση, τόπος κατοικίας, οικονομική κατάσταση, βαθμός συγγένειας και διάγνωση του ασθενή),τα χαρακτηριστικά της φροντίδας (χρόνια φροντίδας, ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως, συγκατοίκηση με ασθενή, απασχόληση έμμισθου φροντιστή, και μεταβολή της οικονομικής κατάστασης του φροντιστή την τελευταία τριετία). Έπειτα έγιναν προσπάθειες να βρεθούν πιθανοί συσχετισμοί μεταξύ των προαναφερόμενων μεταβλητών με τις δυο χρησιμοποιούμενες κλίμακες (στίγματος και κοινωνικής υποστήριξης), καθώς και πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στις δύο κλίμακες. Η κανονικότητα της κατανομής των μεταβλητών εξετάστηκε με έλεγχο συχνοτήτων. Για τις ποσοτικές μεταβλητές που είχαν κανονική κατανομή, οι συσχετίσεις μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκαν μέσω του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης r του Pearson. Για τη σύγκριση ανάμεσα σε δύο ανεξάρτητες ποσοτικές μετρήσεις χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος independent samples t-test, ενώ για τη σύγκριση άνω των δύο ανεξάρτητων ποσοτικών μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ANOVA. Οι σημαντικότητες (p τιμές ελέγχου) που ήταν μικρότερες του 0.05 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους φαίνεται το όνομα κάθε μεταβλητής. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με σχετικές (%) συχνότητες. Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν, θεωρούνται στατιστικά σημαντικές, αν η τιμή αντιστοιχεί σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο). Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε σε πρόγραμμα SPSS 28.0.1.1 (15)

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

6.1 Περιγραφική Ανάλυση

6.1.1 Ατομικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Πίνακας 1: Ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ($n=164$).

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
Γυναίκα	122	74,40%
Άντρας	42	25,60%

Ηλικία (έτη)		
Mean ± St.Dev.		37,90 ± 11,15
Min - Max		19 - 67
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Δεν έχω αποφοιτήσει	1	0,60%
Δημοτικό	4	2,40%
Γυμνάσιο	2	1,20%
Λύκειο	26	15,90%
Τεχνική σχολή	32	19,50%
ΤΕΙ	28	17,10%
Πανεπιστήμιο	43	26,20%
Μεταπτυχιακό	28	17,10%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	66	40,20%
Παντρεμένος/η	77	47%
Διαζευγμένος/η	15	9,10%
Χήρος/α	4	2,40%
Άλλο	2	1,20%
Επαγγελματική κατάσταση		
Δημόσιος υπάλληλος	29	17,70%
Ιδιωτικός υπάλληλος	97	59,10%
Ελεύθερος επαγγελματίας	16	9,80%
Άνεργος	14	8,50%
Άλλο	8	4,90%
Τόπος κατοικίας		
Επαρχία	31	18,90%
Πόλη	133	81,10%
Οικονομική κατάσταση		
Πολύ καλή	10	6,10%
Καλή	60	36,60%
Μέτρια	84	51,20%
Κακή	9	5,50%
Πολύ κακή	1	0,60%
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		
Σύζυγος	14	8,00%
Κόρη	14	9,00%
Γιός	8	5,00%
Αδερφή	16	10,00%
Αδερφός	9	5,00%
Σύντροφος	8	5,00%
Πατέρας	17	10,00%

Μητέρα	36	22%
Άλλο	42	26,00%
Διάγνωση του ασθενή		
Σχιζοφρένεια	24	14,60%
Διπολική διαταραχή	17	10,40%
Καταθλιπτικό επεισόδιο	42	25,60%
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	24	14,60%
Άνοια	40	24,40%
Άλλο	17	10,40%
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		
Mean ± St.Dev.		4,3 ± 4,2
Min - Max		0 - 25
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		
Mean ± St.Dev.		7,25 ± 6,40
Min - Max		0 - 24
Συγκατοίκηση		
Ναι	74	45,10%
Όχι	90	54,90%
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		
Ναι	39	23,80%
Όχι	125	76,20%
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		
Ναι	109	66,50%
Όχι	55	33,50%

Στη διαδικασία συγκέντρωσης δεδομένων συμμετείχαν 164 φροντιστές από τους οποίους 122 γυναίκες (74,4% του συνόλου) και 42 άντρες (25,6% του συνόλου). Η μέση τιμή ηλικίας των ερωτώμενων φροντιστών ήταν $M=37,90$ έτη με ελάχιστη ηλικία φροντιστή τα 19 έτη και μέγιστη τα 67 έτη με τυπική απόκλιση $SD = 11,15$. Από τους 164 φροντιστές 1 (0,6%) δεν έχει αποφοιτήσει, οι 4 (2,4%) είναι απόφοιτοι δημοτικού, οι 2 (1,2%) είναι απόφοιτοι γυμνασίου, οι 26 (15,9%) είναι απόφοιτοι λυκείου, οι 32 (19,5%) είναι απόφοιτοι τεχνικής σχολής, οι 28 (17,1%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, οι 43 (26,2%) είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου, οι 28 (17,1%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Από το δείγμα των 164 φροντιστών οι 66 (40,2%) είναι άγαμοι, οι 77 (47%) είναι παντρεμένοι, οι 15 (9,1%) είναι διαζευγμένοι, οι 4 (2,4%) είναι χηλεύσαντες και 2 (1,2%) φροντιστές απάντησαν άλλο. Στο σύνολο των 164 φροντιστών οι 29 (17,7%) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, οι 97 (59,1%) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι 16 (9,8%) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, οι

14 (8,5%) είναι άνεργοι και οι 8 (4,9%) έχουν απαντήσει κάτι άλλο. Από τους 164 φροντιστές οι 31 το 18,9% διαμένουν στην επαρχία και οι 133 το 81,1% ζούνε στην πόλη. Από τους ερωτηθέντες οι 10 φροντιστές το (6,1%) έχουν πολύ καλή οικονομική κατάσταση, οι 60 φροντιστές το (36,6%) καλή, οι 84 φροντιστές το (51,2%) μέτρια, οι 9 το (5,5%) κακή και πολύ κακή οικονομική κατάσταση 1 φροντιστής το (0,6%). Οι περισσότεροι φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο όπως παρατηρούμε και στον παραπάνω πίνακα το 26% από τους 164 φαίνεται να έχουν μια άλλη συγγένεια με τον ασθενή. Η σχέση φροντιστή-μητέρας παρουσιάζει ποσοστό 22% ενώ του πατέρα το 10%. Σε ποσοστό 10% είναι η σχέση φροντιστή-αδερφής και αμέσως μετά στο 8% βρίσκεται η συζυγική σχέση και η σχέση φροντιστή-κόρης στο 9%. Ο βαθμός συγγένειας του φροντιστή-αδερφού είναι στο 5% και ο βαθμός συγγένειας του φροντιστή-γιού και συντρόφου είναι επίσης στο 5%. Από τα 164 ερωτηματολόγια διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν διαγνωσμένοι με σχιζοφρένεια 24 ασθενείς (14,6%), με διπολική διαταραχή 17 ασθενείς (10,4%), με καταθλιπτικό επεισόδιο 42 ασθενείς (25,6%), με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή 24 ασθενείς (14,6%), με άνοια 40 ασθενείς (24,4%) και 17 ασθενείς (10,4%) με κάποια άλλη διάγνωση. Όσον αφορά στα έτη φροντίδας των ατόμων με ψυχική νόσο, το δείγμα παρουσιάζει μέση τιμή $M=4,3$ έτη με τυπική απόκλιση 4,2, ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 25 έτη. Στο ερώτημα για τις ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως το δείγμα παρουσίασε ελάχιστο όριο 0 ωρών καθημερινής απασχόλησης και μέγιστο όριο 24 ωρών ανά ημέρα, με μέση τιμή 7,25 ώρες και τυπική απόκλιση 6,4. Από το σύνολο των φροντιστών της μελέτης μας το 45,1% ζούσε στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, ενώ το 54,9% σε διαφορετικό. Από το σύνολο των 164 ερωτηθέντων απάντησαν ότι μοιράζονταν τη φροντίδα του ασθενούς με έμμισθο φροντιστή οι 39 (23,8%), ενώ οι υπόλοιποι 125 (76,2%) απάντησαν αρνητικά. Το 66,5% απάντησε ότι υπάρχει μεταβολή στην οικονομική τους κατάσταση την τελευταία τριετία, ενώ το 33,5% απάντησε ότι δεν υπήρξε κάποια μεταβολή.

6.1.2 Κλίμακα Στίγματος

Πίνακας 2: Κλίμακα Στίγματος (AFSS) των φροντιστών (n=164).

AFSS	Cronbach's alpha	Rank	Mean ± SD	Median	Min - Max
Συναισθηματική	0,975	1	1,96 ± 0,49	1,86	1 - 3,29
Συμπεριφορική	0,978	2	1,96 ± 0,50	1,88	1 - 3,25
Γνωστική	0,977	3	1,88 ± 0,52	1,86	1 - 3,43
Σύνολο κλίμακας	0,961		1,94 ± 0,48	1,86	3 - 8

Κλίμακα μέτρησης: 1 = Διαφωνώ έντονα έως 4 = Συμφωνώ πολύ

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του Ερωτηματολογίου Στίγματος (AFSS) προσδιορίζεται με το συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,961$ για τη συνολική κλίμακα, τιμή $>0,70$ γεγονός που δηλώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων της συνολικής κλίμακας. Για τις τρεις υποκλίμακες του AFSS ο συντελεστής α κυμαίνονταν από 0,975 έως 0,978 τιμές που χαρακτηρίζουν ως πολύ καλή την συνοχή των επιμέρους ερωτήσεων των υποκλιμάκων (Πίνακας 2). Η μέση τιμή του σκορ για το σύνολο της κλίμακας AFSS ήταν 5,5 (SD=0,97) ενώ συγκριτικά για τις τρεις υποκλίμακες του AFSS τη μεγαλύτερη μέση τιμή σκορ εμφάνιζε η «Συναισθηματική» με την «Συμπεριφορική» (1,96) και τέλος ακολουθεί η «Γνωστική» (1,88). Τόσο για το σύνολο της κλίμακας AFSS όσο και για τις υποκλίμακες της, οι αντίστοιχες μέσες τιμές (Mean) και διάμεσες τιμές (Median) του σκορ ήταν <2 γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των φροντιστών του δείγματος εμφάνιζε σχετικά χαμηλές τιμές Στίγματος (Πίνακας 2).

6.1.3 Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

Πίνακας 3: Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) των φροντιστών (n=164).

MSPSS	Cronbach's alpha	Rank	Mean \pm SD	Median	Min - Max
Σύντροφος	0,966	1	5,46 \pm 0,95	5,5	3 - 7
Οικογένεια	0,961	2	5,50 \pm 1	5,5	2,5 - 7
Φίλοι	0,971	3	5,49 \pm 1,05	5,5	2,25 - 7
Σύνολο κλίμακας	0,948		5,49 \pm 0,97	5,62	1 - 3

Κλίμακα μέτρησης: 1 = Διαφωνώ απόλυτα έως 7 = Συμφωνώ απόλυτα

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του Ερωτηματολογίου Κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS) προσδιορίζεται με το συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,948$ για το σύνολο της κλίμακας, τιμή $>0,70$ γεγονός που δηλώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων της συνολικής κλίμακας. Για τις τρεις υποκλίμακες του MSPSS ο συντελεστής α κυμαίνονταν από 0,96 έως 0,97 τιμές που χαρακτηρίζουν ως πολύ καλή την συνοχή των επιμέρους ερωτήσεων των υποκλιμάκων (Πίνακας 3).

Η μέση τιμή του σκορ για το σύνολο της κλίμακας MSPSS ήταν 5,49 (SD=0,97) ενώ συγκριτικά για τις τρεις υποκλίμακες του MSPSS τη μεγαλύτερη μέση τιμή σκορ εμφάνιζε η «Οικογένεια» (5,50), έπονται οι «Φίλοι» (5,49), και τέλος ο «Σύντροφος» (5,46). Τόσο για το σύνολο της κλίμακας MSPSS όσο και για τις υποκλίμακες της, οι αντίστοιχες μέσες τιμές (Mean) και διάμεσες τιμές (Median) του σκορ ήταν πάνω από 4 που είναι το μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων γεγονός

που δείχνει ότι η πλειονότητα των φροντιστών του δείγματος εμφάνιζε αρκετά υψηλές τιμές Κοινωνικής υποστήριξης (Πίνακας 3).

6.2 Επαγωγική Ανάλυση

6.2.1 Σχέση Στίγματος & Ατομικών Χαρακτηριστικών

Πίνακας 4: Συσχέτιση του σκορ της Υποκλίμακας «Συναισθηματική» του AFSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών (n=164).

Χαρακτηριστικά	Συναισθηματική		
	Mean ± SD	t/F/r	P value
Φύλο		t=0,729	0,467
Γυναίκα	1,98 ± 0,48		
Άντρας	1,92 ± 0,51		
Ηλικία (έτη)		r=0,170	0,029
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=1,04	0,404
Δεν έχω αποφοιτήσει			
Δημοτικό	2,18 ± 0,56		
Γυμνάσιο	1,85 ± 0,20		
Λύκειο	2,05 ± 0,55		
Τεχνική σχολή	1,94 ± 0,42		
ΤΕΙ	1,89 ± 0,59		
Πανεπιστήμιο	2,07 ± 0,46		
Μεταπτυχιακό	1,83 ± 0,43		
Οικογενειακή κατάσταση		F=1,597	0,178
Άγαμος/η	1,90 ± 0,45		
Παντρεμένος/η	1,99 ± 0,49		
Διαζευγμένος/η	2,13 ± 0,57		
Χήρος/α	1,86 ± 0,11		
Άλλο	2,58 ± 1,01		
Επαγγελματική κατάσταση		F=1,957	0,104
Δημόσιος υπάλληλος	2,18 ± 0,61		
Ιδιωτικός υπάλληλος	1,94 ± 0,47		
Ελεύθερος επαγγελματίας	1,79 ± 0,29		
Άνεργος	1,98 ± 0,51		
Άλλο	1,91 ± 0,43		

Τόπος κατοικίας		t=1,071	0,286
Επαρχία	2,05 ± 0,51		
Πόλη	1,94 ± 0,48		
Οικονομική κατάσταση		F=0,225	0,879
Πολύ καλή	1,96 ± 0,47		
Καλή	2 ± 0,51		
Μέτρια	1,94 ± 0,50		
Κακή	1,93 ± 0,19		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F=1,486	0,167
Σύζυγος	2,12 ± 0,52		
Κόρη	1,98 ± 0,50		
Γιός	2,27 ± 0,43		
Αδερφή	1,88 ± 0,44		
Αδερφός	1,71 ± 0,41		
Σύντροφος	2,21 ± 0,56		
Πατέρας	2,02 ± 0,51		
Μητέρα	1,99 ± 0,58		
Άλλο	1,86 ± 0,37		
Διάγνωση του ασθενή		F=0,576	0,718
Σχιζοφρένεια	1,93 ± 0,53		
Διπολική διαταραχή	2,02 ± 0,45		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	1,98 ± 0,52		
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	2,07 ± 0,58		
Άνοια	1,88 ± 0,40		
Άλλο	2,02 ± 0,49		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r=0,145	0,063
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r=0,106	0,177
Συγκατοίκηση		t=1,407	0,161
Ναι	2,02 ± 0,53		
Όχι	1,91 ± 0,45		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t= -0,835	0,405
Ναι	1,91 ± 0,46		
Όχι	1,98 ± 0,50		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t=1,749	0,082
Ναι	2,01 ± 0,50		

Από τον Πίνακα 4 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Συναισθηματική» του AFSS με την ηλικία των φροντιστών ($p=0,029$).

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Συναισθηματική» του AFSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών. Επισημαίνεται ότι φαίνεται μια οριακή τάση συσχέτισης της υποκλίμακας « Συναισθηματική» του AFSS με τα χρόνια φροντίδας ($p=0,063$)

Πίνακας 5: Συσχέτιση του σκορ της Υποκλίμακας «Συμπεριφορική» του AFSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ($n=164$).

Χαρακτηριστικά	Συμπεριφορική		
	Mean ± SD	t/F/r	P value
Φύλο		t=1,502	0,135
Γυναίκα	2 ± 0,045		
Αντρας	1,86 ± 0,50		
Ηλικία (έτη)		r=0,166	0,034
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=1,16	0,331
Δεν έχω αποφοιτήσει			
Δημοτικό	2,25 ± 0,56		
Γυμνάσιο	2,19 ± 0,08		
Λύκειο	2 ± 0,56		
Τεχνική σχολή	1,90 ± 0,43		
ΤΕΙ	1,94 ± 0,56		
Πανεπιστήμιο	2,08 ± 0,50		
Μεταπτυχιακό	1,82 ± 0,43		
Οικογενειακή κατάσταση		F=2,050	0,090
Άγαμος/η	1,87± 0,45		
Παντρεμένος/η	2,02 ± 0,50		
Διαζευγμένος/η	2,12 ± 0,62		
Χήρος/α	1,81± 0,12		
Άλλο	2,56± 0,96		
Επαγγελματική κατάσταση		F=2,358	0,056
Δημόσιος υπάλληλος	2,19 ± 0,56		

Ιδιωτικός υπάλληλος	1,91 ± 0,50		
Ελεύθερος επαγγελματίας	1,82 ± 0,25		
Άνεργος	2,08 ± 0,49		
Άλλο	1,94 ± 0,39		
Τόπος κατοικίας		t=1,065	0,288
Επαρχία	2,05 ± 0,49		
Πόλη	1,94 ± 0,50		
Οικονομική κατάσταση		F=0,299	0,826
Πολύ καλή	1,89 ± 0,51		
Καλή	2,01 ± 0,53		
Μέτρια	1,94 ± 0,49		
Κακή	1,99 ± 0,14		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F=1,356	0,220
Σύζυγος	2,12 ± 0,54		
Κόρη	2,11 ± 0,43		
Γιός	2,17 ± 0,64		
Αδερφή	1,85 ± 0,43		
Αδερφός	1,78 ± 0,43		
Σύντροφος	2,17 ± 0,54		
Πατέρας	2 ± 0,53		
Μητέρα	2,01 ± 0,53		
Άλλο	1,83 ± 0,44		
Διάγνωση του ασθενή		F=0,706	0,619
Σχιζοφρένεια	1,97 ± 0,55		
Διπολική διαταραχή	2,02 ± 0,51		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	1,96 ± 0,49		
Ίδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	2,06 ± 0,60		
Άνοια	1,86 ± 0,40		
Άλλο	2,08 ± 0,49		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r=0,173	0,027
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r=0,135	0,086
Συγκατοίκηση		t=1,609	0,110
Ναι	2,03 ± 0,50		
Όχι	1,91 ± 0,49		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t= -0,8	0,425
Ναι	1,91 ± 0,46		

Όχι	1,98 ± 0,51		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t=1,932	0,055
Ναι	2,02 ± 0,49		
Όχι	1,86 ± 0,50		

Από τον Πίνακα 5 προκύπτουν τα εξής;

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Συμπεριφορική» του AFSS με την ηλικία των φροντιστών ($p=0,034$) και με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή ($p=0,027$). Επισημαίνεται ότι φαίνεται μια οριακή τάση συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης ($p=0,056$), ο δημόσιος υπάλληλος παρουσιάζει την υψηλότερη μέση τιμή (2,19) εμφανίζοντας υψηλότερα επίπεδα στίγματος. Επίσης διαπιστώνουμε οριακή συσχέτιση με τη μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία ($p=0,055$), με την υψηλότερη μέση τιμή (2,02) να εμφανίζεται σε αυτούς που έχουν υποστεί μεταβολή της οικονομικής τους κατάστασης την τελευταία τριετία. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Συμπεριφορική» του AFSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών.

Πίνακας 6: Συσχέτιση του σκορ της Υποκλίμακας «Γνωστική» του AFSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ($n=164$).

Χαρακτηριστικά	Γνωστική		
	Mean ± SD	t/F/r	P value
Φύλο		t=0,552	0,582
Γυναίκα	1,90 ± 0,52		
Άντρας	1,85 ± 0,54		
Ηλικία (έτη)		r=0,196	0,012
Επίπεδο εκπαίδευσης		F=0,846	0,537
Δεν έχω αποφοιτήσει			
Δημοτικό	2,18 ± 0,57		
Γυμνάσιο	2 ± 0,19		
Λύκειο	1,99 ± 0,58		
Τεχνική σχολή	1,84 ± 0,47		

ΤΕΙ	1,86 ± 0,65		
Πανεπιστήμιο	1,94 ± 0,54		
Μεταπτυχιακό	1,75 ± 0,33		
Οικογενειακή κατάσταση		F=1,955	0,104
Άγαμος/η	1,78 ± 0,46		
Παντρεμένος/η	1,94 ± 0,55		
Διαζευγμένος/η	2,04 ± 0,53		
Χήρος/α	1,79 ± 0,18		
Άλλο	2,50 ± 1,11		
Επαγγελματική κατάσταση		F=2,709	0,032
Δημόσιος υπάλληλος	2,15 ± 0,57		
Ιδιωτικός υπάλληλος	1,84 ± 0,52		
Ελεύθερος επαγγελματίας	1,72 ± 0,29		
Άνεργος	1,95 ± 0,55		
Άλλο	1,80 ± 0,44		
Τόπος κατοικίας		t=0,860	0,391
Επαρχία	1,96 ± 0,57		
Πόλη	1,87 ± 0,51		
Οικονομική κατάσταση		F=0,197	0,899
Πολύ καλή	1,89 ± 0,46		
Καλή	1,92 ± 0,56		
Μέτρια	1,87 ± 0,52		
Κακή	1,81 ± 0,25		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F=1,804	0,080
Σύζυγος	2,07 ± 0,56		
Κόρη	1,93 ± 0,52		
Γιός	2,18 ± 0,50		
Αδερφή	1,67 ± 0,46		
Αδερφός	1,73 ± 0,54		
Σύντροφος	2,13 ± 0,57		
Πατέρας	2 ± 0,52		
Μητέρα	1,94 ± 0,57		
Άλλο	1,74 ± 0,43		
Διάγνωση του ασθενή		F=0,218	0,954
Σχιζοφρένεια	1,93 ± 0,57		

Διπολική διαταραχή	1,87 ± 0,60		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	1,90 ± 0,53		
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,95 ± 0,61		
Άνοια	1,82 ± 0,38		
Άλλο	1,92 ± 0,56		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r=0,158	0,044
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r=0,098	0,210
Συγκατοίκηση		t=1,642	0,103
Ναι	1,96 ± 0,53		
Όχι	1,82 ± 0,51		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t= -0,779	0,437
Ναι	1,83 ± 0,49		
Όχι	1,90 ± 0,53		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t=1,602	0,111
Ναι	1,93 ± 0,52		
Όχι	1,79 ± 0,51		

Από τον Πίνακα 6 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Γνωστική» του AFSS με την ηλικία ($p=0,012$), την επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών ($p=0,032$) αλλά και με τα χρόνια φροντίδας ($p=0,044$). Επισημαίνεται ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στίγματος ($M=2,15$) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Γνωστική» του AFSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών.

Πίνακας 7: Συσχέτιση του συνολικού σκορ της Κλίμακας AFSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ($n=164$).

Χαρακτηριστικά	«Συνολικό σκορ AFSS»		
	Mean ± SD	t/F/r	P value
Φύλο		t= 0,882	0,379

Γυναίκα	1,96 ± 0,48		
Άντρας	1,88 ± 0,50		
Ηλικία (έτη)		r= 0,192	0,014
Επίπεδο εκπαίδευσης		F= 0,900	0,497
Δεν έχω αποφοιτήσει			
Δημοτικό	2,20 ± 0,56		
Γυμνάσιο	2,02 ± 0,09		
Λύκειο	2,01 ± 0,54		
Τεχνική σχολή	1,90 ± 0,42		
ΤΕΙ	1,89 ± 0,58		
Πανεπιστήμιο	2,01 ± 0,49		
Μεταπτυχιακό	1,80 ± 0,37		
Οικογενειακή κατάσταση		F= 2,12	0,081
Άγαμος/η	1,84 ± 0,43		
Παντρεμένος/η	1,98 ± 0,49		
Διαζευγμένος/η	2,10 ± 0,55		
Χήρος/α	1,81 ± 0,13		
Άλλο	2,54 ± 1,03		
Επαγγελματική κατάσταση		F= 2,52	0,043
Δημόσιος υπάλληλος	2,17 ± 0,57		
Ιδιωτικός υπάλληλος	1,89 ± 0,47		
Ελεύθερος επαγγελματίας	1,77 ± 0,24		
Άνεργος	2 ± 0,50		
Άλλο	1,88 ± 0,40		
Τόπος κατοικίας		t= 1,06	0,288
Επαρχία	2,02 ± 0,50		
Πόλη	1,92 ± 0,48		
Οικονομική κατάσταση		F= 0,285	0,836
Πολύ καλή	1,90 ± 0,46		
Καλή	1,98 ± 0,51		
Μέτρια	1,90 ± 0,48		
Κακή	1,91 ± 0,13		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F= 1,54	0,148
Σύζυγος	2,10 ± 0,52		
Κόρη	2,01 ± 0,46		
Γιός	2,20 ± 0,50		
Αδερφή	1,80 ± 0,42		
Αδερφός	1,74 ± 0,44		

Σύντροφος	2,17 ± 0,54		
Πατέρας	2 ± 0,51		
Μητέρα	1,96 ± 0,54		
Άλλο	1,81 ± 0,39		
Διάγνωση του ασθενή		F= 0,451	0,812
Σχιζοφρένεια	1,91 ± 0,54		
Διπολική διαταραχή	1,96 ± 0,50		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	1,94 ± 0,49		
Ίδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	2,02 ± 0,58		
Άνοια	1,85 ± 0,37		
Άλλο	2 ± 0,49		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r= 0,168	0,032
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r= 0,117	0,137
Συγκατοίκηση		t= 1,73	0,085
Ναι	2,01 ± 0,50		
Όχι	1,88 ± 0,46		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t= -1,01	0,313
Ναι	1,87 ± 0,44		
Όχι	1,96 ± 0,49		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t= 1,74	0,084
Ναι	1,98 ± 0,49		
Όχι	1,84 ± 0,47		

Από τον Πίνακα 7 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνολικού σκορ της κλίμακας AFSS με την ηλικία ($p=0,014$), την επαγγελματική κατάσταση ($p=0,043$) και με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή ($p=0,032$). Επισημαίνεται ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στίγματος ($M=2,17$) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνολικού σκορ της κλίμακας AFSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών.

6.2.2 Σχέση Κοινωνικής Υποστήριξης και Ατομικών Χαρακτηριστικών

Πίνακας 8 : Συσχέτιση του σκορ της Υποκλίμακας «Σύντροφος» της MSPSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών (n=164).

Χαρακτηριστικά	Σύντροφος		t/F/r	P value
	Mean ± SD			
Φύλο			t= -0,310	0,757
Γυναίκα	5,45 ± 0,95			
Άντρας	5,50 ± 0,96			
Ηλικία (έτη)			r= -0,145	0,065
Επίπεδο εκπαίδευσης			F=0,684	0,662
Δεν έχω αποφοιτήσει				
Δημοτικό	5,19 ± 0,37			
Γυμνάσιο	5,50 ± 0,70			
Λύκειο	5,18 ± 0,82			
Τεχνική σχολή	5,65 ± 0,85			
ΤΕΙ	5,42 ± 0,97			
Πανεπιστήμιο	5,54 ± 0,95			
Μεταπτυχιακό	5,51 ± 1,22			
Οικογενειακή κατάσταση			F=0,774	0,544
Άγαμος/η	5,57 ± 0,89			
Παντρεμένος/η	5,45 ± 0,94			
Διαζευγμένος/η	5,27 ± 1,35			
Χήρος/α	4,88 ± 0,43			
Άλλο	5,25 ± 0,35			
Επαγγελματική κατάσταση			F=1,227	0,302
Δημόσιος υπάλληλος	5,16 ± 1,04			
Ιδιωτικός υπάλληλος	5,48 ± 0,96			
Ελεύθερος επαγγελματίας	5,73 ± 0,81			
Άνεργος	5,61 ± 0,89			
Άλλο	5,63 ± 0,83			
Τόπος κατοικίας			t= -1,351	0,089
Επαρχία	5,25 ± 1,06			
Πόλη	5,51 ± 0,92			
Οικονομική κατάσταση			F=0,858	0,464
Πολύ καλή	5,08 ± 1,29			

Καλή	5,41 ± 0,95		
Μέτρια	5,53 ± 0,93		
Κακή	5,64 ± 0,78		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F=0,893	0,524
Σύζυγος	5,30 ± 0,49		
Κόρη	5,13 ± 1,18		
Γιός	5,19 ± 0,94		
Αδερφή	5,69 ± 0,86		
Αδερφός	5,17 ± 0,93		
Σύντροφος	5,47 ± 0,83		
Πατέρας	5,38 ± 1,12		
Μητέρα	5,47 ± 0,99		
Άλλο	5,70 ± 0,94		
Διάγνωση του ασθενή		F=0,444	0,817
Σχιζοφρένεια	5,25 ± 0,83		
Διπολική διαταραχή	5,46 ± 1,15		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	5,43 ± 0,86		
Ίδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	5,53 ± 0,99		
Άνοια	5,61 ± 0,93		
Άλλο	5,44 ± 1,16		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r= -0,176	0,024
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r= -0,028	0,720
Συγκατοίκηση		t= -1,403	0,163
Ναι	5,35 ± 0,91		
Όχι	5,56 ± 0,98		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t=0,765	0,438
Ναι	5,57 ± 1,05		
Όχι	5,43 ± 0,92		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t= -1,011	0,313
Ναι	5,41 ± 0,95		
Όχι	5,57 ± 0,95		

Από τον Πίνακα 8 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Σύντροφος» της MSPSS με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή ($p=0,024$).

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Σύντροφος» της MSPSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών. Επισημαίνεται ότι φαίνεται μια οριακή τάση συσχέτισης της ηλικίας ($p=0,065$) με την υποκλίμακα «Σύντροφος» της MSPSS.

Πίνακας 9 : Συσχέτιση του σκορ της Υποκλίμακας «Οικογένεια» της MSPSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ($n=164$).

Χαρακτηριστικά	Οικογένεια		t/F/r	P value
	Mean ± SD			
Φύλο			t= -0,055	0,956
Γυναίκα	5,50 ± 1			
Άντρας	5,51 ± 1,02			
Ηλικία (έτη)			r= -0,143	0,068
Επίπεδο εκπαίδευσης			F=1,17	0,326
Δεν έχω αποφοιτήσει				
Δημοτικό	5,38 ± 0,75			
Γυμνάσιο	5,63 ± 0,88			
Λύκειο	5,06 ± 1,04			
Τεχνική σχολή	5,70 ± 0,89			
ΤΕΙ	5,54 ± 0,91			
Πανεπιστήμιο	5,53 ± 0,93			
Μεταπτυχιακό	5,64 ± 1,27			
Οικογενειακή κατάσταση			F=0,307	0,873
Άγαμος/η	5,59 ± 0,96			
Παντρεμένος/η	5,48 ± 1			
Διαζευγμένος/η	5,38 ± 1,34			
Χήρος/α	5,25 ± 0,45			
Άλλο	5,13 ± 1,17			
Επαγγελματική κατάσταση			F=1,626	0,170
Δημόσιος υπάλληλος	5,17 ± 1,07			
Ιδιωτικός υπάλληλος	5,53 ± 1,01			
Ελεύθερος επαγγελματίας	5,89 ± 0,78			
Άνεργος	5,43 ± 1,12			
Άλλο	5,81 ± 0,57			
Τόπος κατοικίας			t= -1,071	0,286
Επαρχία	5,33 ± 1,18			
Πόλη	5,54 ± 0,95			

Οικονομική κατάσταση		F=1,29	0,280
Πολύ καλή	5,05 ± 1,41		
Καλή	5,42 ± 1,09		
Μέτρια	5,59 ± 0,90		
Κακή	5,81 ± 0,73		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F=1,066	0,390
Σύζυγος	5,23 ± 0,71		
Κόρη	5,36 ± 1,92		
Γιός	4,91 ± 1,16		
Αδερφή	5,80 ± 0,81		
Αδερφός	5,17 ± 0,54		
Σύντροφος	5,47 ± 0,82		
Πατέρας	5,49 ± 1,17		
Μητέρα	5,52 ± 1,12		
Άλλο	5,72 ± 0,96		
Διάγνωση του ασθενή		F=0,240	0,944
Σχιζοφρένεια	5,39 ± 0,93		
Διπολική διαταραχή	5,50 ± 1,22		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	5,46 ± 0,87		
Ίδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	5,47 ± 1,03		
Άνοια	5,64 ± 1,01		
Άλλο	5,51 ± 1,20		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r= -0,249	0,001
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r= -0,056	0,473
Συγκατοίκηση		t= -1,743	0,083
Ναι	5,35 ± 0,97		
Όχι	5,63 ± 1,02		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t=0,651	0,516
Ναι	5,60 ± 1,07		
Όχι	5,48 ± 0,98		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t= -0,698	0,486
Ναι	5,47 ± 1		
Όχι	5,58 ± 1,01		

Από τον Πίνακα 9 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Οικογένειας» της MSPSS με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή ($p=0,001$).

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Οικογένειας» της MSPSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών. Επισημαίνεται ότι φαίνεται μια οριακή τάση συσχέτισης, της ηλικίας ($p=0,068$) με την υποκλίμακα «Οικογένεια» της MSPSS.

Πίνακας 10 : Συσχέτιση του σκορ της Υποκλίμακας «Φίλοι» της MSPSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ($n=164$).

Χαρακτηριστικά	Φίλοι		t/F/r	P value
	Mean ± SD			
Φύλο			t= -0,234	0,815
Γυναίκα	5,48 ± 1,05			
Άντρας	5,52 ± 1,09			
Ηλικία (έτη)			r= -0,107	0,173
Επίπεδο εκπαίδευσης			F= 0,676	0,669
Δεν έχω αποφοιτήσει				
Δημοτικό	5,25 ± 0,5			
Γυμνάσιο	5,88 ± 1,23			
Λύκειο	5,26 ± 1,05			
Τεχνική σχολή	5,77 ± 0,92			
ΤΕΙ	5,43 ± 0,95			
Πανεπιστήμιο	5,52 ± 1,05			
Μεταπτυχιακό	5,43 ± 1,33			
Οικογενειακή κατάσταση			F= 0,383	0,821
Άγαμος/η	5,55 ± 1,03			
Παντρεμένος/η	5,48 ± 1,77			
Διαζευγμένος/η	5,47 ± 1,43			
Χήρος/α	5,06 ± 0,42			
Άλλο	4,88 ± 0,17			
Επαγγελματική κατάσταση			F=1,459	0,217
Δημόσιος υπάλληλος	5,09 ± 1,26			
Ιδιωτικός υπάλληλος	5,54 ± 1,04			
Ελεύθερος επαγγελματίας	5,69 ± 0,86			
Άνεργος	5,59 ± 0,93			

Άλλο	5,78 ± 0,60		
Τόπος κατοικίας		t= -1,129	0,261
Επαρχία	5,29 ± 1,34		
Πόλη	5,53 ± 0,97		
Οικονομική κατάσταση		F= 2,78	0,043
Πολύ καλή	4,70 ± 1,47		
Καλή	5,41 ± 1,12		
Μέτρια	5,60 ± 0,93		
Κακή	5,89 ± 0,87		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F= 0,452	0,888
Σύζυγος	5,23 ± 0,79		
Κόρη	5,41 ± 1,28		
Γιός	5,25 ± 0,97		
Αδερφή	5,77 ± 0,97		
Αδερφός	5,39 ± 1		
Σύντροφος	5,75 ± 0,85		
Πατέρας	5,53 ± 1,33		
Μητέρα	5,39 ± 1,18		
Άλλο	5,59 ± 0,93		
Διάγνωση του ασθενή		F= 0,265	0,932
Σχιζοφρένεια	5,39 ± 1,20		
Διπολική διαταραχή	5,32 ± 1,25		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	5,58 ± 0,93		
Ίδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	5,57 ± 1,09		
Άνοια	5,53 ± 1,04		
Άλλο	5,38 ± 0,98		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r= -0,214	0,006
Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		r= 0,004	0,960
Συγκατοίκηση		t= -0,716	0,475
Ναι	5,43 ± 1,06		
Όχι	5,54 ± 1,06		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		t= 0,192	0,848
Ναι	5,52 ± 1,08		
Όχι	5,48 ± 1,05		

Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		t= 0,039	0,969
Ναι	5,49 ± 1,06		
Όχι	5,49 ± 1,05		

Από τον Πίνακα 10 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Φίλοι» της MSPSS με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή (p=0,006) και με την οικονομική κατάσταση (p=0,043), εμφανίζοντας υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αυτοί που έχουν κακή οικονομική κατάσταση (M=5,89) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της υποκλίμακας «Φίλοι» της MSPSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών.

Πίνακας 11: Συσχέτιση του συνολικού σκορ της Κλίμακας MSPSS με τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών (n=164).

Χαρακτηριστικά	«Συνολικό σκορ MSPSS»		
	Mean ± SD	t/F/r	P value
Φύλο		t= -0,449	0,654
Γυναίκα	5,48 ± 0,96		
Άντρας	5,62 ± 1,02		
Ηλικία (έτη)		r= -0,138	0,079
Επίπεδο εκπαίδευσης		F= 0,827	0,551
Δεν έχω αποφοιτήσει			
Δημοτικό	5,27 ± 0,54		
Γυμνάσιο	5,67 ± 0,94		
Λύκειο	5,16 ± 0,97		
Τεχνική σχολή	5,70 ± 0,86		
ΤΕΙ	5,46 ± 0,88		
Πανεπιστήμιο	5,59 ± 0,99		
Μεταπτυχιακό	5,51 ± 1,21		
Οικογενειακή κατάσταση		F= 0,972	0,425
Άγαμος/η	5,56 ± 0,90		
Παντρεμένος/η	5,48 ± 0,95		

Διαζευγμένος/η	5,37 ± 1,34		
Χήρος/α	4,81 ± 0,27		
Άλλο	6,29 ± 1,83		
Επαγγελματική κατάσταση		F= 1,99	0,099
Δημόσιος υπάλληλος	5,13 ± 1,09		
Ιδιωτικός υπάλληλος	5,51 ± 0,96		
Ελεύθερος επαγγελματίας	5,89 ± 0,80		
Άνεργος	5,47 ± 0,95		
Άλλο	5,86 ± 0,72		
Τόπος κατοικίας		t= -1,38	0,170
Επαρχία	5,28 ± 1,15		
Πόλη	5,55 ± 0,92		
Οικονομική κατάσταση		F= 2,01	0,115
Πολύ καλή	4,84 ± 1,30		
Καλή	5,44 ± 1,05		
Μέτρια	5,57 ± 0,87		
Κακή	5,78 ± 0,77		
Πολύ κακή			
Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή		F= 0,942	0,484
Σύζυγος	5,25 ± 0,63		
Κόρη	5,30 ± 1,17		
Γιός	4,99 ± 0,98		
Αδερφή	5,75 ± 0,84		
Αδερφός	5,25 ± 0,75		
Σύντροφος	5,56 ± 0,76		
Πατέρας	5,44 ± 1,16		
Μητέρα	5,48 ± 1,08		
Άλλο	5,72 ± 0,93		
Διάγνωση του ασθενή		F= 0,292	0,917
Σχιζοφρένεια	5,34 ± 0,96		
Διπολική διαταραχή	5,42 ± 1,18		
Καταθλιπτικό επεισόδιο	5,55 ± 0,90		
Ίδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	5,52 ± 1		
Άνοια	5,60 ± 0,96		
Άλλο	5,38 ± 1,03		
Χρόνια φροντίδας του ασθενή		r= -0,233	0,003

Ωρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως		$r = -0,041$	0,605
Συγκατοίκηση		$t = -1,36$	0,177
Ναι	$5,38 \pm 0,93$		
Όχι	$5,59 \pm 1,01$		
Απασχόληση έμμισθου φροντιστή		$t = 0,616$	0,538
Ναι	$5,58 \pm 1,03$		
Όχι	$5,47 \pm 0,96$		
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία		$t = -0,829$	0,409
Ναι	$5,45 \pm 0,96$		
Όχι	$5,58 \pm 1,01$		

Από τον Πίνακα 11 προκύπτουν τα εξής:

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της συνολικής κλίμακας της κοινωνικής υποστήριξης MSPSS με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή ($p=0,003$).

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ της συνολικής κλίμακας της κοινωνικής υποστήριξης MSPSS με τα άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών.

6.2.3 Σχέση Στίγματος και Κοινωνικής Υποστήριξης

Πίνακας 12: Συσχέτιση της Κλίμακας Στίγματος (AFSS) με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) των φροντιστών ($n=164$).

Κλίμακα AFSS	Κλίμακα MSPSS			
	Σύντροφος	Οικογένεια	Φίλοι	Σύνολο MSPSS
Συναισθηματική	-0,469***	-0.527***	-0.495***	-0.500***
Συμπεριφορική	-0,404***	-0.475***	-0.454***	-0.444***
Γνωστική	-0.470***	-0.526***	-0.494***	-0.505***
Σύνολο AFSS	-0.482***	-0.545***	-0.512***	-0.517***

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r).

Από τον Πίνακα 12 προκύπτουν τα εξής:

Η «Συναισθηματική» της Κλίμακας AFSS σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με τον «Σύντροφο» (αρνητική σχέση, $r=-0,469$ $p<0.001$), την «Οικογένεια» (αρνητική σχέση, $r=-0,527$ $p<0.001$) και τον «Φίλο» (αρνητική σχέση, $r=-0,495$ $p<0,001$), όσο και με το συνολικό σκορ της κλίμακας MSPSS (αρνητική σχέση, $r=-0,500$ $p<0.001$). Ειδικότερα, όσο μειώνεται η συναισθηματική

του στίγματος τόσο μειωνόταν η συχνότητα εκδήλωσης και σημαντικότητα όλων των διαστάσεων - υποκλιμάκων αλλά και η συνολική κοινωνική υποστήριξη.

Η «**Συμπεριφορική**» της **Κλίμακας AFSS** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με τον «Σύντροφο» (αρνητική σχέση, $r=-0,404$ $p<0.001$), την «Οικογένεια» (αρνητική σχέση, $r=-0,475$ $p,0.001$) και τον «Φίλο» (αρνητική σχέση, $r=-0,454$ $p<0,001$), όσο και με το συνολικό σκορ της κλίμακας MSPSS (αρνητική σχέση, $r=-0,444$ $p<0.001$). Ειδικότερα, όσο μειώνεται η συμπεριφορική του στίγματος τόσο μειωνόταν η συχνότητα εκδήλωσης και σημαντικότητα όλων των διαστάσεων - υποκλιμάκων αλλά και η συνολική κοινωνική υποστήριξη.

Η «**Γνωστική**» της **Κλίμακας AFSS** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με τον «Σύντροφο» (αρνητική σχέση, $r=-0,470$ $p<0.001$), την «Οικογένεια» (αρνητική σχέση, $r=-0,526$ $p,0.001$) και τον «Φίλο» (αρνητική σχέση, $r=-0,494$ $p<0,001$), όσο και με το συνολικό σκορ της κλίμακας MSPSS (αρνητική σχέση, $r=-0,505$ $p<0.001$). Ειδικότερα, όσο μειώνεται η γνωστική του στίγματος τόσο μειωνόταν η συχνότητα εκδήλωσης και σημαντικότητα όλων των διαστάσεων - υποκλιμάκων αλλά και η συνολική κοινωνική υποστήριξη.

Το **συνολικό σκορ της Κλίμακας AFSS** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με τον «Σύντροφο» (αρνητική σχέση, $r=-0,482$ $p<0.001$), την «Οικογένεια» (αρνητική σχέση, $r=-0,545$ $p<0.001$) και τον «Φίλο» (αρνητική σχέση, $r=-0,512$ $p<0.001$), όσο και με το συνολικό σκορ της κλίμακας MSPSS (αρνητική σχέση, $r=-0,517$ $p<0.001$). Ειδικότερα, όσο μειώνεται η συνολική του στίγματος των φροντιστών τόσο μειωνόταν η συχνότητα εκδήλωσης και σημαντικότητα όλων των διαστάσεων - υποκλιμάκων αλλά και η συνολική κοινωνική υποστήριξη.

7. Συμπεράσματα-συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα σκιαγραφήθηκε το προφίλ των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο, στη Λάρισα και διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό τους αποτελούνταν από γυναίκες 74% και άντρες 26%, όπου η μέση ηλικία των φροντιστών τους ήταν 37,9 έτη και τυπική απόκλιση ίση με 11,15. Το μεγαλύτερο μέρος των φροντιστών ήταν έγγαμοι, σε ποσοστό 40,2% και ως προς την επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών αυτών εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα το 59,1% ενώ ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο το 26,2% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου, το 19,5% απόφοιτοι τεχνικής σχολής και το 17,1% απόφοιτοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών έμεναν στην πόλη, το 81,1% και όσον αφορά στην οικονομική τους κατάσταση το 51,2% απάντησε ότι βρίσκονταν σε μέτρια και το 36,6% σε καλή οικονομική κατάσταση, με το 66,5% να δηλώνει μεταβολή της οικονομικής του κατάστασης τα τελευταία 3 χρόνια. Αναφορικά με το βαθμό συγγένειας των συμμετεχόντων με τον ασθενή, στην παρούσα μελέτη, η πλειοψηφία των φροντιστών,

(25,6%), είχαν κάποια άλλη συγγένεια με τον ασθενή, το 22% ήταν μητέρα και το 10,4% πατέρας. Το 9,8% αδερφή, 8,5% κόρη αλλά υπήρχε και συντροφική σχέση στο ίδιο ποσοστό και το 4,9% ήταν σύζυγοι και γιοί των φροντιστών. Οι φροντιστές απάντησαν στην ερώτηση με βάση τη διάγνωση του ασθενή και η πλειοψηφία 25,6% είχαν ασθενή με καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι 40 (24,4%) είχαν άνοια, το 14,6% σχιζοφρένεια και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το 17,4% είχαν διπολική διαταραχή και οι 17 (10,4%) ασθενείς είχαν κάποια άλλη ψυχική διάγνωση. Το 45,1% συγκατοικούσαν με τον ασθενή. Τέλος, με βάση τη διάγνωση του ασθενή βρέθηκε σε άλλες μελέτες ότι οι συχνές ψυχικές ασθένειες μεταξύ των ασθενών που μελετήθηκαν ήταν διπολική διαταραχή (48%), σχιζοφρένεια (42,8%) και κατάθλιψη (6,8%) μεγαλύτερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών από την παρούσα εργασία.

Για τα έτη φροντίδας οι 43 (26,2%) απάντησαν 2 χρόνια φροντίδας του ασθενή με μέση τιμή τα 4,36 έτη και τυπική απόκλιση 4,2 έτη, ενώ για τις ώρες καθημερινής φροντίδας η ελάχιστη τιμή είναι 0 ώρες και μέγιστη τιμή 25 ώρες ημερησίως, με μέση τιμή 7,25 ώρες και τυπική απόκλιση 6,4 ώρες. Μόνο το 23,8% των φροντιστών δήλωσαν ότι απασχολούσαν έμμισθο φροντιστή.

Σε μελέτη των Yun et al, (2018) από τους 132 συμμετέχοντες οι γυναίκες 68,2% και ως επί το πλείστον ήταν παντρεμένοι 65,2% και η μέση ηλικία ήταν 43 έτη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν λάβει εκπαίδευση μέχρι το δευτεροβάθμιο επίπεδο 48,5% και οι κύριοι φροντιστές που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν γονείς ασθενών με ψυχικές ασθένειες το 39,4%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν λάβει εκπαίδευση μέχρι το δευτεροβάθμιο επίπεδο το (48,5%) αλλά είχαν μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από το 36% του δείγματος. Οι κύριοι φροντιστές που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν γονείς ασθενών με ψυχικές ασθένειες (39,4%). Σε αντίθεση με την μελέτη των Saffari et al, (2019) περίπου το ένα τρίτο των φροντιστών ήταν άνδρες (32,9%) και οι μισοί ήταν παντρεμένοι 48,1%. Για τους φροντιστές, η μέση ηλικία τους ήταν 59,4 οι περισσότεροι φροντιστές ήταν παιδιά (61,2%) ή σύζυγοι (32,0%) των ασθενών.

Ακόμη σε αντίστοιχη μελέτη των Chang et al, (2016) η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν 52,80 με τυπική απόκλιση 12,18 έτη και η διάρκεια της φροντίδας ήταν 2,45 με τυπική απόκλιση 2,43 έτη, με μέσο όρο 10,09% ώρες φροντίδας την ημέρα. Υπήρχαν ελαφρώς περισσότερες γυναίκες (53,1%) από τους άνδρες που φροντίζουν το (46,9%). Περίπου το ένα τρίτο των φροντιστών (33,9%) είχαν ολοκληρώσει το γυμνάσιο και περίπου το (34,3%) είχε συμπληρώσει ένα έτος ή περισσότερο στο κολέγιο. Τα τρία τέταρτα (76%) των φροντιστών ήταν παντρεμένοι και περισσότεροι από τους μισούς (61,6%) ήταν παιδιά του ασθενούς. Οι περισσότεροι φροντιστές το (71,2%) ζούσαν με τους ασθενείς και οι περισσότεροι ήταν οι κύριοι φροντιστές (83,8%).

Παρατηρούμε ότι στη μελέτη των Grover et al, (2019) υπήρχε σχεδόν ίση κατανομή των φροντιστών που ήταν σε αμειβόμενη εργασία και εκείνων που δεν ήταν σε αμειβόμενη εργασία. Όσον αφορά τη σχέση με τους ασθενείς, σχεδόν οι μισοί από τους φροντιστές ήταν σύζυγοι (54,4%) και αυτό ακολούθησαν οι γονείς (22,4%). Η μέση διάρκεια της παρουσίας στο ρόλο του φροντιστή ήταν 10,12

με τυπική απόκλιση (7,89) χρόνια και η μέση διάρκεια του χρόνου πρόσωπο με πρόσωπο που αφιερώθηκε στη φροντίδα ήταν 0,42 με τυπική απόκλιση (1,72) ώρες την ημέρα. Οι φροντιστές είχαν συνοδεύσει τον ασθενή για περισσότερο από το 90% των επισκέψεων στο νοσοκομείο τους τελευταίους 6 μήνες. Επίσης, το 51,9% των φροντιστών δεχόταν βοήθεια από διαφορετικά μέλη της οικογένειας ή από άλλους συγγενείς. Στη μελέτη των Souza et al, (2017), το 41,3% των φροντιστών είχε συζυγική σχέση με τον ασθενή και το 14,6% ήταν γονείς του ασθενή. Ταυτόχρονα, στην ίδια μελέτη, το 72,6% των φροντιστών συγκατοικούσε με τον ασθενή και μόνο το 31% των φροντιστών λάμβανε βοήθεια στη φροντίδα (Souza et al, 2017).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα από τις αντίστοιχες βιβλιογραφίες όπου έχουν χρησιμοποιηθεί για την συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο βλέπουμε πως τα χαρακτηριστικά των φροντιστών δεν διαφέρουν από τις άλλες διεθνείς έρευνες για τους φροντιστές όσον αφορά στο φύλο όπου το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες από ότι άντρες, αλλά και με βάση την ηλικία των φροντιστών κυμαίνονται στα ίδια περίπου έτη, ενώ υπάρχει μεγάλη διαφορά στα χρόνια και τις ώρες παρεχόμενης φροντίδας των ασθενών. Είναι αξιοσημείωτο ότι στο μεγαλύτερο αριθμό ερευνών γίνεται αναφορά στη φροντίδα ατόμων με άνοια όπως για παράδειγμα στη μετα-ανάλυση των Pinquart και Sörensen που περιελάμβανε 228 μελέτες για τους φροντιστές, συμπεριλαμβανομένων και φροντιστών ατόμων με νόσο Alzheimer (43%). Βρέθηκε ότι το 73% ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 59,5 έτη, με το 66% να συγκατοικεί με τον ασθενή. Σε αυτή τη μετα-ανάλυση το 45,8% είχαν συζυγική σχέση με τον πάσχοντα, ενώ το 43,8% το ρόλο του φροντιστή αναλάμβαναν τα ενήλικα τέκνα του. Από άποψη εκπαίδευσης το 69% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι φροντιστές ανέφεραν κατά μέσο όρο 53,9 μήνες φροντίδας (SD=18,9) και 35 ώρες/εβδομάδα, δηλαδή 4,49 έτη και 5 ώρες/ημέρα και παρατηρούμε κάποιες διαφορές διότι η πρωτότυπη κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για ανοϊκούς ασθενείς και δεν υπάρχει αντίστοιχη μελέτη για το στίγμα των φροντιστών με ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Αναφορικά με την κλίμακα AFSS, που χρησιμοποιήθηκε, αξίζει να παρουσιαστεί η μέση τιμή του συνολικού σκορ της κλίμακας και των επιμέρους διαστάσεων αυτής. Ειδικότερα, του συνολικού σκορ της κλίμακας ήταν η $M=1,94$ με ελάχιστη τιμή 3, μέγιστη 8 και τυπική απόκλιση 0,48. Επίσης, η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του ερωτηματολογίου στίγματος (AFSS) προσδιοριζόμενη με το συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,961$ για το σύνολο της κλίμακας, τιμή $>0,70$ γεγονός που δηλώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων της συνολικής κλίμακας. Ο συναισθηματικός παράγοντας είχε $M=1,96$, ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη τιμή 3,29 και τυπική απόκλιση 0,49, ο συμπεριφορικός παράγοντας είχε $M=1,96$, ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη τιμή 3,25 και τυπική απόκλιση 0,50 ενώ ο γνωστικός παράγοντας είχε $M=1,88$, ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη τιμή 3,43 και τυπική απόκλιση 0,52. Από τη συσχέτιση της κλίμακας του στίγματος με τα χαρακτηριστικά του φροντιστή (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική απασχόληση, τόπος κατοικίας, οικονομική κατάσταση, βαθμό συγγένειας και

διάγνωση του ασθενή) βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση του συναισθηματικού παράγοντα με την ηλικία (Pearson=0,170, $p=0,029$) αλλά και του γνωστικού παράγοντα με την ηλικία του φροντιστή (Pearson=0,197, $p=0,012$). Ακόμη παρατηρούμε να υπάρχει οριακή συσχέτιση του συμπεριφορικού παράγοντα με την επαγγελματική απασχόληση (Pearson=2,358, $p=0,056$) αλλά και του γνωστικού παράγοντα με την επαγγελματική απασχόληση (Pearson=2,709, $p=0,032$). Με τα χαρακτηριστικά της φροντίδας (έτη φροντίδας, ώρες φροντίδας ημερησίως, συγκατοίκηση με τον ασθενή, απασχόληση έμμισθου φροντιστή και μεταβολή της οικονομικής κατάστασης του φροντιστή την τελευταία τριετία) βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση του συμπεριφορικού παράγοντα με τα χρόνια φροντίδας (Pearson=0,173, $p=0,027$) αλλά και οριακή συσχέτιση με την μεταβολή της οικονομικής κατάστασης την τελευταία τριετία (Pearson=1,932, $p=0,055$). Ακόμη παρατηρούμε συσχέτιση του γνωστικού παράγοντα με τα χρόνια φροντίδας (Pearson=0,158, $p=0,044$). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα βλέπουμε ότι οι υποκλίμακες του στίγματος σχετίζονται με την ηλικία, με την επαγγελματική απασχόληση και με τα έτη φροντίδας του ασθενή. Στη μελέτη Grover et al, 2019 η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 2,24 με τυπική απόκλιση (0,51). Όσον αφορά τον συναισθηματικό παράγοντα, η $M=2,25$, με τυπική απόκλιση (0,49), ο γνωστικός παράγοντας είχε $M=2,25$, με τυπική απόκλιση (0,54) και ο παράγοντας της συμπεριφοράς είχε $M=2,23$, με τυπική απόκλιση (0,55) ήταν ελαφρώς μικρότερος από τους άλλους δύο τομείς. Οι φροντιστές που είχαν μικρότερο εισόδημα και που περνούσαν λιγότερο χρόνο με τον ασθενή ανέφεραν υψηλότερο στίγμα στον συναισθηματικό τομέα (Pearson=-0,237, $p=0,016$), καθώς υψηλότερο στίγμα στον γνωστικό τομέα αναφέρθηκε από φροντιστές με χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα (Pearson=-0,200, $p=0,043$). Καμία από τις άλλες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των φροντιστών (δηλαδή, το φύλο, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, ο βαθμός συγγένειας, κ.λπ.) δεν είχε σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους τομείς της κλίμακας. Διαπιστώνουμε ότι τα αποτελέσματα της εργασίας μας όσον αφορά στα δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών αλλά και την συσχέτιση των παραγόντων της κλίμακας με αυτά δε διαφέρουν πολύ από τις άλλες διεθνείς μελέτες για τους φροντιστές.

Όσον αφορά στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης αξίζει να παρουσιαστεί το συνολικό σκορ με $M=5,49$, ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη τιμή 3 και τυπική απόκλιση 0,97. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του ερωτηματολογίου κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS) προσδιοριζόμενη με το συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,948$ για το σύνολο της κλίμακας, τιμή $>0,70$ γεγονός που δηλώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων της συνολικής κλίμακας. Ο παράγοντας του συντρόφου είχε $M=5,46$, ελάχιστη τιμή 3, μέγιστη τιμή 7 και τυπική απόκλιση 0,95, ο παράγοντας της οικογένειας είχε $M=5,50$, ελάχιστη τιμή 2,5, μέγιστη τιμή 7 και τυπική απόκλιση 1 και ο παράγοντας του φίλου $M=5,49$, ελάχιστη τιμή 2,25, μέγιστη τιμή 7 και τυπική απόκλιση 1,05. Παρατηρούμε στην παρούσα μελέτη ότι με τα χαρακτηριστικά του φροντιστή (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική απασχόληση, τόπος κατοικίας, οικονομική κατάσταση, βαθμό συγγένειας και διάγνωση του ασθενή) βρέθηκε συσχέτιση στην

υποκλίμακα «Φίλοι» ($p=0,043$). Στη μελέτη των Wang et al, (2021) χρησιμοποιώντας την κλίμακα MSPSS ήταν 449 οικογενειακοί φροντιστές όπου συμπλήρωσαν την έρευνα με μέσο όρο ηλικίας (60,09%) με τυπική απόκλιση 12,28%, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι ή συζούσαν (75,72%) και άνεργοι (85,52%). Πάνω από τους μισούς ήταν γυναίκες (54,12%), και ο βαθμός συγγένειας ήταν γονείς (56,57%) που φρόντιζαν ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ακόμη, στην παρούσα εργασία των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο, όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της φροντίδας (έτη φροντίδας, ώρες φροντίδας ημερησίως, συγκατοίκηση με τον ασθενή, απασχόληση έμμισθου φροντιστή και μεταβολή της οικονομικής κατάστασης του φροντιστή την τελευταία τριετία) βλέπουμε ότι υπάρχει συσχέτιση στον παράγοντα του συντρόφου με τα χρόνια φροντίδας ($Pearson=-0,176$, $p=0,024$), στον παράγοντα της οικογένειας με τα χρόνια φροντίδας ($Pearson=-0,249$ $p=0,001$) και συσχέτιση στον παράγοντα του φίλου με τα έτη φροντίδας ($Pearson=-0,214$ $p=0,006$). Με βάση τα δεδομένα της μελέτης βλέπουμε ότι η κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζεται αρνητικά με τα χρόνια φροντίδας του ασθενή. Σε αντίστοιχη μελέτη των Zimet et al, 2017 από του 69 φροντιστές οι γυναίκες ήταν (63,3%), η μέση ηλικία ήταν 52,2 με τυπική απόκλιση 13,2 έτη, η μέση διάρκεια φροντίδας ήταν 14,6 με τυπική απόκλιση 10,2 έτη. Από τους 69, οι 33 φροντιστές (30,3%) ήταν μητέρες, 14 φροντιστές (12,8%) ήταν σύζυγοι, 10 φροντιστές (9,2%) ήταν παιδιά, 18 φροντιστές (16,5%) ήταν πατέρες και 31 φροντιστές (28,4%) ήταν αδέρφια. Ο αριθμός των φροντιστών που εργάζονταν ήταν 29 (26,6%) και ο αριθμός των έγγαμων ήταν 67 (61,5%). Επίσης, παρατηρούμε ότι όχι μόνο οι συνολικές κλίμακες AFSS και MSPSS παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους ($r=-0,517$), αλλά και οι επιμέρους υποκλίμακες μεταξύ τους.

Η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη στο είδος της, μελέτη στην Ελλάδα και δύναται να αποτελέσει, το έναυσμα για επιπλέον μελέτη στο θέμα που πραγματεύεται. Οι περιορισμοί της μελέτης προκύπτουν από το συγχρονικό της χαρακτήρα που δεν δίνει τη δυνατότητα για εξαγωγή αιτιωδών σχέσεων και συμπερασμάτων καθώς ούτε και τη διερεύνηση της δυναμικής φύσης των μελετώμενων εννοιών και του τρόπου που οι σχέσεις διαμορφώνονται με το πέρασ του χρόνου. Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας της μελέτης ήταν ότι η επιλογή του δείγματος δεν ήταν τυχαία, αν και οι προσπάθειες για να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερο ήταν μεγάλες (ιδιωτική ψυχιατρική κλινική της Λάρισας). Το πλήθος του δείγματος (164 φροντιστές) δε μας δίνει τη δυνατότητα να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα. Επίσης, το ποσοστό των ερωτηθέντων αντρών φροντιστών (26%) είναι αρκετά μικρότερο σε σχέση με των γυναικών (74%). Για τους παραπάνω λόγους, δε δύναται να αποκλειστεί πιθανό σφάλμα επιλογής (selection bias). Άλλος πιθανός περιορισμός της έρευνας είναι το λεγόμενο σφάλμα πληροφωρίας το οποίο προκύπτει από λανθασμένες πληροφορίες που πιθανόν να δόθηκαν για διάφορους λόγους από τους ερωτηθέντες, που οι ερευνητές δεν είναι εις θέση να τις επαληθεύσουν με αντικειμενικά κριτήρια.

Θα πρέπει κλείνοντας να γίνει αναφορά στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, που είναι πιθανό να μετριάζεται από τη σύγκριση με άλλες έρευνες οι οποίες είχαν διαφορετικούς ερευνητικούς στόχους,

διαφορετική ακολουθούμενη μέθοδο και άλλο μέγεθος δείγματος. Συμπερασματικά, απαιτείται περισσότερη έρευνα στα χαρακτηριστικά των φροντιστών ατόμων με ψυχική ασθένεια, του στίγματος και της κοινωνικής υποστήριξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελόπουλος Ν. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική, Α' Τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2009: 5-11

Γιαννακόπουλος Β.,(2017) <https://truepsychotherapy.gr>

Γενική γραμματεία Ενημέρωσης και Επικοινωνίας (2007) Ψυχική Ασθένεια και ΜΜΕ: Οδηγός για τους επαγγελματίες των Μ.Μ.Ε. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ

Γρηγοριάδου, Ε., Αμπατζή, Ε., & Γεωργάκα, Ε. (2012). Involuntary commitment to a psychiatric institution: From the spirit of the law to the reality of its implementation. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 19(1), 80-102.

Θεοφίλου, Π. Α. (2015). Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Ιακωβίδης Ι., (2014). Εχεμύθεια Ηθική και Δεοντολογία στην ψυχική Υγεία. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας. *Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα.*

Κοτρώτσιου Σ. και συν, Παραλίκας Θ. Παπαθανασίου Ι. Λαχανά ΕΣ. & Κυπαρίσση Γ. (2015). Η έννοια της φροντίδας. Βήμα Ασκληπιού, 7(2008), 57–71

Μαδιάνος Μ., (1997). «Η ψύχωση στη κοινότητα: Σχέδιο για ένα πρότυπο κοινοτικής ψυχοθεραπείας». Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 65.

Μαδιανός Μ., (2005). Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ.(2006) Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή. 6η έκδοση. Αθήνα: Καστανιώτη

Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία : Κλινικής Ψυχιατρικής, Αναθεωρημένη Έκδοση, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις UniversityStudioPress, 2008: 17-32.

Μοσχονάς Δ. 2009 «Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις για αυτό», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιανουάριος – Φεβρουάριος _ Μάρτιος τεύχος Νο 105, σελ. 11 – 15

- Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994). Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- Μπαμπινιώτης, Γ., (2002), Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε, Αθήνα
- Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (2012), Ενημέρωση για τη Σχιζοφρένεια Καταπολέμηση του Στίγματος και των Διακρίσεων, Information about Schizophrenia Relevant to Programme Implementation, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- Παπαδημητρίου ΝΓ. Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Ψυχιατρική. 2008; 19(3)
- Παπαδημητρίου Γ. Γενετική των Ψυχικών διαταραχών. Στο Ψυχική υγεία Σύγχρονες προσεγγίσεις-προβληματισμοί. Αθήνα, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2011
- Πασματζή, Ε., Κουλιεράκης, Γ. & Γιαγλής, Γ. (2016). Αυτό-στιγματισμός, αυτοεκτίμηση και αυτεπάρκεια των ψυχικά ασθενών. Ψυχιατρική, Τόμος 27, Τεύχος 4, σσ. 243- 252.
- Ποντισίδης, Γ., & Μπελλάλη, Θ. (2015). Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(4), 6-16.
- Π.Ο.Υ. (1992). Υγεία για όλους (επιστημονική επιμέλεια- μετάφραση Ε. Κορνάρου).
- Τσαλίκोगλου, Φ. (1987). Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. *Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης*.
- Υπουργείο Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης (2004), Με το Ψυχαργός για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, ΜΥΠ, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός», Β΄ Φάση», Αθήνα:2004.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – πρόνοια 2000 – 2006». Μεθοδολογία Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης & Καταπολέμησης των Προκαταλήψεων για την Ψυχική Νόσο. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β΄ Φάση, Αθήνα, Μάρτιος 2004

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agrawal, G. J. (2013). Burden among caregivers of mentally-ill patients: A rural community-based study. *Int J Res Dev Health*, 1(2), 29-34.
- Alliance, F. C. (2003). Women and caregiving: Facts and figures. Retrieved on, 4(2), 16.

- Anglin, D. M., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(6), 857–862
- Arboleda-Florez, J. (2002). What causes stigma?. *World Psychiatry*, 1(1), 25.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Balasubramanian, N. (2013). Care of schizophrenic patient is a burden among primary caregivers. *International Journal of Nursing Education*, 5(1), 30.
- Balfour, M. E., Carson, C. A., & Williamson, R. (2017). Alternatives to the emergency department. *Psychiatric Services*, 68(3), 306-306.
- Barth, J., Schneider, S., & Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 229-238.
- Biernat M. & Dovidio J.F. (2000). Stigma and stereotypes. In T.F.Heatherton, R. Kleck, M. Helb & J. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 88-125). New York: Guilford Press
- Björkman, T., Svensson, B., Lundberg, B. Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Phychiatric*, 61(5): 332-338 (2007)
- Bruns D.P., Kraguljac N.V., Bruns T.R. COVID-19: facts, cultural considerations, and risk of stigmatization. *J TranscultNurs*. 2020;31(4):326–332.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 1-5.
- Carter, R. E., & Carter, C. A. (1994). Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family Therapy*, 22(4), 315-326.
- Celder, M. C., Lopez-Ibor, J. J., & Andreasen, N. (2012). Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική. *Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης*. Αθήνα
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), 221.

- Chang, C. C., Su, J. A., & Lin, C. Y. (2016). Using the Affiliate Stigma Scale with caregivers of people with dementia: psychometric evaluation. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), 1-8.
- Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., A., Penn, D., (2001), Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness, *Psychiatric Services*. Vol. 52 No. 7
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P.W. & Rao, D. (2012). On the self- stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 57 (No 8), pp. 464- 469.
- Crisp, A.H. (1999). The stigmatization of sufferers with mental disorders. *Br J Gen Pract*;49:3-4
- Dinos S, Stevens S., Serfaty M., Weich S. King M., (2004), Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: Qualitative study, *BJP*. 184:176 – 181.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 25(2), 115-152.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American journal of community psychology*, 26(5), 775-802.
- Ebrahim, O. S., Al-Attar, G. S., Gabra, R. H., & Osman, D. M. (2020). Stigma and burden of mental illness and their correlates among family caregivers of mentally ill patients. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(1), 1-9.
- Galderisi S. et al, Heinz A. Kastrup M, Beezhold J, & Sartorius N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- George, E. S., Kecmanovic, M., Meade, T., & Kolt, G. S. (2020). Psychological distress among carers and the moderating effects of social support. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-9.
- Girdler, S. J., Confino, J. E., & Woesner, M. E. (2019). Exercise as a treatment for schizophrenia: a review. *Psychopharmacology bulletin*, 49(1), 56.
- Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1963.
- Goffman E. ΣΤΙΓΜΑ Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας. Μετάφραση από το πρωτότυπο (Prentice Hall, 1963) Μακρυσιώτη. Δ. Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, 2011.

- Goffman E (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Touchstone.
- Goodhead, A. & McDonald, J. (2007). *Informal Caregivers Literature Review – A report prepared for the National Health Committee, Health Services Research Centre, Victoria University of Wellington*
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Grover, S., Aneja, J., Hazari, N., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Stigma and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(5), 455-461.
- Hogan, M. F., & Goldman, M. L. (2021). New opportunities to improve mental health crisis systems. *Psychiatric Services*, 72(2), 169-173.
- IFRC, UNICEF WHO . 2020. *Social Stigma Associated with COVID-19 A Guide to Preventing and Addressing*
- Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., ... & Priebe, S. (2011). Family caregivers' experiences of involuntary psychiatric hospital admissions of their relatives—a qualitative study. *PloS one*, 6(10), e25425.
- Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H. A., Chatterjee, S., ... & Thornicroft, G. (2017). Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine*, 178, 66-77.
- Lefley, H. P. (1987). *Behavioral manifestations of mental illness*.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, Vol. 52 (No 1), pp. 96- 112.
- Link, B.G., Cullen, F. & Struening, E. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, Vol. 54 (No 3), pp. 400- 423.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B., G., Yang, L., H., Phelan, J., C., Collins, P., Y. (2004). Measuring Mental, Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Livingston, J.D. & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta- analysis. *Social Science in Medicine*, Vol. 71 (No 12), pp. 2150- 2161.

- Mak, W. W., & Cheung, R.Y. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 21(6), 532-545.
- Malhotra, M. (2016). Burden among caregivers of mentally-ill patients: a review. *Int J Multidiscip Curr Res*, 4, 109-18.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2008). *Bipolar disorder*. John Wiley & Sons Inc.
- Monnapula-Mazabane, P., & Petersen, I. (2021). Mental health stigma experiences among caregivers and service users in South Africa: a qualitative investigation. *Current psychology*, 1-13.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 498.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet*, 381(9878), 1663-1671.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128.
- Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., Landry, S., (2007). «The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness» *Journal of Mental Health*. 16(3):415-429.
- Pusey-Murray, A., & Miller, P. (2013). 'I need help': caregivers' experiences of caring for their relatives with mental illness in Jamaica. *Mental health in family medicine*, 10(2), 113.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current psychiatry reports*, 21(2), 1-7.

- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (4), 335 – 343
- REMSCHMIDT, H., Schulz, E., & MARTIN, P. M. (1994). An open trial of clozapine in thirty-six adolescents with schizophrenia. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4(1), 31-41.
- Ritsher, J., B., Otilingam, P.,G., Grajales, M., (2003), Internalized stigma of mental illness: sychrometric properties of a new measure, *Psychiatry Res* 2003, 121:31–49
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. & Grajales, M. (2013). Internalized stigma and mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatric research*, Vol. 121 (No 1), pp. 31- 49.
- Robbins, T. W., Vaghi, M. M., & Banca, P. (2019). Obsessive-compulsive disorder: puzzles and prospects. *Neuron*, 102(1), 27-47.
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., Hocking, B., (2000), Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives, *Australasian Psychiatry*, Vol 8, No 1
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), e141.
- Sandoval, F., Tamiya, N., Lloyd-Sherlock, P., & Noguchi, H. (2019). The relationship between perceived social support and depressive symptoms in informal caregivers of community-dwelling older persons in Chile. *Psychogeriatrics*, 19(6), 547-556.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Scheff T. The Labelling Theory of Mental Illness. *American Sociological Review* 1974, 39:444- 452.
- Schmall, V. L., & Stiehl, R. E. (2003). *Coping with caregiving: how to manage stress when caring for elderly relatives* [2003].
- Sołtys, A., & Tyburski, E. (2020). Predictors of mental health problems in formal and informal caregivers of patients with Alzheimer’s disease. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Sousa, R. M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Guerra, M., Huang, Y., ... & Prince, M. (2009). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *The Lancet*, 374(9704), 1821-1830.

- Sousa, R. M., Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., ... & Prince, M. (2010). The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC geriatrics*, *10*(1), 1-12.
- Souza, A. L. R., Guimarães, R. A., de Araújo Vilela, D., De Assis, R. M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M. R., ... & Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *17*(1), 1-10.
- Starfield B. Βασικές έννοιες στην υγεία του πληθυσμού και την υγειονομική περίθαλψη. *J Epidemiol Community Health*. 2001; *55* (7):452-4.
- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2022). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric services*, *52*(12), 1633- 1638.
- Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Wei, K. C., Verma, S. K., ... & Subramaniam, M. (2020). Mental illness stigma's reasons and determinants (MISReaD) among Singapore's lay public—a qualitative inquiry. *BMC psychiatry*, *20*(1), 1-13.
- Tandom, R., Nasrallah, H.A & Keshavan, M.S. (2009). Schizophrenia “just the facts” Clinical Features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, Vol. 110, pp. 1- 23.
- The International Federation of Anti-Leprosy Assosiations (ILEP)&. (2011). Guidelines to reduce stigma. What is health- related stigma?. [Φυλλάδιο]. London/ Amsterdam, 2011: The International Federation of Anti-Leprosy Assosiations (ILEP)& the Netherlands Leprosy Relief (NLR).
- Theofilou, P., Zyga, S., Tzitzikos, G., Malindretos, P., & Kotrotsiou, E. (2013). Assessing social support in Greek patients on maintenance hemodialysis: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Chronic kidney disease: signs/symptoms, management options and potential complications*. New York: NovaPublishers, 265-279.
- Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., & Dickson, R.A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 475-482

- Wang, D., Zhu, F., Xi, S., Niu, L., Tebes, J. K., Xiao, S., & Yu, Y. (2021). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Among Family Caregivers of People with Schizophrenia in China. *Psychology Research and Behavior Management, 14*, 1201.
- Warner, R. (2013). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. Routledge.
- Weiner, B., Perry, R. & Mangusson, J. (1988). An attributional analysis of reaction to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55* (5), 738-748.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: a foundation for the theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weiner, M. F., & Lipton, A. M. (Eds.). (2009). *The American Psychiatric Publishing textbook of Alzheimer disease and other dementias*. American Psychiatric Pub.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet, 382*(9904), 1575-1586.
- WHO. (2004). Promoting Mental Health. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders--. *Journal of abnormal psychology, 114*(4), 494.
- Wirsén, E., Åkerlund, S., Ingvarsdotter, K., Hjärthag, F., Östman, M., & Persson, K. (2017). Burdens experienced and perceived needs of relatives of persons with SMI– a systematic meta-synthesis. *Journal of Mental Health*.
- Wright, E., Gronfein, W. & Owens, T. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior, Vol. 41*, pp. 68- 90.
- Yun, Y. S., Jaapar, S. Z. S., Fadzil, N. A., & Cheng, K. Y. (2018). Validation of the Malay version of the Affiliate Stigma Scale among caregivers of patients with mental illness. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS, 25*(6), 127.
- Zarit, S. H., & Edwards, A. B. (2008). Family caregiving: Research and clinical intervention.
- Zartaloudi, A., & Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal, 4*(2), 77.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας που εκπονείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος " Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο "Στίγμα και Κοινωνική Υποστήριξη Φροντιστών Ατόμων με Ψυχική Νόσο".

Θα ήθελα να υπογραμμίσω ότι καλείστε να το συμπληρώσετε ανώνυμα και με αρωγό το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας εγγυώμαι ότι τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη διεξαγωγή της έρευνας. Χωρίζεται σε τρία (3) μέρη, το πρώτο μέρος αφορά στην καταγραφή των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών, το δεύτερο μέρος αφορά στο Στίγμα των Φροντιστών Ατόμων με Ψυχική Νόσο και το τρίτο στην Κοινωνική Υποστήριξη των Φροντιστών Ατόμων με Ψυχική Νόσο.

Παρακαλώ απαντήστε αυθόρμητα επιλέγοντας ότι είναι πιο κοντά σε αυτό που σας εκφράζει.

Σας ευχαριστώ για τη συμβολή και τον πολύτιμο χρόνο σας.

Με εκτίμηση

Ξύδα Αλίκη.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω ατομικά σας στοιχεία.

Φύλο:

1.Γυναίκα

2.Άντρας

Ηλικία:

Επίπεδο εκπαίδευσης:

1.Δεν έχω αποφοιτήσει	2. Δημοτικό	3. Γυμνάσιο
4.Λύκειο	5.Τεχνική σχολή	6.ΤΕΙ
7.Πανεπιστήμιο	8.Μεταπτυχιακό	9. Διδακτορικό

Οικογενειακή κατάσταση:

- 1.Άγαμος/η
- 2.Παντρεμένος/η
- 3.Διαζευγμένος/η
- 4.Χήρος/α
- 5.Άλλο

Επαγγελματική απασχόληση: 1. Δημόσιος Υπάλληλος 2. Ιδιωτικός Υπάλληλος
3. Ελεύθερος Επαγγελματίας 4. Άνεργος 5. Άλλο

Τόπος κατοικίας:

1. Επαρχία-χωριό 2. Πόλη

Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση:

1. Πολύ καλή 2. Καλή 3. Μέτρια 4. Κακή 5. Πολύ κακή

Βαθμός συγγένειας με τον/την ασθενή: 1. Σύζυγος 2. Κόρη 3. Γιος
4. Αδερφή 5. Αδερφός 6. Σύντροφος
7. Πατέρας 8. Μητέρα 9. Άλλο

Ασθένεια (διάγνωση) του συγγενικού σας προσώπου : 1. Σχιζοφρένεια
2. Διπολική διαταραχή
3. Καταθλιπτικό επεισόδιο
4. Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
5. Άνοια
6. Άλλο

Χρόνια φροντίδας του ασθενή:

Ώρες παρεχόμενης φροντίδας ημερησίως:

Συγκατοίκηση: 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

Απασχόληση έμμισθου φροντιστή : 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

Μεταβολή της οικονομικής σας κατάστασης την τελευταία τριετία: 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

AffiliateStigmaScale (AFSS) (Mak&Cheung, 2008)

(Translated Greek Version)

Σας παρακαλούμε να μας πείτε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες προτάσεις, σημειώνοντας ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι

		Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Αισθάνομαι κατώτερος επειδή ένα από τα μέλη της οικογένειάς μου είναι άτομο με ψυχική νόσο	①	②	③	④
2.	Αισθάνομαι αναστατωμένος γιατί έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
3.	Η συμπεριφορά του μέλους της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο με κάνει να αισθάνομαι αμήχανα	①	②	③	④
4.	Αισθάνομαι απελπισμένος έχοντας ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
5.	Αισθάνομαι στενοχωρημένος έχοντας ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
6.	Ανησυχώ μήπως οι άλλοι μάθουν ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
7.	Νιώθω πολύ πιεσμένος έχοντας ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
8.	Οι άλλοι θα κάνουν διακρίσεις εις βάρος μου αν είμαι με το μέλος της οικογένειάς μου που έχει ψυχική νόσο	①	②	③	④
9.	Η φήμη μου έχει υποστεί πλήγμα γιατί έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
10.	Η στάση των άλλων απέναντί μου, μου προκαλεί πικρία/με πληγώνει, όταν είμαι με το μέλος της οικογένειάς μου που έχει ψυχική νόσο	①	②	③	④
11.	Το γεγονός ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο έχει αρνητικές επιπτώσεις σε μένα	①	②	③	④
12.	Το γεγονός ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο με κάνει να πιστεύω ότι είμαι ανίκανος σε σύγκριση με άλλους	①	②	③	④
13.	Το γεγονός ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο με κάνει να σκέφτομαι ότι είμαι κατώτερος από άλλους	①	②	③	④
14.	Το γεγονός ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο με ντροπιάζει	①	②	③	④
15.	Αποφεύγω την επικοινωνία με το μέλος της οικογένειάς μου που έχει ψυχική νόσο	①	②	③	④
16.	Δεν τολμώ να πω σε άλλους ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο	①	②	③	④
17.	Περιορίζω τις εξόδους με το μέλος της οικογένειάς μου που έχει ψυχική νόσο	①	②	③	④
18.	Λόγω του γεγονότος ότι έχω ένα μέλος της οικογένειάς μου με ψυχική νόσο, διέκοψα τις επαφές με τους φίλους και τους συγγενείς μου	①	②	③	④
19.	Όταν είμαι με το μέλος της οικογένειάς μου που έχει ψυχική νόσο, θα ήθελα να διατηρώ ένα ιδιαίτερα χαμηλό προφίλ	①	②	③	④

20.	Έχω διακόψει τις επαφές με το μέλος της οικογένειας που έχει ψυχική νόσο	①	②	③	④
21.	Δεν τολμώ να συμμετέχω σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την ψυχική νόσο, μήπως οι άλλοι υποψιαστούν ότι έχω ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική νόσο	①	②	③	④
22.	Λόγω του γεγονότος έχω ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική νόσο, διέκοψα τις επαφές με τους γείτονές μου	①	②	③	④

Angelos Papadopoulos
M.Sc. SLT - Ph.D. Cand.
<angelospapadopoulos@gmail.com>

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Απαγορεύεται η χρήση του ερωτηματολογίου χωρίς τη χορήγηση άδειας.

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Ενδιαφερόμαστε για τις απόψεις σας σχετικά με τις παρακάτω προτάσεις. Διαβάστε την καθεμία πρόταση προσεκτικά. Σημειώστε πώς αισθάνεστε σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης.

Κυκλώστε τον αριθμό «1», αν **διαφωνείτε απόλυτα**

Κυκλώστε τον αριθμό «2», αν **διαφωνείτε πολύ**

Κυκλώστε τον αριθμό «3», αν **διαφωνείτε**

Κυκλώστε τον αριθμό «4», αν **είστε ουδέτερος/η**

Κυκλώστε τον αριθμό «5», αν **συμφωνείτε**

Κυκλώστε τον αριθμό «6», αν **συμφωνείτε πολύ**

Κυκλώστε τον αριθμό «7», αν **συμφωνείτε απόλυτα**

Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ
Απόλυτα	Πολύ			Πολύ	Απόλυτα	

1. Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι χαρές	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

και λύπες.

3. Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει.	1	2	3	4	5	6	7
4. Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
5. Έχω έναν άνθρωπο ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
6. Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν.	1	2	3	4	5	6	7
7. Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.	1	2	3	4	5	6	7
8. Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
10. Υπάρχει ένας άνθρωπος στη ζωή μου ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
11. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να παίρνω αποφάσεις.	1	2	3	4	5	6	7

12. Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με τους φίλους μου. 1 2 3 4 5 6 7

Scale Reference:

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Percieved Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1988;52:30-41.

Theofilou P., Zyga S., Tzitzikos G., Malindretos P., Kotrotsiou, E. (2013) ‘‘Assessing social support in Greek patients on maintenance hemodialysis: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support’’. In *Chronic Kidney Disease: Signs/Symptoms, Management Options and Potential Complications*, p. 265-279, Nova Publishers, edited by Rasheed A. Balogun, Emaad M. Abdel-Rahman, and Seki A. Balogun (University of Virginia, Divisions of Nephrology and Geriatrics, USA,).

Scoring Information:

To calculate mean scores:

Significant Other Subscale: Sum across items 1, 2, 5, & 10, then divide by 4.

Family Subscale: Sum across items 3, 4, 8, & 11, then divide by 4.

Friends Subscale: Sum across items 6, 7, 9, & 12, then divide by 4.

Total Scale: Sum across all 12 items, then divide by 12.

Παράρτημα 2: Άδειες διενέργειας της έρευνας

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΠΟ
ΕΠΩΝΥΜΟ: ΞΥΔΑ
ΟΝΟΜΑ: ΑΛΙΚΗ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: Γ.Ε.Φ.Γ.ΛΩΣ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: Δ.Η.Η.Η.Τ.ΡΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: [Redacted]
EMAIL: alikhxyda96@gmail.com

Παρακαλώ... να φαν
επιτραπέζια... διασπορά
ερωτηματολογίου... σε
φρονιμικά... ατόμων... με
ψυχικά... κεί... που... κοσμητό
είναι... ψυχιατρική... κλινική
Αγίας... Ελένης... Σε
Λαριούς

Αιτών/ουσα

[Signature]
(Υπογραφή)

ΠΡΟΣ
Ψυχιατρική... κλινική
Αγίας... Ελένης
Λαριούς
26/1/2022

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΑΜΚΑ: 0306102030 Π. ΤΣΑΥ: 107339
ΤΗΛ. ΚΑΡΤΙΚΗΣ: 2410 751782 700
ΚΑΤΗ: 0887 095797



Alikh Xyda <alikhxyda96@gmail.com>

Permission for "scale stigma for CPMI"

Winnie WS Mak (PSY) <wwsmak@cuhk.edu.hk>
Προς: Alikh Xyda <alikhxyda96@gmail.com>
Κοιν.: "Winnie WS Mak (PSY)" <wwsmak@cuhk.edu.hk>

17 Ιανουαρίου 2022 - 4:20 π.μ.

Dear Alikh Xyda,
Thank you for your interest in the Affiliate Stigma Scale. Attached is the scale in English and Greek translation. Please refer to them and see which version suits your needs. You may not modify any wording without my permission except for the referent group for your study using person-first language (e.g., carer of family member having mental illness). All the best on your thesis.

Winnie Mak

Winnie W. S. Mak, PhD
Professor, Department of Psychology
The Chinese University of Hong Kong, Shatin, NT, Hong Kong
T: 852-3943-6577
Diversity and Well-being Lab: www.psy.cuhk.edu.hk/maklab

From: Alikh Xyda <alikhxyda96@gmail.com>
Sent: Saturday, January 15, 2022 3:41 AM
To: Winnie WS Mak (PSY) <wwsmak@cuhk.edu.hk>
Subject: Permission for "scale stigma for CPMI"

[Κρυμμένο ανεφερόμενο κείμενο]

2 συνημμένα αρχεία

- Affiliate Stigma Scale (22 items, Developmental Disorder or Mental Disability, Greek).docx
23K
- Affiliate Stigma Scale (22 items, Intellectual Disability, English) 20160621.doc
59K

ΦΟΡΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT (MSPSS)

Ατομικά στοιχεία ενδιαφερόμενου/ης:

Όνομα: ΑΛΙΚΗ

Επώνυμο: ΞΥΔΑ

Ιδιότητα: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Τηλ. Επικοινωνίας:

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια για τη χρησιμοποίηση του
ερωτηματολογίου (MSPSS) στα πλαίσια
εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας του
βιοτακτικού προγράμματος «Παθολογία Φροντίδα
Υγείας»

Ο αιτών/Η αιτούσα

Ημερομηνία 16/11/2021

Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο ΞΥΔΑ ΑΛΙΚΗ