



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Η στάση  
των επαγγελματιών υγείας  
και  
του γενικού πληθυσμού  
έναντι  
της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας  
στην Κύπρο**

Πολυνείκη Άννα

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

Ανδρέας Παυλάκης

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2010**





**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Η στάση  
των επαγγελματιών υγείας  
και  
του γενικού πληθυσμού  
έναντι  
της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας  
στην Κύπρο**

Πολυνείκη Άννα

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2010

## ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ ΟΡΩΝ

<b>ΑΕΠ</b>	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
<b>ASMI</b>	Attitudes towards Severe Mental Illness
<b>ECDC</b>	Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων
<b>ΕΕ</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>ΕΙ</b>	Εξωτερικά Ιατρεία
<b>DALYs</b>	Disability Adjusted Life Years
<b>DISC</b>	Discrimination and Stigma Scale
<b>ΔΦΥ</b>	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΚΗ</b>	Κέντρα Ημέρας
<b>ΚΗΠΦ</b>	Κέντρα Ημερήσιας Περίθαλψης και Φροντίδας
<b>ΜΕΑ</b>	Μονάδες Εργασιακής Αποκατάστασης
<b>ΜΚΟ</b>	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
<b>OECD</b>	Organization for Economic Co-operation and Development
<b>ΟΜΙ</b>	Opinions on Mental Illness
<b>ΟΟΣΑ</b>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΥΨΥ</b>	Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ ΟΡΩΝ.....</b>	<b>4</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>10</b>
<b>ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>12</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>14</b>
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>15</b>
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....</b>	<b>21</b>
2.1 Η ψυχική υγεία και η ψυχική νόσος .....	22
2.2 Η επιδημιολογία της ψυχικής νόσου στον κόσμο.....	23
2.3 Η ψυχική νόσος στην Κύπρο .....	25
<b>2.3.1 Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.2 Η επιδημιολογία της ψυχικής νόσου στην Κύπρο.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.3 Οι προκλήσεις των ΥΨΥ στην Κύπρο σήμερα.....</b>	<b>27</b>
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.....</b>	<b>30</b>
3.1 Το στίγμα γύρω από την ψυχική νόσο .....	31
3.2 Τι είναι το στίγμα;.....	32
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ.....</b>	<b>34</b>
4.1 Οι έρευνες γύρω από το στίγμα της ψυχικής νόσου .....	35
4.2 Η κλίμακα της Γνώμης για την Ψυχική Νόσο (ΟΜΙ).....	36
<b>4.2.1 Η χρήση της κλίμακας ΟΜΙ στην Ελλάδα .....</b>	<b>37</b>
4.3 Η κλίμακα ASMI .....	40
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>42</b>
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.....</b>	<b>43</b>
5.1 Αντικείμενο και στόχοι της μελέτης.....	44
5.2 Μεθοδολογία της έρευνας.....	44
5.3 Σχεδιασμός της έρευνας.....	45
<b>5.3.1 Ερευνητικά εργαλεία .....</b>	<b>45</b>
<b>5.3.2 Η κλίμακα ASMI.....</b>	<b>47</b>

5.3.3 Ταυτότητα έρευνας .....	48
5.3.3.1 Ο γενικός πληθυσμός .....	48
5.3.3.2 Οι επαγγελματίες υγείας.....	49
5.3.4 Στατιστική ανάλυση .....	50
5.3.5 Παραδοχές και περιορισμοί .....	51
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>53</b>
6.1 Ανάλυση του δείγματος του γενικού πληθυσμού .....	54
6.1.1 Φύλο δείγματος γενικού πληθυσμού .....	54
6.1.2 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος .....	54
6.1.3 Τόπος διαμονής του δείγματος.....	55
6.1.4 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.....	56
6.1.5 Επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος .....	57
6.1.6 Εργασιακή κατάσταση του δείγματος .....	57
6.1.7 Οικονομική κατάσταση του δείγματος .....	58
6.1.8 Πιθανή γνωριμία με ένα ψυχικά πάσχον άτομο .....	59
6.1.9 Σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα.....	59
6.1.10 Επίσκεψη σε ψυχιατρικό ίδρυμα.....	60
6.1.11 Το ερωτηματολόγιο ASMI του γενικού πληθυσμού .....	60
6.2 Ανάλυση του δείγματος των επαγγελματιών υγείας.....	63
6.2.1 Φύλο δείγματος επαγγελματιών υγείας.....	63
6.2.2 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος .....	64
6.2.3 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.....	65
6.2.4 Επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος .....	65
6.2.5 Τίτλος επαγγέλματος.....	66
6.2.6 Τμήμα εργασίας.....	66
6.2.7 Χώρος εργασίας.....	68
6.2.8 Ολικά χρόνια υπηρεσίας.....	68
6.2.9 Χρόνια υπηρεσίας στο υφιστάμενο τμήμα.....	69
6.2.10 Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία .....	69
6.2.11 Το ερωτηματολόγιο ASMI των επαγγελματιών υγείας.....	70
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ</b>	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>74</b>
7.1 Διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια.....	75

7.2 Διερεύνηση της σχέσης των 4 παραγόντων της κλίμακας ASMI με τις δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος του γενικού πληθυσμού.....	76
7.2.1 Συσχέτιση του φύλου με τους ASMI παράγοντες .....	77
7.2.2 Συσχέτιση της ηλικίας με τους ASMI παράγοντες .....	77
7.2.3 Συσχέτιση του εισοδήματος με τους ASMI παράγοντες .....	78
7.2.4 Συσχέτιση του επιπέδου μόρφωσης με τους ASMI παράγοντες.....	78
7.2.5 Συσχέτιση του τόπου διαμονής με τους ASMI παράγοντες .....	78
7.3 Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια.....	79
7.4 Διερεύνηση της σχέσης των 4 παραγόντων της κλίμακας ASMI με τις δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος των επαγγελματιών υγείας .....	80
7.4.1 Συσχέτιση του φύλου με τους ASMI παράγοντες .....	80
7.4.2 Συσχέτιση της ηλικίας με τους ASMI παράγοντες .....	80
7.4.3 Συσχέτιση του επιπέδου μόρφωσης με τους ASMI παράγοντες.....	81
7.4.4 Συσχέτιση του τμήματος εργασίας με τους ASMI παράγοντες .....	81
7.4.5 Συσχέτιση της επαρχίας εργασίας με τους ASMI παράγοντες .....	81
<b>Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ .....</b>	<b>82</b>
8.1 Γενικός πληθυσμός .....	83
8.2 Επαγγελματίες υγείας .....	85
8.3 Σύγκριση γενικού πληθυσμού και επαγγελματιών υγείας.....	86
<b>Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>89</b>
<b>Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup>: Ο ΑΓΩΝΑΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ: «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διασφάλιση της Ποιότητας των ΥΨΥ στην Κύπρο».....</b>	<b>93</b>
10.1 Στρατηγικός σχεδιασμός.....	97
10.2 Πρόληψη της ψυχικής νόσου.....	101
10.3 Αντί-στίγμα .....	104
10.4 Έρευνα .....	107
10.5 Εκπαίδευση .....	111
10.6 Θεραπεία και παρακολούθηση .....	115
10.7 Υλοποίηση .....	118
10.8 Εποπτεία και αξιολόγηση .....	124
10.9 Δείκτες .....	127
<b>Κεφάλαιο 11<sup>ο</sup>: ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>130</b>

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>134</b>
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	135
Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία .....	141
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>143</b>
<b>Παράρτημα Ι:</b> Το Ερωτηματολόγιο του Γενικού Πληθυσμού για τη Στάση του Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Αρρώστια.....	144
<b>Παράρτημα ΙΙ :</b> Το Ερωτηματολόγιο των Επαγγελματιών Υγείας για τη Στάση τους Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Αρρώστια.....	152
<b>Παράρτημα ΙΙΙ :</b> Πίνακες Στατιστικής Συσχέτισης .....	160
<b>Παράρτημα ΙV :</b> Δείκτες Αξιολόγησης της Ποιότητας των ΥΨΥ.....	177



*στον ψυχικά πάσχοντα  
και στον αγώνα  
ενάντια στο στιγματισμό της ψυχικής νόσου*

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

### **Εισαγωγή:**

Το στίγμα αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ψυχικά πάσχοντες, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο την ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας τους. Μειώνει την αυτό-εκτίμησή τους και επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά τους για κοινωνικοποίηση, αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, εργοδότηση ή και απόκτηση στέγης.

### **Σκοπός:**

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι ο εντοπισμός και η καταγραφή της στιγματιστικής στάσης των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού στην Κύπρο απέναντι στην ψυχική νόσο, καθώς επίσης, και η διατύπωση εισηγήσεων για την καταπολέμηση του στίγματος και της προκατάληψης για την ψυχική νόσο.

### **Μέθοδος:**

Η μελέτη έγινε σε παγκύπρια κλίμακα και περιελάμβανε 701 Κύπριους πολίτες και 255 επαγγελματίες υγείας, από τους οποίους οι 197 ανήκαν στην ΠΦΥ και οι 58 στη ΔΦΥ. Για τη διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στην ψυχική νόσο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ASMI, ενώ ένα επιπρόσθετο ερωτηματολόγιο κατέγραψε τα κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

### **Αποτελέσματα:**

Η έρευνα κατέδειξε ότι ο γενικός πληθυσμός της Κύπρου διατηρεί περισσότερο στιγματιστική στάση απέναντι στην ψυχική νόσο και λιγότερο αισιόδοξη στάση ως προς τις ικανότητες των ψυχικά ασθενών συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, οι περισσότεροι Κύπριοι πολίτες αποδεικνύονται αρνητικοί ως προς την ανάγκη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας εκ μέρους των ψυχικά πασχόντων σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, ενώ τόσο οι πολίτες όσο και οι λειτουργοί υγείας πιστεύουν στον ίδιο περίπου βαθμό ότι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται ενοχές για την αρρώστια τους.

**Συμπέρασμα:**

Παρά το γεγονός ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια αποδεικνύεται λιγότερη στιγματιστική συγκριτικά με αυτή του γενικού πληθυσμού της Κύπρου, εντούτοις ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων και η προκατάληψη γύρω από την ψυχική νόσο εξακολουθούν ακόμη να υφίστανται. Για αυτό λοιπόν, προκύπτει επιτακτική η ανάγκη υιοθέτησης αποτελεσματικών μέτρων αντιμετώπισης του στίγματος της ψυχικής νόσου μέσω συλλογικών και συντονισμένων δράσεων της πολιτείας με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών, την πρόληψη της ψυχικής νόσου, καθώς επίσης, και την φροντίδα, τη στήριξη και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:**

Στίγμα, σοβαρή ψυχική αρρώστια, ASMI.

## **ABSTRACT**

### **Background:**

Stigma accounts for one of the biggest challenges mentally ill patients have to face, worsening even more their medical condition. Stigma decreases mental patients' self-esteem and it also has a negative effect on their ability to socialize, seek medical help, find a job or a place to stay.

### **Purpose:**

The purpose of the current study is the investigation of the stigmatizing attitudes of the general population and the health professionals in Cyprus towards severe mental illness, and the proposal of effective measures against stigma.

### **Method:**

The study was undertaken on a national basis and it included 701 Cypriot civilians, as well as 255 health care professionals, 197 of whom belonged to the Primary Health Care and 58 belonged to the Second-Line Health Care. In order to assess their attitudes towards severe mental illness we used the ASMI questionnaire, while an additional questionnaire registered their socio-economic and demographic characteristics.

### **Results:**

The general population of Cyprus was proven to be more stigmatizing against patients with severe mental illness and less optimistic towards the mental patients' abilities in relation to health care professionals. In addition, the majority of the general population did not believe that mental patients need to seek medical help or to socialize, whereas most of the health professionals believed they should, but the general population expressed nearly the same opinions as the health professionals regarding the mental patients feelings of guilt for their illness.

### **Conclusion:**

Even though the attitudes of health care professionals towards severe mental illness were found less stigmatizing than that of the general population, it is obvious that the

stigma of mental illness still exists in the Cypriot society. This is the reason why effective measures need to be taken in order to help the fight against stigma through a national health care plan for the promotion of mental health and the prevention of mental illness.

**Key words:**

Stigma, severe mental illness, ASMI.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαφύλαξη και η προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, καθώς και η φροντίδα, η στήριξη και η αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, αποτελεί το σύγχρονο διακύβευμα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας σε όλον τον κόσμο.

Είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι οι ψυχικά πάσχοντες εκτίθενται σήμερα περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο πάσχοντα σε επιπόλαιες δοξασίες και λανθασμένα στερεότυπα σε ό,τι αφορά στην αρρώστια τους, καθώς επίσης, και σε μεροληπτική συμπεριφορά, προκαταλήψεις και στιγματισμό εναντίον τους. Δεν είναι άλλωστε τυχαίος ο χαρακτηρισμός του στίγματος της ψυχικής νόσου ως «το απόλυτο στίγμα», (*Falk G, 2001*).

Έτσι λοιπόν, ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων και η προκατάληψη για την ψυχική νόσο αποτελούν σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που ταλανίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες καθώς και μία από τις τεράστιες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Ψυχιατρικές Υπηρεσίες των Εθνικών Συστημάτων Υγείας σε όλον τον κόσμο, (*OECD, 2004, 2008*).

Η μάστιγα του στίγματος δεν αποτελεί δημιούργημα της σύγχρονης κοινωνίας. Οι καταβολές της οδηγούν πολύ πίσω στο χρόνο. Τον όρο τον επινόησαν οι αρχαίοι Έλληνες «αναφερόμενοι σε σημεία του ανθρώπινου σώματος σχεδιασμένα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εκθέτουν κάτι το ασυνήθιστο και κακό για την ηθικότητα του ατόμου», (*Scheffer, 2003*). Και, από τη στιγμή που επικολληθεί η ετικέτα του στιγματισμού είναι εξαιρετικά δύσκολο να απαλλαγεί κανείς από αυτή, εμποδίζοντας σε σοβαρότατο βαθμό την ευημερία του.

Οι ολοένα αυξανόμενες διαστάσεις του προβλήματος έγιναν ιδιαίτερα έντονες τη δεκαετία του 60 όπου η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, με την ανακάλυψη των ψυχο-φαρμάκων και τη βοήθεια των σύγχρονων ψυχο-θεραπευτικών προσεγγίσεων, επέτρεψε στα Ψυχιατρικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα να ανοίξουν τις πύλες τους και να δώσουν τη δυνατότητα στους ψυχικά πάσχοντες να επανενταχθούν μέσα στην κοινότητα, (*Νέστορος, Πλατρίτης, 1999*). Κι ενώ το πείραμα αποδείχθηκε κλινικά και οικονομικά αποτελεσματικό, εντούτοις, δεν κατάφερε να κερδίσει το στοίχημα καθότι



η κοινωνία δεν είχε προετοιμαστεί κατάλληλα για να υποδεχθεί τους ψυχικά πάσχοντες.

Η άγνοια και η ελλιπής ενημέρωση του πολίτη σε ό,τι αφορούσε στην ψυχική νόσο τον οδήγησαν να αντιμετωπίσει με μεγάλο σκεπτικισμό τον ψυχικά πάσχοντα -ο οποίος διαβιούσε πλέον μέσα στην κοινότητα διεκδικώντας τα ίδια δικαιώματα με αυτόν- και επιπρόσθετα, να τοποθετηθεί αρνητικά απέναντί του, να τον απορρίψει και να τον περιθωριοποιήσει, (Μαδιανού και συν, 1984).

Το γεγονός αυτό είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση του ψυχικά πάσχοντα, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο τους περιορισμούς και τις ανικανότητές του -ως αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογίας του- σε διάφορους τομείς της ζωής του· στο περιβάλλον όπου ζούσε ή εργαζόταν, στην προσωπική του ζωή, στις κοινωνικές του δραστηριότητες και την ψυχαγωγία του, στην πρόσβαση και εξυπηρέτησή του στο Σύστημα Υγείας, ή ακόμη και στον χειρισμό και την προβολή του από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, (Madianou et al, 1987). Έτσι, γεμάτος αισθήματα ντροπής και ενοχής, ο ψυχικά πάσχον, αυτο-στιγματισμένος πλέον, αποσύρθηκε και απομονώθηκε από το κοινωνικό σύνολο.

Αυτή η στάση της κοινωνίας απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα συγκέντρωσε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών γι αυτό και μεγάλος όγκος μελετών άρχισε να διερευνά τις διάφορες στάσεις απέναντι στην ψυχική αρρώστια γενικότερα, (Cohen and Struening, 1962, 1964, 1965, Baker and Schulberg, 1967), αλλά και σε συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές ειδικότερα, (Penayo et al, 1988, McKeon and Carrick, 1991), σε διάφορες γωνιές του πλανήτη, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, (Γεώργας και Τζανάκης, 1978, Μαδιανός, Γκαρέλης και Αλεβίζος, 1983, Madianou et al, 1987, Νέστορος και συν, 1992, Νέστορος, 1993, Nestoros et al, 1995, 1998, Νέστορος, Πλατρίτης και συν, 1999).

Ορισμένοι ερευνητές ασχολήθηκαν μόνο με τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο, (Hollingshead and Redlich, 1958, Whatley, 1959, Freeman and Kassebaum, 1960, Nunnaly, 1961, Phillips, 1964, Greenley, 1964, Taylor and Dear, 1981, Link et al, 1987, Madianos et al, 1987, 1999, 2007), ενώ άλλοι μελέτησαν τις στάσεις διάφορων επαγγελματιών υγείας και ψυχιάτρων,

(Reznikoff, 1963, Koutrelakos, Gedeon and Struening, 1978, Αλεβίζος, Μαδιανός και Στεφανής, 1983, Eker, 1985, Weller and Grunes, 1988, Eker and Arkar, 1991, Μαντάς και συν, 1994, Nordt, Rössler and Lauber, 2006), φοιτητών νοσηλευτικής, ιατρικής και ψυχολογίας, (Koutrelakos et al, 1978, Eker, 1988, 1989, Nestoros et al, 1995, 1998, Madianos et al, 2005, Arvaniti et al, 2008), καθώς και των συγγενών των ψυχικά πασχόντων, (Alivisatos and Lyketsos, 1964, Safilios Rothchild, 1968, Dimitriou, Ierodiakonou and Kokantzis, 1978, Tantam and Gater, 1994).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των αποτελεσμάτων των περισσότερων τουλάχιστον ερευνών αποτελεί η μεγάλη προκατάληψη που υπάρχει ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό, καθώς επίσης, πολλές φορές και ανάμεσα στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, απέναντι στην ψυχική νόσο, (Thornicroft et al, 2009), της οποίας η συχνότητα αυξάνει με ταχύτετους ρυθμούς εκτοξεύοντας ταυτόχρονα και τα κόστη υγείας στα ύψη.

Δεν είναι λοιπόν τυχαίο που η αυξημένη νοσηρότητα και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων, κυρίως όμως, ο στιγματισμός της ψυχικής νόσου, επέβαλαν στους σχεδιαστές πολιτικής υγείας να θέσουν υψηλά στη λίστα των προτεραιοτήτων τους την προάσπιση, τη διαφύλαξη, τη θεραπεία και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών.

Ήδη από την αρχή της νέας χιλιετίας και δεδομένης της παγκοσμιοποίησης, έγινε κατανοητό ότι μόνο μέσω παγκόσμιων και συντονισμένων δράσεων είναι εφικτή η αποτελεσματικότερη διαχείριση της ψυχικής νόσου.

Στην Ευρωπαϊκή Σύνοδο των Υπουργών Υγείας των 52 χωρών μελών του ΠΟΥ (Τμήμα Ευρώπης), η οποία έλαβε χώρα στο Ελσίνκι το 2005, αναγνωρίστηκαν οι διαστάσεις της ψυχικής νόσου που θέτει σε δοκιμασία τα υγειονομικά συστήματα των κρατών και προβάλλει ως επιτακτική την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ενώ ταυτόχρονα, προτάθηκαν και βιώσιμες λύσεις για όλες τις χώρες, ανεξαρτήτως του βαθμού ανάπτυξης των ΥΨΥ σε αυτές.

Η Κύπρος, και πιο συγκεκριμένα το Υπουργείο Υγείας, έχει πλήρως ευθυγραμμιστεί με τις δεσμεύσεις του ΠΟΥ σχετικά με την υποχρέωση που έχει για τη σύνταξη ενός

Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία για τα επόμενα 5 έως 10 χρόνια έχοντας συνυπογράψει τη Διακήρυξη της Ευρώπης για την Ψυχική Υγεία, (*WHO Mental Health Declaration for Europe 2005*).

Καθώς, όμως, στην Κύπρο δεν έχει ακόμη διερευνηθεί μεθοδολογικά και επιστημονικά σε ευρεία κλίμακα η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ψυχική νόσο, η παρούσα πρόταση αποτελεί παγκύπρια πρωτοτυπία και καινοτομία. Στόχος της έρευνας αυτής αποτελεί ο εντοπισμός και η καταγραφή της στάσης των επαγγελματιών υγείας –πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας- και του κυπριακού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, καθώς επίσης, και η διατύπωση εισηγήσεων για την καταπολέμηση του στίγματος και της προκατάληψης.

Από την ανάλυση των ευρημάτων αναμένεται να αναδειχθεί το πρόβλημα σε όλες τις διαστάσεις του και ειδικότερα:

- να αποκτηθεί γνώση σε ό,τι αφορά στις απόψεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι έχουν άμεση καθημερινή επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες,
- να μελετηθεί η στάση του γενικού πληθυσμού για την ψυχική νόσο και να συγκριθεί με αυτή των επαγγελματιών υγείας, και επίσης,
- να μελετηθούν οι προοπτικές για την ανάπτυξη και την εφαρμογή προγραμμάτων καταπολέμησης του στίγματος, καθώς και για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της ψυχικής νόσου και προαγωγής της ψυχικής υγείας των πολιτών.

Πέραν της καταγραφής των απόψεων, απώτερος στόχος αποτελεί η υποβολή συγκεκριμένων προτάσεων για την καταπολέμηση του στίγματος, οι οποίες θα συμβάλουν στην αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων στην κοινωνία ως παραγωγικών μελών, συμβάλλοντας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών και ολοκληρώνοντας την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Κύπρο.

Ο σχεδιασμός οποιασδήποτε στρατηγικής των ΥΨΥ και ειδικότερα της στρατηγικής καταπολέμησης του στίγματος οφείλει να στηρίζεται σε επιστημονικώς τεκμηριωμένα ευρήματα. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλλουν τα

μέγιστα στην ορθολογικότερη ανάπτυξη μέτρων καταπολέμησης του στίγματος και της προκατάληψης ενάντια στην ψυχική νόσο. Ανάμεσα στους ευρύτερους στόχους είναι και:

- Η ανάδειξη και η προαγωγή αξιών, στάσεων και συμπεριφορών οι οποίες θα συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των πολιτών
- η ενεργοποίηση και η δραστηριοποίηση όλων των εμπλεκόμενων φορέων
- η προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών ώστε να καταστούν αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες
- η εργοδότηση των ψυχικά πασχόντων, καθώς και
- η εμπλοκή όλων των ΜΚΟ με την ανάληψη πρωτοβουλιών για την εξοικονόμηση πόρων και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για την ψυχική νόσο και την καταπολέμηση του στίγματος.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>**

# **Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

## 2.1 Η ψυχική υγεία και η ψυχική νόσος

Η ψυχική υγεία αποτελεί παγκόσμιο κοινωνικό αγαθό, θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ένα από τα κυριότερα συστατικά της ποιότητας ζωής στην οποία δύναται να οικοδομηθεί μια υγιής, παραγωγική, οικονομικά ανεπτυγμένη και ισορροπημένη κοινωνία.

Δυστυχώς, όμως, στη σύγχρονη κοινωνία οι πολίτες βομβαρδίζονται καθημερινά από πληθώρα επιζήμιων και στρεσογόνων κοινωνικών αλλαγών οι οποίες επηρεάζουν δυσμενώς την κοινωνική συνοχή και την ασφάλειά τους. Το γεγονός αυτό μεταφράζεται σε αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών άγχους και κατάθλιψης, αυξημένης χρήσης απαγορευμένων ουσιών και αλκοόλ, βίας και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, (Χριστοδούλου και συν, 2004).

Επειδή ακριβώς η εμφάνιση της ψυχικής νόσου δεν υφίσταται κανένα κοινωνικό, φυλετικό, θρησκευτικό, ηλικιακό ή χώρο-χρονικό περιορισμό, αλλά μπορεί να προσβάλλει αδιακρίτως όλους τους πολίτες, είναι παρούσα σε ποσοστό 25% του παγκόσμιου πληθυσμού οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών είναι κατά πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Τέτοιες ομάδες αποτελούν συνήθως οι περιθωριοποιημένες και ευπαθείς ομάδες πολιτών, όπως για παράδειγμα οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, οι άνεργοι, οι φυλακισμένοι ή πρόσφατα αποφυλακισθέντες, άνθρωποι με διαφορετικές σεξουαλικές προτιμήσεις, ασθενείς με αναπηρίες ή ανικανότητα ή και με προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών.

Επιπλέον, η ψυχική νόσος επιφέρει τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος στις κοινωνίες, τόσο άμεσα ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όσο και έμμεσα ως αποτέλεσμα της μειωμένης παραγωγικότητας και της αρνητικής επίδρασης στις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων.

Εύλογα, επομένως, αντιλαμβάνεται κανείς τη σπουδαιότητα της διατήρησης της ψυχικής ευεξίας των πολιτών, η έλλειψη της οποίας απειλεί τη δημόσια υγεία, την οικονομία, την ποιότητα ζωής και την κοινωνική συνοχή.

## 2.2 Η επιδημιολογία της ψυχικής νόσου στον κόσμο

Η αυξανόμενη επιβάρυνση συνεπεία της ψυχικής νόσου αποτελεί μία από τις κύριες συνιστώσες που ορίζουν την ανατολή του 21<sup>ου</sup> αιώνα, μία παγκόσμια πραγματικότητα και μία από τις μεγαλύτερες ίσως προκλήσεις για τα ΕΣΥ. Η ψυχική νόσος και οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση του αλκοόλ και των απαγορευμένων ουσιών είναι πολύ διαδεδομένες σήμερα, αποστερούν σημαντικές ικανότητες από τους ασθενείς και είναι ιδιαίτερα δαπανηρές.

Με έντονη ανησυχία διαπιστώνεται ότι περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από μία ψυχική, νευρολογική ή συμπεριφοριστική διαταραχή σε κάποιο χρονικό σημείο της ζωής τους, ενώ διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι τουλάχιστον ένας στους τέσσερις πολίτες θα επηρεαστεί από μια ψυχική διαταραχή σε κάποιο στάδιο της ζωής του, (*WHO, 2005*).

Από τα 870 εκατομμύρια πολίτες της Ευρωπαϊκής Ηπείρου, υπολογίζεται ότι σε οποιαδήποτε δεδομένη χρονική στιγμή 100 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή. Περισσότερα από 21 εκατομμύρια υποφέρουν από προβλήματα λόγω υπερβολικής λήψης αλκοόλ, περισσότερα από 7 εκατομμύρια από άνοια τύπου Alzheimer, περίπου 4 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια, 4 εκατομμύρια από διπολική συναισθηματική διαταραχή και 4 εκατομμύρια από διαταραχή πανικού, (*WHO, 2005*).

Το 1990 ο ΠΟΥ υπολόγισε ότι οι εν λόγω διαταραχές ενοχοποιούνταν για το 11% του παγκόσμιου βάρους των νοσημάτων. Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, (*ΠΟΥ, 2004*), οι νευροψυχιατρικές διαταραχές συνιστούν τη δεύτερη συχνότερη νοσολογική οντότητα ακολουθώντας τα καρδιαγγειακά νοσήματα, που ευθύνονται για το 19,5% των χαμένων ετών ζωής λόγω ασθένειας ή λόγω πρόωρου θανάτου (DALYs).

Η κατάθλιψη καταλαμβάνει από μόνη της την τρίτη θέση παγκοσμίως και την πρώτη θέση στην Ευρώπη. Οι κακώσεις λόγω αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς βρίσκονται στην ενδέκατη θέση παγκοσμίως με ποσοστό 2,2%. Οι άνοιες, και ιδιαίτερα η άνοια τύπου Alzheimer, ευθύνονται για το 1,9% των DALYs, καταλαμβάνοντας τη δέκατη-τέταρτη θέση, (WHO, 2004). Ωστόσο, το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω ακολουθώντας τη γήρανση του πληθυσμού.

Από την άλλη, η αυτοκτονία αποτελεί μία από τις τραγικότερες συνέπειες των ψυχικών διαταραχών. Οι εννέα από τις δέκα χώρες στον κόσμο με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών είναι χώρες της ΕΕ. Σύμφωνα με τα νεότερα στατιστικά δεδομένα, (ΠΟΥ, 2005), περίπου 150.000 άτομα, εκ των οποίων 80% αποτελούν άνδρες, προβαίνουν σε απόπειρα αυτοκτονίας κάθε χρόνο. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι η αυτοκτονία αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μεταξύ των νεαρών ενήλικων ατόμων μόλις μετά τα τροχαία ατυχήματα.

Πέραν, όμως, της επιβάρυνσης της υγείας των πολιτών, η ψυχική νόσος επιβαρύνει και την οικονομία των κρατών. Το υψηλό άμεσο κόστος υγείας που οι ψυχικές διαταραχές επιφέρουν, διαπιστώνεται εύκολα από τα υψηλά ποσοστά των ετήσιων δαπανών για την ψυχική υγεία που ποικίλουν ευρέως στα διάφορα κράτη, ξεπερνώντας ακόμα και το 20% στα περισσότερο ανεπτυγμένα, (WHO, 2005).

Επιπλέον, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές οφειλόμενες στην κατάχρηση αλκοόλ εκτοξεύουν και το έμμεσο κόστος υγείας ως αποτέλεσμα της απώλειας παραγωγικότητας εξαιτίας των χαμένων εργατοωρών, της επιβάρυνσης των οικογενειών ή των φροντιστών των ασθενών, της αύξησης της εγκληματικότητας και της διασάλευσης της ασφάλειας των πολιτών, καθώς επίσης, και του αρνητικού αντίκτυπου στην κοινωνία λόγω των πρόωγων θανάτων.



## 2.3 Η ψυχική νόσος στην Κύπρο

### 2.3.1 Οι κρατικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο

Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου αποτελούν τη μοναδική δημόσια υπηρεσία υπεύθυνη για την κάλυψη των αιτημάτων και αναγκών του κυπριακού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, παρέχοντας τους ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και υπηρεσιών σε ό,τι αφορά στην πρόληψη, στη θεραπεία, στην αποκατάσταση και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Οι κύριοι άξονες της πολιτικής των ΥΨΥ είναι η αποκέντρωση και η διασφάλιση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας σε παιδιά και εφήβους με ψυχικά προβλήματα, καθώς και η αντιμετώπιση του φαινομένου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Για τον σκοπό αυτό, και σύμφωνα με την ετήσια έκθεση των ΥΨΥ του 2009, οι στόχοι των ΥΨΥ στην Κύπρο είναι:

- Ο εκσυγχρονισμός των θεραπευτικών προσεγγίσεων με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ και της ΕΕ
- ο ασθενής και οι ανάγκες του στο χώρο όπου ζει και εργάζεται να αποτελούν το επίκεντρο της θεραπευτικής προσέγγισης με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο
- η εδραίωση της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας με κοινωνικό και κοινοτικό προσανατολισμό μέσω της αποκέντρωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών
- η αναβάθμιση και η επέκταση των ΥΨΥ και των προγραμμάτων σε εξειδικευμένους τομείς
- η περαιτέρω μείωση του αριθμού των νοσηλευόμενων του Νοσοκομείου Αθαλάσσας και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών που παραμένουν σε αυτό. Η μετεξέλιξη του εν λόγω θεραπευτηρίου σε δευτεροβάθμιο Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- η συστηματική και η προγραμματισμένη ενημέρωση και αγωγή υγείας του πληθυσμού σε θέματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης της ψυχικής νόσου

- η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τα προβλήματα και τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων και η καταπολέμηση της προκατάληψης για τη ψυχική νόσο
- η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας με το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος
- η δημιουργία τμήματος νοσοκομειακής φροντίδας για παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές
- η επέκταση των ενδιάμεσων δομών ΨΥ, όπως για παράδειγμα ΚΗ, ΜΕΑ, ΚΗΠΦ και ξενώνες
- η εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού των ΥΨΥ ώστε να ανταποκρίνεται στις εξελίξεις της επιστήμης και τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του κυπριακού πληθυσμού
- η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων μέσα στην κοινότητα και η διασφάλιση της ποιότητας της λειτουργίας των εξωνοσοκομειακών δομών με θέσπιση σχετικής νομοθεσίας
- η επέκταση και η αναβάθμιση των υπηρεσιών πρόληψης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ατόμων με τοξικοεξαρτήσεις, καθώς και,
- η μηχανογράφηση και η ηλεκτρονική διακυβέρνηση των ΥΨΥ.

### **2.3.2 Η επιδημιολογία της ψυχικής νόσου στην Κύπρο**

Αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών νοσημάτων στον κυπριακό πληθυσμό, διαπιστώνεται ένα μεγάλο χάσμα τόσο στην παρακολούθηση της πορείας της ψυχικής νόσου όσο και στην καταγραφή της συχνότητας εμφάνισής της.

Μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευτεί καμία έρευνα για τη διερεύνηση της επιδημιολογίας της ψυχικής νόσου στον κυπριακό πληθυσμό. Μονάχα οι επίσημες ετήσιες εκθέσεις των ΥΨΥ, (ΥΨΥ, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009), μπορούν να διαφωτίσουν ορισμένες μόνο πτυχές του θέματος, όπως για παράδειγμα τη ροή των ψυχικά πασχόντων στα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια και τις επισκέψεις τους στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Ωστόσο, και παρά τη στενή παρακολούθηση της ροής των ψυχικά πασχόντων στα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια και τα ΕΙ, εντούτοις πουθενά δεν γίνεται καμία αναφορά στην τελική διάγνωση της ψυχικής νόσου αφήνοντας μεγάλα κενά για τον πραγματικό επιπολασμό των ψυχωσικών και συναισθηματικών διαταραχών στην Κύπρο. Από την άλλη, όμως, από τις ετήσιες εκθέσεις προκύπτουν ορισμένα σημαντικά δεδομένα για ανάλυση, όπως:

- Είναι ολοφάνερη η επιτυχής προσπάθεια των ΥΨΥ για την αποκέντρωσή τους και την παράλληλη ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής καθώς ο αριθμός των ασθενών του Νοσοκομείου Αθαλάσσας μειώθηκε κατά 37,75% τα τελευταία 20 χρόνια<sup>1</sup>,
- η σταδιακή αύξηση της τάξεως του 10% τόσο στις νέες εισαγωγές όσο και στις επανεισαγωγές των ασθενών στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας τα τελευταία 3 χρόνια. Ποσοστό μέχρι και 13.5% όλων των εισαγωγών αφορούσε σε αλλοδαπούς ασθενείς, ενώ ποσοστό 15.5% αφορούσε σε ψυχιατρικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της χρήσης παράνομων ουσιών.

### **2.3.3 Οι προκλήσεις των ΥΨΥ στην Κύπρο σήμερα**

Σύμφωνα και με τις ετήσιες εκθέσεις των ΥΨΥ, (2004, 2006, 2007, 2008, 2009), γίνονται ολοφάνερες οι προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν σήμερα στην Κύπρο οι δημόσιες ΥΨΥ. Αυτές είναι η αναγνώριση της έντονης παρουσίας της ψυχικής νόσου σε Κύπριους πολίτες ως μια αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα, η επιτακτική ανάγκη εφαρμογής έγκυρων κι έγκαιρων ολοκληρωμένων θεραπευτικών χειρισμών για τη μείωση του «φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας» ως αποτέλεσμα των αδικαιολόγητα αυξημένων επανεισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια, καθώς επίσης και η ανάγκη επέκτασης κι ενίσχυσης των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων.

---

<sup>1</sup> Ο συνολικός αριθμός ψυχιατρικών ασθενών στο τέλος του έτους 1994 ήταν 151, ενώ το 2008 μειώθηκε στους 94, (ΥΨΥ, 2009).

Επιπρόσθετα, γίνεται ολοφάνερη η ανάγκη για την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τα προβλήματα και τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων και την καταπολέμηση της προκατάληψης για τη ψυχική νόσο, καθώς επίσης, και η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση του ιατρού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού σε θέματα που άπτονται τόσο της ψυχικής νόσου και της αντιμετώπισής της όσο και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η διάνοιξη των διασυνοριακών φραγμών ως μέρος του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης και η μετακίνηση των πληθυσμών μεταξύ των κρατών επιβάλλει τον αμέριστο σεβασμό των δικαιωμάτων, τόσο των υγιών όσο και των ασθενών.

Τέλος, διαφαίνεται και η μεγάλη πρόκληση των ΥΨΥ για την αντιμετώπιση της μάστιγας της σύγχρονης κοινωνίας, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, (Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, 2009), η οποία μετά και τη διάνοιξη των συνόρων και την ελεύθερη διακίνηση πληθυσμού από και προς τις κατεχόμενες περιοχές της νήσου έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις.

Αναντίρρητα, η απουσία από τα αρχεία των ΥΨΥ πολύτιμων επιδημιολογικών δεδομένων αποδεικνύει την αδήριτη ανάγκη ανάπτυξης συστημάτων επιδημιολογικής επιτήρησης, την ενίσχυση των υπάρχοντων δομών και εργαλείων παρακολούθησης της πορείας της ψυχικής νόσου και την υλοποίηση συντονισμένων δράσεων με σταθερή τη βούληση της πολιτικής ηγεσίας, με συνεργασία όλων των συναρμόδιων φορέων και με την ενεργό συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών.

Συνεπώς, προκύπτει αβίαστα η ανάγκη για την ανάπτυξη μία Εθνικής Στρατηγικής για τη διασφάλιση της ποιότητας των ΥΨΥ στην Κύπρο, η οποία να στοχεύει στην εκβάθρων αναβάθμιση των παρεχόμενων ΥΨΥ με σκοπό την πρόληψη, τη διαφύλαξη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των Κυπρίων πολιτών.

Απαιτείται η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης στηριγμένο στους βασικούς άξονες των δεσμεύσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων την πρόληψη, την καταπολέμηση του στίγματος, τα ανθρώπινα δικαιώματα, την έρευνα και την ανάπτυξη, τη φροντίδα και τη θεραπεία, τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους.

Ο αγώνας ενάντια στο στιγματισμό της ψυχικής νόσου οφείλει να αποτελεί έναν από τους βασικότερους άξονες, για αυτό και η διερεύνηση της στάσης των Κυπρίων πολιτών απέναντι στην ψυχική αρρώστια αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση στην ορθολογική οργάνωση και ολοκλήρωση του αγώνα αυτού.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

# ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

### 3.1 Το στίγμα γύρω από την ψυχική νόσο

«Ισχυρό και διαβρωτικό, το στίγμα εμποδίζει τα άτομα να αναγνωρίσουν τα ψυχιατρικά τους προβλήματα, πόσο μάλλον να τα αποκαλύψουν στους άλλους», (*Scheffer R, 2003*). Η προκατάληψη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Μειώνει την αυτοεκτίμησή τους και επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά τους για κοινωνικοποίηση, εργοδότηση ή και απόκτηση στέγης, (*Μαδιανός, 2009*).

Οι ψυχικά πάσχοντες, και ιδιαίτερα οι ιδρυματικοί, καθώς και άλλες κοινωνικές ομάδες, όπως οι πρόσφυγες και οι εθνικές μειονότητες, βιώνουν έντονα τον φόβο και την προκατάληψη των συμπολιτών τους βιώνοντας παράλληλα αισθήματα ντροπής και αποκλεισμού. Μερικές φορές, η προκατάληψη είναι τόσο ισοπεδωτική που τους αποτρέπει από το να αναζητήσουν βοήθεια, παρόλο που υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχικές διαταραχές, από φόβο μήπως στιγματιστούν.

Το στίγμα και η προκατάληψη δημιουργούνται και πυροδοτούνται από αρκετές παρανοήσεις που επικρατούν γύρω από την ψυχική νόσο. Οι πιο διαδεδομένοι μύθοι για την ψυχική νόσο θέλουν τους ψυχικά πάσχοντες βίαιους και επικίνδυνους, φτωχούς και μειωμένης ευφυΐας, ενώ παράλληλα θεωρούν την ψυχική νόσο αποτέλεσμα της αδυναμίας του ατόμου και αθεράπευτη, (*Thornicroft et al, 2008*).

Ως εκ τούτων, είναι υψίστης σημασίας η συνειδητοποίηση της άμεσης ανάγκης για καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Η υλοποίηση της Στρατηγικής για τη Διασφάλιση της Ποιότητας των ΥΨΥ στην Κύπρο αποτελεί για την χώρα πολύ σημαντικό έργο και δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να διακυβευτεί από το ευρέως διαδεδομένο στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο. Τα ανθρώπινα δικαιώματα και ο σεβασμός στους ψυχικά πάσχοντες οφείλουν να προστατευτούν και η προκατάληψη να παρεμποδιστεί.

### 3.2 Τί είναι το στίγμα;

Σύμφωνα με την Scheffer, (2003), «το στίγμα είναι η συνέπεια της τάσης του ανθρώπινου γένους να οριοθετεί τον κόσμο αναλόγως της διαφορετικότητάς του». Έτσι, τα άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα μιας ψυχικής διαταραχής, οι ασθενείς που παίρνουν θεραπεία για την αντιμετώπισή της, τα άτομα που έχουν θεραπευθεί από αυτή ή, ακόμη, και αυτά για τα οποία η ψυχική νόσος αποτελεί μακρινή ανάμνηση, θεωρούνται διαφορετικά από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και ως τέτοια αντιμετωπίζονται με αισθήματα φόβου, δυσπιστίας και ντροπής, καθώς και με αποφευκτική συμπεριφορά από τους συμπολίτες τους.

Ο Thornicroft, (2008), όρισε στο στίγμα τρεις συνισταμένες: τη γνώση-άγνοια, τη νοοτροπία-προκατάληψη και τη συμπεριφορά-διάκριση. Έτσι λοιπόν, και σύμφωνα με αυτόν, παρόλο ότι ζούμε στην εποχή της γνώσης, της οποίας ο όγκος είναι πρωτοφανής και άνευ προηγουμένου, εντούτοις οι ακριβείς πληροφορίες για την ψυχική αρρώστια είναι πενιχρές. Συνεπεία αυτής της άγνοιας είναι η επικράτηση ανάμεσα στους πολίτες αρκετών παρανοήσεων γύρω από την ψυχική νόσο, οι οποίες δημιουργούν και πυροδοτούν με τη σειρά τους το στίγμα και την προκατάληψη για αυτήν.

Οι πιο διαδεδομένοι μύθοι για την ψυχική νόσο θέλουν τους ψυχικά πάσχοντες βίαιους και επικίνδυνους, φτωχούς και μειωμένης ευφυΐας, ενώ παράλληλα θεωρούν την ψυχική νόσο αποτέλεσμα της αδυναμίας του ατόμου και αθεράπευτη. Είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα ευρήματα κάποιων ερευνών που θέλουν την πλειονότητα των πολιτών να ταυτίζουν κάθε αδικοπραγούντα με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή ή ότι η συχνότητα με την οποία η ψυχασθένεια μπορεί να προσβάλει κάποιον είναι κατά πολύ μικρότερη της πραγματικής, (Thornicroft et al, 2009).

Συνεπεία αυτής της άγνοιας, οι πολίτες έχουν υιοθετήσει μία νοοτροπία προκατάληψης εναντίον των ψυχικά πασχόντων, αντιμετωπίζοντάς τους με φόβο, άγχος, εχθρότητα, προσβολή και αποδοκιμασία. Τις περισσότερες φορές η αποδοκιμασία εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων, οι οποίες έχουν ως



αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική απομόνωση του πάσχοντος, τη μη ολοκληρωμένη θεραπευτική του αντιμετώπιση ή και τον κοινωνικό του εξευτελισμό.

Αυτή η προκατάληψη επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τη θέση των ψυχικά πασχόντων, προσθέτοντας άλλο ένα πρόβλημα στα πολλά που έχουν να αντιμετωπίσουν ως αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογίας τους. Μειώνει την αυτό-εκτίμησή τους και επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά τους για κοινωνικοποίηση, εργοδότηση ή και απόκτηση στέγης. Μερικές φορές, η προκατάληψη είναι τόσο ισοπεδωτική που τους αποτρέπει από το να αναζητήσουν βοήθεια, παρόλο που υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχικές διαταραχές, από φόβο μήπως στιγματιστούν. Για αυτό και το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια τόσο στην αναζήτηση θεραπείας όσο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων.

Τραγικό χαρακτηρίζεται, επίσης, το γεγονός ότι οι ίδιοι οι ασθενείς, αλλά και οι οικογένειές τους, που βιώνουν καθημερινά αυτή την κατακραυγή εναντίον τους, αναμένουν σχεδόν πάντοτε τέτοιες συμπεριφορές από τους συμπολίτες τους και όταν ακόμα δεν υφίστανται, με αποτέλεσμα να αυτο-στιγματίζονται. Και έτσι, αισθανόμενοι βαθιά ντροπή, αποσύρονται κοινωνικά, (*Thornicroft et al, 2009*).

Εύλογα, λοιπόν, προκύπτει ότι το στίγμα, ως ένα κοινωνικό φαινόμενο, ασκεί ισχυρή επίδραση σε όλα τα στρώματα της κοινωνίας και σε πολλά επίπεδα. Στο ατομικό επίπεδο, το οποίο σχεδόν απαγορεύει στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα να αναζητήσουν βοήθεια, στο επίπεδο της κοινότητας όπου διαβιούν, το οποίο επηρεάζει αρνητικά το χειρισμό τους από τις κοινωνικές υπηρεσίες, τους εργοδότες ή και τους επαγγελματίες υγείας, και σε πολιτειακό επίπεδο, το οποίο επηρεάζει τις πολιτικές αποφάσεις για τη φύση της θεραπείας τους, την πρόσβαση σε αυτήν, αλλά και τη χρηματοδότησή της.

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

# Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

#### 4.1 Οι έρευνες γύρω από το στίγμα της ψυχικής νόσου

Η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο άρχισε να αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον τη δεκαετία του 60, την εποχή δηλαδή που σηματοδοτήθηκε από την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Φροντίδας, (*Cohen and Struening, 1962, 1963, 1965, Baker and Schulberg, 1967*), και αποτέλεσε θέμα αρκετών ερευνών τόσο στο εξωτερικό, (*Rabkin, 1972*), όσο και στην Ελλάδα, (*Alivisatos and Lyketsos, 1964, Vassiliou and Vassiliou, 1968, Μαδιανός, Γκαρέλης και Αλεβίζος, 1983*).

Ειδικότερα, μελετήθηκαν οι στάσεις του γενικού πληθυσμού, (*Nunnally, 1961, Link et al, 1987, Angermeyer and Matschinger, 1996*), των συγγενών των ψυχικά πασχόντων, (*Alivisatos and Lyketsos, 1964*), των επαγγελματιών υγείας, (*Cohen and Struening, 1963, 1965, Lauber et al, 2004, Nordt, Rössler and Lauber, 2006, Björkman, Andelman and Jönsson, 2008*), αλλά και των φοιτητών, (*Cumming and Cumming, 1975, Eker, 1989*), απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.

Στον Ελλαδικό χώρο οι πρώτες έρευνες αφορούσαν στη διερεύνηση των στάσεων των συγγενών των ψυχικά πασχόντων, (*Alivisatos and Lyketsos, 1964, Safilios-Rothchild, 1969, Dimitriou, Ierodiakonou and Kokantzis, 1978*), καθώς και του γενικού πληθυσμού, (*Γεώργας και Τζανάκης, 1978, Μαδιανός και συν, 1984*), απέναντι στην ψυχική νόσο. Δημοσιεύτηκαν, επίσης, και έρευνες που αξιολογούσαν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, (*Αλεβίζος, Μαδιανός και Στεφανής, 1983, Koutrelakos, Gedeon and Struening, 1978, Μαντάς και συν, 1994, Arvaniti et al, 2008*), και των φοιτητών, (*Νέστορος και συν, 1992*).

Οι περισσότερες από τις έρευνες αυτές χρησιμοποίησαν ως εργαλείο για την διερεύνηση του στίγματος απέναντι στην ψυχική νόσο την κλίμακα της Γνώμης απέναντι στην Ψυχική Αρρώστια (OMI: Opinion on Mental Illness) των Cohen και Struening, (*1962*), και όλες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό επικρατούν υψηλά ποσοστά προκατάληψης απέναντι στην ψυχική νόσο.

## 4.2 Η κλίμακα της Γνώμης για την Ψυχική Νόσο (ΟΜΙ)

Το 1962 οι Cohen και Struening προσπάθησαν να αναγνωρίσουν και να αναπτύξουν μεθόδους ποσοτικού προσδιορισμού των κυριότερων παραγόντων που συνεπάγονταν τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο.

Ακολουθώντας συγκεκριμένη διαδικασία και μέσω της παραγοντικής ανάλυσης αρκετών ερωτήσεων που σχετίζονταν με την ψυχική αρρώστια, τα χαρακτηριστικά και την αιτιολογία της, την επίδρασή της στην κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και τα σχετικά μέτρα που πρέπει να παρθούν για τη θεραπεία της, κατέληξαν σε 51 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές συνιστούσαν πέντε παράγοντες που ξεχώρισαν ως διαμορφωτές της στάσης και της άποψης απέναντι στην ψυχική νόσο:

1. **Η Αυταρχικότητα:** Ο παράγοντας αυτός συνιστάται από έντεκα ερωτήσεις που αφορούν στα χαρακτηριστικά που διακρίνουν ένα ψυχικά πάσχον άτομο σκιαγραφώντας αυτό ως κατώτερο σε σύγκριση με ένα «φυσιολογικό». Υψηλές μετρήσεις του παράγοντα αυτού εκφράζουν την άποψη ότι ο ψυχικά πάσχον είναι κατώτερος του φυσιολογικού ατόμου.
2. **Ο Ανθρωπισμός:** Ο παράγοντας αυτός συνιστάται από δεκατέσσερις ερωτήσεις στις οποίες αντιπροσωπεύεται η άποψη ότι ο ψυχικά πάσχον πρέπει να ενσωματωθεί μέσα στην κοινότητα, ωστόσο, υπάρχουν μερικές επιφυλάξεις καθώς υφίσταται ακόμη ο φόβος απέναντι σε αυτόν.
3. **Η Ιδεολογία της Ψυχικής Υγιεινής:** Ο παράγοντας αυτός συνιστάται από εννέα ερωτήσεις στις οποίες αντιπροσωπεύεται η άποψη ότι η ψυχική αρρώστια οφείλει να αντιμετωπίζεται όπως οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, αντιδρώντας στο στίγμα που συνδέεται με αυτή. Υψηλές μετρήσεις του παράγοντα αυτού αναδεικνύουν μία θετική στάση απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο.
4. **Ο Κοινωνικός Περιορισμός:** Ο παράγοντας αυτός συνιστάται από δέκα ερωτήσεις οι οποίες φανερώνουν την άποψη ότι ένα ψυχικά πάσχον άτομο αποτελεί απειλή για την κοινωνία και ως τέτοιο οφείλει να απομονώνεται ακόμα και μετά την ενδο-νοσοκομειακή του νοσηλεία. Χαμηλές μετρήσεις

στον παράγοντα αυτό συνεπάγονται την ανάγκη δημιουργίας λιγότερο περιοριστικών περιβαλλόντων για τους ψυχικά πάσχοντες.

- 5. Η Διαπροσωπική Αιτιολογία:** Ο παράγοντας αυτός συνιστάται από επτά ερωτήσεις οι οποίες αντανακλούν την άποψη ότι η ψυχική νόσος είναι η συνέπεια κακών διαπροσωπικών σχέσεων, και κυρίως της έλλειψης γονεϊκής αγάπης και φροντίδας στην παιδική ηλικία. Υψηλές μετρήσεις του παράγοντα αυτού εκφράζουν την άποψη ότι η ψυχική υγεία καθορίζεται από τις επιλογές του καθενός στη ζωή του.

Αυτή η κλίμακα, παρόλο που η αξιοπιστία της αμφισβητήθηκε τελευταίως, κυρίως ως προς την πληρότητα και την επικαιρότητά της, εντούτοις αποτέλεσε ένα ευαίσθητο και αξιόπιστο εργαλείο για τους περισσότερους ερευνητές που στόχευαν στην αποκάλυψη και καταγραφή των στάσεων και των απόψεων ομάδων του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο και χρησιμοποιήθηκε ευρέως στο εξωτερικό.

Παρόλο που η κλίμακα αυτή δεν διευκρινίζει την έννοια της «ψυχικής νόσου», αφήνοντας να εννοείται κάθε αποκλίνουσα συμπεριφορά, εντούτοις είναι η πιο διαδεδομένη κλίμακα τα τελευταία 40 χρόνια.

#### **4.2.1 Η χρήση της κλίμακας OMI στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, η κλίμακα OMI χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1978 από τους Koutrelako, Gedeon και Struening σε δείγμα 220 επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η συγκεκριμένη έρευνα αποκάλυψε χαμηλά ποσοστά αυταρχικότητας απέναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών και υψηλά ποσοστά διαπροσωπικής αιτιολογίας της ψυχικής νόσου.

Λίγο αργότερα, (1983), οι Αλεβίζος, Μαδιανός και Στεφανής κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τη γνώμη για την ψυχική νόσο με τη χρήση της κλίμακας OMI σε δείγμα 336 ατόμων συναποτελούμενο από διάφορες επαγγελματικές ομάδες Ιατρικών και Ψυχιατρικών Υπηρεσιών καθώς και σπουδαστών επαγγελματιών υγείας.

Συγκεκριμένα, βρήκαν χαμηλά επίπεδα αυταρχικότητας μεταξύ των ψυχιάτρων, των φοιτητών ιατρικής και των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με τους παθολόγους και τους γυναικολόγους, τους μικροβιολόγους και τους χειρουργούς, τους μαθητευόμενους νοσηλευτές και τους μη ψυχιατρικούς και ψυχιατρικούς νοσηλευτές, ερμηνεύοντάς το μέσα από την έλλειψη ενημέρωσης των τελευταίων σε θέματα κλινικής ψυχοπαθολογίας της ψυχικής ασθένειας.

Η υπόθεση αυτή επαληθεύτηκε σε μία άλλη έρευνα, (Μαδιανός, Γκαρέλης, Αλεβίζος, 1983), που αφορούσε στη διαφοροποίηση της στάσης φοιτητών ιατρικής απέναντι στην ψυχική νόσο μετά την εκπαίδευσή τους σε ψυχιατρική κλινική, αποδεικνύοντας ότι η εκπαίδευση στην ψυχιατρική θετικοποιεί τη συμπεριφορά των φοιτητών απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.

Τα ίδια συμπεράσματα ενισχύθηκαν και από τα αποτελέσματα μίας άλλης έρευνας, (Μαντάς και συν, 1994), στην οποία αποδείχθηκε ότι η λειτουργία της ψυχιατρικής κλινικής εντός του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων καλλιέργησε μία θετικότερη στάση του προσωπικού απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.

Σε μία άλλη μεγαλύτερη έρευνα 1574 κατοίκων της Αθήνας το 1987, (Μαδιανός και συν), βρέθηκε ότι οι μεταβλητές της ηλικίας, του τόπου διαμονής μέχρι την ηλικία των 15 ετών, της εκπαίδευσης και του επαγγέλματος, αλλά όχι του φύλου, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την άποψη των πολιτών για τον ψυχικά πάσχοντα.

Συγκεκριμένα, τα άτομα νεαρής ηλικίας που μεγάλωσαν σε αστικά κέντρα με ανώτερο επίπεδο μόρφωσης θεωρούν σε μικρότερο βαθμό τον ψυχικά πάσχοντα ως άτομο κατώτερο. Επιπλέον, τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής αποδείχτηκαν συμβατά και με την ψυχιατρική μεταμόρφωση στην Ελλάδα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο υπογραμμίζοντας την τεράστια ανάγκη για την ανάπτυξη υπηρεσιών παροχής ψυχιατρικής φροντίδας μέσα στην κοινότητα, την πληροφόρηση και την εκπαίδευση των πολιτών για την ψυχική νόσο, καθώς και την ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινωνία.

Μία δεκαετία αργότερα, τα αποτελέσματα μίας άλλης έρευνας, (*Madianos et al, 1999*), απέδειξαν ότι η σταδιακή υλοποίηση των παρεμβάσεων των ΥΨΥ μέσα στην κοινότητα απέφεραν καρπούς μεταβάλλοντας τη στάση των πολιτών απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα από αρνητική σε θετική.

Στα ίδια αυτά συμπεράσματα κατέληξαν και οι έρευνες που ακολούθησαν, (*Madianos et al, 2002, 2005, 2007, Arvaniti et al, 2008*).

Συνεπώς, η χρήση της κλίμακας OMI αποτέλεσε ένα ιδιαίτερα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο στα χέρια των Ελλήνων ερευνητών, με την οποία παρακολουθούσαν την πορεία αλλαγής της στάσης του ελληνικού πληθυσμού, των επαγγελματιών και των σπουδαστών ψυχικής υγείας παράλληλα με την ψυχιατρική μεταμόρφωση στην Ελλάδα, αποδεικνύοντας ότι η αποκέντρωση των ψυχιατρικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η δημιουργία κοινοτικών δομών παροχής ψυχιατρικής φροντίδας και ο εκσυγχρονισμός της εκπαίδευσης των σπουδαστών ιατρικής σε θέματα ψυχικής υγείας συνέβαλαν τα μέγιστα στον αγώνα καταπολέμησης του στίγματος και στη μεταβολή της στάσης των πολιτών απέναντι στην ψυχική νόσο.

Μπορεί, όμως, οι σφυγμομετρήσεις της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες στην αρχή της νέας χιλιετίας να κατέδειξαν την κοινή αποδοχή για πιο ανθρώπινους θεραπευτικούς χειρισμούς με σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την παροχή σ' αυτούς κοινωνικής φροντίδας, ωστόσο, το στίγμα απέναντί τους εξακολουθεί ακόμα να υπάρχει σε αρκετές κοινωνίες.

Το φαινόμενο αυτό καθρεφτιζόταν στις 5 διαστάσεις της κλίμακας OMI, η οποία είχε κατασκευαστεί σύμφωνα με τις δοξασίες και τα στερεότυπα που επικρατούσαν τις δεκαετίες 50 και 60, αντανakλώντας μία παλαιότερη εποχή αντιμετώπισης του ψυχικά πάσχοντα, μέσα στα άσυλα και με τη χρήση αυστηρών περιοριστικών μέτρων. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που ακολούθησε στη συνέχεια, με την ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας, προβλημάτισαν για το ενδεχόμενο χρήσης διαφορετικών παραγόντων διαμορφωτών της στάσης των πολιτών απέναντι στην ψυχική νόσο.

Για αυτό λοιπόν, και ο Μαδιανός με τους συνεργάτες του, (2009), προσπάθησαν να κατασκευάσουν και να τυποποιήσουν ένα πρωτότυπο εργαλείο αποτίμησης των υποκειμενικών στάσεων και απόψεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο.

### 4.3 Η κλίμακα ASMI

Για την κατασκευή της νέας κλίμακας, ο Μαδιανός και οι συνεργάτες του, (2009), χρησιμοποίησαν μεγάλο δείγμα του γενικού πληθυσμού της Αθήνας, μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς επίσης, και χρήστες των ΥΨΥ, οι οποίοι υπέφεραν κυρίως από χρόνια σχιζοφρένεια.

Ακολουθώντας συγκεκριμένες διαδικασίες και στατιστικές αναλύσεις –η αναφορά στις οποίες ξεφεύγει από τους στόχους της παρούσας μελέτης- κατέληξαν σε μία καινούρια κλίμακα, την κλίμακα της Γνώμης απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI: Attitudes towards Severe Mental Illness).

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 30 ερωτήσεις που συνιστούν τέσσερις παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν και διαμορφώνουν την κοινή γνώμη αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο: το στίγμα, την αισιοδοξία, την εξωτερίκευση και την ενοχικότητα.

Από τη χρήση της κλίμακας αυτής προέκυψε ότι ο γενικός πληθυσμός εξέφρασε μεγαλύτερα επίπεδα στιγματισμού και λιγότερο αισιόδοξη στάση απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, στοιχεία συμβατά και με προηγούμενες μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας αμφιβάλουν για το μέλλον των ψυχικά ασθενών. Επιπρόσθετα, οι χρήστες των ψυχιατρικών υπηρεσιών προέβαλαν ένα μάλλον απαισιόδοξο προφίλ με αυτο-στιγματισμό, ταυτόχρονα, όμως, αποδείχθηκαν και περισσότερο πρόθυμοι να εξωτερικεύσουν τους εαυτούς τους και να αναζητήσουν βοήθεια, αισθανόμενοι λιγότερη ενοχικότητα για τα ψυχολογικά τους προβλήματα.

Η παρούσα έρευνα εξετάζει τις στάσεις ομάδων του γενικού πληθυσμού της Κύπρου καθώς και αυτές των επαγγελματιών ΠΦΥ και ΔΦΥ απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Πιο συγκεκριμένα, μελετά τη στάση των γενικών ιατρών και νοσηλευτών του



δημόσιου τομέα σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου, καθώς και των χειρουργών του δημόσιου τομέα απέναντι στην ψυχική νόσο.

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της Γνώμης για τη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI). Σε ό,τι αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας αναμένονταν υψηλά επίπεδα προκατάληψης ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό για τη σοβαρή ψυχική νόσο και χαμηλότερα ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα, αναμενόταν οι ιατροί της ΔΦΥ, οι οποίοι δεν έρχονται σε άμεση καθημερινή επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα, να αποδειχθούν περισσότερο προκατειλημμένοι συγκριτικά με τους συναδέλφους τους της ΠΦΥ.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

## 5.1 Αντικείμενο και στόχοι της μελέτης

Αντικείμενο της παρούσας διατριβής είναι ο εντοπισμός και η καταγραφή της στάσης των επαγγελματιών υγείας –πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας- και του κυπριακού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, καθώς επίσης, και η διατύπωση εισηγήσεων για την καταπολέμηση του στίγματος και της προκατάληψης γύρω από την ψυχική νόσο. Ειδικότερα, οι σκοποί της μελέτης είναι:

- η απόκτηση γνώσης σε ό,τι αφορά στις απόψεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι έχουν άμεση καθημερινή επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες
- η μελέτη της στάσης του γενικού πληθυσμού για την ψυχική νόσο και να συγκριθεί με αυτή των επαγγελματιών υγείας, και επίσης,
- η μελέτη των προοπτικών για την ανάπτυξη και την εφαρμογή προγραμμάτων καταπολέμησης του στίγματος, καθώς και για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της ψυχικής νόσου και προαγωγής της ψυχικής υγείας των πολιτών.

Οι αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

- η ανάδειξη και η προαγωγή αξιών, στάσεων και συμπεριφορών οι οποίες θα συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των πολιτών
- η ενεργοποίηση και η δραστηριοποίηση όλων των εμπλεκόμενων φορέων
- η προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών ώστε να καταστούν αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες
- η εργοδότηση των ψυχικά πασχόντων, καθώς και,
- η εμπλοκή όλων των ΜΚΟ με την ανάληψη πρωτοβουλιών για την εξοικονόμηση πόρων και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για την ψυχική νόσο και την καταπολέμηση του στίγματος.

## 5.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού και την εκτέλεση της έρευνας επιλέχθηκε η μέθοδος της ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης, (*Saunders, Lewis, Thornhill, 2003*).

Πρόκειται για επαγωγική προσέγγιση, μέσω της οποίας θα εξεταστεί η υπόθεση ότι ο κυπριακός πληθυσμός –συμπεριλαμβανομένων και διαφόρων επαγγελματιών υγείας– λόγω της άγνοιας ή της παραπληροφόρησής τους σε ό,τι αφορά στην ψυχική νόσο, ανέπτυξε νοοτροπία προκατάληψης απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα με αποτέλεσμα να τον στιγματίζει.

Για αυτό λοιπόν και ο σχεδιασμός της έρευνας ακολουθεί όλες τις επιστημονικές αρχές της επαγωγικής στρατηγικής επιλογής του μέσου συγκέντρωσης των στατιστικών δεδομένων, διεξαγωγή των σχετικών ελέγχων αξιοπιστίας των δεδομένων, επιλογή του κατάλληλου δείγματος, επιλογή του τρόπου καταχώρησης και στατιστικής επεξεργασίας των στοιχείων.

### 5.3 Σχεδιασμός της έρευνας

#### 5.3.1 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο σύνθετα δομημένα ερωτηματολόγια, ένα για τη διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού και ένα για τη διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού, (*Παράρτημα Ι*), αποτελούσε σύνθεση 2 επιμέρους ερωτηματολογίων: το ένα κατέγραφε τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των πολιτών και το δεύτερο τη Γνώμη απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Αρρώστια (κλίμακα ASMI).

Ειδικότερα, οι πρώτες 10 ερωτήσεις αφορούσαν στην αναλυτική καταγραφή των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του κάθε πολίτη, καθώς και στην πιθανή άμεση επαφή του με τον ψυχικά πάσχοντα, με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που επιδρούν στη διαμόρφωση της στάσης του απέναντι στην ψυχική αρρώστια. Συγκεκριμένα καταγράφονταν:

1. Το φύλο
2. Η ηλικία

3. Ο τόπος διαμονής
4. Η οικογενειακή κατάσταση
5. Η εκπαίδευση
6. Το επάγγελμα
7. Το εισόδημα
8. Η πιθανή γνωριμία με ψυχικά πάσχον άτομο
9. Η σχέση με το άτομο αυτό
10. Πιθανή επίσκεψη αρρώστου σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας, (*Παράρτημα II*), συνέθεταν 2 επιμέρους ερωτηματολόγια: το ένα κατέγραφε τα κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας και το δεύτερο τη Γνώμη απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Αρρώστια (κλίμακα ASMI).

Ειδικότερα, οι πρώτες 10 ερωτήσεις αφορούσαν στα κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της ικανοποίησής τους από την άσκηση της εργασίας τους, με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν τη στάση τους απέναντι στην ψυχική αρρώστια. Συγκεκριμένα καταγράφονταν:

1. Το φύλο
2. Η ηλικία
3. Η οικογενειακή κατάσταση
4. Το επίπεδο μόρφωσης
5. Η επαγγελματική θέση
6. Το τμήμα εργασίας
7. Η επαρχία εργασίας
8. Τα ολικά χρόνια υπηρεσίας
9. Τα χρόνια υπηρεσίας στο παρόν τμήμα
10. Ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία.

### 5.3.2 Η κλίμακα της Γνώμης απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI)

Η κλίμακα ASMI (Attitudes towards Severe Mental Illness) των Μαδιανού και συν, (2009), αποτελείται από 30 ανοικτές-κλειστές ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στις σύγχρονες στάσεις και απόψεις για τη σοβαρή ψυχική αρρώστια.

Πρόκειται για μία πρωτότυπη και πιλοτική κλίμακα διερεύνησης των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο, την οποία κατασκεύασε ο Μαδιανός και οι συνεργάτες του, (2009), έχοντας ως πρότυπο την κλίμακα OMI (Opinions on Mental Illness), η οποία είχε σταθμιστεί και ευρέως χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό, (Madianos et al, 1987, 1999, 2004, Arvaniti et al, 2008).

Οι απαντήσεις στις 30 ερωτήσεις της ASMI κλίμακας είναι διαμορφωμένες σε μία 5-βαθμη κλίμακα, όπου στις περισσότερες ερωτήσεις ισχύει η βαθμολόγηση: «συμφωνώ» (1), «μάλλον συμφωνώ» (2), «μάλλον διαφωνώ» (3), «διαφωνώ (4), και, «δεν απαντώ/δεν ξέρω» (0), ενώ στις υπόλοιπες ερωτήσεις ισχύει η αντίστροφη βαθμολόγηση.

Εν αντιθέσει με την OMI κλίμακα, η οποία διαιρεί τις απόψεις 51 ερωτήσεων για την ψυχική νόσο σε 5 διαστάσεις –αυταρχικότητα, ανθρωπισμός, ιδεολογία της ψυχικής υγείας, κοινωνικός περιορισμός και διαπροσωπική αιτιολογία- η ASMI κλίμακα διακρίνει 4 παράγοντες:

- A. Στίγμα:** Αυτό ορίζεται σε σχέση με τα ιδιαίτερα και ξεχωριστά χαρακτηριστικά του ψυχικά πάσχοντα και τα οποία περιγράφονται ως κατώτερα του «φυσιολογικού» πληθυσμού. Ταυτόχρονα, ο παράγοντας περιλαμβάνει και την πεποίθηση μίας εν δυνάμει εξάρτησης του ψυχικά πάσχοντα από τα φάρμακα.
- B. Αισιοδοξία:** Ο παράγοντας αυτός αναδεικνύει μία θετική στάση απέναντι στις ικανότητες ενός ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή.
- Γ. Εξωτερίκευση:** Ο παράγοντας αυτός φανερώνει την ανάγκη για ενθάρρυνση του ψυχικά πάσχοντα για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και για κοινωνικοποίηση.

**Δ. Ενοχικότητα:** Ο παράγοντας αυτός αναδεικνύει μία αρνητική στάση απέναντι στην ψυχική νόσο, και ιδιαίτερα, τα αισθήματα αυτο-ενοχής του ίδιου του ψυχικά πάσχοντα. Παράλληλα, συγχωνεύει και την έννοια της μετάθεσης των ευθυνών, εξαιτίας της αρρώστιας, σε άλλους.

Στον παράγοντα **A** αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 1-11 (11 ερωτήσεις), στον παράγοντα **B** οι ερωτήσεις 12-17 (6 ερωτήσεις), στον παράγοντα **Γ** οι ερωτήσεις 18-24 (7 ερωτήσεις) και στον παράγοντα **Δ** οι ερωτήσεις 25-30 (6 ερωτήσεις).

Υψηλή βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα φανερώνει θετική στάση προς τον παράγοντα αυτό.

Οι συσχετίσεις των 4 παραγόντων μεταξύ τους καθορίζονται ως εξής: οι στιγματισμένες απόψεις του παράγοντα **A** συσχετίζονται αρνητικά με τις αισιόδοξες απόψεις του παράγοντα **B** και την ανάγκη για αναζήτηση βοήθειας και κοινωνικοποίησης του παράγοντα **Γ**, ενώ συσχετίζονται θετικά με την αρνητική άποψη του παράγοντα **Δ**, η οποία θέλει τον ψυχικά πάσχοντα να θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για την αρρώστια του.

### **5.3.3 Ταυτότητα έρευνας**

#### **5.3.3.1 Γενικός πληθυσμός**

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων του γενικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης. Οι λόγοι της συγκεκριμένης επιλογής υπήρξαν κυρίως πρακτικοί και οικονομικοί.

Κατά πρώτον λόγο αποτελεί μία αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδο εκμαίευσης συμπεριφορών και απόψεων η οποία χρησιμοποιείται από αρκετούς μελετητές σε περιγραφικές έρευνες, καθώς η ανωνυμία που παρέχει μία τηλεφωνική συνέντευξη διευκολύνει σε μεγαλύτερο βαθμό από την προσωπική συνέντευξη την ελεύθερη έκφραση απόψεων, ενώ αποτρέπει τη μεροληπτική στάση.



Επιπλέον, το κόστος χρήσης της μεθόδου αυτής είναι κατά πολύ χαμηλότερο του αντίστοιχου μίας έρευνας «από πόρτα σε πόρτα», γεγονός το οποίο επιτρέπει τη διεκπεραίωση της έρευνας σε ευρεία κλίμακα.

Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις, οι οποίες διεξήχθησαν από τις 17 Σεπτεμβρίου 2009 μέχρι τις 28 Σεπτεμβρίου 2009, ολοκληρώθηκαν από το Ερευνητικό Κέντρο του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. Κάθε τηλεφωνική συνέντευξη ξεκινούσε από τη στιγμή που εξασφαλιζόταν η προφορική συναίνεση του συμμετέχοντα και διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Το δείγμα της έρευνας επιλέγηκε από τον πληθυσμό της ελεύθερης νήσου που είναι καταγεγραμμένος στον εθνικό τηλεφωνικό κατάλογο με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Το δείγμα συμπεριλάμβανε μόνο τις τηλεφωνικές γραμμές οι οποίες αντιστοιχούσαν σε πολίτες ηλικίας 18 μέχρι 69 ετών και όχι σε εταιρείες ή δημόσιες υπηρεσίες.

Έγιναν συνολικά 813 τηλεφωνήματα από τα οποία ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη συνέντευξη 701 πολίτες. Οι 112 πολίτες οι οποίοι αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα αποτελεί ένα σχετικά μικρό ποσοστό (14%), με μέγιστο στατιστικό σφάλμα 3.7%.

### ***5.3.3.2 Επαγγελματίες υγείας***

Για την καταγραφή της στάσης των επαγγελματιών ΠΦΥ απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια επιλέγηκαν όλοι οι γενικοί ιατροί και οι νοσηλευτές των Εξωτερικών Ιατρείων και των Κέντρων Υγείας (Αστικών και Αγροτικών) των 5 επαρχιών, ενώ για τη διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών ΔΦΥ επιλέγηκαν οι χειρουργοί των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Από όλους τους επαγγελματίες υγείας ζητήθηκε όπως συμπληρώσουν ανώνυμα το ερωτηματολόγιο. Αρχικά, τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς στους προϊσταμένους των τμημάτων των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων και ζητήθηκε από αυτούς όπως τα μοιράσουν στους υφισταμένους τους, ακολούθως τα συλλέξουν και τέλος, τα στείλουν ταχυδρομικώς στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΑΠΚ) σε

φακέλους με προπληρωμένο ταχυδρομικό τέλος. Τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από ένα επεξηγηματικό σημείωμα, το οποίο αναφερόταν στο αντικείμενο και τους στόχους της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς και μία επιστολή από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας η οποία ενέκρινε τη διεξαγωγή της.

Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν τον Ιούνιο 2009. Καθότι, όμως, η συγκεκριμένη χρονική περίοδος συνέπεσε με το ξεκίνημα των καλοκαιρινών διακοπών, η ανταπόκριση ήταν πολύ μικρή. Πολύ μικρός αριθμός ερωτηματολογίων κατέφθανε με πολύ αργό ρυθμό ταχυδρομικώς στο ΑΠΚ σε σχέση με τον αναμενόμενο. Για το λόγο αυτό, στις αρχές Σεπτεμβρίου, όταν οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είχαν επιστρέψει από τις καλοκαιρινές τους διακοπές, υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με τους προϊσταμένους τους, στους οποίους είχαν αποσταλεί τα ερωτηματολόγια, υπενθυμίζοντάς τους να τα διανέμουν για συμπλήρωση.

Αποδείχθηκε ότι η κίνηση αυτή είχε απήχηση καθότι άρχισαν να καταφθάνουν όλο και περισσότερα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια στο ΑΠΚ. Ωστόσο, ο αριθμός τους δεν ήταν ακόμη ικανοποιητικός, και ιδιαίτερα από κάποια Αστικά Κέντρα Υγείας της επαρχίας Λευκωσίας. Συνεργάτες της έρευνας με προσωπικές επισκέψεις στα εν λόγω Κέντρα επέτυχαν τη συμπλήρωση αρκετών ερωτηματολογίων.

Τελικά, από τα 360 ερωτηματολόγια που είχαν σταλεί, παραλήφθηκαν συνολικά 255 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια (70.83%), ποσοστό το οποίο κρίνεται αρκετά ικανοποιητικό.

Από τους 255 επαγγελματίες υγείας, οι 101 ήταν ιατρικοί λειτουργοί, οι 39 ειδικευόμενοι ιατροί και οι 129 νοσηλευτές. Από όλους αυτούς, οι 197 ανήκαν στην ΠΦΥ -47 στα Αστικά ΚΥ, 88 στα Αγροτικά ΚΥ, 51 στα ΕΙ και 11 στα ΤΑΕΠ- ενώ οι υπόλοιποι 58 ανήκαν στη ΔΦΥ.

#### **5.3.4 Στατιστική ανάλυση**

Αρχικά, όλα τα στοιχεία που είχαν συλλεχθεί και καταγραφεί στα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν με συστηματικό τρόπο σε ηλεκτρονική μορφή σε αρχεία του προγράμματος λογιστικών φύλλων (Microsoft Excel). Στη συνέχεια, για την

επεξεργασία των στοιχείων και των αποτελεσμάτων που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences), το οποίο θεωρείται πολύ καλό για επεξεργασία δεδομένων και στατιστική ανάλυση.

Σε πρώτη φάση αναλύθηκαν οι συχνότητες των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων των δύο πληθυσμιακών δειγμάτων, καθώς και οι απαντήσεις αυτών στην κλίμακα ASMI. Ακολούθως, έγιναν συσχετίσεις με τη μέθοδο Chi-Square Test για να διερευνηθεί η σχέση του κάθε παράγοντα της κλίμακας ASMI με τις διάφορες δημογραφικές μεταβλητές.

Έτσι, με τη βοήθεια του SPSS διενεργήθηκε η στατιστική ανάλυση που περιελάμβανε τη μέθοδο ανάλυσης Chi-Square Tests και συντελεστές συσχέτισης (correlation coefficients). Ως επίπεδο εμπιστοσύνης καθορίστηκε το  $\alpha=0.05$ .

### **5.3.5 Παραδοχές και περιορισμοί**

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία έρευνα στατιστικής συσχέτισης η οποία εστιάζει στην ανίχνευση της στάσης του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας της Κύπρου απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια, εξασφαλίζοντάς μας ένα «στιγμιότυπο» των σύγχρονων διαστάσεων των απόψεών τους.

Η έρευνα θα παρουσίαζε μεγαλύτερο ενδιαφέρον εάν το δείγμα συμπεριλάμβανε και ψυχικά πάσχοντες, γεγονός το οποίο θα καθιστούσε δυνατή τη διερεύνηση της στάσης και των ίδιων των χρηστών των ψυχιατρικών υπηρεσιών και ακολούθως τη σύγκρισή της με τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας, όπως έγινε και στην έρευνα του Μαδιανού και των συνεργατών του, (2009).

Από την έρευνα απουσίαζε επίσης και η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι κατεξοχήν έρχονται σε άμεση καθημερινή επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες. Όπως καταδεικνύουν και διάφορες έρευνες στον ελληνικό και ευρύτερο χώρο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμφανίζουν τη λιγότερο

στιγματιστική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες συγκριτικά με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων.

Στην παρούσα έρευνα επιλέγηκε να αποκρυπτογραφηθεί η στάση των επαγγελματιών ΠΦΥ, οι οποίοι ομοίως έρχονται σε άμεση και καθημερινή επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες στα ΚΥ, στα ΕΙ ή στα ΤΑΕΠ, καθώς επίσης, και η στάση των επαγγελματιών στη χειρουργική, μία ειδικότητα η οποία δεν χαρακτηρίζεται από αμεσότητα με τον ψυχικά πάσχοντα όπως η ΠΦΥ.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

## 6.1 Ανάλυση του δείγματος του γενικού πληθυσμού

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο αριθμός των τηλεφωνικών συνεντεύξεων που καταγράφηκε και αποτέλεσε το δείγμα για τη διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο ανερχόταν στα 701.

Οι πρώτες 10 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του δείγματος του γενικού πληθυσμού αφορούσαν σε κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία των πολιτών. Πιο κάτω ακολουθεί η ανάλυσή τους.

### 6.1.1 Φύλο δείγματος γενικού πληθυσμού

Από το σύνολο των 701 πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα, 47.2% ήταν άνδρες (n=331) και 52.8% ήταν γυναίκες (n=370).

**Πίνακας 6.1.1: Φύλο δείγματος γενικού πληθυσμού**

Φύλο	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
Άνδρες	331	47.2
Γυναίκες	370	52.8
Σύνολο	701	100.0

### 6.1.2 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος

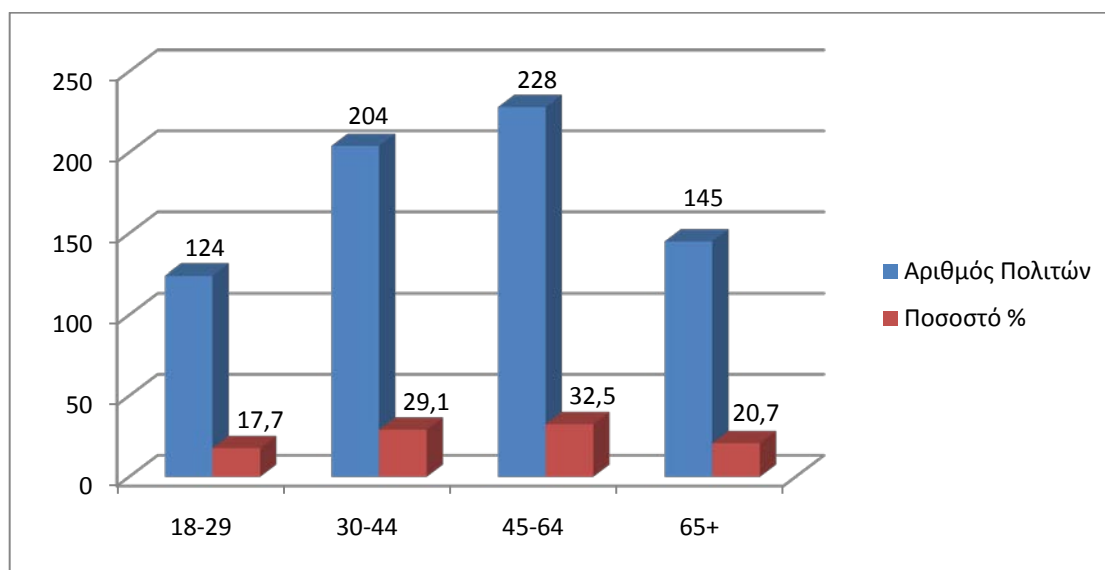
Για τη μελέτη του γενικού πληθυσμού επιλέγηκαν άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, τα οποία αντιπροσώπευαν όλα τα ηλικιακά φάσματα: στις ηλικίες 18-29 ετών αντιστοιχούσε ποσοστό 17.7% (n=124), στις ηλικίες 30-44 αντιστοιχούσε 29.1% (n=204), στις ηλικίες 45-64 αντιστοιχούσε 32.5% (n=228), ενώ άνω των 65 ετών αντιστοιχούσε ποσοστό ίσο με 20.7% (n=145). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 47.76.

**Πίνακας 6.1.2α: Μέση ηλικία δείγματος γενικού πληθυσμού**

	Αριθμός Δείγματος	Μικρότερη	Μέγιστη	Μέση Ηλικία	Σταθερή Απόκλιση
Ηλικία	701	18	86	47.76	16.961

**Πίνακας 6.1.2β: Ηλικιακή κατανομή δείγματος γενικού πληθυσμού**

Ηλικία	Αριθμός Πολιτών	Ποσοστό %
18-29	124	17.7
30-44	204	29.1
45-64	228	32.5
65+	145	20.7
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>



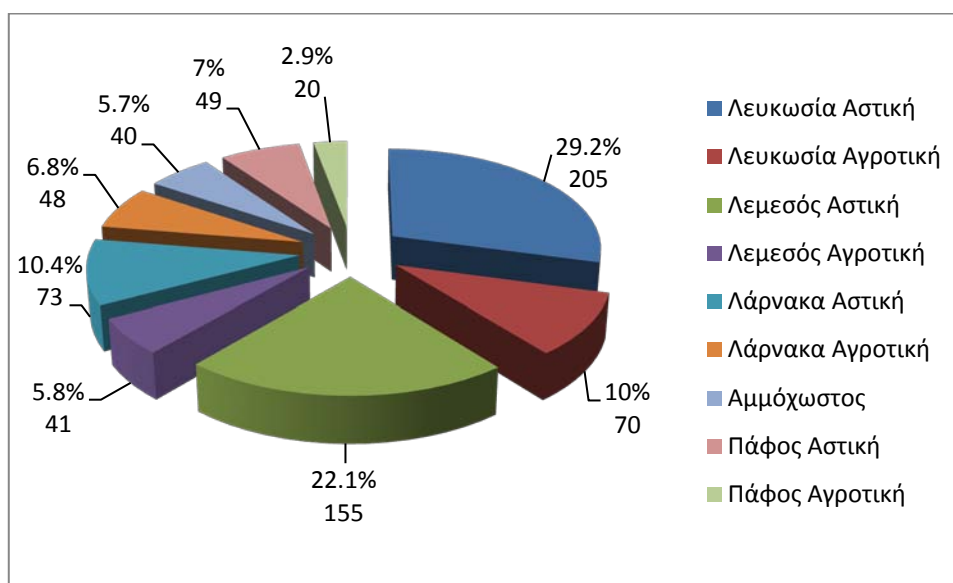
**Πίνακας 6.1.2γ: Ηλικιακή κατανομή δείγματος γενικού πληθυσμού**

### 6.1.3 Τόπος διαμονής του δείγματος

Από τους 701 ερωτηθέντες, οι 275 ήταν κάτοικοι της επαρχίας Λευκωσίας, (205 στην αστική Λευκωσία και 70 στην αγροτική Λευκωσία), οι 196 ήταν κάτοικοι της επαρχίας Λεμεσού, (155 στην πόλη και 41 στα χωριά), οι 121 ήταν κάτοικοι της επαρχίας της Λάρνακας, (73 στην πόλη και 48 στα χωριά), οι 40 ήταν κάτοικοι της ελεύθερης επαρχίας Αμμοχώστου, ενώ οι υπόλοιποι 69 κατοικούσαν στην επαρχία της Πάφου, (49 στην πόλη και 20 στα χωριά).

**Πίνακας 6.3: Τόπος διαμονής δείγματος γενικού πληθυσμού**

Επαρχία	Δείγμα	Ποσοστό %
Αστική Λευκωσία	205	29.2
Αγροτική Λευκωσία	70	10.0
Αστική Λεμεσός	155	22.1
Αγροτική Λεμεσός	41	5.8
Αστική Λάρνακα	73	10.4
Αγροτική Λάρνακα	48	6.8
Αμμόχωστος	40	5.7
Αστική Πάφος	49	7.0
Αγροτική Πάφος	20	2.9
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>



**Πίνακας 6.1.3α: Τόπος διαμονής δείγματος γενικού πληθυσμού**

#### 6.1.4 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

Από τους 701 Κύπριους πολίτες που αποτέλεσαν το δείγμα του γενικού πληθυσμού στην έρευνα, οι περισσότεροι (n=530) δήλωσαν παντρεμένοι (75.6%), οι 120 (17.1%) ελεύθεροι, οι 30 (4.3%) χήροι και μόλις 19 (2.7%) δήλωσαν διαζευγμένοι. Από όλο το δείγμα του γενικού πληθυσμού, 2 άτομα δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, πιθανώς λόγω της μη συμπερίληψης στις επιλογές «αρραβωνιασμένος/η» ή



συνδυασμού κάποιων επιλογών, όπως για παράδειγμα «ξανά παντρεμένος/η χήρος/α» ή «ελεύθερος/η που συζεί».

**Πίνακας 6.1.4: Οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός Πολιτών	Ποσοστό %
Άγαμος/η	120	17.1
Παντρεμένος/η	530	75.6
Χήρος/α	30	4.3
Διαζευγμένος/η	19	2.7
(Δεν απαντώ)	2	0.3
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>

#### 6.1.5 Επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος

Από τους 701 πολίτες του δείγματος, οι 302 (43.1%) ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, οι 250 (35.7%) ήταν απόφοιτοι κολλεγίου ή πανεπιστημίου, ενώ οι υπόλοιποι 149 (21.3%) δεν είχαν καμία μόρφωση ή παρακολούθησαν μερικές τάξεις του δημοτικού.

**Πίνακας 6.5: Επίπεδο εκπαίδευσης δείγματος γενικού πληθυσμού**

Εκπαίδευση	Αριθμός Πολιτών	Ποσοστό %
Χωρίς μόρφωση/μέχρι και δημοτικό	149	21.3
Μέση εκπαίδευση	302	43.1
Κολλέγιο/πανεπιστήμιο	250	35.7
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>

#### 6.1.6 Εργασιακή κατάσταση του δείγματος

Η έρευνα κατέδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (21%) του δείγματος του γενικού πληθυσμού ανήκε στην κατηγορία των συνταξιούχων. Επίσης, ποσοστό 12.6% (n=88) δήλωσαν νοικοκυρές, 6.7% (n=47) δήλωσαν φοιτητές και 0.7% (n=5)

δήλωσαν στρατιώτες. Από τους υπόλοιπους, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (13.4%) εργαζόταν στην κατηγορία των Γραφείων και Γραμματέων, ένα άλλο, επίσης, αρκετά μεγάλο ποσοστό (13.1%) εργαζόταν στην κατηγορία των Τεχνητών, Ειδικευμένων Εργατών και Οδηγών, ενώ ποσοστό 9.4% εργαζόταν ως Ελεύθεροι Επαγγελματίες, Επιστήμονες, Ιατροί ή Δικηγόροι.

**Πίνακας 6.6: Επάγγελμα δείγματος γενικού πληθυσμού**

Επάγγελμα	Αριθμός Πολιτών	Ποσοστό %
Ελεύθερος Επαγγελματίας/Επιστήμονας/Ιατρός/Δικηγόρος	66	9.4
Επιχειρηματίας	24	3.4
Διευθυντής εταιρείας/τμήματος	12	1.7
Καθηγητής/Δάσκαλος	37	5.3
Αστυνομικός/Λοχίας/Στρατιωτικός	9	1.3
Γραφέας/Γραμματέας	94	13.4
Πωλητής	16	2.3
Μικροκαταστηματάρχης	12	1.7
Τεχνίτης/Ειδικευμένος εργάτης/τρια/Οδηγός	92	13.1
Γκαρσόνι/Υπάλληλος κέντρου διασκέδασης	7	1.0
Νοσοκομειακό προσωπικό	9	1.3
Ανειδίκευτος εργάτης/άτρια	13	1.9
Κτηνοτρόφος/Γεωργός	3	.4
Νοικοκυρά	88	12.6
Συνταξιούχος	147	21.0
Άνεργος	20	2.9
Φοιτητής	47	6.7
Στρατιώτης	5	.7
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>

### 6.1.7 Οικονομική κατάσταση του δείγματος

Για την αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης του δείγματος του γενικού πληθυσμού καταγράφηκε το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα. Ωστόσο, ποσοστό 20.3% επέλεξε να μην απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. Από τους υπόλοιπους

πο υ δήλωσαν το μηνιαίο το υ εισόδημα, η πλειοψηφία (17.5%) δήλωσε μηνιαίο εισόδημα 1701-2500 ευρώ, ενώ μόνο 4.9% δήλωσε μηνιαίο εισόδημα μέχρι 500 ευρώ.

**Πίνακας 6.1.7: Εισόδημα δείγματος γενικού πληθυσμού**

Εισόδημα	Αριθμός πολιτών	Ποσοστό %
Μέχρι 500 Ευρώ	34	4.9
501 - 800 Ευρώ	60	8.6
801 - 1300 Ευρώ	99	14.1
1301 - 1700 Ευρώ	87	12.4
1701 - 2500 Ευρώ	123	17.5
2501 - 5000 Ευρώ	98	14.0
5000 Ευρώ και άνω	58	8.3
(Δεν απαντώ)	142	20.3
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>

### 6.1.8 Πιθανή γνωριμία με ψυχικά πάσχον άτομο

Η 8<sup>η</sup> ερώτηση του ερωτηματολογίου διερευνούσε την πιθανότητα οι πολίτες του δείγματος να έχουν γνωρίσει το τελευταίο χρονικό διάστημα ψυχικά πάσχον άτομο. Η έρευνα κατέδειξε ότι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (n=343) είχαν γνωρίσει ένα τέτοιο άτομο, ενώ οι υπόλοιποι (n=358), όχι.

**Πίνακας 6.1.8: Γνωριμία με ψυχικά πάσχον άτομο**

Γνωριμία	Αριθμός πολιτών	Ποσοστό %
Ναι	343	48.9
Όχι	358	51.1
<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>100.0</b>

### 6.1.9 Σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα

Στην προηγούμενη ερώτηση αποδείχθηκε ότι το ήμισυ σχεδόν του δείγματος του γενικού πληθυσμού (48.9%) γνώρισε ένα ψυχικά ασθενή το τελευταίο διάστημα. Η 9<sup>η</sup>

ερώτηση διερευνούσε τη σχέση των πολιτών αυτών με τον ψυχικά πάσχοντα και βρέθηκε ότι οι περισσότεροι από αυτούς (72.3%) γνώριζαν καλά το άτομο αυτό, ενώ οι υπόλοιποι όχι.

**Πίνακας 6.1.9: Σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα**

Γνωρίζετε καλά το άτομο αυτό;	Αριθμός πολιτών	Ποσοστό %
Ναι	248	72.3
Όχι	95	27.7
Σύνολο	701	100.0

#### 6.1.10 Επίσκεψη σε ψυχιατρικό ίδρυμα

Η 10<sup>η</sup> ερώτηση διερευνούσε την πιθανότητα οι πολίτες του δείγματος του γενικού πληθυσμού να έχουν επισκεφθεί έναν άρρωστο σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό (83.9%) απάντησε αρνητικά και μόλις το 16.1% απάντησε καταφατικά.

**Πίνακας 6.1.10: Επίσκεψη σε ψυχιατρικό ίδρυμα**

Επίσκεψη σε ψυχιατρικό ίδρυμα	Αριθμός πολιτών	Ποσοστό %
Ναι	113	16.1
Όχι	588	83.9
Σύνολο	701	100.0

#### 6.1.11 Το ερωτηματολόγιο ASMI του γενικού πληθυσμού

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου του δείγματος του γενικού πληθυσμού αποτελούσαν οι 30 ερωτήσεις της κλίμακας ASMI. Οι απαντήσεις που έδωσαν οι Κύπριοι πολίτες του δείγματος αναγράφονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

**Πίνακας 6.1.11: Οι απαντήσεις του γενικού πληθυσμού στην κλίμακα ASMI**

Ερωτήσεις <sup>2</sup>	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον Διαφωνώ		Διαφωνώ		Δεν Ξέρω / Δεν Απαντώ	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.	333	47.5	104	14.8	56	8.0	175	25.0	33	4.7
2.Όσο και αν προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους.	190	27.1	89	12.7	102	14.6	296	42.2	24	3.4
3.Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο.	165	23.5	81	11.6	85	12.1	358	51.1	12	1.7
4.Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο.	301	42.9	131	18.7	96	13.7	158	22.5	15	2.1
5.Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι.	277	39.5	111	15.8	74	10.6	232	33.1	7	1.0
6.Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι εάν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος.	295	42.1	153	21.8	113	16.1	126	18.0	14	2.0
7.Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο.	122	17.4	88	12.6	140	20.0	319	45.5	32	4.6
8.Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα.	115	16.4	146	20.8	182	26.0	230	32.8	28	4.0
9.Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει σ' όλη του τη ζωή.	231	33.0	143	20.4	79	11.3	179	25.5	69	9.8
10.Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	341	48.6	121	17.3	47	6.7	92	13.1	100	14.3
11.Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	168	24.0	74	10.6	91	13.0	316	45.1	52	7.4
12.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	96	13.7	70	10.0	189	27.0	325	46.4	21	3.0

<sup>2</sup> Οι ερωτήσεις 1-11 αντιστοιχούν στον παράγοντα Α, οι ερωτήσεις 12-17 στον παράγοντα Β, οι ερωτήσεις 18-24 στον παράγοντα Γ και οι ερωτήσεις 25-30 αντιστοιχούν στον παράγοντα Δ.

Ερωτήσεις	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον Διαφωνώ		Διαφωνώ		Δεν Ξέρω / Δεν Απαντώ	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
13.Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους.	123	17.5	69	9.8	127	18.1	362	51.6	20	2.9
14.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	168	24.0	86	12.3	127	18.1	305	43.5	15	2.1
15.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία.	93	13.3	64	9.1	164	23.4	357	50.9	23	3.3
16.Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	42	6.0	40	5.7	148	21.1	449	64.1	22	3.1
17.Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	40	5.7	42	6.0	168	24.0	390	55.6	61	8.7
18.Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	585	83.5	45	6.4	24	3.4	37	5.3	10	1.4
19.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή φίλους του.	50	7.1	10	1.4	38	5.4	589	84.0	14	2.0
20.Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα.	24	3.4	9	1.3	31	4.4	631	90.0	6	0.9
21.Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	33	4.7	3	0.4	10	1.4	654	93.3	1	0.1
22.Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μην δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις.	417	59.5	98	14.0	78	11.1	83	11.8	25	3.6
23.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ειδικό, π.χ. ψυχίατρο.	4	0.6	0	0.0	6	0.9	691	98.6	0	0.0
24.Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω.	7	1.0	3	0.4	7	1.0	681	97.1	3	0.4

Ερωτήσεις	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον Διαφωνώ		Διαφωνώ		Δεν Ξέρω / Δεν Απαντώ	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
25.Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νιώθει υπεύθυνο για ότι συνέβη.	225	32.1	141	20.1	76	10.8	151	21.5	108	15.4
26.Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του.	281	40.1	178	25.4	64	9.1	99	14.1	79	11.3
27.Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σε ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά.	507	72.3	119	17.0	31	4.4	30	4.3	14	2.0
28.Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ότι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του.	217	31.0	131	18.7	100	14.3	190	27.1	63	9.0
29.Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια.	464	66.2	123	17.5	37	5.3	61	8.7	16	2.3
30.Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους.	376	53.6	168	24.0	42	6.0	58	8.3	57	8.1

## 6.2 Ανάλυση του δείγματος των επαγγελματιών υγείας

Ο συνολικός αριθμός των επαγγελματιών υγείας που αποτέλεσε το δείγμα για τη διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια ανερχόταν στους 255.

Οι πρώτες 10 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του δείγματος των επαγγελματιών υγείας αφορούσαν σε κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία. Πιο κάτω ακολουθεί η ανάλυσή τους.

### 6.2.1 Φύλο δείγματος επαγγελματιών υγείας

Από το σύνολο των 255 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, 30.2% ήταν άνδρες (n=77) και 69.8% ήταν γυναίκες (n=178).

**Πίνακας 6.2.1: Φύλο δείγματος επαγγελματιών υγείας**

Φύλο	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
Άνδρες	77	30.2
Γυναίκες	178	69.8
Σύνολο	255	100.0

**6.2.2 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος**

Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των επαγγελματιών υγείας (29.8%) ανήκε στο ηλικιακό φάσμα 46 έως 55 ετών, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (5.9%) του δείγματος ήταν μικρότερο των 25 ετών.

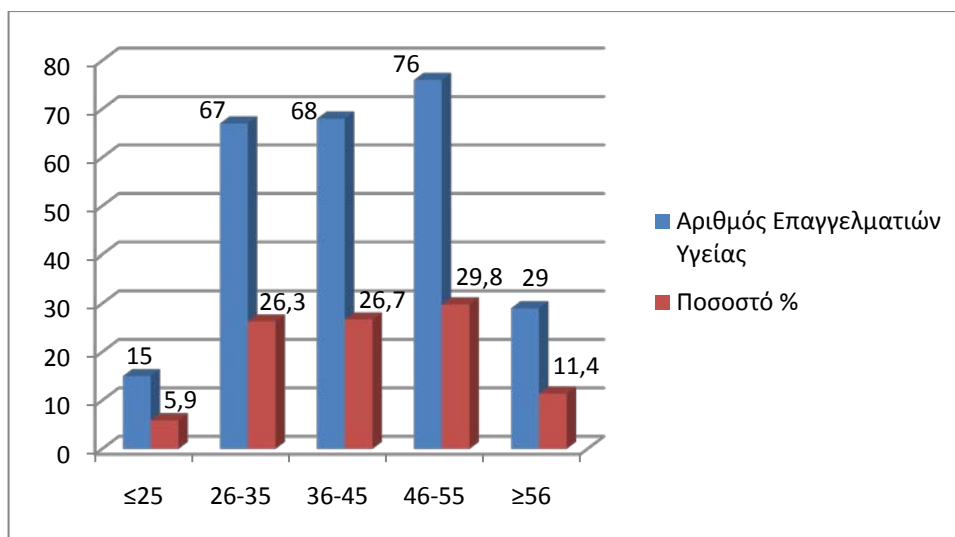
**Πίνακας 6.2.2: Ηλικιακή κατανομή δείγματος επαγγελματιών υγείας**

Ηλικία	Αριθμός Επαγγελματιών Υγείας	Ποσοστό %
≤25	15	5.9
26-35	67	26.3
36-45	68	26.7
46-55	76	29.8
≥56	29	11.4
Σύνολο	255	100.0

**Πίνακας 6.2.2α: Μέση ηλικία δείγματος επαγγελματιών υγείας**

	Αριθμός Δείγματος	Μικρότερη	Μέγιστη	Μέση Ηλικία	Τυπική Απόκλιση
<b>Ηλικία</b>	255	23	62	41.75	10.84





**Πίνακας 6.2.2β: Ηλικιακή κατανομή δείγματος επαγγελματιών υγείας**

### 6.2.3 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

Από τους 255 επαγγελματίες υγείας, οι περισσότεροι (64.7%) δήλωσαν «παντρεμένοι», ποσοστό 25.5% δήλωσε «ελεύθεροι», ποσοστό 8.2% δήλωσε «διαζευγμένοι» και μόλις 1.6% δήλωσε «χήροι».

**Πίνακας 6.2.3: Οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός Επαγγελματιών Υγείας	Ποσοστό %
Άγαμος/η	65	25.5
Παντρεμένος/η	165	64.7
Χήρος/α	4	1.6
Διαζευγμένος/η	21	8.2
<b>Σύνολο</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>

### 6.2.4 Επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος

Από τους 255 επαγγελματίες υγείας του δείγματος, οι 76 (29.8%) ήταν απόφοιτοι ανώτερης σχολής, (κολλέγιο), οι 139 (54.5%) ήταν απόφοιτοι ανωτάτης σχολής, (πανεπιστήμιο), και οι 38 (14.9%) δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος (Μάστερ ή Διδακτορικού).

**Πίνακας 6.2.4: Επίπεδο εκπαίδευσης δείγματος επαγγελματιών υγείας**

Εκπαίδευση	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
Ανώτερη Σχολή (Κολλέγιο)	76	29.8
Ανώτατη Σχολή (Πανεπιστήμιο)	139	54.5
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	38	14.9
Άλλο	2	0.8
<b>Σύνολο</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>

### 6.2.5 Τίτλος επαγγέλματος

Από το δείγμα των 255 επαγγελματιών υγείας, οι περισσότεροι ανήκαν στο ιατρικό προσωπικό (n=139, 54.51%) και οι υπόλοιποι (n=116, 45.49%) στο νοσηλευτικό προσωπικό.

**Πίνακας 6.2.5: Τίτλος επαγγέλματος**

Τίτλος Επαγγέλματος	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
Διευθυντής Κλινικής/Τμήματος	6	2.4
Βοηθός Διευθυντής Κλινικής/Τμήματος	8	3.1
Επιμελητής/Ιατρικός Λειτουργός	86	33.7
Ειδικευόμενος Ιατρός	39	15.3
Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	7	2.7
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	16	6.3
Νοσηλευτικός Λειτουργός	91	35.7
Επισκέπτρια Υγείας	2	0.8
<b>Σύνολο</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>

### 6.2.6 Τμήμα εργασίας

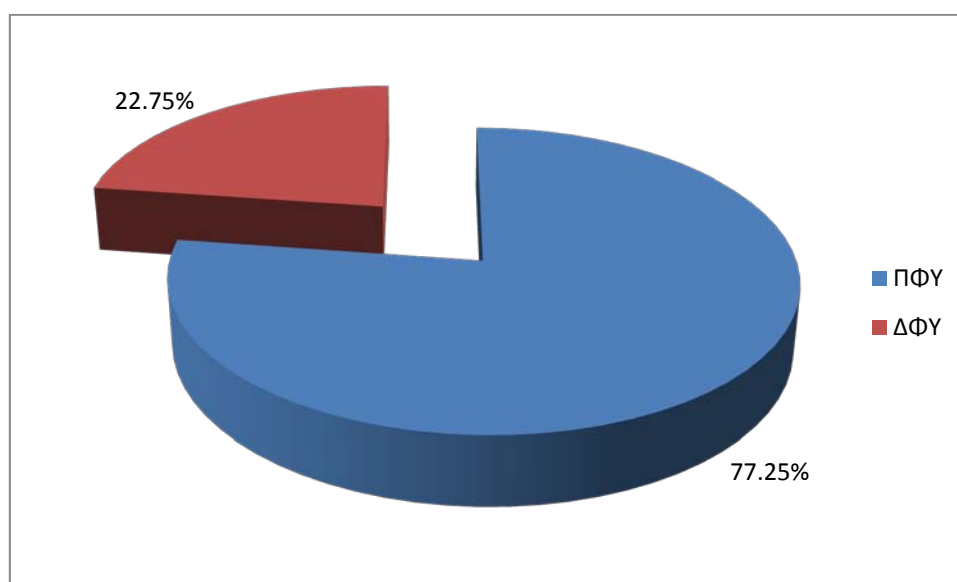
Από τους 255 επαγγελματίες υγείας, οι 197 (77.25%) ανήκαν στην ΠΦΥ και οι 58 (22.75%) ανήκαν στη ΔΦΥ (χειρουργικό τμήμα).

**Πίνακας 6.2.6: Τμήμα εργασίας**

Τμήμα	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
Αστικό Κέντρο Υγείας	47	18.4
Αγροτικό Κέντρο Υγείας	88	34.5
Εξωτερικά Ιατρεία	51	20.0
ΤΑΕΠ	11	4.3
Χειρουργικό	58	22.7
Σύνολο	255	100.0

Επαγγελματίες Υγείας	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
ΠΦΥ	197	77.25
ΔΦΥ	58	22.75
Σύνολο	255	100.0

**Πίνακας 6.2.6α: Ποσοστό επαγγελματιών ΠΦΥ και ΔΦΥ**



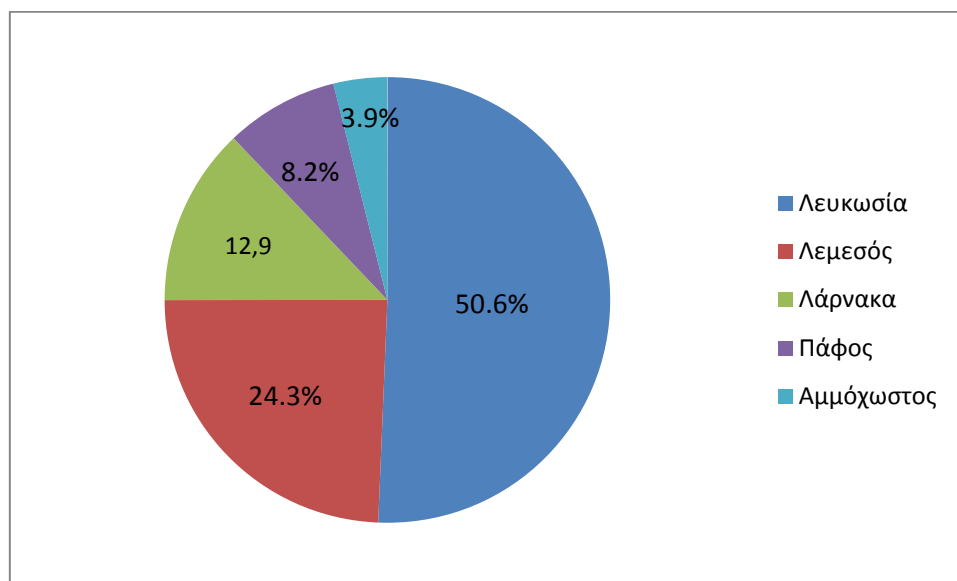
**Πίνακας 6.2.6β: Ποσοστό επαγγελματιών ΠΦΥ και ΔΦΥ**

### 6.2.7 Χώρος εργασίας

Η έρευνα κατέδειξε ότι η μεγαλύτερη μερίδα των επαγγελματιών υγείας του δείγματος εργαζόταν στην επαρχία Λευκωσίας (50.6%) και η μικρότερη εργαζόταν στην ελεύθερη επαρχία της Αμμοχώστου (3.9%).

**Πίνακας 6.2.7: Ποσοστό εργαζομένων ανά επαρχία**

Επαρχία	Δείγμα	Ποσοστό %
Λευκωσία	129	50.6
Λεμεσός	62	24.3
Λάρνακα	33	12.9
Πάφος	21	8.2
Αμμόχωστος	10	3.9
Σύνολο	255	100.0



**Πίνακας 6.2.7α: Ποσοστό εργαζομένων ανά επαρχία**

### 6.2.8 Ολικά χρόνια υπηρεσίας

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος εργάζονται στο σύνολο από 1 έως και 38 χρόνια, με μέσο όρο 14.24 έτη και σταθερή απόκλιση 10.359, όπως καταδεικνύει και ο πίνακας 6.2.8.

### 6.2.9 Χρόνια υπηρεσίας στο υφιστάμενο τμήμα

Η έρευνα κατέδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος εργάζονται στο υφιστάμενό τους τμήμα από 1 έως και 38 χρόνια, με μέσο όρο 8.21 έτη και σταθερή απόκλιση 8.773. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι οι λειτουργοί υγείας του δημόσιου τομέα παραμένουν για πολλά χρόνια στο τμήμα όπου είχαν αρχικά διοριστεί.

**Πίνακας 6.2.9: Χρόνια υπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας**

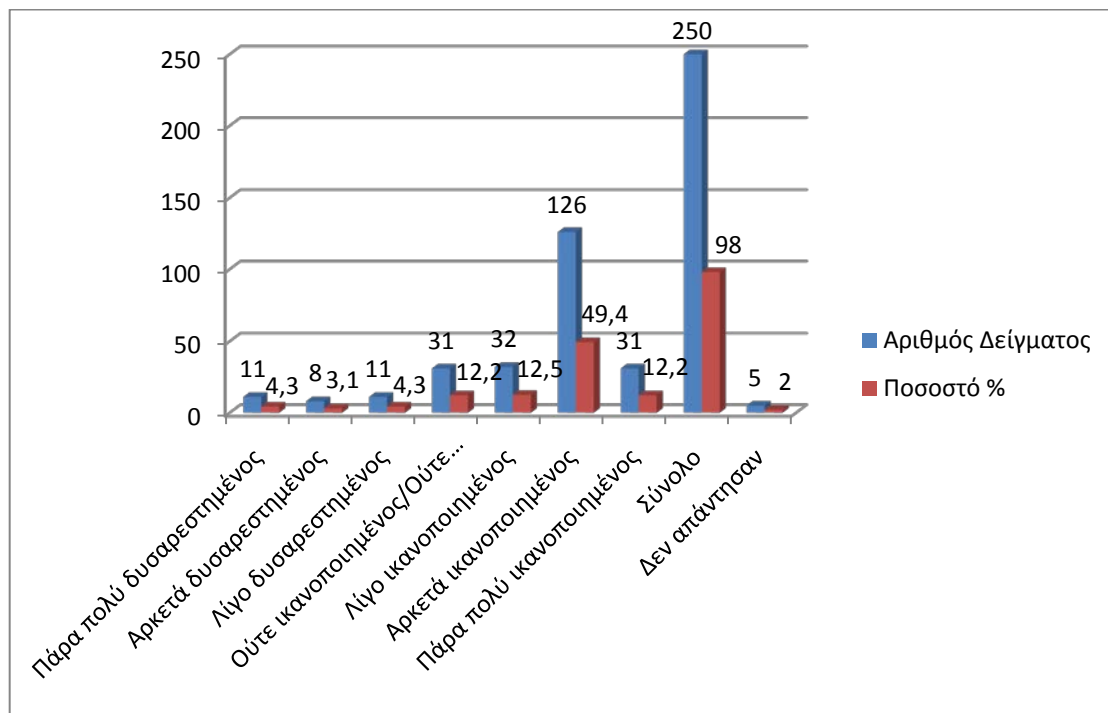
	Αριθμός Δείγματος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ολικά Χρόνια Υπηρεσίας	255	1	38	14.24	10.359
Χρόνια Υπηρεσίας στο Υφιστάμενο Τμήμα	255	1	38	8.21	8.773

### 6.2.10 Βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους

Όπως η έρευνα κατέδειξε, το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας του δείγματος (49.4%) δηλώνει αρκετά ικανοποιημένο από την εργασία του, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (4.3%) δηλώνει αρκετά δυσαρεστημένο.

**Πίνακας 6.2.10: Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία**

Βαθμός ικανοποίησης	Αριθμός Δείγματος	Ποσοστό %
Πάρα πολύ δυσαρεστημένος	11	4.3
Αρκετά δυσαρεστημένος	8	3.1
Λίγο δυσαρεστημένος	11	4.3
Ούτε ικανοποιημένος/Ούτε δυσαρεστημένος	31	12.2
Λίγο ικανοποιημένος	32	12.5
Αρκετά ικανοποιημένος	126	49.4
Πάρα πολύ ικανοποιημένος	31	12.2
Σύνολο	250	98.0
Δεν απάντησαν	5	2.0
Σύνολο	255	100.0



**Πίνακας 6.2.10α: Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία**

### 6.2.11 Το ερωτηματολόγιο ASMI των επαγγελματιών υγείας

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου του δείγματος των επαγγελματιών υγείας αποτελούσαν οι 30 ερωτήσεις της κλίμακας ASMI. Οι απαντήσεις που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος αναγράφονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

**Πίνακας 6.2.11: Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα ASMI**

Ερωτήσεις <sup>3</sup>	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον Διαφωνώ		Διαφωνώ		Δεν Ξέρω / Δεν Απαντώ	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.	39	15.3	61	23.9	59	23.1	88	34.5	8	3.1
2.Όσο και αν προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους.	19	7.5	59	23.1	72	28.2	98	38.4	7	2.7
3.Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο.	16	6.3	40	15.7	53	20.8	137	53.7	9	3.5
4.Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο.	53	20.8	71	27.8	58	22.7	70	27.5	3	1.2
5.Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι.	34	13.3	57	22.4	64	25.1	94	36.9	6	2.4
6.Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι εάν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος.	37	14.5	74	29.0	73	28.6	67	26.3	4	1.6
7.Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο.	20	7.8	42	16.5	67	26.3	115	45.1	11	4.3
8.Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα.	20	7.8	48	18.8	74	29.0	104	40.8	9	3.5
9.Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει σ' όλη του τη ζωή.	57	22.4	82	32.2	39	15.3	54	21.2	23	9.0
10.Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	35	13.7	65	25.5	46	18.0	76	29.8	33	12.9
11.Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	22	8.6	18	7.1	61	23.9	147	57.6	7	2.7
12.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	60	23.5	97	38.0	62	24.3	22	8.6	14	5.5

<sup>3</sup> Οι ερωτήσεις 1-11 αντιστοιχούν στον παράγοντα Α, οι ερωτήσεις 12-17 στον παράγοντα Β, οι ερωτήσεις 18-24 στον παράγοντα Γ και οι ερωτήσεις 25-30 αντιστοιχούν στον παράγοντα Δ.

Ερωτήσεις	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον Διαφωνώ		Διαφωνώ		Δεν Ξέρω / Δεν Απαντώ	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13.Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους.	79	31.0	86	33.7	53	20.8	25	9.8	12	4.7
14.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	55	21.6	66	25.9	79	31.0	49	19.2	6	2.4
15.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία.	85	33.3	99	38.8	37	14.5	23	9.0	11	4.3
16.Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	121	47.5	103	40.4	18	7.1	6	2.4	7	2.7
17.Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	75	29.4	80	31.4	49	19.2	24	9.4	27	10.6
18.Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	214	83.9	32	12.5	4	1.6	4	1.6	1	0.4
19.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή φίλους του.	165	64.7	44	17.3	14	5.5	26	10.2	6	2.4
20.Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα.	214	83.9	32	12.5	4	1.6	4	1.6	1	0.4
21.Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	220	86.3	19	7.5	1	0.4	13	5.1	2	0.8
22.Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μην δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις.	8	3.1	34	13.3	71	27.8	135	52.9	7	2.7
23.Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ειδικό, π.χ. ψυχίατρο.	244	95.7	9	3.5	0	0.0	1	0.4	1	0.4
24.Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω.	240	94.1	14	5.5	0	0.0	0	0.0	1	0.4



Ερωτήσεις	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον Διαφωνώ		Διαφωνώ		Δεν Ξέρω / Δεν Απαντώ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
25.Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νιώθει υπεύθυνο για ότι συνέβη.	61	23.9	76	29.8	48	18.8	36	14.1	34	13.3
26.Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του.	65	25.5	91	35.7	38	14.9	27	10.6	34	13.3
27.Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σε ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά.	162	63.5	81	31.8	4	1.6	3	1.2	5	2.0
28.Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ότι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του.	47	18.4	74	29.0	60	23.5	53	20.8	21	8.2
29.Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια.	120	47.1	98	38.4	17	6.7	13	5.1	7	2.7
30.Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους.	78	30.6	105	41.2	24	9.4	14	5.5	34	13.3

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>**

# **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## 7.1 Διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια

Για τον κάθε παράγοντα της κλίμακας ASMI υπολογίστηκε το ποσοστό του δείγματος του γενικού πληθυσμού που δήλωσε θετική ή αρνητική στάση ως προς το συγκεκριμένο παράγοντα. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα εν λόγω τα ποσοστά.

**Πίνακας 7.1: Στάση γενικού πληθυσμού στους 4 παράγοντες της ASMI**

	Αρνητικά προσκείμενοι		Θετικά προσκείμενοι	
	N	%	N	%
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Α: «ΣΤΙΓΜΑ»	535	76.3	166	23.7
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Β: «ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ»	662	94.4	39	5.6
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Γ: «ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ»	512	73.0	189	27.0
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Δ: «ΕΝΟΧΙΚΟΤΗΤΑ»	315	44.9	386	55.1

Από τα στοιχεία του πιο πάνω πίνακα προκύπτουν τα εξής ενδιαφέροντα αναφορικά με το δείγμα του γενικού πληθυσμού:

- Στον παράγοντα Α, («Στίγμα»), το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (76.3%) αποδείχθηκε αρνητικά προκείμενο στο στιγματισμό της ψυχικής νόσου, δηλαδή επέδειξε θετική στάση έναντι της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας.
- Στον παράγοντα Β, («Αισιοδοξία»), ποσοστό μέχρι και 94.4% εκδήλωσε απαισιόδοξη στάση απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων, ενώ μόλις 5.6% εκδήλωσε αισιοδοξία.
- Στον παράγοντα Γ, («Εξωτερίκευση»), οι περισσότεροι πολίτες (73%) αποδείχθηκαν αρνητικοί στην ανάγκη αναζήτησης βοήθειας εκ μέρους των ψυχικά πασχόντων και κοινωνικοποίησής τους, ενώ μόλις 27% εκδήλωσαν μία θετικότερη στάση.

- Στον παράγοντα Δ, («Ενοχικότητα»), αποδεικνύεται ότι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (55.1%) πιστεύουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται υπεύθυνοι για την αρρώστια τους.

## 7.2 Διερεύνηση της σχέσης των 4 παραγόντων της κλίμακας ASMI με τις δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος του γενικού πληθυσμού

Για καθεμιά από τις δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος του γενικού πληθυσμού (φύλο, ηλικία, εισόδημα, επίπεδο μόρφωσης και τόπος διαμονής) υπολογίστηκε η συσχέτισή της με τον κάθε παράγοντα της κλίμακας ASMI (Στίγμα, Αισιοδοξία, Εξωτερίκευση, Ενοχικότητα).

**Πίνακας 7.2: Συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων με 4 ASMI παράγοντες**

	ΣΤΙΓΜΑ		ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ		ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ		ΕΝΟΧΙΚΟΤΗΤΑ	
	p-value	R	p-value	R	p-value	R	p-value	R
Φύλο	0.641	-0.018	0.601	-0.020	<b>0.009</b>	<b>0.098</b>	<b>0.044</b>	<b>0.076</b>
Ηλικία	<b>0.000</b>	<b>0.266</b>	0.691	0.038	<b>0.000</b>	<b>-0.154</b>	<b>0.000</b>	<b>-0.168</b>
Εισόδημα	<b>0.000</b>	<b>-0.191</b>	<b>0.046</b>	<b>-0.123</b>	0.096	0.046	0.251	0.041
Εκπαίδευση	<b>0.000</b>	<b>-0.380</b>	0.326	-0.047	<b>0.012</b>	<b>0.112</b>	<b>0.008</b>	<b>0.118</b>
Διαμονή	<b>0.006</b>	<b>0.113</b>	<b>0.025</b>	<b>0.047</b>	0.147	-0.013	0.557	-0.002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των ανεξάρτητων μεταβλητών, (φύλο, ηλικία, εισόδημα, εκπαίδευση και διαμονή), με τις εξαρτημένες μεταβλητές της κλίμακας ASMI, (στίγμα, αισιοδοξία, εξωτερίκευση και ενοχικότητα), εάν το p-value είναι μικρότερο από 0.05.

Στην περίπτωση που αυτό ισχύει, τότε η σχέση μεταξύ τους καθορίζεται από τον παράγοντα Pearson's R, όπου εάν:

- $R=-1$ , τότε υπάρχει τέλεια αντίστροφη ανάλογη σχέση.
- $R=0$ , τότε δεν υπάρχει καμία σχέση.
- $R=1$ , τότε υπάρχει τέλεια γραμμική ανάλογη σχέση.

### 7.2.1 Συσχέτιση του φύλου με τους ASMI παράγοντες

Από τον πίνακα 7.2 γίνεται ολοφάνερο ότι το φύλο του δείγματος του γενικού πληθυσμού έχει μία σχετικά μικρή στατιστικά σημαντική σχέση με τους παράγοντες Γ και Δ, (εξωτερίκευση και ενοχικότητα), όχι, όμως, με τους παράγοντες Α και Β, (στίγμα και αισιοδοξία). Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στο στιγματισμό της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας και στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων είναι ανεξάρτητη φύλου. Ωστόσο, η στάση του απέναντι στην ανάγκη αναζήτησης βοήθειας εκ μέρους του ψυχικά πάσχοντα και στο αίσθημα ευθύνης που τον βαρύνει, ή όχι, για την αρρώστια του, αυτό εξαρτάται σε πολύ μικρό βαθμό από το φύλο του. Σύμφωνα και με την ανάλυση συσχέτισης, (Παράρτημα III, Πίν. 3.1), οι άνδρες πιστεύουν ελαφρώς λιγότερο (77.6% όλων των ανδρών αποδείχθηκε αρνητικά προσκείμενο ως προς τον παράγοντα Γ) σε σχέση με τις γυναίκες (68.9% όλων των γυναικών αποδείχθηκε αρνητικά προσκείμενο ως προς τον παράγοντα Γ) ότι ένα άτομο ψυχικά πάσχον πρέπει να αναζητήσει βοήθεια, ενώ θεωρούν ελαφρώς λιγότερο σε σχέση με τις γυναίκες ότι οι ψυχικά πάσχοντες ευθύνονται οι ίδιοι για την αρρώστια τους, (Παράρτημα III, Πίν. 3.2).

### 7.2.2 Συσχέτιση της ηλικίας με τους ASMI παράγοντες

Η ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντική γραμμική ανάλογη σχέση του παράγοντα Α (Στίγμα) και στατιστικά σημαντική αντιστρόφως ανάλογη σχέση των παραγόντων Γ (Εξωτερίκευση) και Δ (Ενοχικότητα) με την ηλικία του δείγματος του γενικού πληθυσμού. Δηλαδή, οι ανήκοντες σε μεγαλύτερες ηλικίες στιγματίζουν περισσότερο τα άτομα με σοβαρή ψυχική αρρώστια, (Παράρτημα III, Πίν. 3.3), ενώ οι νεαρότερες ηλικίες πιστεύουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες οφείλουν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και να κοινωνικοποιηθούν περισσότερο από ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες, (Παράρτημα III, Πίν. 3.4), ωστόσο, πιστεύουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται ένοχοι για τα προβλήματά τους σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες, (Παράρτημα III, Πίν. 3.5).

### 7.2.3 Συσχέτιση του εισοδήματος με τους ASMI παράγοντες

Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι το εισόδημα συσχετίζεται μερικώς με τους παράγοντες Α (Στίγμα) και Β (Αισιοδοξία), (*Παράρτημα III, Πίν. 3.6 και 3.7*), όχι, όμως, με τους παράγοντες Γ (Εξωτερίκευση) και Δ (Ενοχικότητα). Οι πολίτες με μικρότερα εισοδήματα στιγματίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους ψυχικά πάσχοντες, ωστόσο, πιστεύουν περισσότερο σε σχέση με τους μεγάλο-εισοδηματίες στις ικανότητες των ψυχικά ασθενών.

### 7.2.4 Συσχέτιση του επιπέδου μόρφωσης με τους ASMI παράγοντες

Το επίπεδο μόρφωσης του γενικού πληθυσμού του δείγματος βρέθηκε να συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τους παράγοντες Α (Στίγμα) και Δ (Ενοχικότητα) και γραμμικώς ανάλογα με τον παράγοντα Γ (Εξωτερίκευση). Αποδείχθηκε ότι οι λιγότερο μορφωμένοι πολίτες στιγματίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με τους περισσότερο μορφωμένους, (*Παράρτημα III, Πίν. 3.8*), πιστεύουν λιγότερο σε σχέση με τους πιο μορφωμένους ότι οι ψυχικά πάσχοντες πρέπει να αναζητήσουν βοήθεια, (*Παράρτημα III, Πίν. 3.9*), ενώ ταυτόχρονα πιστεύουν ότι αισθάνονται υπεύθυνοι για τα προβλήματά τους σε μικρότερο βαθμό από ότι οι περισσότερο μορφωμένοι, (*Παράρτημα III, Πίν. 3.10*).

### 7.2.5 Συσχέτιση της διαμονής με τους ASMI παράγοντες

Η στατιστική ανάλυση απέδειξε μικρή στατιστικά σημαντική και γραμμική ανάλογη σχέση του τόπου διαμονής του γενικού πληθυσμού του δείγματος με τους παράγοντες Α (Στίγμα) και Β (Αισιοδοξία), (*Παράρτημα III, Πίν. 3.11 και 3.12*). Δηλαδή, οι κάτοικοι των αστικών περιοχών αποδείχθηκαν περισσότερο αρνητικά προσκείμενοι έναντι της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, ωστόσο, φάνηκε να πιστεύουν περισσότερο στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων συγκριτικά με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.

### 7.3 Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια

Για τον κάθε παράγοντα της κλίμακας ASMI υπολογίστηκε το ποσοστό του δείγματος των επαγγελματιών υγείας που δήλωσε θετική ή αρνητική στάση ως προς αυτόν. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα εν λόγω ποσοστά.

**Πίνακας 7.3: Στάση επαγγελματιών υγείας στους 4 παράγοντες της ASMI**

	Αρνητικά προσκείμενοι		Θετικά προσκείμενοι	
	N	%	N	%
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Α: «ΣΤΙΓΜΑ»	239	93.7	16	6.3
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Β: «ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ»	144	56.5	111	43.5
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Γ: «ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ»	27	10.6	228	89.4
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Δ: «ΕΝΟΧΙΚΟΤΗΤΑ»	141	55.3	114	44.7

Από την ανάλυση των στοιχείων του πίνακα 7.3 προκύπτουν τα παρακάτω:

- Στην κατηγορία «Στίγμα», 93.7% του δείγματος εκδήλωσε θετική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, ενώ μόλις το 6.3% αποδείχθηκε θετικά προσκείμενο στο στιγματισμό της σοβαρής ψυχικής νόσου.
- Στην κατηγορία «Αισιοδοξία», 56.5% του δείγματος εκδήλωσε αρνητική στάση απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων, ενώ 43.5% εκδήλωσε θετική στάση.
- Στην κατηγορία «Εξωτερίκευση», οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (89.4%) αποδείχθηκαν θετικοί απέναντι στην ανάγκη αναζήτησης βοήθειας εκ μέρους των ψυχικά πασχόντων και στην κοινωνικοποίησή τους, ενώ μόλις 10.6% εκδήλωσαν μία αρνητική στάση.
- Στην κατηγορία «Ενοχικότητα», σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (55.3%) αποδεικνύονται αρνητικοί στον ισχυρισμό ότι οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται ένοχοι για τα προβλήματά τους.

## 7.4 Διερεύνηση της σχέσης των 4 παραγόντων της κλίμακας ASMI με τις δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος των επαγγελματιών υγείας

Για καθεμιά από τις δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος των επαγγελματιών υγείας (φύλο, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, τμήμα απασχόλησης και επαρχία απασχόλησης) υπολογίστηκε η συσχέτισή της με τον κάθε παράγοντα της κλίμακας ASMI (Στίγμα, Αισιοδοξία, Εξωτερίκευση, Ενοχικότητα).

**Πίνακας 7.4: Συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων με 4 ASMI παράγοντες**

	ΣΤΙΓΜΑ		ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ		ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ		ΕΝΟΧΙΚΟΤΗΤΑ	
	p-value	R	p-value	R	p-value	R	p-value	R
Φύλο	0.640	0.029	0.683	-0.026	0.707	0.024	0.665	-0.027
Ηλικία	0.821	-0.005	0.928	0.042	0.050	0.022	0.680	-0.089
Εκπαίδευση	0.974	-0.021	<b>&lt;0.05</b>	<b>0.266</b>	0.173	0.120	0.063	0.014
Τμήμα Εργασίας	0.688	-0.020	<b>&lt;0.05</b>	<b>0.043</b>	0.151	0.045	0.228	-0.024
Επαρχία Εργασίας	0.134	-0.109	0.330	-0.020	0.547	0.020	0.123	-0.122

### 7.4.1 Συσχέτιση φύλου με ASMI παράγοντες

Η στατιστική ανάλυση αποδεικνύει ότι το φύλο των επαγγελματιών υγείας του δείγματος δεν συσχετίζεται με κανένα από τους 4 παράγοντες της κλίμακας ASMI.

### 7.4.2 Συσχέτιση ηλικίας με ASMI παράγοντες

Όπως το φύλο έτσι και η ηλικία των επαγγελματιών υγείας του δείγματος της έρευνας δεν φαίνεται να συσχετίζεται με κανένα παράγοντα.



#### **7.4.3 Συσχέτιση επιπέδου μόρφωσης με ASMI παράγοντες**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 7.4, το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας του δείγματος φάνηκε να συσχετίζεται σε μικρό βαθμό μόνο με τον παράγοντα Β (αισιοδοξία). Αποδεικνύεται πως οι περισσότερο μορφωμένοι λειτουργοί υγείας είναι περισσότερο αισιόδοξοι ως προς την πορεία των ψυχικά πασχόντων, *(Παράρτημα III, Πίν. 3.13)*.

#### **7.4.4 Συσχέτιση τμήματος εργασίας με ASMI παράγοντες**

Από την ανάλυση προκύπτει ότι το τμήμα όπου οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται συσχετίζεται μόνο με τον παράγοντα Β. Οι λειτουργοί υγείας των ΤΑΕΠ αποδεικνύονται οι περισσότερο αισιόδοξοι απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων, ενώ οι λειτουργοί υγείας των Αγροτικών ΚΥ οι λιγότερο αισιόδοξοι, *(Παράρτημα III, Πίν. 3.14)*. Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ότι η στάση των χειρουργών απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων δεν αποδείχθηκε περισσότερο στιγματιστική σε σχέση με τους συναδέλφους τους στην ΠΦΥ όπως αναμενόταν, γεγονός το οποίο εκπλήσσει ευχάριστα.

#### **7.4.5 Συσχέτιση επαρχίας εργασίας με ASMI παράγοντες**

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι η επαρχία στην οποία εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος της έρευνας δεν συσχετίζεται με κανένα από τους 4 παράγοντες.

## Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

## 8.1 Γενικός πληθυσμός

Από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας οδηγούμαστε σε ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα σε ό,τι αφορά στη στάση του γενικού πληθυσμού της Κύπρου απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια. Σε γενικές γραμμές και κατά πρώτο λόγο, αποδεικνύεται ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό του κυπριακού πληθυσμού ( $\approx 25\%$ ) διαθέτει στιγματιστική στάση και άποψη απέναντι στην ψυχική νόσο, (παράγοντας Α: «Στίγμα»). Με άλλα λόγια, μόνο ένας στους τέσσερις πολίτες θεωρεί τους ψυχικά πάσχοντες ως κατώτερα όντα και εξαρτημένους από τα φάρμακα.

Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό του κυπριακού πληθυσμού ( $\approx 95\%$ ) αποδεικνύεται απαισιόδοξο αναφορικά με τις ικανότητες τις οποίες διαθέτουν τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα, (παράγοντας Β: «Αισιοδοξία»). Κι επιπλέον, οι περισσότεροι Κύπριοι πολίτες ( $\approx 75\%$ ) δεν πιστεύουν ότι ο ψυχικά πάσχων πρέπει οπωσδήποτε να αναζητήσει ιατρική βοήθεια ή να κοινωνικοποιηθεί, (παράγοντας Γ: «Εξωτερίκευση»), αλλά οφείλει να κρύβει το πρόβλημά του και να κάνει παρέα μονάχα με άτομα που υποφέρουν επίσης από ψυχική διαταραχή.

Επιπρόσθετα, γίνεται ολοφάνερο ότι οι μισοί περίπου ( $\approx 50\%$ ) Κύπριοι πιστεύουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται ένοχοι για την αρρώστια τους και ότι διαβιούν εις βάρος των οικογενειών τους, (παράγοντας Δ: «Ένοχικότητα»).

Συνεπώς, η μεγαλύτερη μερίδα του κυπριακού πληθυσμού αποδεικνύεται αφενός απαισιόδοξη απέναντι στις ικανότητες και το μέλλον των ψυχικά πασχόντων και αφετέρου αρνητική στην ανάγκη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας ή κοινωνικοποίησης αυτών, ωστόσο, δεν τους στιγματίζει σε μεγάλο βαθμό.

Από την άλλη, μία αναλυτικότερη επισκόπηση των στοιχείων της έρευνας φανερώνει ότι καμία ισχυρή στατιστική σημαντική σχέση δεν αποδεικνύεται ανάμεσα στους 4 παράγοντες της κλίμακας ASMI και στις 5 δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος του γενικού πληθυσμού. Ο μεν βαθμός στατιστικής συσχέτισης (p-value) μεταξύ τους κρίνεται πολύ μικρός, η δε μεταξύ τους σχέση (Pearson's R) σχεδόν μηδενική.

Παρόλα αυτά, δύναται, εντούτοις, να εξαχθούν με μεγάλη προσοχή και φειδώ μερικά συμπεράσματα.

Από τις 5 ανεξάρτητες δημογραφικές μεταβλητές που εξετάστηκαν στην έρευνα για πιθανή συσχέτισή τους με τις 4 εξαρτημένες μεταβλητές της κλίμακας ASMI, γίνεται ολοφάνερο ότι το φύλο του δείγματος δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης του πληθυσμού απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια. Το γεγονός αυτό συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων ανάλογων ερευνών στον ελλαδικό χώρο, (*Μαδιανός και συν, 1984, Madianos et al, 1987*), όπου με τη χρήση της κλίμακας OMI αποδείχθηκε ότι το φύλο δεν επηρεάζει τον παράγοντα της «Αυταρχικότητας», ή αλλιώς, της «Κοινωνικής Διάκρισης», ο οποίος αντιστοιχεί με τον παράγοντα «Στίγμα» της κλίμακας ASMI.

Όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες, (ηλικία, εισόδημα, μόρφωση, τόπος διαμονής), φαίνεται να επηρεάζουν μερικώς τον παράγοντα Α (Στίγμα). Ειδικότερα, και σύμφωνα με την ανάλυση των στοιχείων, αποδεικνύεται ότι οι νεαρές ηλικίες του πληθυσμού, τα άτομα με υψηλά εισοδήματα, οι περισσότερο μορφωμένοι πολίτες και οι κάτοικοι των πόλεων στιγματίζουν λιγότερο τους ψυχικά πάσχοντες παρά οι μεγαλύτερες ηλικίες, οι χαμηλο-εισοδηματίες, οι λιγότερο μορφωμένοι πολίτες και οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών. Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα ανάλογης έρευνας στην Ελλάδα, (*Μαδιανός και συν, 1984*), όπου οι κάτοικοι των πόλεων και οι περισσότερο μορφωμένοι πολίτες αποδείχθηκαν λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.

Τον παράγοντα Β (Αισιοδοξία) φάνηκε να επηρεάζουν μερικώς το εισόδημα των πολιτών και ο τόπος διαμονής τους κατά τρόπο ανάλογο όπως και τον παράγοντα Α (Στίγμα). Δηλαδή, οι μεγαλο-εισοδηματίες και οι κάτοικοι των αστικών περιοχών αποδεικνύονται περισσότερο αισιόδοξοι προς τις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων.

Τον παράγοντα Γ (Εξωτερίκευση) έδειξαν να επηρεάζουν σε μικρό βαθμό η ηλικία του πληθυσμού και το επίπεδο μόρφωσής του. Φάνηκε ότι οι νέοι και μορφωμένοι πολίτες πιστεύουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες οφείλουν να αναζητούν ιατρική βοήθεια και να κοινωνικοποιούνται.

Ο παράγοντας Δ (Ενοχικότητα) επηρεάζεται μερικώς από την ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, οι νέοι και μορφωμένοι πολίτες αποδεικνύονται μεγαλύτεροι υποστηρικτές της άποψης ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν πρέπει να αισθάνονται ενοχές για την αρρώστια τους.

Από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας αποδεικνύεται η παρουσία στίγματος απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό της Κύπρου, όπως άλλωστε και αναμενόταν, όχι, όμως σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, πέραν της επιβεβαίωσης της ύπαρξης του στίγματος, τα στοιχεία της έρευνάς μας δεν μας επιτρέπουν να φωτογραφίσουμε το προφίλ του Κύπριου πολίτη που στιγματίζει περισσότερο από κάθε άλλο συμπολίτη του την ψυχική νόσο. Και αυτό διότι δεν ανευρέθηκε ισχυρή στατιστική σημαντική συσχέτιση των (δημογραφικών) χαρακτηριστικών του Κύπριου πολίτη με τους 4 παράγοντες της κλίμακας.

## 8.2 Επαγγελματίες υγείας

Από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας καταδεικνύεται ότι ο στιγματισμός της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας από τους Κύπριους επαγγελματίες υγείας δεν είναι μεγάλος. Μόνο μία πολύ μικρή ομάδα από αυτούς ( $\approx 5\%$ ) εξέφρασε στιγματιστική στάση (παράγοντας Α) απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, αποδεικνύοντας ότι μόνο ένας στους 20 λειτουργούς υγείας της ΠΦΥ και ΔΦΥ θεωρεί τους ψυχικά πάσχοντες υποδεέστερα όντα των «φυσιολογικών».

Παρά το γεγονός, όμως, αυτό, εντούτοις αρκετοί ( $\approx 57\%$ ) επαγγελματίες υγείας φάνηκε να διατηρούν μία απαισιόδοξη στάση απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων (παράγοντας Β), ενώ μόνο ένας στους 10 ( $\approx 10\%$ ) δεν πιστεύει ότι οι ψυχικά πάσχοντες πρέπει να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια ή να κοινωνικοποιηθούν (παράγοντας Γ). Επίσης, αρκετοί από τους επαγγελματίες υγείας ( $\approx 45\%$ ) πιστεύουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται ενοχές για την αρρώστια τους (παράγοντας Δ).

Όλα αυτά φανερώνουν ότι οι Κύπριοι λειτουργοί υγείας της πρώτης και δεύτερης γραμμής αντιμετώπισης της αρρώστιας, γενικότερα, αποδέχονται τους ψυχικά πάσχοντες ως ισότιμους με τους υπόλοιπους ασθενείς, ωστόσο, φαίνεται να μην έχουν πειστεί για τις ικανότητές και τις δεξιότητές τους.

Ειδικότερα, όμως, δεν δύναται να σκιαγραφηθούν τα ιδιαίτερα (δημογραφικά) χαρακτηριστικά του Κύπριου ιατρού ή νοσηλευτή τα οποία συμβάλουν στη διαμόρφωση της γνώμης και της στάσης του απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια. Και αυτό διότι η στατιστική ανάλυση των στοιχείων της έρευνας δεν κατάφερε να αναδείξει οποιαδήποτε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στους 4 παράγοντες της κλίμακας ASMI και των δημογραφικών στοιχείων των επαγγελματιών υγείας του δείγματος.

Παρόλα αυτά, μία λεπτομερής επισκόπηση των δεδομένων μας επιτρέπει να εξάγουμε ορισμένα συμπεράσματα αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας του δείγματος και του τμήματος στο οποίο εργάζονται ως προς τους 4 παράγοντες της κλίμακας ASMI.

Γίνεται φανερό από τα στοιχεία των στατιστικών αναλύσεων ότι το επίπεδο μόρφωσης των επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης, και το τμήμα στο οποίο εργάζονται, καθορίζει τη στάση τους απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων. Δηλαδή, όσο ανώτερο είναι το επίπεδο της μόρφωσής τους τόσο πιο αισιόδοξη είναι και η στάση τους απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.

Από την άλλη, οι λειτουργοί υγείας των ΤΑΕΠ, οι οποίοι έρχονται καθημερινά σε άμεση επαφή με επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά αποδεικνύονται περισσότερο αισιόδοξοι απέναντι στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων, ενώ οι λειτουργοί υγείας των αγροτικών ΚΥ, οι οποίοι ομοίως έχουν άμεση επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες, όχι, όμως, με επείγοντα περιστατικά, φάνηκε να διατηρούν τη λιγότερο αισιόδοξη στάση απέναντί τους. Ενδιάμεση στάση φάνηκε να έχουν οι λειτουργοί υγείας των αστικών ΚΥ, των ΕΙ και οι χειρουργοί, γεγονός το οποίο εκπλήσσει ευχάριστα καθώς αναμενόταν όπως η στάση των επαγγελματιών υγείας της ΔΦΥ (χειρουργοί) να ήταν περισσότερο στιγματιστική απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια σε σχέση με τους συναδέλφους τους στην ΠΦΥ.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας, καθώς και το τμήμα στο οποίο εργάζονται, σε ανάλογες έρευνες, (*Rabkin, 1972, Μαδιανός και συν, 1984, Μαντάς και συν, 1994*), αποδείχθηκε να συσχετίζεται με τους παράγοντες της «αυταρχικότητας» και του «κοινωνικού περιορισμού» της κλίμακας ΟΜΙ κατά τρόπο

ανάλογο της έρευνάς μας. Ωστόσο, στις εν λόγω έρευνες αποδείχθηκε ότι πέραν του εκπαιδευτικού επιπέδου και του τμήματος εργασίας των λειτουργών υγείας, και άλλοι παράγοντες συσχετίζονται με τους παράγοντες A<sup>4</sup> και B<sup>5</sup> της κλίμακας OMI, όπως ο τόπος γέννησης, ο τόπος διαμονής μέχρι την ηλικία των 15 ετών και μία πιθανή επαφή –έστω επαγγελματική- με τον ψυχικά πάσχοντα.

Στις εν λόγω έρευνες βρέθηκε ότι η ανάγκη για αυταρχική στάση και επιβολή κοινωνικών περιορισμών στον ψυχικά πάσχοντα μειώνεται σημαντικά στους απόφοιτους ανωτάτων σχολών, στους εργαζόμενους στην Ψυχιατρική Κλινική, στους ιατρούς οι οποίοι διατηρούν σταθερή επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα και σε όσους γεννήθηκαν και μεγάλωσαν σε πόλεις. Σε ό,τι αφορά στους παράγοντες Γ<sup>6</sup>, Δ<sup>7</sup> και Ε<sup>8</sup> της κλίμακας OMI, δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση με τους δημογραφικούς παράγοντες των λειτουργών υγείας, παρά μόνο θετική σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με τον παράγοντα Δ.

### 8.3 Σύγκριση του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας

Η έρευνα επαλήθευσε την αρχική υπόθεση για την ανεύρεση περισσότερο στιγματιστικής στάσης απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό της Κύπρου σε σύγκριση με τους Κύπριους επαγγελματίες υγείας.

Αποδείχθηκε ότι ένας στους 4 Κύπριους πολίτες εκφράζει στιγματιστική στάση και άποψη απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, ενώ η αντίστοιχη αναλογία στους λειτουργούς υγείας αποδεικνύεται ένας στους 20. Επιπλέον, φάνηκε ότι οι Κύπριοι πολίτες διατηρούν περισσότερο απαισιόδοξη στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας, και επίσης, πιστεύουν πολύ περισσότερο συγκριτικά με τους λειτουργούς υγείας ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν έχουν ανάγκη από ιατρική βοήθεια ή ανάγκη για επανένταξή τους στην κοινωνία. Παρόλα αυτά, ο γενικός πληθυσμός φάνηκε να συμφωνεί με τους επαγγελματίες υγείας για την ενοχή που οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται λόγω της αρρώστιας τους.

---

<sup>4</sup> «Κοινωνική Διάκριση»

<sup>5</sup> «Κοινωνικός Περιορισμός»

<sup>6</sup> «Κοινωνική Φροντίδα»

<sup>7</sup> «Κοινωνική Ενσωμάτωση»

<sup>8</sup> «Αιτιολογία» της ψυχικής νόσου

Σε παρόμοια έρευνα οι Μαδιανός και συν, (2009), κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα. Η συγκεκριμένη έρευνα κατέδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας εξέφρασαν λιγότερο στιγματιστικές απόψεις σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό της Αθήνας στον παράγοντα Α. Ωστόσο, οι απόψεις των ίδιων των ψυχικά πασχόντων στην έρευνα αποδείχθηκαν περισσότερο αρνητικές, υποδηλώνοντας την ύπαρξη αυτο-στιγματισμού ανάμεσά τους. Στον παράγοντα Β, ο γενικός πληθυσμός της Αθήνας εξέφρασε περισσότερο αισιόδοξες απόψεις σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και τους ψυχικά πάσχοντες. Αναφορικά με τον παράγοντα Γ, ο γενικός πληθυσμός αποδείχθηκε μεγαλύτερος υποστηρικτής της άποψης για αναζήτηση βοήθειας και για κοινωνικοποίηση των ψυχικά πασχόντων, ωστόσο, στον παράγοντα Δ αποδείχθηκε λιγότερο ένθερμος υποστηρικτής της άποψης ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν αισθάνονται υπεύθυνοι για την αρρώστια τους σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες.

Στην παρούσα μελέτη και ειδικά σε ό,τι αφορά στους επαγγελματίες υγείας, η ανάλυση των στοιχείων κατέδειξε ότι μόνο το επίπεδο μόρφωσης και το τμήμα στο οποίο εργάζονται συσχετίζεται θετικά με τον παράγοντα Β της κλίμακας ASMI, ενώ τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία και επαρχία εργασίας) δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με κανένα από τους 4 παράγοντες της κλίμακας.

Ειδικότερα, στην έρευνα αυτή οι λειτουργοί υγείας με ανώτατη μόρφωση αποδείχθηκαν περισσότερο αισιόδοξοι απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και στις ικανότητές τους. Από την άλλη, οι εργαζόμενοι στα Αγροτικά και Αστικά ΚΥ, στα ΕΙ και στη Χειρουργική Κλινική, αποδείχθηκαν λιγότερο αισιόδοξοι απέναντί τους.

Οι διαφορές στη στάση των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων ΥΥ απέναντι στην ψυχική νόσο έχει τονιστεί και σε άλλες μελέτες, (Koutrelakos *et al*, 1978, Αλεβίζος και συν, 1983, Μαδιανός και συν, 1984, Μαντάς και συν, 1994), στις οποίες αποδείχθηκαν δύο ακραίες θέσεις, εκείνη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας οι οποίοι διατηρούν τη λιγότερο αυταρχική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, και εκείνη των λειτουργών των υπόλοιπων υγειονομικών τμημάτων των οποίων η στάση κρίνεται περισσότερο αυταρχική. Από αυτές, καθώς και άλλες σχετικές



μελέτες, φάνηκε ότι η επαφή με την ψυχική νόσο, ιδιαίτερα όταν αυτή λαμβάνει χώρα στα πλαίσια του επαγγέλματος, αποτελεί σημαντικό παράγοντα αντι-αυταρχικότητας.

Στην παρούσα μελέτη, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται γενικώς λιγότερο στιγματιστικοί έναντι των ψυχικά πασχόντων, ωστόσο, δεν μπορεί να συσχετιστεί η ειδικότητά τους με τον παράγοντα του στίγματος (A).

Αντίθετα, στο δείγμα του γενικού πληθυσμού αποδείχθηκε ότι η ηλικία, το εισόδημα, το επίπεδο μόρφωσης και ο χώρος διαμονής συσχετίζονται με τον παράγοντα A, η δε ηλικία και ο χώρος διαμονής και με τον παράγοντα B, ενώ η ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης και με τους παράγοντες Γ και Δ.

Αναλυτικότερα, τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα στιγματίζουν περισσότερο τους ψυχικά πάσχοντες, δεν πιστεύουν ότι χρήζουν ιατρικής βοήθειας και επανένταξης στην κοινωνία και τους θεωρούν ενόχους για την αρρώστια τους. Επίσης, οι πολίτες με μεγαλύτερα εισοδήματα και ανώτερη μόρφωση, καθώς επίσης και οι κάτοικοι των πόλεων αποδεικνύονται λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.

Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με ανάλογα σχετικών ερευνών, (*Μαδιανός και συν, 1984, Μαντάς και συν, 1994*), όπου οι νεαρότερες ηλικίες, οι πολίτες με ανώτερο επίπεδο μόρφωσης και οι κάτοικοι των πόλεων αποδεικνύονται λιγότερο στιγματιστικοί έναντι της ψυχικής νόσου, δηλαδή, θεωρούν πολύ λιγότερο τον ψυχικά πάσχοντα ως άτομο κατώτερο από τα άλλα.

Το φύλο ουσιαστικά δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με κανένα από τους παράγοντες της κλίμακας ASMI, εύρημα παρόμοιο με εκείνα ανάλογων ερευνών, όπως των *Koutrelakos et al (1978)*, των *Κουτρελάκου και Γεδεών (1980)* και των *Μαδιανού και συν. (1984)*.

## Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>

# ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ένα στιγμιότυπο των σύγχρονων απόψεων του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας της Κύπρου απέναντι στην ψυχική νόσο. Η χρήση της κλίμακας ASMI αποδείχθηκε ένα αξιόπιστο εργαλείο προς το σκοπό αυτό.

Με τη βοήθεια της κλίμακας ASMI φανερώθηκε ο βαθμός προκατάληψης τόσο του κυπριακού πληθυσμού όσο και διαφόρων επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Έτσι, επαληθεύτηκε η αρχική υπόθεση της έρευνας στη βάση της οποίας αναμενόταν οι επαγγελματίες υγείας να εκφράζουν λιγότερο στιγματιστικές απόψεις απέναντι στην ψυχική νόσο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, καθότι αυτοί διαθέτουν και τη γνώση και την άμεση καθημερινή επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα.

Ειδικότερα, αποδείχθηκε ότι οι Κύπριοι πολίτες δεν πιστεύουν γενικά στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων ή και στην ανάγκη τους για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο. Μπορεί ο λαός να μην θεωρεί τους ψυχικά πάσχοντες ως άτομα κατώτερα των «φυσιολογικών», ωστόσο, πιστεύει ότι αισθάνονται ένοχοι για την αρρώστια τους σε μεγάλο βαθμό.

Η συγκεκριμένη στάση των Κυπρίων πολιτών φάνηκε να εξαρτάται μερικώς από την ηλικία τους, το εισόδημά τους, το μορφωτικό τους επίπεδο και τον χώρο διαμονής τους, όχι όμως και από το φύλο τους. Αποδείχθηκε ότι οι νεαρές ηλικίες, οι οικονομικά πιο ευκατάστατοι πολίτες, οι περισσότερο μορφωμένοι και οι κάτοικοι των πόλεων δεν βλέπουν μειωτικά τους ψυχικά πάσχοντες στο βαθμό που οι μεγαλύτερες ηλικίες, οι χαμηλο-εισοδηματίες, οι λιγότερο μορφωμένοι πολίτες και οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών το πράττουν. Επίσης, φάνηκε ότι η στάση των εύπορων πολιτών και των κατοίκων των πόλεων είναι περισσότερο αισιόδοξη ως προς τις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων. Ως προς την ανάγκη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας και κοινωνικοποίησης, αλλά και ως προς το βαθμό ενοχής που οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες βιώνουν, αποδείχθηκε ότι οι νεαρότερες ηλικίες και οι πολίτες ανώτερης μόρφωσης εκφράζουν μία θετικότερη στάση.

Από την άλλη, η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν φάνηκε να επηρεάζεται σημαντικά από κανένα δημογραφικό παράγοντα, πλην του επιπέδου μόρφωσης και του τμήματος στο οποίο εργάζονται. Η έρευνα κατέδειξε ότι οι λειτουργοί υγείας ανώτατης εκπαίδευσης διατηρούν μία

περισσότερο αισιόδοξη στάση προς τους ψυχικά πάσχοντες. Αντίθετα, οι λειτουργοί υγείας των ΚΥ, κυρίως των Αγροτικών και λιγότερο των Αστικών, καθώς και των ΕΙ και της Χειρουργικής Κλινικής, κρίνονται λιγότερο αισιόδοξοι ως προς τις ικανότητες και δεξιότητες των ψυχικά πασχόντων.

Παρόλα αυτά, στο σύνολο τους οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος αποδείχθηκαν αρνητικοί στο στιγματισμό της ψυχικής νόσου, θετικοί στην ανάγκη αναζήτησης βοήθειας και κοινωνικοποίησης των ψυχικά πασχόντων, μερικώς αισιόδοξοι ως προς τις ικανότητές τους και εν μέρει υποστηρικτές της άποψης ότι οι ψυχικά πάσχοντες αισθάνονται ενοχές για την αρρώστια τους και τα προβλήματα που προκαλούν στις οικογένειές τους λόγω αυτής.

Όλα τα προαναφερθέντα στοιχεία δεν επιτρέπουν να σκιαγραφηθεί με ακρίβεια ο Κύπριος πολίτης που στιγματίζει τον ψυχικά πάσχοντα. Τα στοιχεία της ανάλυσης δεν παρέχουν τη δυνατότητα να καθοριστεί η οικογενειακή κατάσταση ή το επάγγελμα του Κύπριου πολίτη που στιγματίζει τον ψυχικά πάσχοντα ή ακόμη και το είδος της σχέσης του με αυτόν. Δύναται, όμως, να ειπωθεί με βάση τα στοιχεία της έρευνας ότι η μεγάλη ηλικία, η διαμονή σε χωριό, το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των πολιτών διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό τη στάση τους απέναντι στην ψυχική νόσο.

Για τους λειτουργούς υγείας, δεν μπορεί να κριθεί με ανάλογο τρόπο η στάση τους απέναντι στην ψυχική νόσο. Δεν συσχετίστηκε κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των επαγγελματιών υγείας σε σημαντικό βαθμό με τους παράγοντες της κλίμακας ASMI. Ούτε, επίσης, φάνηκε οι επαγγελματίες υγείας της ΔΦΥ να είναι περισσότερο προκατειλημμένοι από τους συναδέλφους τους στην ΠΦΥ.

Παρόλα αυτά, η κλίμακα ASMI αποδεικνύεται ως ένα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο για τη διερεύνηση της στάσης απέναντι στην ψυχική νόσο. Συνεπώς, η χρήση της κλίμακας ASMI θα μπορούσε στο μέλλον να διερευνήσει σε ευρύτερη κλίμακα τις στάσεις των πολιτών ή των λειτουργών υγείας στην Κύπρο και ίσως καταφέρει να καθορίσει με μεγαλύτερη ακρίβεια τους παράγοντες που δύναται να επηρεάζουν τις απόψεις για την ψυχική νόσο.

Περαιτέρω, η χρήση της κλίμακας θα μπορούσε να συμβάλει και στη διερεύνηση της στάσης τόσο των ίδιων των ψυχικά πασχόντων όσο και των φροντιστών τους. Επιπλέον, θα μπορούσε να διερευνηθεί και πιθανές αλλαγές στη στάση των πολιτών πριν και μετά από παρεμβάσεις με εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στην ψυχική νόσο.

Η γνώση που αποκτήθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνέβαλε στην καλύτερη κατανόηση των διαστάσεων των απόψεων για την ψυχική νόσο και μας προωθεί να εισηγηθούμε το σχεδιασμό μίας εθνικής στρατηγικής για την καταπολέμηση του στίγματος.

# Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup>

## Ο ΑΓΩΝΑΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν την ύπαρξη προκατάληψης ανάμεσα στον κυπριακό πληθυσμό και λιγότερο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο, στοιχεία συμβατά με αντίστοιχα άλλων ερευνών στην Ελλάδα και τον υπόλοιπο κόσμο. Το ερώτημα που τίθεται είναι πώς δύναται να καταπολεμηθεί η μάστιγα αυτή; Με ποιο τρόπο μπορεί η πολιτεία να απαντήσει σε αυτή τη μεγάλη πρόκληση, της μεταβολής, δηλαδή, της στάσης των πολιτών απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, καταπολεμώντας στις ρίζες του το στίγμα και την προκατάληψη;

Μόνο μέσω συντονισμένων δράσεων και μέσα στα πλαίσια ενός εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού για τη διασφάλιση της ποιότητας των ΥΨΥ θα πετύχει η πολιτεία το σκοπό της. Και, όπως έχει προαναγγελθεί και στην εισαγωγή, θα επιχειρηθεί η εισήγηση ενός τέτοιου σχεδίου δράσης για την εκ βάθρων αναβάθμιση των ΥΨΥ με σκοπό την πρόληψη, τη διαφύλαξη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των Κυπρίων πολιτών. Πυξίδα θα αποτελέσει η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

**«Εθνικό Σχέδιο Δράσης  
για τη  
Διασφάλιση της Ποιότητας  
των ΥΨΥ  
στην Κύπρο»**



# **10.1 Στρατηγικός Σχεδιασμός**

Ο σχεδιασμός οποιασδήποτε στρατηγικής προσδιορίζεται από το όραμα, την αποστολή, τις αξίες και τους στόχους της, (Ραφτόπουλος, 2009).

Το όραμα της Εθνικής Στρατηγικής θα είναι η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου στην Κύπρο, στη βάση των διακηρύξεων του ΠΟΥ και των δεσμεύσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκή Ένωσης, (WHO, 2005). Πρόκειται για ένα όραμα μακροπρόθεσμης επίθεσης ενάντια στις διακρίσεις των ατόμων με ψυχική νόσο, μέσω συντονισμένων και πολυδιάστατων δράσεων για την προώθηση της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων μέσα στην κοινωνία, (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2003).

Η αποστολή της θα είναι ο συντονισμός όλων των δράσεων των συναρμόδιων φορέων με σκοπό την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, φροντίδας, θεραπείας και κοινωνικής υποστήριξης.

Οι δε αξίες της στρατηγικής αυτής οφείλουν να είναι πλήρως εναρμονισμένες με τις αντίστοιχες αξίες του Συστήματος Υγείας της Κύπρου, (ΥΨΥ, 2009), και πιο συγκεκριμένα με την:

- ισότιμη πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις, φροντίδα, θεραπεία, αποκατάσταση και φαρμακευτική αγωγή χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, φυλής, επαγγέλματος, καταγωγής και εισοδήματος
- προστασία της ψυχικής υγείας μέσω συντονισμένων δράσεων πρόληψης και επιδημιολογικής επιτήρησης των ψυχικών διαταραχών
- διασφάλιση της ανωνυμίας και προστασία των ευαίσθητων προσωπικών υγειονομικών δεδομένων
- προάσπιση της ελεύθερης υγειονομικής επιλογής και αυτενέργειας του ατόμου στα όρια της νομιμότητας
- παροχή ποιότητας στις ΥΨΥ
- κοινωνική ευθύνη και συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στη λήψη αποφάσεων
- αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος ψυχικής υγείας

- προστασία των κοινωνικά απομονωμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

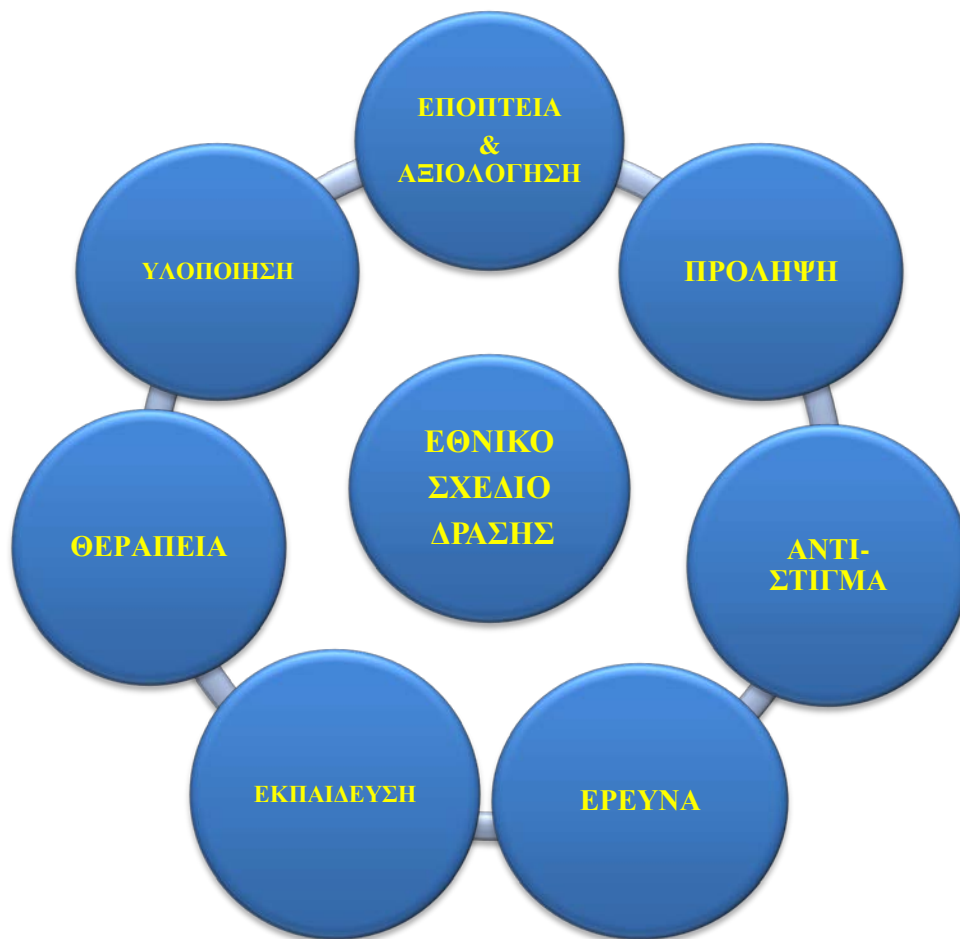
Οι βασικοί αναπτυξιακοί στόχοι της Εθνικής Στρατηγικής για την καταπολέμηση της ψυχικής νόσου οφείλουν και αυτοί να είναι πλήρως εναρμονισμένοι με τους στόχους της Διακήρυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (WHO, 2005):

- προαγωγή της ψυχικής ευεξίας όλων των πολιτών
- ανάδειξη της επιβάρυνσης που προκαλεί η ψυχική νόσος
- αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων που προκαλεί η ψυχική νόσος
- προαγωγή της ψυχικής υγείας στις ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού
- πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και της αυτοκτονίας
- διασφάλιση της προσβασιμότητας των ψυχικά πασχόντων σε δομές της ΠΦΥ
- αποδοτικές υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής Φροντίδας
- ανάπτυξη συνεργασιών μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων
- επαρκής στελέχωση των ΥΨΥ με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό
- ανάπτυξη δεικτών ποιότητας των ΥΨΥ και συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων
- δίκαιη και επαρκής χρηματοδότηση
- αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΥΨΥ και της συστηματικής παραγωγής νέας γνώσης.

Αναμφισβήτητα, οι προσπάθειες θα αποδώσουν μόνον εφόσον όλοι οι συναρμόδιοι εμπλεκόμενοι φορείς συνεργαστούν αρμονικά μεταξύ τους και υλοποιήσουν τις δεσμεύσεις της Ηγεσίας με την έμπρακτη βούληση και χρηματοδότησή της. Η συνεργασία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της Εθνικής Συντονίστριας Αρχής με σαφή όρια ευθύνης και αρμοδιοτήτων.

Επιπλέον, είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός πλαισίου για την εποπτεία και τη συνεχή αξιολόγηση (Monitoring and Evaluation) όλων των προγραμμάτων που υλοποιούνται.

# Εθνικό Σχέδιο Δράσης



## **10.2 Πρόληψη Της Ψυχικής Νόσου**

Η ψυχική ευεξία δεν μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια μόνο της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Έρευνες του ΠΟΥ, (2008), αποδεικνύουν ότι η προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών και η πρόληψη της ψυχικής νόσου μπορούν να επιφέρουν μεγάλα οφέλη στους τομείς της υγείας, της οικονομίας και της κοινωνίας.

Κατά συνέπεια, η στρατηγική για τη διασφάλιση της δημόσιας ψυχικής υγείας στην Κύπρο οφείλει να συμπεριλάβει την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών μαζί με τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Ως μέτρα δράσης προτείνονται τα ακόλουθα:

- εκτενής ενημέρωση όλων των Κυπρίων πολιτών για την επιβάρυνση της ψυχικής νόσου, της συμπτωματολογίας των ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του στρες, τους άγχους, της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας
- στόχος του Σχεδίου Δράσης να αποτελέσουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, προσφέροντάς τους προληπτικά προγράμματα κατά της κατάθλιψης, του στρες, του άγχους και της αυτοκτονίας με βάση τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες τους και με σεβασμό της προσωπικότητας, της κουλτούρας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους
- ανάπτυξη ομάδων αυτό-βοήθειας, τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας, καθώς και ιστοσελίδων με στόχο τη μείωση των αυτοκτονιών, ιδιαίτερα στις ομάδες πληθυσμού που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο
- ανάπτυξη συγκεκριμένων πολιτικών δράσεων με στόχο την ελαχιστοποίηση της διαθεσιμότητας στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού των μέσων για απόπειρα αυτοκτονίας
- παροχή ψυχολογικής στήριξης και συμβουλευτικής στις νέες μητέρες από γυναικολόγους και επισκέπτες υγείας, καθώς επίσης, και παρεμβάσεις όπου κρίνεται αναγκαίο
- κατ' οίκον εκπαιδευτικές επισκέψεις –προληπτικού χαρακτήρα- σε οικογένειες υψηλού κινδύνου με στόχο τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους ως γονείς, την

υιοθέτηση εκ μέρους τους υγιεινής συμπεριφοράς και τη διαντίδραση μεταξύ γονέων-παιδιών

- τη συνεργασία με άλλα Υπουργεία για τη δημιουργία στα σχολεία και τα πανεπιστήμια εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την πρόληψη της κατάθλιψης, των αυτοκτονιών και της χρήσης αλκοόλ ή και άλλων απαγορευμένων ουσιών, με τη συμμετοχή μοντέλων ρόλων ή και νεαρών ατόμων
- υποστήριξη της υλοποίησης κοινοτικών αναπτυξιακών προγραμμάτων σε περιοχές υψηλού κινδύνου και την ενδυνάμωση των ΜΚΟ, ιδιαίτερα αυτών που αντιπροσωπεύουν περιθωριοποιημένες ομάδες του πληθυσμού
- τη διασφάλιση επικαιροποιημένης επαγγελματικής στήριξης και φροντίδας σε άτομα που υπήρξαν θύματα βίας, όπως πόλεμο, φυσική καταστροφή ή τρομοκρατική επίθεση, με στόχο την πρόληψη της μετά-τραυματικής αγχώδους διαταραχής
- τη δημιουργία κατάλληλων μέτρων προστασίας και προαγωγής της ψυχικής υγείας στους χώρους εργασίας μέσω της διαχείρισης κινδύνου, του στρες και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, καθώς και της κατάλληλης εκπαίδευσης και ενημέρωσης του προσωπικού
- τη συμμετοχή στα προγράμματα πρόληψης και του Γραφείου Ευημερίας
- περισσότερη ενημέρωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων παρεμφερών υπηρεσιών για τη δική τους συμπεριφορά και προκατάληψη για την αυτοκτονία και τις ψυχικές διαταραχές
- εποπτεία και καταγραφή των διαδικασιών αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου μέσω της δημιουργίας κατάλληλων δεικτών και εργαλείων.

## **10.3 Αντι-Στίγμα**



Η συνειδητοποίηση της άμεσης ανάγκης για καταπολέμηση της προκατάληψης έναντι της ψυχικής νόσου είναι υψίστης σημασίας. Η υλοποίηση της Στρατηγικής για τη Διασφάλιση της Ποιότητας των ΥΨΥ στην Κύπρο αποτελεί για την χώρα πολύ σημαντικό έργο και δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να διακυβευτεί από το ευρέως διαδεδομένο στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο. Τα ανθρώπινα δικαιώματα και ο σεβασμός στους ψυχικά πάσχοντες οφείλουν να προστατευτούν και η προκατάληψη να παρεμποδιστεί. Τα μέτρα που προτείνονται είναι τα ακόλουθα:

- Υιοθέτηση μέτρων που καταπολεμούν το στίγμα και τις διακρίσεις, δίνοντας έμφαση στην αδιάκριτη εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών μέσα στην κοινωνία, την καλή τους πρόγνωση και θεραπεία, καθώς και στη μηδενική συσχέτισή τους με τη βία.
- Αναθεώρηση της νομοθεσίας που διέπει τα δικαιώματα των ατόμων με ανικανότητες ή την ανάπτυξη νέας νομοθεσίας η οποία να καλύπτει τους ψυχικά πάσχοντες με τρόπο δίκαιο και ισότιμο.
- Ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών και επιχειρησιακών πολιτικών για την εξάλειψη του στίγματος και των διακρίσεων των ψυχικά πασχόντων στους χώρους εργασίας.
- Ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας σε τοπικά προγράμματα για την προαγωγή της ψυχικής ευεξίας και την πρόληψη της ψυχικής νόσου με την υποστήριξη των πρωτοβουλιών των ΜΚΟ.
- Ανάπτυξη νομοθεσίας για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων με την υιοθέτηση διεθνών και εθνικών πρότυπων για τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Εγκαθίδρυση εποικοδομητικού διαλόγου και συστηματική ανατροφοδότηση με τα ΜΜΕ και συστηματικός εφοδιασμός αυτών με πληροφορίες για την ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο. Δεδομένης της τεράστιας επιρροής των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, αυτά καλούνται να μετατραπούν στον καλύτερο σύμμαχο στον αγώνα ενάντια στο στίγμα της ψυχικής νόσου και να προβάλουν μία θετικότερη εικόνα για τον ψυχικά πάσχοντα (social marketing).
- Θέσπιση κανόνων για την αντιπροσώπευση των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους σε επιτροπές και ομάδες υπεύθυνες για τον σχεδιασμό, την παροχή, την επιθεώρηση και την αναθεώρηση των δραστηριοτήτων για την διαφύλαξη της ψυχικής υγείας.

- Ενθάρρυνση της δημιουργίας και ανάπτυξης τοπικών και εθνικών ΜΚΟ με αντιπροσώπευση των ψυχικά ασθενών, των φροντιστών τους, καθώς και των κοινοτήτων στις οποίες ζουν.
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή στο συνηθισμένο εκπαιδευτικό και επαγγελματικό σύστημα παιδιών και νεαρών ενήλικων ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
- Επαγγελματική εκπαίδευση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και προσαρμογή των χώρων εργασίας τους στις δικές τους ανάγκες με στόχο τη διασφάλιση της παραμονής τους στην ανταγωνιστική αγορά εργασίας.

## **10.4 Έρευνα**

Η επιτυχής εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Διασφάλισης της Ποιότητας των ΥΨΥ στην Κύπρο προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλων και διαθέσιμων πληροφοριών για την παρούσα κατάσταση της ψυχικής υγείας στην Κύπρο και τον υπόλοιπο κόσμο, καθώς και όλων των εθνικών και διεθνών δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Η ψυχική υγεία δεν καλύπτεται στο σύνολό της από τα υφιστάμενα συστήματα επιτήρησης της υγείας, τόσο στην Κύπρο όσο και στο εξωτερικό, (WHO, 2008). Τα περισσότερα διεθνή και εθνικά πληροφοριακά συστήματα για την υγεία συλλέγουν δεδομένα που αφορούν κυρίως στην ίδια τη νόσο. Ωστόσο, για να απεικονιστεί ολοκληρωμένα η ψυχική υγεία ενός πληθυσμού χρειάζονται επίσης δεδομένα και από άλλους παράγοντες που προσδιορίζουν την ψυχική υγεία, όπως κοινωνικούς, πολιτιστικούς, δημογραφικούς και οικονομικούς. Τέτοια δεδομένα, όμως, σπανίζουν. Επιπρόσθετα, οι πηγές πληροφόρησης για την ψυχική υγεία –είτε εντός είτε εκτός του συστήματος υγείας- είναι γενικά μη διαθέσιμες.

Οι μετρήσεις των δεικτών που αφορούν στην ψυχική υγεία ενός πληθυσμού οφείλουν να ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα και κανόνες ώστε τα αποτελέσματα που προκύπτουν να επιτρέπουν τη σύγκριση με αντίστοιχα μετρήσιμα δεδομένα άλλων χωρών μελών της ΕΕ, (WHO, 2008). Στην πραγματικότητα, όμως, οι μετρήσεις είναι στις πλείστες των περιπτώσεων ανεπαρκείς ή μη διαθέσιμες, δυσχεραίνοντας τις συγκρίσεις μεταξύ των κρατών ή ακόμα και μέσα στα ίδια τα κράτη.

Ως συνέπεια της ανεπαρκούς και πτωχά συντονισμένης πληροφόρησης για την ψυχική υγεία περιορίζεται η δυνατότητα ανάπτυξης αποτελεσματικής παροχής και παρακολούθησης της ψυχιατρικής φροντίδας και της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου βασισμένης σε τεκμηριωμένα δεδομένα. Τα υπάρχοντα ελλιπή δεδομένα για την ψυχική υγεία και νόσο δεν βοηθούν στο σχεδιασμό κατάλληλων πολιτικών και υπηρεσιών για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη της ψυχικής νόσου, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Η έλλειψη τέτοιων πολύτιμων δεδομένων ρυθμίζει την κατανομή των πόρων για την ψυχική υγεία αναλόγως των καθορισμένων αναγκών δημιουργώντας ανεκπλήρωτα κενά στις υπηρεσίες, (WHO, 2008).

Επομένως, είναι αδιαμφισβήτητη η ανάγκη για τη δημιουργία μιας κοινής πολιτικής για την έρευνα της ψυχικής υγείας η οποία να επιτρέπει την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και να στηρίζει την εφαρμογή αποφάσεων με βάση την τρέχουσα γνώση.

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα παγκοσμίως είναι κλινικές, κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες και αφορούν σε θεραπευτικούς χειρισμούς των ψυχικών διαταραχών, (WHO, 2005). Ωστόσο, δεν επεκτείνονται σε βάθος χρόνου γι' αυτό και δεν μπορούν να αποδείξουν την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών σκευασμάτων, αλλά ούτε και μπορούν τα αποτελέσματά τους να γενικευθούν στο γενικό πληθυσμό.

Επίσης, αδυνατούν να αποδείξουν την άμεση ή έμμεση αποτελεσματικότητα ορισμένων αποδοτικών στρατηγικών παρεμβάσεων στην ψυχική νόσο καθώς υστερούν στην ικανότητα απόδειξης σύνδεσης μεταξύ της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής.

Έτσι, παρά την όλη ταχεία ανάπτυξη της πολιτικής για την προστασία της ψυχικής υγείας και τη σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, η έρευνα εξακολουθεί να παραμένει περιορισμένη και χρειάζεται να επεκταθεί. Παρόλα αυτά, οι πληροφορίες που υπάρχουν μέχρι σήμερα είναι αρκετές για να στηρίξουν την αποτελεσματικότητα των προληπτικών παρεμβάσεων σε διάφορα επίπεδα και σε διαφορετικές ομάδες στόχους.

Ως μέτρα δράσης για τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ έρευνας και πρακτικής στην ψυχική υγεία προτείνονται τα εξής:

- μακροχρόνιες έρευνες για την παρατήρηση και την αποτίμηση όλων των πολιτικών στρατηγικών που δύναται να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των πολιτών, όπως της στέγασης και της εργοδότησης
- επέκταση της έρευνας στο ν το **μά** της πρόληψης της ψυχικής νόσου υ και συνεργασία με άλλες ευρωπαϊκές χώρες

- μακροχρόνιες έρευνες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πρώιμων προληπτικών παρεμβάσεων στην ψυχική νόσο, και κυρίως ανάμεσα σε ομάδες υψηλού κινδύνου
- διερεύνηση της αλληλοσυσχέτισης μεταξύ ψυχικής υγείας και φυσικών και κοινωνικών υγειονομικών προβλημάτων και προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου της ψυχικής νόσου
- αξιολόγηση της αποδοτικότητας (σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας) των στρατηγικών πρόληψης της ψυχικής νόσου στα σχολεία και στους χώρους εργασίας και ανάδειξη της θετικής επίδρασης στην αυξημένη παραγωγικότητα και την βελτιωμένη απόδοση στην εκπαίδευση λόγω της διατήρησης της ψυχικής ευεξίας του εργατικού δυναμικού και των μαθητών, αντίστοιχα
- ανάπτυξη τυποποιημένων δεικτών για τη συστηματική αξιολόγηση της θετικής ψυχικής υγείας, των προσδιοριστικών παραγόντων της ψυχικής νόσου και της επιδημιολογίας των ψυχιατρικών διαταραχών και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με αντίστοιχα των ευρωπαϊκών χωρών
- συστηματική συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων για την παρακολούθηση των τάσεων και εξελίξεων της ψυχικής νόσου.

## **10.5 Εκπαίδευση**

Δεν νοείται φροντίδα –και μάλιστα ποιοτική- των ψυχικά ασθενών χωρίς τη διάθεση του κατάλληλου σε αριθμό και εξειδίκευση ανθρώπινου δυναμικού. Ανησυχητικά, η Κύπρος, όπως άλλωστε και οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης, (*WHO, 2005, 2008*), αντιμετωπίζει σημαντικό έλλειμμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Οι λόγοι για το φαινόμενο αυτό ποικίλουν.

Από τη μια η χαμηλή επένδυση του κράτους στις ΥΨΥ δεν επιτρέπει τη δημιουργία άριστων συνθηκών εργασίας στις εν λόγω υπηρεσίες για την προσέλκυση νέων επαγγελματιών υγείας ή τη διατήρηση του υφιστάμενου προσωπικού και από την άλλη η έλλειψη επαγγελματικού προσανατολισμού δεν ευνοεί την ανάδειξη των ακόρεστων θέσεων εργασίας και την υπόδειξη της κατάλληλης επαγγελματικής κατεύθυνσης.

Έτσι, το προσωπικό των ΥΨΥ αριθμεί σήμερα 30 ψυχιάτρους, δηλαδή 3.8 ψυχιάτρους ανά 100 000 πληθυσμού<sup>9</sup>, 325 νοσηλευτές, δηλαδή 41.4 νοσηλευτές ανά 100 000<sup>10</sup>, 45 ψυχολόγους, δηλαδή 5.7 ψυχολόγους ανά 100 000<sup>11</sup>, και 35 εργοθεραπευτές οι οποίοι έχουν υπό την ευθύνη τους την κάλυψη των ψυχιατρικών αναγκών των νοσηλευομένων από τους 785 000 Κυπρίων πολιτών, (*Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας, 2006*). Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ότι τα στοιχεία αυτά αφορούν στο δημόσιο τομέα ψυχικής υγείας στην Κύπρο χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρός.

Για να μπορέσουν, όμως, οι ΥΨΥ να ανταποκριθούν επαρκώς στις σύγχρονες ανάγκες για την αναδιάρθρωσή τους, χρειάζονται την ανάληψη εκ μέρους του προσωπικού τους νέων ρόλων και ευθυνών, την αλλαγή στις αξίες και τη συμπεριφορά τους, την επέκταση και βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους. Η μεταστροφή του ιδρυματικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών στο κοινοτικό μοντέλο δεν είναι μια απλή αλλαγή του χώρου παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Η Κοινοτική Ψυχιατρική Φροντίδα περιλαμβάνει διαφορετικές αξίες, νέα μοντέλα πρακτικής, την υιοθέτηση καινούριων ρόλων και ευθυνών, καθώς και την απόκτηση νέων δεξιοτήτων.

---

<sup>9</sup> Στην ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό ποικίλει από 1.8 έως 25, (*WHO, 2008*).

<sup>10</sup> Στην ΕΕ το ποσοστό αυτό ποικίλει από 3 μέχρι 104, (*WHO, 2008*).

<sup>11</sup> Στην ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό είναι μεταξύ 0.1 και 96, (*WHO, 2008*).



Πέραν, όμως, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας εκπαίδευση στην ψυχιατρική φροντίδα χρειάζονται επειγόντως και οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ καθώς η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου στην πρώτη γραμμή περίθαλψης των πολιτών επιτρέπει την πρόσβαση μεγαλύτερου αριθμού ψυχικά ασθενών στις υπηρεσίες φροντίδας. Για τον σκοπό αυτό χρειάζεται η κατάλληλη εκπαίδευση και στήριξη του προσωπικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει την ψυχική νόσο.

Ταυτόχρονα, όμως, εκπαίδευση χρειάζονται και οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών καθώς αποτελούν σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της ευθύνης για την παροχή φροντίδας στους ψυχικά πάσχοντες, κι ιδιαίτερα μέσα στα πλαίσια μιας αποϊδρυματοποιημένης φροντίδας υγείας.

Έτσι, ως μέτρα δράσης προτείνονται τα εξής:

- Αναγνώριση της ανάγκης για την απόκτηση νέων ρόλων και ευθυνών εκ μέρους όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και συναφών επαγγελμάτων, όπως των εκπαιδευτικών και των νομικών.
- Πρακτική εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα και την προώθηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας όλου του προσωπικού.
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ στην αναγνώριση, πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.
- Οργάνωση και χρηματοδότηση σε συνεργασία με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα του κράτους εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το υφιστάμενο και νέο προσωπικό των ΥΨΥ.
- Προσέλκυση νέου εργατικού δυναμικού στις ΥΨΥ αλλά και τη διατήρηση του υφιστάμενου.
- Διασφάλιση μιας ισότιμης και δίκαιης κατανομής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό της Κύπρου, και ιδιαίτερα ανάμεσα στα άτομα υψηλού κινδύνου νόσησης, με την παροχή κινήτρων.
- Ανάδειξη της έλλειψης εξειδίκευσης στις νέες τεχνολογίες του υφιστάμενου προσωπικού των ΥΨΥ και την οργάνωση σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

- Εκπαίδευση του προσωπικού των ΥΨΥ για την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην πρόληψη, προαγωγή και θεραπεία της ψυχικής νόσου.
- Συμπερίληψη στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των επαγγελματιών υγείας και της ψυχικής υγείας και σχεδιασμός συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού στο δημόσιο τομέα για την επίδραση των πολιτικών τους δράσεων στην ψυχική υγεία του κυπριακού πληθυσμού.
- Δημιουργία μιας ισχυρής και εξειδικευμένης εργατικής δύναμης στις ΥΨΥ μέσω του σχεδιασμού και της εφαρμογής κατάλληλης και εξειδικευμένης εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
- Εξειδικευμένη εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ηλικιωμένων ατόμων, καθώς επίσης, και ατόμων με συννοσηρότητα ψυχικής διαταραχής και χρήσης απαγορευμένων ουσιών.
- Θέσπιση πρότυπων ποιότητας και εξασφάλιση διαπίστευσης των ικανοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

## **10.6 Θεραπεία και Παρακολούθηση**

Η συχνή παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ιδρυματοποιημένων ψυχικά ασθενών, ο στιγματισμός τους και η χειροτέρευση της ψυχικής τους υγείας άσκησαν μεγάλες πιέσεις για μεταστροφή του μοντέλου θεραπείας της ψυχικής νόσου από τα ψυχιατρεία στην Κοινωνική Ψυχιατρική Φροντίδα με στόχο την παροχή στους ψυχικά ασθενείς της δυνατότητας διαβίωσης μιας πλήρους ζωής μέσα στην κοινότητα.

Το πείραμα αποδείχτηκε κλινικά και οικονομικά αποτελεσματικό, ωστόσο δεν κατάφερε ακόμη να κερδίσει το στοίχημα καθώς οι περισσότερες χώρες δεν έχουν αναπτύξει στην ολοκληρωμένη του μορφή την κοινωνική ψυχιατρική αλλά χρειάζονται περαιτέρω επέκταση των κοινοτικών τους υπηρεσιών, βελτίωση της υποδομής και τη δημιουργία υποστηρικτικών συστημάτων ώστε να καταστούν ικανές να διατηρούν τον ψυχικά ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο μέσα στην κοινότητα.

Καθώς, όμως, τα κράτη προχωρούν προς την αποϊδρυματοποίηση της ψυχικής νόσου ο κίνδυνος της δραματικής μείωσης του αριθμού των νοσοκομειακών ψυχιατρικών κρεβατιών πριν την ανάλογη ανάπτυξη των κατάλληλων κοινοτικών υπηρεσιών παραμονεύει, αφήνοντας τόσο τις νοσοκομειακές μονάδες όσο και τις κοινοτικές υπηρεσίες ανεπαρκώς στελεχωμένες.

Η ανάπτυξη της κοινωνικής ψυχιατρικής χρειάζεται προσεκτικό σχεδιασμό και οργάνωση με βάση το κοινωνικό-πολιτιστικό περιεχόμενο της χώρας, την οργάνωση του κρατικού συστήματος υγείας, καθώς και τη διάθεση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.

Ως μέτρα δράσης προτείνονται τα εξής:

- Ανάπτυξη μονάδων ψυχιατρικής αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα και θεραπευτικών προγραμμάτων.
- Δημιουργία εξειδικευμένης ψυχιατρικής υπηρεσίας για την αντιμετώπιση και φροντίδα ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή μέσα στην κοινότητα. Χρησιμοποίηση των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών ως εκπαιδευτικών χώρων των επαγγελματιών υγείας και των επαγγελματιών ΠΦΥ για την απόκτηση εμπειρίας και εξειδίκευσης στη διαχείριση των ψυχικά ασθενών.

- Παροχή υπηρεσιών διαχείρισης κρίσεων μέσα στην κοινότητα σε συνεργασία με τις υπηρεσίες ΠΦΥ.
- Στελέχωση των κοινοτικών υπηρεσιών με κατάλληλο σε αριθμό και εξειδίκευση προσωπικό.
- Συνεργασία με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες για τη στέγαση και την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στους ψυχικά πάσχοντες μέσα στην κοινότητα.
- Συμμετοχή των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας σε έρευνες για την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας.
- Δημιουργία πολιτικών δράσεων και υιοθέτηση νομοθεσιών για τη βελτίωση των παρεχόμενων κοινοτικών υπηρεσιών φροντίδας στους ψυχικά πάσχοντες.
- Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την ανάγκη απόκτησης μίας φυσιολογικής ζωής μέσα στην κοινότητα των ψυχικά πασχόντων.
- Παροχή εκπαίδευσης και στήριξης των ψυχικά ασθενών που ζουν μέσα στην κοινότητα.
- Οργάνωση συμβουλευτικής ψυχιατρικής, ομάδων αυτό-βοήθειας, Κέντρων Ημέρας και Κέντρων Εργασιακής Απασχόλησης για τους ψυχικά πάσχοντες στην κοινότητα. Έχει αποδειχθεί ότι η συμμετοχή σε ομάδες ατόμων με κοινές εμπειρίες συμβάλλει στην αλληλο-υποστήριξη μεταξύ των, στην ανταλλαγή γνώσεων σε ό,τι αφορά στην αρρώστια τους και στην αύξηση της συναίσθησης της αρρώστιας τους, (*Doughty C, Tse S, 2005*).
- Επιθεώρηση της οργάνωσης και παροχής κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας.
- Θέσπιση πρότυπων ποιότητας και εξασφάλιση διαπίστευσης των επαγγελματιών υγείας στις κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες.

## **10.7 Υλοποίηση**

Η υλοποίηση της Εθνικής Στρατηγικής για τη διασφάλιση της ποιότητας στις ΥΨΥ αποτελεί την τελική και σημαντικότερη πρόκληση καθώς επισφραγίζει όλα τα προαναφερθέντα στάδια του στρατηγικού σχεδιασμού. Ωστόσο, για να επιτευχθεί απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις.

Κατά πρώτο λόγο, ο στρατηγικός σχεδιασμός οφείλει να είναι προσαρμοσμένος στα ιδιαίτερα κοινωνικό-οικονομικό-πολιτικό-πολιτιστικά δεδομένα της κυπριακής κοινωνίας και ρυθμισμένος αναλόγως των διαθέσιμων πόρων. Με άλλα λόγια, η στρατηγική διασφάλισης της ποιότητας στις ΥΨΥ χρειάζεται την άμεση μετάφρασή της σε φιλόδοξους αλλά και πραγματοποιήσιμους πολιτικούς στόχους, ενώ κατά δεύτερο λόγο, χρειάζεται την απρόσκοπτη παρακολούθηση και αποτίμηση της υλοποίησής της, από τα πρώτα κιόλας βήματά της, ώστε να επισημαίνεται η πρόοδος ή τυχόν εμπόδια στην πορεία της.

Η κυπριακή κοινωνία δεν έχει την πολυτέλεια της άρνησης για επένδυση στην ψυχική υγεία των πολιτών της καθώς τα οικονομικά κόστη που μια κοινωνία επιβαρύνεται ως αποτέλεσμα των ψυχικών διαταραχών είναι τεράστια, μέχρι και 3-4% του ΑΕΠ στα κράτη-μέλη της ΕΕ, (*International Labour Office, 2000*). Σε αντιδιαστολή, όμως, με τις υπόλοιπες νόσους, το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών κοστών υγείας για την ψυχική νόσο επιφορτίζονται και άλλοι φορείς εκτός του συστήματος υγείας. Πρόκειται για την πρόωρη συνταξιοδότηση και την παροχή οικονομικού επιδόματος στους ψυχικά ασθενείς, την πρόωρη θνησιμότητα των ψυχικά ασθενών, τη μειωμένη απόδοση στην εργασία τους μέχρι και πέντε φορές περισσότερο της συστηματικής απουσίας από την εργασία των υπόλοιπων υπαλλήλων, (*Kessler & Frank, 1997*), τις χαμένες ώρες εργασίας και τη μειωμένη παραγωγικότητα από τις οικογένειες των ψυχικά ασθενών που αναγκάζονται να αναλάβουν τη συνεχή τους φροντίδα, τις χαμένες ευκαιρίες για διασκέδαση και αρκετά άλλα.

Καθώς, όμως, η σπάνη των οικονομικών πόρων αποτελεί μια αδιαμφισβήτητη και διαβρωτική πραγματικότητα σε όλες τις κοινωνίες, αδύνατη να καλύψει όλες τις ανάγκες, είμαστε, εντούτοις, υποχρεωμένοι να κάνουμε τις επιλογές μας. Για αυτό, λοιπόν, οφείλουμε να συνδυάσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο όλες τις πληροφορίες από τα διάφορα κράτη για τα κόστη και την αποτελεσματικότητα διαφορετικών πολιτικών και παρεμβάσεων στην ψυχική νόσο, να τις προσαρμόσουμε

στα μέτρα μας και να κάνουμε την καλύτερη δυνατή χρήση των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων προκειμένου να μεγιστοποιήσουμε το όφελος. Αυτό από μόνο του θα αποτελέσει ισχυρό όπλο στα χέρια μας για τη σθεναρή υποστήριξη της επένδυσης στον τομέα της ψυχικής υγείας, όχι μόνο από το σύστημα υγείας αλλά και από άλλους φορείς.

Ωστόσο, κατά την κατανομή των πόρων δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραγνωριστούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και το δικαίωμα τους για ισότιμη κι ελεύθερη πρόσβαση στις ΥΨΥ, γεγονός το οποίο θα συνέβαλλε στην ενίσχυση του στίγματος και της προκατάληψης που περιβάλλει την ψυχική νόσο. Για αυτό και είναι υψίστης σημασίας η θέσπιση νόμων και κανόνων οι οποίοι να σέβονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, να διασφαλίζουν την προσβασιμότητα και ποιότητα των ΥΨΥ, ενώ ταυτόχρονα να παρέχουν στους ψυχικά πάσχοντες και τη δυνατότητα εμπέδωσης του κοινωνικού τους ρόλου.

Όλα αυτά θα καταφέρουν να βρουν εφαρμογή μόνο σαν οι ψυχικά ασθενείς αποκτήσουν φωνή και ενεργό ρόλο στη διαχείριση της υγείας τους. Μπορεί οι επαγγελματίες και οι πολιτικοί υγείας να κατέχουν την επιστημονική γνώση, την πρακτική γνώση, ωστόσο, που έχει και σπουδαιότερη σημασία, την κατέχουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Αυτοί είναι που βιώνουν την αρρώστια τους και γνωρίζουν όσο κανείς άλλος τους περιορισμούς που (αυτή) τους επιβάλλει. Για αυτό λοιπόν, η συνηγορία για τους ψυχικά ασθενείς αποτελεί τον σπουδαιότερο συνδετικό κρίκο στην υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής για τη διασφάλιση της ποιότητας στις ΥΨΥ, (*Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2003*).

Για την ενδυνάμωση των ψυχικά ασθενών και τη συνηγορία για την ψυχική υγεία προτείνονται:

- Περισσότερη ενημέρωση και συνηγορία για την ψυχική νόσο ώστε να καταπολεμηθεί στη ρίζα του ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών αλλά και για να αυξηθεί η πρόσβασή τους στις ΥΨΥ.



- Ενδυνάμωση του γενικού πληθυσμού, και ιδιαίτερα των ευπαθών και περιθωριοποιημένων ομάδων ατόμων, μέσω της στοχευόμενης πληροφόρησης η οποία να τους παρέχει τη δυνατότητα της επιλογής και συμμετοχής στη διαχείριση της υγείας τους.
- Προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ψυχικά πασχόντων στο σχεδιασμό της θεραπείας τους. Καθώς το δικαίωμα να αποφασίζει κανείς για το ίδιο του το σώμα αποτελεί βασική αρχή του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και επειδή οι ίδιοι οι ασθενείς μπορούν να εκτιμούν καλύτερα όσο κανείς άλλος την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες των φαρμάκων τους, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στους ψυχικά πάσχοντες να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους, παρέχοντάς τους τις ανάλογες πληροφορίες και επιλογές, (*Adams J, Drake R, Wolford G, 2007*). Η εμπειρία μέχρι στιγμής, αν και περιορισμένη, έχει αποδείξει ότι η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στο σχεδιασμό της θεραπείας του αυξάνει την ικανοποίησή του από τη θεραπευτική παρέμβαση, διευκολύνει τη συμμόρφωσή του στη λήψη των φαρμάκων του, και σε ορισμένες περιπτώσεις δύναται να μειώσει και την επιβάρυνση των συμπτωμάτων της νόσου.
- Καθώς ολοένα και περισσότεροι πολίτες αποκομίζουν σήμερα πληροφορίες από το διαδίκτυο που αφορούν στη φύση, την αιτιολογία ή και τη θεραπεία των προβλημάτων τους, τα πλεονεκτήματα που αυτό παρέχει –μυστικότητα, άνεση και ευκολία, ασφάλεια και ανωνυμία- θα μπορούσαν να βοηθήσουν τα μέγιστα τα άτομα που λόγω του στιγματισμού τους έχουν αποκλειστεί από την κοινωνία. Η αναζήτηση βοήθειας μέσω του διαδικτύου δεν χρειάζεται την εμπλοκή και άλλων, οπότε στην περίπτωση αυτή το στίγμα εξουδετερώνεται, (*Arboleda-Florez & Sartorius, 2008*).
- Οργάνωση αντιπροσωπειών για την ενδυνάμωση και συνηγορία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- Δημιουργία οργανωμένων πλαισίων εργασίας για τη γονεϊκή στήριξη, την εκπαίδευση και απόκτηση ανοχής των οικογενειών και φροντιστών των ψυχικά ασθενών, αλλά και για την παρεμπόδιση της κατάχρησης αλκοόλ και απαγορευμένων ουσιών, της βίας και της εγκληματικότητας.
- Δημιουργία τοπικών κοινοτικών υπηρεσιών με στόχο την κάλυψη των αναγκών ομάδων μειονοτήτων.

- Δημιουργία τηλεφωνικών γραμμών και διαδικτυακών ιστοτόπων παροχής βοήθειας σε άτομα εν ώρα κρίσης, που τους ασκείται βία ή κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν.
- Δημιουργία προοπτικών επαγγελματικής απασχόλησης ατόμων με αναπηρία.
- Συνεργασία με τα τοπικά μέσα ενημέρωσης.

Για τη θέσπιση νομοθεσίας που να προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών προτείνονται:

- Μεγαλύτερη πρόσβαση σε ποιοτικές ΥΨΥ που να βασίζονται στην αρχή της ελάχιστης επιβολής περιοριστικών μέτρων ως εναλλακτικής λύσης.
- Σεβασμός των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών: της εμπιστευτικότητας, της πρόσβασης σε πληροφορίες, των συνθηκών στις δομές των ΥΨΥ, της ενημέρωσης των δικαιωμάτων.
- Προαγωγή της εκούσιας νοσηλείας και θεραπείας.
- Αποθάρρυνση της απομόνωσης και της χρήσης περιοριστικών μέτρων.
- Εγκαθίδρυση μηχανισμών παρακολούθησης και προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Συμπερίληψη των άρθρων και διατάξεων για την ψυχική υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα και σε άλλες νομοθεσίες, όπως τη:

1. Νομοθεσία έναντι του στίγματος
2. Νομοθεσία που διέπει τη γενική φροντίδα υγείας
3. Νομοθεσία για την παροχή στέγης
4. Νομοθεσία εργοδότησης
5. Νομοθεσία κοινωνικής ασφάλειας, ή το
6. Αστικό δίκαιο.

Για την εξασφάλιση δίκαιης και επαρκούς χρηματοδότησης των ΥΨΥ προτείνονται:

- Αποτίμηση του μεριδίου του προϋπολογισμού του τομέα της υγείας για την ψυχική υγεία και αξιολόγηση του βαθμού αντανάκλασης των αναγκών και προτεραιοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

- Εξασφάλιση των ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή και χαμηλή οικονομική κατάσταση των μέγιστων ωφελημάτων.
- Αποτίμηση της αποδοτικότητας κατανομής των πόρων, λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά οφέλη, συμπεριλαμβάνοντας και αυτά της πρόληψης, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.
- Αξιολόγηση της κάλυψης των κοστών της υγείας των ψυχικά ασθενών από τις κοινωνικές και ιδιωτικές ασφαλίσεις.

## **10.8 Εποπτεία και Αξιολόγηση**

Η πορεία εφαρμογής της εθνικής στρατηγικής για τη διασφάλιση της ποιότητας των ΥΨΥ στην Κύπρο δεν θα μπορούσε ποτέ να διανυθεί ολομόναχη και να φθάσει με επιτυχία το στόχο της. Έτσι λοιπόν, η υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής θα εποπτεύεται από την Εθνική Συντονίστρια Αρχή και θα αξιολογείται από το Σύστημα Εποπτείας της Εθνικής Στρατηγικής.

Η Εθνική Συντονίστρια Αρχή θα παρακολουθεί συστηματικά την πορεία εφαρμογής της εθνικής στρατηγικής σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό και θα μπορεί έτσι να διαχειρίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον οικονομικό προϋπολογισμό, ενώ το Σύστημα Εποπτείας της Εθνικής Στρατηγικής θα προβαίνει σε περιοδική ανάλυση των επιδημιολογικών δεδομένων καθώς και των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών μέσω της συστηματικής χρήσης αριθμοδεικτών με σκοπό τον ανασχεδιασμό των δράσεων, (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2003).

Κατά συνέπεια, η ανάπτυξη Εθνικών Δεικτών Αξιολόγησης καθίσταται απαραίτητη ανάγκη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εθνικής στρατηγικής. Οι δείκτες, όμως, αυτοί προϋποθέτουν την εφαρμογή ενός πρότυπου τρόπου συλλογής δεδομένων ώστε να καθίσταται εφικτή η έγκυρη και αξιόπιστη σύγκριση μεταξύ αντίστοιχων δεδομένων άλλων κρατών, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, η ανάλυση των οποίων θα παρέχει κρίσιμες πληροφορίες για την παγκόσμια αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Έτσι λοιπόν, οι δείκτες αξιολόγησης, με βάση και τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ και της ΕΕ, θα συνοψίζονται σε τέσσερις βασικούς-πυρήνες στόχους, (WHO, 2005):

- Την εποπτεία και αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης της ψυχικής νόσου και προαγωγής της ψυχικής υγείας των Κυπρίων πολιτών, καθώς και της εκστρατείας εκρίζωσης του στίγματος που περιβάλλει την ψυχική νόσο και τον ψυχικά ασθενή.
- Την εποπτεία και αξιολόγηση της υλοποίησης πολιτικών και υπηρεσιών προσφερόμενων από κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό.

- Την εποπτεία και αξιολόγηση της δημιουργίας και διάδοσης της γνώσης και της έρευνας.
- Την εποπτεία και την αξιολόγηση της συνηγορίας για την ενδυνάμωση των ψυχικά ασθενών και των ανθρωπίνων τους δικαιωμάτων.

Όλα αυτά καθορίζουν και το πλαίσιο της Κλινικής Διακυβέρνησης της Ηγεσίας για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων ΥΨΥ και τη διατήρηση υψηλών προτύπων φροντίδας. Ο ορισμός των προτύπων φροντίδας καθώς και οι συγκρίσεις της απόδοσης (με σκοπό τη βελτίωση) δημιουργούν ένα κλίμα τελειότητας στην άσκηση της κλινικής πρακτικής.

## **10.9 Δείκτες**

Όλες οι έρευνες τεκμηριώνουν τις μεγάλες αποκλίσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα διάφορα κράτη, συμπεριλαμβάνοντας τεράστια χάσματα μεταξύ κλινικής πρακτικής και κατευθυντήριων οδηγιών, (WHO, 2005). Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εστίαση της παγκόσμιας προσοχής στη βελτίωση της ποιότητας της ψυχιατρικής φροντίδας και στην προσπάθεια ανάπτυξης κοινών δεικτών για τη μέτρηση και τη μετέπειτα σύγκρισή της μεταξύ των διαφόρων κρατών.

Εντούτοις, ένα τέτοιο εγχείρημα κρίνεται ιδιαίτερα δύσκολο καθώς απαιτεί την ανάπτυξη σθεναρών μετρήσεων αναφοράς, οι οποίες να επιτρέπουν την έγκυρη και αξιόπιστη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών παροχών ψυχιατρικής φροντίδας, συστημάτων υγείας ή γεωγραφικών περιοχών. Η έλλειψη ομοφωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων στη επιλογή των δεικτών και η αντιφατική φύση των συστημάτων ψυχικής υγείας αποτελούν εδώ και αρκετό καιρό ισχυρό εμπόδιο στη θέσπιση δεικτών ποιότητας για διεθνή σημεία αναφοράς μετρήσεων της ψυχιατρικής φροντίδας.

Ωστόσο, το 2006 επιχειρήθηκε μια τέτοια προσπάθεια από μια διεθνή επιτροπή αποτελούμενη από ειδικούς σε θέματα ψυχικής υγείας από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, (*The Organization for Economic and Community Development's Health Care Quality Indicators Project, OECD-HCQI, 2006*), και η οποία κατέληξε στην επιλογή 12 δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, καλύπτοντας τέσσερις πτυχές αυτής: τη θεραπεία, τη συνέχεια, το συντονισμό και το αποτέλεσμα, (*Παράρτημα IV, Πίνακας 4.1*).

Παρόλο ότι οι συγκεκριμένοι δείκτες αξιολογούν αρκετές πτυχές της θεραπείας της ψυχικής νόσου, όπως τη φαρμακοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία και τη διαχείριση του περιστατικού, καθώς επίσης, και την παροχή ψυχιατρικής φροντίδας τόσο σε εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς ασθενείς, αλλά και σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, εντούτοις δεν αξιολογούν την πρόληψη της ψυχικής νόσου, την ευκολία πρόσβαση στις ΥΨΥ, την ασφάλεια της ψυχιατρικής φροντίδας, την παιδοψυχιατρική φροντίδα, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, τη νοσηλευτική ψυχιατρική φροντίδα, την αξιολόγηση της ψυχιατρικής φροντίδας από την οπτική του ψυχικά



ασθενή, την αποτελεσματικότητα της κλινικής πρακτικής, όπως την αλλαγή στη συμπτωματολογία, τη λειτουργικότητα ή την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Πέραν, όμως, των πολλαπλών περιορισμών των συγκεκριμένων δεικτών, δεν παύουν, εντούτοις, να αποτελούν ένα σημείο εκκίνησης για διεθνείς συγκρίσεις της ποιότητας της ψυχιατρικής φροντίδας. Και παρόλο ότι χρειάζεται ακόμη σκληρή δουλειά για να αυξηθούν και να βελτιωθούν οι δείκτες αυτοί, να γίνουν πιο συγκεκριμένοι και να μπορέσουν να εφαρμοστούν, οι δείκτες αυτοί αποτελούν το θεμέλιο για περαιτέρω πρόοδο.

## Κεφάλαιο 11<sup>ο</sup>

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από όλες τις γνωστές αρρώστιες, η ψυχική νόσος ξεχωρίζει περισσότερο από κάθε άλλη λόγω της ιδιαίτερης συμπτωματολογίας της, η οποία επηρεάζει την ανθρώπινη διάθεση και συμπεριφορά. Και επειδή, ως γνωστό, καθετί που διαφοροποιείται από το υπόλοιπο σύνολο επισύρει τη διάκριση, την προκατάληψη και το στιγματισμό, έτσι και η ψυχική νόσος έχει υποστεί όσο καμία άλλη μειονότητα βαρύ τον πέλεκυ της ταπείνωσης, της απομόνωσης και της εγκατάλειψης.

Το γεγονός αυτό συγκέντρωσε αμείωτο το ενδιαφέρον μεγάλου αριθμού ερευνητών σε όλο τον κόσμο τον τελευταίο μισό αιώνα. Η διερεύνηση της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο απασχόλησε πολλούς ερευνητές, οι οποίοι θέλησαν να σφυγμομετρήσουν και να καταγράψουν τις απόψεις διαφόρων ομάδων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε αυτή. Ο προσδιορισμός και η κατανόηση των παραγόντων εκείνων που ευθύνονταν για τη διαμόρφωση της γνώμης του κοινού απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες θα συνέβαλλε στο σχεδιασμό πολιτικών στρατηγικών ανατροπής των αρνητικών στάσεων και στην καταπολέμηση του στίγματος.

Για το σκοπό αυτό έγιναν διάφορες προσπάθειες για τη δημιουργία κατάλληλων εργαλείων καταγραφής της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο. Παρόλα αυτά, η κλίμακα OMI των Cohen και Struening, (1962), αποδείχθηκε η πιο εύχρηστη και περισσότερο χρησιμοποιούμενη από μεγάλο αριθμό ερευνητών σε όλο τον κόσμο. Η κλίμακα αυτή, με φόντο τις μεταρρυθμιστικές τάσεις της δεκαετίας του 60 και 70 στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, αντανάκλασε τις στιγματιστικές απόψεις των πολιτών απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και το δισταγμό τους για αποδοχή αυτών ως ενεργά μέλη μέσα στην κοινωνία.

Από τη δεκαετία του 70 και έπειτα, η υιοθέτηση της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας από τις ΥΨΥ και η εφαρμογή θεραπευτικών χειρισμών με σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μετέβαλε θετικά τις στάσεις και τις απόψεις των πολιτών απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Παρόλα αυτά, εντούτοις το στίγμα της ψυχικής νόσου εξακολουθούσε να υφίσταται.

Για αυτό και προέκυψε η ανάγκη αναζήτησης νέων στοιχείων διαμορφωτών της συμπεριφοράς απέναντι στην ψυχική νόσο, όπως η προκατάληψη και ο στιγματισμός,

η αισιοδοξία ή απαισιοδοξία που αφορά στις ικανότητες των ψυχικά πασχόντων, η ανάγκη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας εκ μέρους των ψυχικά πασχόντων, η ένταξή τους στην κοινωνία ή το αίσθημα ευθύνης για την αρρώστια τους.

Τα στοιχεία αυτά χρησιμοποίησε ο Μαδιανός, (2009), και κατασκεύασε την κλίμακα ASMI, η χρήση της οποίας αποδείχθηκε κατάλληλη στη διερεύνηση της στάσης τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και των επαγγελματιών υγείας και των ψυχικά πασχόντων απέναντι στην ψυχική νόσο. Τα ευρήματά της ήταν συμβατά με αντίστοιχα άλλων ερευνών στον ελλαδικό και ευρύτερο χώρο στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα OMI, όπου η στάση του γενικού πληθυσμού αποδείχθηκε περισσότερο στιγματιστική και λιγότερο αισιόδοξη απέναντι στην ψυχική νόσο σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήξαμε και στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιώντας ως εργαλείο την κλίμακα ASMI. Οι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν λιγότερο στιγματιστική και περισσότερο αισιόδοξη στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό της Κύπρου. Τα συμπεράσματά αυτά συνάδουν με παρόμοια ανάλογων ερευνών στο διεθνή χώρο και είναι ενδεικτικά της ύπαρξης ακόμη στο γενικό πληθυσμό υψηλού βαθμού προκατάληψης απέναντι στην ψυχική νόσο.

Το γεγονός αυτό εγείρει την ανάγκη εφαρμογής αποτελεσματικών μέτρων καταπολέμησης του στίγματος και της προκατάληψης της ψυχικής νόσου μέσω συντονισμένων δράσεων όλων των πολιτικών δυνάμεων της κοινωνίας. Ο αγώνας ενάντια στο στίγμα της ψυχικής νόσου θα στεφθεί με επιτυχία μόνο σαν αποτελέσει μέρος μίας γενικότερης εθνικής στρατηγικής των ΥΨΥ με στόχο τη διαφύλαξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών, την πρόληψη της ψυχικής νόσου, καθώς και τη διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης ψυχιατρικής φροντίδας.

Σε όλο τον κόσμο διάφορες προσπάθειες βρίσκονται ήδη εν δράσει για την εξάλειψη των εμποδίων των ψυχικά πασχόντων στην αναζήτηση θεραπείας της αρρώστιας τους μέσω της έγκυρης και έγκαιρης πληροφόρησης του κοινού σε οτιδήποτε αφορά στην ψυχική νόσο.

Παράλληλα, στην ΕΕ η νομοθεσία ενάντια στην προκατάληψη έγινε υποχρεωτική σύμφωνα με το άρθρο 13. Σύμφωνα με αυτή, η διάκριση στους εργασιακούς χώρους εις βάρος ατόμων με αναπηρίες, θεωρείται παράνομη.

Έτσι λοιπόν, είναι κατάλληλη η στιγμή για την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των κρατών για τις υφιστάμενες νομοθεσίες που διέπουν τις διακρίσεις εναντίον των ψυχικά πασχόντων, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ποιες διαφοροποιήσεις απαιτούνται ώστε να καταστούν πιο λειτουργικές.

Επί του παρόντος, το ισχυρότερο μέτρο εξάλειψης του στίγματος για την ψυχική νόσο αποδεικνύεται η άμεση κοινωνική επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα. Η πρόκληση στα χρόνια που θα ακολουθήσουν θα είναι η αναγνώριση της αποδοτικότερης προσέγγισης για μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων. Το στοίχημα άραγε θα πετύχει;

Το παράδειγμα των ομοφυλόφιλων, των καρκινοπαθών, των ασθενών με AIDS και άλλων πληθυσμιακών μειονοτήτων που βίωσαν παρόμοια κοινωνική κατακραυγή και εντούτοις κατάφεραν, αν όχι να εξαλείψουν το στίγμα που τους κατέτρεχε, να το ελαχιστοποιήσουν, μας οπλίζει με δύναμη και ελπίδα ότι και οι ψυχικά πάσχοντες θα περάσουν από το περιθώριο στο στίβο της ζωής, διεκδικώντας ίδια δικαιώματα με τους συμπολίτες τους.

Οι γνώσεις που καταφέραμε να συλλέξουμε τα τελευταία 20 χρόνια για τον εγκέφαλο είναι πολύ περισσότερες από αυτές των τελευταίων 100 χρόνων. Αυτή η πραγματικότητα μας δίνει το λόγο για να ελπίζουμε ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο μπορεί και θα εξουδετερωθεί.

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Adams J, Drake R, Wolford G (2007). Shared Decision-Making Preferences of People With Severe Mental Illness. *Journal of Psychiatric Services* 58:1219-1221.
- Adorno TW, Frenkel-Brunswick E, Levinson DJ, Sanford RN (1950). *The Authoritarian personality*. New York: Harper.
- Alivisatos G, Lyketsos G (1964). A preliminary report of research into the families of hospitalized mental hospitals. *International Journal of Social Psychiatry* 20, 1.
- Angermeyer MC, Matschinger H (1996). Public attitudes towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94:326-336.
- Angermeyer MC, Matschinger H (2003). The stigma of mental illness: Effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108:304-9.
- Angermeyer MC, Matschinger H (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry* 186:331-4.
- Angermeyer MC, Dietrich's (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113:163-179.
- Arboleda-Florez J, Sartorius N (2008). *Understanding the stigma of mental illness*. Chichester: J Wiley.
- Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos K, Livaditis M (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43:481-488.
- Baker F, Schulbert H (1967). The development of a community mental health ideology scale. *Community Mental Health Journal* 3:216-225.
- Bhugra D (1989). Attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80:1-12.
- Björkman T, Andelman T, Jönsson M (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22:170-177.
- Bogardus EM (1925). Measuring social distance. *Journal of Applied Social Psychology* 9:299-308.

- Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 162:93-99.
- Cohen J, Struening E (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Personality and Social Psychology* 64:349-360.
- Cohen J, Struening E (1963). Opinions about mental illness: Mental Hospital occupational profiles and profile clusters. *Journal of Psychology Reports* 12:111-124.
- Cohen J, Struening E (1965). Opinions about mental illness: Hospital differences in attitude for eight occupational groups. *Journal of Psychology. Reports* 17:25-26.
- Corrigan P, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL (2001). Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophr. Bull* 2 (27):219-25.
- Corrigan P, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services* 52:953-8.
- Corrigan P, Watson A (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *Journal of World Psychiatry* 1:16-20.
- Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 54:1105-10.
- Corrigan P, Watson A, Heyrman M, Warpinski A et al (2005). Structural Stigma in State Legislation. *Journal of Psychiatric Services* 56 (5):557-563.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry* 177:4-7.
- Cumming E, Cumming J (1975). *Closed ranks: An experiment in mental health education*. Harvard University Press, Cambridge.
- Dear MJ, Taylor MS (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr. Bull* 7:225-240.
- Dimitriou E, Ierodiakonou C, Kokantzis N, (1978). Family attitudes towards the mentally suffering child in Greece. In: *Issues in Mental Health, Centre for Mental Health*. Athens.
- Doughty C, Tse S (2005). *The effectiveness of service user-run or service user-led mental health services for people with mental illness: A systematic literature review*. A Mental Health Commission Report; Mental Health Commission, Wellington, New Zealand.



- Economou M, Gramandani C, Richardson C, Stefanis C (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Journal of World Psychiatry* 4:40-44.
- Eker D (1989). Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish freshmen. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24:146-150.
- Elsayed YA, Al-Zahrani M, Rashad MM (2009). Factors affecting mental fitness for work in a sample of mentally ill patients. *International Journal of Mental Health Systems* 3:25.
- Falk G (2001). *Stigma: How we treat outsiders*. New York: Prometheus Books.
- Goodwin N, Lawton-Smith S (2010). Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International Journal of Integrated Care* Vol.10.
- Kaplan HI, Sadock BJ (1995). *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Williams.
- Koutrelakos J, Gedeon S, Struening E (1978). Opinions about mental illness: A comparison of American and Greek professionals and laymen. *Journal of Psychology Reports* 43:915-923.
- Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rossler W (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people. *European Psychiatry* 19:423-427.
- Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF, (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology* 92(6), 1461-1500.
- Link BG, Phelan JC (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27:363-385.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services* 52:1621-1626.
- Madianos M (1983). Mental illness and mental health care in Greece. *Public Health Reviews* 11:73-93.
- Madianos M, Stefanis C (1984). Developmental issues and intervention strategies in a Community Mental Health Centre in Greece. *Journal of Social Psychiatry*, 283-290.
- Madianos M, Vlachonikolis J, Stefanis C (1985). Prevalence of psychological disorders in the Athens area: Prediction of causal factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 71:479-487.

- Madianos M, Madianou D, Vlachonikolis J, Stephanis C (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75:158-165.
- Madianos M (1994). Recent advances in community psychiatry and psychosocial rehabilitation in Greece and other Southern European countries. *International Journal of Social Psychiatry* 40:157-164.
- Madianos M, Economou M, Hadjiandreu M, Papageorgiou A, Rogakou E (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99:73-78.
- Madianos M (2002). Deinstitutionalization and the closure of public mental hospitals: The pragmatics of psychiatric reform in Greece. *International Journal of Mental Health* 31:66-75.
- Madianos M, Priami M, Alevisopoulos G, Koukia E, Rogakou E (2005). Nursing students' attitudes towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing* 26:169-183.
- Madianos M, Christodoulou G (2007). Reform of the mental health care system in Greece, 1984-2006. *Journal of International Psychiatry* 4:16-18.
- Madianos M, Economou M, Kallergis G, Alevisopoulos G, Rogakou E (2009). Stigmatizing opinions about severe mental illness: Can they be measured? A study among general population, health and mental health professionals and users of mental health services. *Unpublished*.
- Nordt C, Rössler W, Lauber C (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin* 32 (4):709-714.
- Nunnally JC, (1961). Popular conceptions of mental health. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2004). OECD Health Technical Papers no.17. *Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries*, France.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2008). OECD Health Technical Papers no.20. *Information availability for measuring and comparing quality of mental health care across OECD countries*, France.
- Phelan JC, Link BG (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33:7-12.
- Rabkin JG (1972). Opinions about mental illness. A review of literature. *Psychological Bulletin* 77:153-171.

- Rabkin JG (1974). Public attitudes toward mental illness. A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 10:9-33.
- Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan P (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 20:529-539.
- Safilios-Rothchild C (1969). Deviance and mental illness in the Greek family. *Family Process* 7:100-107.
- Sartorius N, Schulze H (2005). *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saunders M, Lewis P, Thornhill A (2003). *Research Methods for Business Students*. Essex: Pearson Education Limited.
- Scheffer R (2003). Addressing Stigma: Increasing Public Understanding of Mental Illness. Presented to: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Ontario.
- Struening E, Cohen J (1963). Factorial invariance and other psychometric characteristics of the opinions about mental factors. *Educational and Psychological Measurement* 23:289-298.
- Thompson A, Stuart H, Bland R, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson R (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37:475-482.
- Thornicroft G (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft G (2007). Most people with mental illness are not treated. *The Lancet* 370:807-808.
- Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate Interventions. *International Journal of Mental Health Systems* 2:3.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet* 373:408-415.
- Vassiliou G, Vassiliou V (1968). Attitudes of the Athenian public towards mental illness. *International Journal of Mental Health News Letter* 7(2), 109.
- World Health Organization (1994). *Quality Assurance in Mental Health Care: checklists and glossaries, Vol.1*. Geneva.

- World Health Organization (2001). *Mental Health in Europe*. Copenhagen.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Copenhagen.
- World Health Organization (2003). *Mental Health in the WHO European Region, Fact sheet EURO/03/03*. Copenhagen.
- World Health Organization (2005). *Assessment Instrument for Mental Health Systems*. Geneva.
- World Health Organization (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Declaration for Europe*. Helsinki.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Action Plan for Europe*. Copenhagen.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas*. Geneva.
- World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva.
- World health Organization (2005). *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Geneva.
- World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges*. Copenhagen.
- World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva.

## Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Αλεβίζος Α, Μαδιανός Μ, Στεφανής Κ (1983). Η γνώμη πάνω στην ψυχική αρρώστια μεταξύ διαφόρων επαγγελματικών ομάδων υπηρεσιών υγείας. *Εγκέφαλος* 20, 59-63.
- Γεώργας Τ, Τζανάκης Μ, (1978). Στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία στην Αθήνα και στην επαρχία. *Α' Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας*, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ, Γκαρέλης Ε, Αλεβίζος Β (1983). Η επίδραση της ψυχιατρικής εκπαίδευσης στη διαμόρφωση της γνώμης για την ψυχική αρρώστια. *Εγκέφαλος* 20, 80-83.
- Μαδιανός Μ, Μαδιανού Δ, Βλαχονικολής Ι, Στεφανής Κ (1984). Η στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια σε δύο δήμους της Αθήνας: Δημογραφικές και κοινωνικές επιδράσεις. *Εγκέφαλος* 21, 162-167.
- Μαντάς Χ, Λιόντος Ν, Υφαντής Θ, Λιάκος Α (1994). Η στάση του προσωπικού ενός περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στην ψυχική αρρώστια και τον ψυχικά άρρωστο και η σχέση της με τη λειτουργία εντός του Νοσοκομείου μιας Ψυχιατρικής Κλινικής. *Εγκέφαλος* 31, 12-24.
- Νέστορος ΙΝ, Πλατρίτης Κ, Τσούρης Γ, Κατάκης Κ (1999). Η κλίμακα στάσεων απέναντι στην παρανοειδή σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ.). *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, Τόμος Ε', τεύχος 27.
- Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας (2009). *Ευρήματα από την επιδημιολογική έρευνα στον κυπριακό πληθυσμό για τη συμπεριφορά του σε θέματα υγείας*. Λευκωσία.
- Ραφτόπουλος Β (2009). *Τα θέλω και τα Μπορώ της ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*. Λευκωσία.
- Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας (2006). *Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων*. Λευκωσία.
- Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (2005). *Ετήσια Έκθεση 2004*. Λευκωσία: Υπουργείο Υγείας.
- Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (2007). *Ετήσια Έκθεση 2006*. Λευκωσία: Υπουργείο Υγείας.
- Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (2009). *Ετήσια Έκθεση 2008*. Λευκωσία: Υπουργείο Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003). *Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας: Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*. Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003). *Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας: Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*. Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003). *Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας: Συναγωγή για την ψυχική υγεία*. Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003). *Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας: Σχεδιασμός και προϋπολογισμός για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας*. Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003). *Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας: Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας*. Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003). *Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας: Πολιτική, σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας*. Αθήνα.
- Χριστοδούλου ΓΝ και συν. (2004). *Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

# **Παράρτημα Ι**

**Το Ερωτηματολόγιο του Γενικού  
Πληθυσμού για τη Στάση του  
Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική  
Αρρώστια**



## ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου διεξάγει μια έρευνα για τις στάσεις των Κυπρίων απέναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια και θα θέλαμε να σας ζητήσουμε να μας δώσετε λίγα λεπτά από το χρόνο σας να μας απαντήσετε σε μερικές σχετικές ερωτήσεις. Η έρευνα αυτή σχετίζεται με την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

### **ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία**

1.	Φύλο		
	α.	Γυναίκα	
	β.	Άνδρας	
2.	Ηλικία .....		
3.	Τόπος διαμονής		
	Πόλη:		
	Χωριό:		
4.	Οικογενειακή κατάσταση		
	α.	Άγαμος	
	β.	Έγγαμος	
	γ.	Διαζευγμένος	
	δ.	Χήρος	
	ε.	Συζεί	

5.	Εκπαίδευση		
	α.	Χωρίς ή λίγο δημοτικό	
	β.	Δημοτικό	
	γ.	Γυμνάσιο	
	δ.	Λύκειο	
	ε.	Ανώτερη	
	σ.	Ανώτατη	
6.	Επάγγελμα		
7.	Εισόδημα:		
	α.	Μέχρι 500 Ευρώ	
	β.	501 - 800	
	γ.	801-1300	
	δ.	1301 - 1700	
	ε.	1701 - 2500	
	στ.	2501 - 5000	
	ζ.	Πάνω από 5000	
	ι.	Δεν απαντώ	
8.	Έχετε γνωρίσει τα τελευταία χρόνια ένα άτομο ψυχικά άρρωστο;		
	α.	Ναι	
	β.	Όχι	

9.	Αν ναι, το άτομο αυτό το γνωρίζετε καλά;			
	α.	Ναι		
	β.	Όχι		
10.	Έχετε επισκεφθεί έναν άρρωστο σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα ή υπηρεσία:			
	α.	Ναι		
	β.	Όχι		

**ΜΕΡΟΣ Β: Η κλίμακα ASMI**

A.A		Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.	4	3	2	1	0
2	Όσο και αν προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	0
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο.	1	2	3	4	0
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο.	1	2	3	4	0
5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι.	1	2	3	4	0
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι εάν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος.	1	2	3	4	0
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο.	1	2	3	4	0
8	Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα.	1	2	3	4	0

9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει σ' όλη του τη ζωή.	1	2	3	4	0
10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	1	2	3	4	0
11	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	1	2	3	4	0
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	4	3	2	1	0
13	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους.	4	3	2	1	0
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	4	3	2	1	0
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία.	4	2	3	1	0
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	4	3	2	1	0
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	4	3	2	1	0

<b>18</b>	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	1	2	3	4	0
<b>19</b>	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή φίλους του.	4	3	2	1	0
<b>20</b>	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα.	1	2	3	4	0
<b>21</b>	Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	4	2	3	1	0
<b>22</b>	Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μην δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις.	1	2	3	4	0
<b>23</b>	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ειδικό, π.χ. ψυχίατρο.	4	2	3	1	0
<b>24</b>	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω.	4	2	3	1	0
<b>25</b>	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νιώθει υπεύθυνο για ό,τι συνέβη.	1	2	3	4	0

<b>26</b>	Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του.	1	2	3	4	0
<b>27</b>	Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σε ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά.	1	2	3	4	0
<b>28</b>	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του.	1	2	3	4	0
<b>29</b>	Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια.	1	2	3	4	0
<b>30</b>	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	0

# **Παράρτημα ΙΙ**

**Το Ερωτηματολόγιο των  
Επαγγελματιών Υγείας για τη Στάση  
τους Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική  
Αρρώστια**



## **Μερικές πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται ανάμεσα στους Κύπριους επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα και υπεύθυνος φορέας είναι το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου** και ειδικότερα το **Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας**.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί είναι ανώνυμο και επιδιώκει να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας έναντι της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας

Παρακαλούμε όπως διαβάσετε προσεχτικά τις ερωτήσεις και συμπληρώσετε όλες τις απαντήσεις.

Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο θα συλλέξει ο συνάδελφος που σας το έφερε.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας εκ των προτέρων.

Ανδρέας Παυλάκης

**Αν έχετε οποιαδήποτε απορία παρακαλώ επικοινωνήστε στα τηλ.:**

**22 411 953**

**99 314 033**

## **ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία**

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία δίνοντας σε κάθε ερώτηση την απάντησή σας, είτε βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας, είτε γράφοντας την απάντησή σας στο κενό χώρο, είτε βάζοντας X ή √ στον κατάλληλο χώρο.

1. ΦΥΛΟ: Άνδρας..... 1  
Γυναίκα..... 2

2. ΗΛΙΚΙΑ ( στα τελευταία γενέθλια): .....

### **3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

1. Έγγαμος/η	2. Άγαμος/η	3. Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση	4. Χήρος/α
--------------	-------------	-----------------------------------	------------

### **4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ**

- α) Ανώτερη Σχολή (Κολλέγιο)..... 1  
β) Ανώτατη Σχολή (Πανεπιστήμιο)..... 2  
γ) Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ/Διδακτορικό)..... 3  
δ) Άλλο (σημειώστε) ..... 4

### **5 . Παρακαλώ δηλώστε τη θέση που κατέχετε:**

- Διευθυντής Κλινικής/Τμήματος.....1  
 Βοηθός διευθυντής Κλινικής/Τμήματος.....2  
 Επιμελητής/Ιατρικός Λειτουργός.....3  
 Ειδικευόμενος Ιατρός.....4  
 Προϊστάμενος Βοηθός Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός.....5  
 Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός.....6  
 Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός.....7  
 Νοσηλευτικός Λειτουργός.....8  
 Προϊστάμενη /Προϊσταμένη Επισκεπτριών Υγείας.....9  
 Επισκέπτρια Υγείας.....10

6. Σημειώστε με ένα √ στο τμήμα στο οποίο εργάζεστε:

1	Αστικό Κέντρο Υγείας	
2	Αγροτικό Κέντρο Υγείας	
3	Εξωτερικά Ιατρεία	
4	ΤΑΕΠ	
5	Χειρουργικό	

7. Σημειώστε με ένα √ την Επαρχία όπου εργάζεστε:

1. Αμμόχωστος	2. Λάρνακα	3. Λεμεσός	4. Λευκωσία	5. Πάφος
---------------	------------	------------	-------------	----------

8 . Ολικά χρόνια υπηρεσίας:

.....

9. Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα όπου εργάζεστε τώρα:.....

10. ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ;

- Καθόλου..... 1  
Λίγο..... 2  
Έτσι και έτσι .....3  
Αρκετά.....4  
Πάρα πολύ..... 5

**ΜΕΡΟΣ Β: Η κλίμακα ASMI**

A.A		Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.	4	3	2	1	0
2	Όσο και αν προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	0
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο.	1	2	3	4	0
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο.	1	2	3	4	0
5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι.	1	2	3	4	0
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι εάν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος.	1	2	3	4	0
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο.	1	2	3	4	0
8	Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα.	1	2	3	4	0

9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει σ' όλη του τη ζωή.	1	2	3	4	0
10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	1	2	3	4	0
11	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	1	2	3	4	0
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	4	3	2	1	0
13	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους.	4	3	2	1	0
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	4	3	2	1	0
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία.	4	2	3	1	0
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	4	3	2	1	0
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	4	3	2	1	0

18	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	1	2	3	4	0
19	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή φίλους του.	4	3	2	1	0
20	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα.	1	2	3	4	0
21	Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	4	2	3	1	0
22	Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μην δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις.	1	2	3	4	0
23	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ειδικό, π.χ. ψυχίατρο.	4	2	3	1	0
24	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω.	4	2	3	1	0

<b>25</b>	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νιώθει υπεύθυνο για ό,τι συνέβη.	1	2	3	4	0
<b>26</b>	Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του.	1	2	3	4	0
<b>27</b>	Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σε ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά.	1	2	3	4	0
<b>28</b>	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του.	1	2	3	4	0
<b>29</b>	Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια.	1	2	3	4	0
<b>30</b>	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	0

# **Παράρτημα III**

## **Πίνακες Στατιστικής Συσχέτισης**



Crosstab

			ΦΥΛΟ		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Παράγοντας Γ «Εξωτερίκευση»	Αρνητικά Προσκειμένοι	Count	257	255	512
		% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	50.2%	49.8%	100.0%
		% within ΦΥΛΟ	77.6%	68.9%	73.0%
		% of Total	36.7%	36.4%	73.0%
	Θετικά Προσκειμένοι	Count	74	115	189
		% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	39.2%	60.8%	100.0%
		% within ΦΥΛΟ	22.4%	31.1%	27.0%
		% of Total	10.6%	16.4%	27.0%
Total	Count	331	370	701	
	% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	47.2%	52.8%	100.0%	
	% within ΦΥΛΟ	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	47.2%	52.8%	100.0%	

Πίνακας 3.1: Συσχέτιση φύλου γενικού πληθυσμού με παράγοντα Γ

Crosstab

			ΦΥΛΟ		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Παράγοντας Δ «Ενοχικότητα»	Αρνητικά Προσκεείμενοι	Count	162	153	315
		% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	51.4%	48.6%	100.0%
		% within ΦΥΛΟ	48.9%	41.4%	44.9%
		% of Total	23.1%	21.8%	44.9%
	Θετικά Προσκεείμενοι	Count	169	217	386
		% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	43.8%	56.2%	100.0%
		% within ΦΥΛΟ	51.1%	58.6%	55.1%
		% of Total	24.1%	31.0%	55.1%
Total	Count	331	370	701	
	% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	47.2%	52.8%	100.0%	
	% within ΦΥΛΟ	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	47.2%	52.8%	100.0%	

Πίνακας 3.2: Συσχέτιση φύλου γενικού πληθυσμού με παράγοντα Δ

			ΗΛΙΚΙΑ				Total
			18-29	30-44	45-64	65+	
Παράγοντας Α «Στίγμα»	Αρνητικά Προσκειμένοι	Count	110	176	167	82	535
		% within Στίγμα	20.6%	32.9%	31.2%	15.3%	100.0%
		Κατηγορίες					
		% within ΗΛΙΚΙΑ	88.7%	86.3%	73.2%	56.6%	76.3%
		% of Total	15.7%	25.1%	23.8%	11.7%	76.3%
	Θετικά Προσκειμένοι	Count	14	28	61	63	166
		% within Στίγμα	8.4%	16.9%	36.7%	38.0%	100.0%
		Κατηγορίες					
% within ΗΛΙΚΙΑ		11.3%	13.7%	26.8%	43.4%	23.7%	
	% of Total	2.0%	4.0%	8.7%	9.0%	23.7%	
Total	Count	124	204	228	145	701	
	% within Στίγμα	17.7%	29.1%	32.5%	20.7%	100.0%	
	Κατηγορίες						
	% within ΗΛΙΚΙΑ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	17.7%	29.1%	32.5%	20.7%	100.0%	

**Πίνακας 3.3: Συσχέτιση ηλικίας γενικού πληθυσμού με παράγοντα Α**

Crosstab

			ΗΛΙΚΙΑ				Total
			18-29	30-44	45-64	65+	
Παράγοντας Γ «Εξωτερίκευση»	Αρνητικά Προσκειμένοι	Count	84	130	176	122	512
		% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	16.4%	25.4%	34.4%	23.8%	100.0%
		% within ΗΛΙΚΙΑ	67.7%	63.7%	77.2%	84.1%	73.0%
		% of Total	12.0%	18.5%	25.1%	17.4%	73.0%
	Θετικά Προσκειμένοι	Count	40	74	52	23	189
		% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	21.2%	39.2%	27.5%	12.2%	100.0%
		% within ΗΛΙΚΙΑ	32.3%	36.3%	22.8%	15.9%	27.0%
		% of Total	5.7%	10.6%	7.4%	3.3%	27.0%
Total	Count	124	204	228	145	701	
	% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	17.7%	29.1%	32.5%	20.7%	100.0%	
	% within ΗΛΙΚΙΑ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	17.7%	29.1%	32.5%	20.7%	100.0%	

Πίνακας 3.4: Συσχέτιση ηλικίας γενικού πληθυσμού με παράγοντα Γ

Crosstab

			ΗΛΙΚΙΑ				Total
			18-29	30-44	45-64	65+	
Παράγοντας Δ «Ενοχικότητα»	Αρνητικά Προσκεείμενοι	Count	44	73	116	82	315
		% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	14.0%	23.2%	36.8%	26.0%	100.0%
		% within ΗΛΙΚΙΑ	35.5%	35.8%	50.9%	56.6%	44.9%
		% of Total	6.3%	10.4%	16.5%	11.7%	44.9%
	Θετικά Προσκεείμενοι	Count	80	131	112	63	386
		% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	20.7%	33.9%	29.0%	16.3%	100.0%
		% within ΗΛΙΚΙΑ	64.5%	64.2%	49.1%	43.4%	55.1%
		% of Total	11.4%	18.7%	16.0%	9.0%	55.1%
Total	Count	124	204	228	145	701	
	% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	17.7%	29.1%	32.5%	20.7%	100.0%	
	% within ΗΛΙΚΙΑ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	17.7%	29.1%	32.5%	20.7%	100.0%	

Πίνακας 3.5: Συσχέτιση ηλικίας γενικού πληθυσμού με παράγοντα Δ

Crosstab

			ΕΙΣΟΔΗΜΑ								Total
			Μέχρι 500 Ευρώ	501 - 800 Ευρώ	801 - 1300 Ευρώ	1301 - 1700 Ευρώ	1701 - 2500 Ευρώ	2501 - 5000 Ευρώ	5000 και άνω	(Δεν απαντώ)	
Παράγοντας Α «Στίγμα»	Αρνητικά Προσκεείμενοι	Count	21	34	61	64	105	87	53	110	535
		% within Στίγμα Κατηγορίες	3.9%	6.4%	11.4%	12.0%	19.6%	16.3%	9.9%	20.6%	100.0%
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	61.8%	56.7%	61.6%	73.6%	85.4%	88.8%	91.4%	77.5%	76.3%
		% of Total	3.0%	4.9%	8.7%	9.1%	15.0%	12.4%	7.6%	15.7%	76.3%
	Θετικά Προσκεείμενοι	Count	13	26	38	23	18	11	5	32	166
		% within Στίγμα Κατηγορίες	7.8%	15.7%	22.9%	13.9%	10.8%	6.6%	3.0%	19.3%	100.0%
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	38.2%	43.3%	38.4%	26.4%	14.6%	11.2%	8.6%	22.5%	23.7%
		% of Total	1.9%	3.7%	5.4%	3.3%	2.6%	1.6%	.7%	4.6%	23.7%
Total		Count	34	60	99	87	123	98	58	142	701
		% within Στίγμα Κατηγορίες	4.9%	8.6%	14.1%	12.4%	17.5%	14.0%	8.3%	20.3%	100.0%
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	4.9%	8.6%	14.1%	12.4%	17.5%	14.0%	8.3%	20.3%	100.0%

Πίνακας 3.6: Συσχέτιση εισοδήματος γενικού πληθυσμού με παράγοντα Α

## Crosstab

			ΕΙΣΟΔΗΜΑ							Δεν απαντώ	Total
			Μέχρι 500 Ευρώ	501 - 800 Ευρώ	801 - 1300 Ευρώ	1301 - 1700 Ευρώ	1701 - 2500 Ευρώ	2501 - 5000 Ευρώ	5000 και άνω		
Παράγοντας Β «Αισιοδοξία»	Αρνητικά Προσκεείμενοι	Count	29	54	94	81	114	94	56	140	662
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	4.4%	8.2%	14.2%	12.2%	17.2%	14.2%	8.5%	21.1%	100.0%
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	85.3%	90.0%	94.9%	93.1%	92.7%	95.9%	96.6%	98.6%	94.4%
		% of Total	4.1%	7.7%	13.4%	11.6%	16.3%	13.4%	8.0%	20.0%	94.4%
	Θετικά Προσκεείμενοι	Count	5	6	5	6	9	4	2	2	39
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	12.8%	15.4%	12.8%	15.4%	23.1%	10.3%	5.1%	5.1%	100.0%
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	14.7%	10.0%	5.1%	6.9%	7.3%	4.1%	3.4%	1.4%	5.6%
		% of Total	.7%	.9%	.7%	.9%	1.3%	.6%	.3%	.3%	5.6%
Total	Count	34	60	99	87	123	98	58	142	701	
	% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	4.9%	8.6%	14.1%	12.4%	17.5%	14.0%	8.3%	20.3%	100.0%	
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	4.9%	8.6%	14.1%	12.4%	17.5%	14.0%	8.3%	20.3%	100.0%	

Πίνακας 3.7: Συσχέτιση εισοδήματος γενικού πληθυσμού με παράγοντα Β

Crosstab

			ΜΟΡΦΩΣΗ			Total
			Χωρίς μόρφωση/ Μέχρι και δημοτικό	Μέση εκπαίδευση	Κολλέγιο/ Πανεπιστήμιο	
Παράγοντας Α «Στίγμα»	Αρνητικά Προσκειμένοι	Count	65	244	226	535
		% within Στίγμα	12.1%	45.6%	42.2%	100.0%
		Κατηγορίες				
		% within ΜΟΡΦΩΣΗ	43.6%	80.8%	90.4%	76.3%
		% of Total	9.3%	34.8%	32.2%	76.3%
	Θετικά Προσκειμένοι	Count	84	58	24	166
		% within Στίγμα	50.6%	34.9%	14.5%	100.0%
		Κατηγορίες				
% within ΜΟΡΦΩΣΗ		56.4%	19.2%	9.6%	23.7%	
	% of Total	12.0%	8.3%	3.4%	23.7%	
Total	Count	149	302	250	701	
	% within Στίγμα	21.3%	43.1%	35.7%	100.0%	
	Κατηγορίες					
	% within ΜΟΡΦΩΣΗ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.3%	43.1%	35.7%	100.0%	

Πίνακας 3.8: Συσχέτιση επιπέδου μόρφωσης γενικού πληθυσμού με παράγοντα Α



Crosstab

			ΜΟΡΦΩΣΗ			Total
			Χωρίς μόρφωση/ Μέχρι και δημοτικό	Μέση εκπαίδευση	Κολλέγιο/ Πανεπιστήμιο	
Παράγοντας Γ «Εξωτερίκευση»	Αρνητικά Προσκείμενοι	Count	120	224	168	512
		% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	23.4%	43.8%	32.8%	100.0%
		% within ΜΟΡΦΩΣΗ	80.5%	74.2%	67.2%	73.0%
		% of Total	17.1%	32.0%	24.0%	73.0%
		Count	29	78	82	189
	Θετικά Προσκείμενοι	% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	15.3%	41.3%	43.4%	100.0%
		% within ΜΟΡΦΩΣΗ	19.5%	25.8%	32.8%	27.0%
		% of Total	4.1%	11.1%	11.7%	27.0%
		Count	149	302	250	701
		% within Κατηγορίες Εξωτερίκευση	21.3%	43.1%	35.7%	100.0%
Total	% within ΜΟΡΦΩΣΗ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.3%	43.1%	35.7%	100.0%	

Πίνακας 3.9: Συσχέτιση επιπέδου μόρφωσης γενικού πληθυσμού με παράγοντα Γ

Crosstab

			ΜΟΡΦΩΣΗ			Total
			Χωρίς μόρφωση/ Μέχρι και δημοτικό	Μέση εκπαίδευση	Κολλέγιο/ Πανεπιστήμιο	
Παράγοντας Δ «Ενοχικότητα»	Αρνητικά Προσκειμένοι	Count	80	140	95	315
		% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	25.4%	44.4%	30.2%	100.0%
		% within ΜΟΡΦΩΣΗ	53.7%	46.4%	38.0%	44.9%
		% of Total	11.4%	20.0%	13.6%	44.9%
	Θετικά Προσκειμένοι	Count	69	162	155	386
		% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	17.9%	42.0%	40.2%	100.0%
		% within ΜΟΡΦΩΣΗ	46.3%	53.6%	62.0%	55.1%
		% of Total	9.8%	23.1%	22.1%	55.1%
Total	Count	149	302	250	701	
	% within Κατηγορίες Ενοχικότητας	21.3%	43.1%	35.7%	100.0%	
	% within ΜΟΡΦΩΣΗ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.3%	43.1%	35.7%	100.0%	

**Πίνακας 3.10: Συσχέτιση επιπέδου μόρφωσης γενικού πληθυσμού με παράγοντα Δ**

Crosstab

			Παράγοντας Α: «Στίγμα»		Total
			Αρνητικά Προσκεείμενοι	Θετικά Προσκεείμενοι	
ΕΠΑΡΧΙΑ	Λευκωσία Αστική	Count	175	30	205
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	85.4%	14.6%	100.0%
		% within Στίγμα	32.7%	18.1%	29.2%
		Κατηγορίες % of Total	25.0%	4.3%	29.2%
	Λευκωσία Αγροτική	Count	55	15	70
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	78.6%	21.4%	100.0%
		% within Στίγμα	10.3%	9.0%	10.0%
		Κατηγορίες % of Total	7.8%	2.1%	10.0%
	Λεμεσός Αστική	Count	112	43	155
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	72.3%	27.7%	100.0%
		% within Στίγμα	20.9%	25.9%	22.1%
		Κατηγορίες % of Total	16.0%	6.1%	22.1%
	Λεμεσός Αγροτική	Count	29	12	41
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	70.7%	29.3%	100.0%
		% within Στίγμα	5.4%	7.2%	5.8%
		Κατηγορίες % of Total	4.1%	1.7%	5.8%
	Λάρνακα Αστική	Count	56	17	73
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	76.7%	23.3%	100.0%
		% within Στίγμα	10.5%	10.2%	10.4%
		Κατηγορίες % of Total	8.0%	2.4%	10.4%
	Λάρνακα Αγροτική	Count	28	20	48
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	58.3%	41.7%	100.0%
		% within Στίγμα	5.2%	12.0%	6.8%
		Κατηγορίες % of Total	4.0%	2.9%	6.8%

	Αμμόχωστος	Count	28	12	40
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	70.0%	30.0%	100.0%
		% within Στίγμα	5.2%	7.2%	5.7%
		Κατηγορίες			
	% of Total	4.0%	1.7%	5.7%	
	Πάφος Αστική	Count	38	11	49
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	77.6%	22.4%	100.0%
		% within Στίγμα	7.1%	6.6%	7.0%
		Κατηγορίες			
	% of Total	5.4%	1.6%	7.0%	
	Πάφος Αγροτική	Count	14	6	20
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	70.0%	30.0%	100.0%
% within Στίγμα		2.6%	3.6%	2.9%	
Κατηγορίες					
% of Total	2.0%	.9%	2.9%		
Total	Count	535	166	701	
	% within ΕΠΑΡΧΙΑ	76.3%	23.7%	100.0%	
	% within Στίγμα	100.0%	100.0%	100.0%	
	Κατηγορίες				
% of Total	76.3%	23.7%	100.0%		

**Πίνακας 3.11: Συσχέτιση τύπου διαμονής γενικού πληθυσμού με παράγοντα Α**

Crosstab

			Παράγοντας Β: « Αισιοδοξία »		Total
			Αρνητικά Προσκεείμενοι	Θετικά Προσκεείμενοι	
ΕΠΑΡΧΙΑ	Λευκωσία Αστική	Count	197	8	205
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	96.1%	3.9%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	29.8%	20.5%	29.2%
		% of Total	28.1%	1.1%	29.2%
	Λευκωσία Αγροτική	Count	66	4	70
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	94.3%	5.7%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	10.0%	10.3%	10.0%
		% of Total	9.4%	.6%	10.0%
	Λεμεσός Αστική	Count	146	9	155
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	94.2%	5.8%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	22.1%	23.1%	22.1%
		% of Total	20.8%	1.3%	22.1%
	Λεμεσός Αγροτική	Count	39	2	41
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	95.1%	4.9%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	5.9%	5.1%	5.8%
		% of Total	5.6%	.3%	5.8%
	Λάρνακα Αστική	Count	72	1	73
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	98.6%	1.4%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	10.9%	2.6%	10.4%
		% of Total	10.3%	.1%	10.4%
	Λάρνακα Αγροτική	Count	40	8	48
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	83.3%	16.7%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	6.0%	20.5%	6.8%
		% of Total	5.7%	1.1%	6.8%

	Αμμόχωστος	Count	36	4	40
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	90.0%	10.0%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	5.4%	10.3%	5.7%
		% of Total	5.1%	.6%	5.7%
	Πάφος Αστική	Count	46	3	49
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	93.9%	6.1%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	6.9%	7.7%	7.0%
		% of Total	6.6%	.4%	7.0%
	Πάφος Αγροτική	Count	20	0	20
		% within ΕΠΑΡΧΙΑ	100.0%	.0%	100.0%
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	3.0%	.0%	2.9%
		% of Total	2.9%	.0%	2.9%
Total	Count	662	39	701	
	% within ΕΠΑΡΧΙΑ	94.4%	5.6%	100.0%	
	% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	94.4%	5.6%	100.0%	

**Πίνακας 3.12: Συσχέτιση τύπου διαμονής γενικού πληθυσμού με παράγοντα Β**

Crosstab

			ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ				Total
			Ανώτερη Σχολή (Κολλέγιο)	Ανώτατη Σχολή (Πανεπιστήμιο)	Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ/Διδακτορικό)	Άλλο	
Παράγοντας Β «Αισιοδοξία»	Αρνητικά Προσκεείμενοι	Count	59	70	13	2	144
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	41.0%	48.6%	9.0%	1.4%	100.0%
		% within ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	77.6%	50.4%	34.2%	100.0%	56.5%
		% of Total	23.1%	27.5%	5.1%	.8%	56.5%
	Θετικά Προσκεείμενοι	Count	17	69	25	0	111
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	15.3%	62.2%	22.5%	.0%	100.0%
		% within ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	22.4%	49.6%	65.8%	.0%	43.5%
		% of Total	6.7%	27.1%	9.8%	.0%	43.5%
Total		Count	76	139	38	2	255
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	29.8%	54.5%	14.9%	.8%	100.0%
		% within ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	29.8%	54.5%	14.9%	.8%	100.0%

**Πίνακας 3.13: Συσχέτιση επιπέδου μόρφωσης επαγγελματιών υγείας με παράγοντα Β**

			Τμήμα στο οποίο εργάζεστε					Total
			Αστικό Κέντρο Υγείας	Αγροτικό Κέντρο Υγείας	Εξωτερικά Ιατρεία	ΤΑΕΠ	Χειρουργική Κλινική	
Παράγοντας Β «Αισιοδοξία»	Αρνητικά Προσκεείμενοι	Count	24	58	28	2	32	144
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	16.7%	40.3%	19.4%	1.4%	22.2%	100.0%
		% within Τμήμα στο οποίο εργάζεστε:	51.1%	65.9%	54.9%	18.2%	55.2%	56.5%
		% of Total	9.4%	22.7%	11.0%	.8%	12.5%	56.5%
		Count	23	30	23	9	26	111
	Θετικά Προσκεείμενοι	% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	20.7%	27.0%	20.7%	8.1%	23.4%	100.0%
		% within Τμήμα στο οποίο εργάζεστε:	48.9%	34.1%	45.1%	81.8%	44.8%	43.5%
		% of Total	9.0%	11.8%	9.0%	3.5%	10.2%	43.5%
		Count	47	88	51	11	58	255
		% within Κατηγορίες Αισιοδοξίας	18.4%	34.5%	20.0%	4.3%	22.7%	100.0%
Total	% within Τμήμα στο οποίο εργάζεστε:	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	18.4%	34.5%	20.0%	4.3%	22.7%	100.0%	

**Πίνακας 3.14: Συσχέτιση τμήματος εργασίας επαγγελματιών υγείας με παράγοντα Β**



# **Παράρτημα IV**

**Δείκτες Αξιολόγησης της Ποιότητας  
των ΥΨΥ**

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΚΤΩΝ
<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	
1. Θεραπευτικές συνεδρίες στην οξεία φάση θεραπείας της κατάθλιψης	Ποσοστό ατόμων με νέα διάγνωση μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου οι οποίοι είχαν τουλάχιστον 3 επισκέψεις που αφορούσε στη φαρμακευτική τους αγωγή και τουλάχιστον 8 ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες σε διάστημα 12 βδομάδων
2. Επανεισαγωγές των ψυχικά ασθενών στα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια	Ποσοστό απολύσεων από τα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια
3. Διάρκεια θεραπείας διαταραχών σχετιζόμενων με τη λήψη απαγορευμένων ουσιών	Ποσοστό ασθενών που άρχισαν θεραπεία αποτοξίνωσης για διάστημα τουλάχιστον 90 ημερών
4. Χορήγηση αντι-χολινεργικών αντι-καταθλιπτικών φαρμάκων στα άτομα της τρίτης ηλικίας	Ποσοστό ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών που λαμβάνουν αντι-καταθλιπτική αγωγή και στους οποίους χορηγήθηκε αντι-χολινεργικό αντι-καταθλιπτικό φάρμακο
5. Συνεχής αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή στην οξεία φάση	Ποσοστό ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω οι οποίοι διαγνώστηκαν με νέο επεισόδιο μείζων κατάθλιψης και στους οποίους χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή για περίοδο 12 βδομάδων
6. Συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής στη φάση συντήρησης	Ποσοστό ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω οι οποίοι διαγνώστηκαν με νέο επεισόδιο μείζων κατάθλιψης και στους οποίους χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή για περίοδο 180 ημερών
<b>ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ</b>	
7. Άμεση εξωτερική παρακολούθηση των ασθενών μετά την απόλυσή τους από το νοσοκομείο	Ποσοστό ατόμων που νοσηλεύτηκαν για πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή και την 7 <sup>η</sup> και 30 <sup>η</sup> μέρα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο εξετάστηκαν από ψυχίατρο επί εξωτερικής βάσης

<b>8. Συνέχιση της παρακολούθησης των ασθενών με ψυχιατρική διαταραχή και ταυτόχρονη χρήση απαγορευμένων ουσιών μετά την ενδο-νοσοκομειακή τους νοσηλεία</b>	Ποσοστό ασθενών με διπλή διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής και χρήσης ουσιών που μετά την ενδο-νοσοκομειακή τους νοσηλεία επισκέφθηκαν τουλάχιστον 4 φορές τον ψυχίατρό τους για την ψυχιατρική τους διαταραχή και τουλάχιστον άλλες 4 φορές για τη χρήση ουσιών σε διάστημα 12 μηνών
<b>9. Ποσοστά φυλετικής/εθνικής ανομοιογένειας των ψυχικά ασθενών που επισκέπτονται τα ΕΙ Ψυχιατρικής</b>	Ποσοστό αλλοδαπών ψυχικά ασθενών που επισκέπτονται τα ΕΙ Ψυχιατρικής τουλάχιστον 1 φορά σε διάστημα 12 μηνών μετά την πρώτη τους επίσκεψη
<b>10. Συνέχιση της θεραπευτικής παρακολούθησης των ψυχικά ασθενών επί εξωτερικής βάσης μετά την ενδο-νοσοκομειακή τους νοσηλεία</b>	Ποσοστό ασθενών που νοσηλεύτηκαν για ψυχική νόσο ή κατάχρηση απαγορευμένων ουσιών και οι οποίοι επισκέπτονταν τα ΕΙ Ψυχιατρικής τουλάχιστον 1 φορά το μήνα για διάστημα 6 μηνών
<b>ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ</b>	
<b>11. Διαχείριση των σοβαρών ψυχιατρικών περιστατικών</b>	Ποσοστά ασθενών με διαγνωσμένη σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή οι οποίοι τυγχάνουν συνολικής διαχείρισης της κατάστασης της υγείας τους από ΥΨΥ
<b>ΕΚΒΑΣΗ</b>	
<b>12. Θνησιμότητα ασθενών με σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή</b>	Ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών με σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή σταθμισμένη στο γενικό πληθυσμό

**Πίνακας 4.1: Δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των ΥΨΥ**

*Από: The Organization for Economic and Community Development's Health Care Quality Indicators Project, OECD-HCQI, 2006*