

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αποτύπωση και μελέτη των στάσεων των
επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του
γενικού πληθυσμού έναντι της σοβαρής
ψυχικής ασθένειας**

Μαρία Χριστοδούλου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, 2010

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Αποτύπωση και μελέτη των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας

Μαρία Χριστοδούλου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία 2010

«Όσο για μένα, δεν θα έλεγα ότι θα επέλεγα την τρέλα εάν είχα επιλογή. Αυτό που με παρηγορεί είναι ότι αρχίζω να θεωρώ την τρέλα σαν μια αρρώστια όπως όλες τις άλλες και έτσι να την αποδέχομαι»

Vincent Van Gogh, 1889

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	16
1.1. Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής Φροντίδας	17
1.2. Ιστορική Ανασκόπηση της Ψυχιατρικής Φροντίδας στην Κύπρο	23
1.3. Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	25
1.3.1. Δραστηριότητες- Τομείς Προσφοράς	25
1.3.2. Εξωνοσοκομειακές Δομές	26
1.3.3. Κέντρα Ψυχικής Υγείας	26
1.3.4. Κοινωνική Ψυχικής Υγείας	27
1.3.5. Εξωτερικά Ιατρεία	28
1.3.6. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	29
1.3.6.1. Μονάδες Εργασιακής Αποκατάστασης	30
1.3.6.2. Κέντρα Ημέρας	30
1.3.7. Τομέας Ουσιοεξαρτήσεων	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	32
2.1. Βασικές Έννοιες και Λειτουργικοί Ορισμοί	33
2.1.1. Ψυχική Υγεία	33
2.1.2. Ψυχικές Διαταραχές	34
2.1.3. Ορισμός της Σοβαρής Ψυχικής Ασθένειας	37
2.1.4. Στίγμα: Ιστορική Αναδρομή	41
2.1.5. Αιτιολόγηση του Στιγματισμού της Ψυχικής Ασθένειας	44
2.1.6. Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στη Διαμόρφωση των Στάσεων	46
2.1.7. Η Μέτρηση των Στάσεων	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	49
3.1. Ανασκόπηση Ερευνών για την Ψυχική Ασθένεια	50
3.1.1. Κοινωνική Απόρριψη	50
3.1.2. Στίγμα και Ποιότητα Ζωής	51
3.1.3. Επίδραση του Στιγματος στη Πρόσβαση των Ατόμων στις Υπηρεσίες Υγείας	51
3.1.4. Έρευνες για την Οικογενειακή Επιβάρυνση	52
3.1.5. Έρευνες για τις Στάσεις Έναντι της Ψυχικής Ασθένειας	52
3.1.5.1 Στάσεις και Απόψεις του Γενικού Πληθυσμού	52
3.1.5.2. Συγκριτικές Μελέτες για τις Στάσεις	56

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	59
4.1. Σχεδιασμός και Μεθοδολογία της Έρευνας	60
4.1.1. Το Δείγμα των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	60
4.1.2. Αντιπροσωπευτικό Δείγμα από το Γενικό Πληθυσμό στην Κύπρο	62
4.1.3. Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων	63
4.1.4. Πιλοτική Δοκιμασία	66
4.1.5. Ηθικά Ζητήματα	66
4.1.6. Περιορισμοί της Έρευνας	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	68
5.1. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων	69
5.2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	69
5.3. Τοποθετήσεις Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στους Παράγοντες Στίγμα, Αισιοδοξία, Κοινωνική Αποδοχή και Ενοχοποίηση	71
5.3.1. Στίγμα	72
5.3.2. Αισιοδοξία	74
5.3.3. Κοινωνική Αποδοχή	76
5.3.4. Ενοχοποίηση	78
5.3.5. Περίληψη Αποτελεσμάτων Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	80
5.3.6. Προφίλ Επαγγελματία που Στιγματίζει	81
5.4. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος του Γενικού Πληθυσμού	81
5.5. Τοποθετήσεις του Γενικού Πληθυσμού στους Παράγοντες Στίγμα, Αισιοδοξία, Κοινωνική Αποδοχή και Ενοχοποίηση	83
5.5.1. Στίγμα	84
5.5.2. Αισιοδοξία	86
5.5.3. Κοινωνική Αποδοχή	88
5.5.4. Ενοχοποίηση	91
5.5.5. Περίληψη Αποτελεσμάτων Γενικού Πληθυσμού	93
5.5.6. Προφίλ του Ατόμου από το Γενικό Πληθυσμό που Στιγματίζει	95
5.6. Σύγκριση Ευρημάτων Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και Γενικού Πληθυσμού	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	97
6.1. Συζήτηση	98
6.2. Γενικά Σχόλια και Μελλοντικές Εισηγήσεις	103
7. Βιβλιογραφία	106

Πίνακες

Πίνακας I	Στοιχεία Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας	28
Πίνακας II	Επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία	29
Πίνακας III	Δείγμα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	60
Πίνακας IV	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	69
Πίνακας V	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος Γενικού Πληθυσμού	82

Γραφήματα

Γράφημα 1	Στάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας	71
Γράφημα 2	Διαστάσεις Στίγματος Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	73
Γράφημα 3	Διαστάσεις Αισιοδοξίας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	75
Γράφημα 4	Διαστάσεις Κοινωνικής Αποδοχής Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	77
Γράφημα 5	Διαστάσεις Ενοχοποίησης Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας	79
Γράφημα 6	Στάσεις Γενικού πληθυσμού	83
Γράφημα 7	Διαστάσεις Στίγματος Γενικού Πληθυσμού	85
Γράφημα 8	Διαστάσεις Αισιοδοξίας Γενικού πληθυσμού	87
Γράφημα 9	Διαστάσεις Κοινωνικής Αποδοχής Γενικού Πληθυσμού	90
Γράφημα 10	Διαστάσεις Ενοχοποίησης Γενικού Πληθυσμού	92
Γράφημα 11	Συγκριτική Παρουσίαση των Στάσεων	96

Παραρτήματα

Παράρτημα I	Προσωπικό Υπηρεσιών ψυχικής υγείας	115
Παράρτημα II	Ερωτηματολόγιο «Οι στάσεις έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας»	116

Αφιερωμένη

Στο Μιχάλη

Στη Μαριάννα

Στην Αιμιλία

Στον Κωνσταντίνο

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση και συγγραφή της. Η παρούσα μελέτη δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την πολύτιμη συνδρομή των συναδέλφων και τους απλούς πολίτες που συμμετείχαν σε αυτήν και μοιράστηκαν μαζί μας τις απόψεις τους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στους συναδέλφους που συνέβαλαν στην συλλογή των ερωτηματολογίων από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στο Ερευνητικό Κέντρο του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Λευκωσίας για τη συλλογή των δεδομένων από την ομάδα του γενικού πληθυσμού.

Εκφράζω την εκτίμηση και τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον κ. Μιχάλη Μιχαηλίδη, Προϊστάμενο Νοσηλευτικό Λειτουργό Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, για τη στήριξη και συμπαράστασή του.

Ευχαριστώ επίσης τη Χρυστάλα Πιθαρά και τη Μαρία Πάτσαλου για τη βοήθεια τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπογραμμίζει την ανάγκη για την αξιολόγηση και ανάλυση των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια με ένα ερευνητικό εργαλείο που να ενσωματώνει τις διαστάσεις του στίγματος, καθώς επίσης και τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας χρόνιας ψυχικής διαταραχής στις καθημερινές δεξιότητες, στην εργασία, στην αυτοεκτίμηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Σκοπός:

Η παρούσα εργασία αποσκοπούσε στην καταγραφή των απόψεων, στη μελέτη και ανάλυση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια και στη σύγκριση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Οι κύριοι στόχοι του έργου, καθιστούν το έργο αυτό συμβατό με τους στόχους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι η επανένταξη των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία γενικότερα.

Μεθοδολογία:

Πρόκειται για Ποσοτική ερευνητική εργασία και για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο (ASMI) «Οι στάσεις έναντι στη σοβαρή ψυχική αρρώστια» (Μαδιανός, 2005), το οποίο έχει σταθμιστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Το δείγμα αποτελείται από δύο ομάδες, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και αντιπροσωπευτικό δείγμα από το γενικό πληθυσμό. Στην περίπτωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας το δείγμα αποτελείται από 4 επαγγελματικές ομάδες : τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας (83%), Εργοθεραπευτές (7%), Ψυχολόγους (6%) και Ψυχιάτρους (3%), που εργάζονται στο Δημόσιο και καλύπτουν παγκύπρια όλες τις ψυχιατρικές δομές. Τα ερωτηματολόγια έχουν μοιραστεί και συλλεγεί σε διάστημα 2 εβδομάδων, τον Ιούνιο του 2009. Από τα 417 έχουν επιστραφεί τα 313. Ο βαθμός ανταπόκρισης φτάνει τα επίπεδα του 83,16%.

Η μέθοδος της τηλεφωνικής έρευνας, έχει επιλεγεί για την ανίχνευση των απόψεων του γενικού πληθυσμού. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων έγινε με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Ο πληθυσμός πρόκειται για άτομα άνω των 18 ετών που συμπεριλαμβάνονταν στον τηλεφωνικό κατάλογο. Η τηλεφωνική έρευνα πραγματοποιήθηκε από τις 17-29 Σεπτεμβρίου του 2009.

Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 812 κλήσεις. Οι 701 ήταν επιτυχείς ολοκληρωμένες συνεντεύξεις. Η συνεργασία στην έρευνα έφθασε στο 86%.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής και με τη στατιστική δοκιμασία Chi Square test.

Αποτελέσματα:

Συνοπτικά, ένα πολύ μικρό ποσοστό το 6,1% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας παρουσιάζουν στίγμα, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό που το 23,7% του γενικού πληθυσμού καταγράφει στίγμα. Με απλά λόγια ένας στους 16 επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζει στίγμα και ένας στους τέσσερεις στο γενικό πληθυσμό. Ένα μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών το 95,5% θεωρεί ότι ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να πετύχει αρκετά πράγματα. Μόνο το 4,5% του συνόλου των επαγγελματιών είναι αισιόδοξο, παρουσιάζεται δηλαδή με μια θετική άποψη για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια. Πολύ παραπλήσια αποτελέσματα εντοπίζονται και στο γενικό πληθυσμό αφού θετική στάση καταγράφει μόνο το 5,6% του γενικού πληθυσμού στο πεδίο αισιοδοξίας. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι μόνο το 1,9% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή, σε αντίθεση με το 27,0% του γενικού πληθυσμού. Τόσο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και ο γενικός πληθυσμός επιρρίπτουν ευθύνες στα ίδια τα άτομα για την κατάσταση της υγείας τους, και θεωρούν ότι τα άτομα που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους, με ποσοστά 56,5% και 55,1%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα:

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν να γκρεμίσουν τα τείχη της άγνοιας και της προκατάληψης προωθώντας τη γνώση, την κατανόηση και το σεβασμό και θα πρέπει οι ίδιοι να είναι ενήμεροι για τη φύση, τις εκδηλώσεις και τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών. Παράλληλα θα πρέπει να είναι απαλλαγμένοι από το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες αφού μόνο έτσι θα μπορούν να μεταδώσουν αισθήματα αισιοδοξίας και αποδοχής.

Έμφαση όμως πρέπει να δοθεί στα διάφορα συστατικά των στάσεων απέναντι στη ψυχική ασθένεια, όπως διάκριση και στίγμα, αισιοδοξία δηλαδή θετική στάση για τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών, αποδοχή και κοινωνική συμμετοχή. Έρευνες υποστηρίζουν την ανάγκη για

εκπαίδευση του πληθυσμού για καλύτερη κατανόηση της ψυχικής ασθένειας αφού η άγνοια φαίνεται να είναι η αιτία έκφρασης περισσότερων στιγματισμένων απόψεων

Abstract

Psychiatric reform emphasizes the need for the assessment of attitudes towards mental illness with instruments incorporating the dimensions of stigma as well as the psychological impact of a chronic mental disorder on the aspects of daily living skills and work, social exclusion and self-esteem.

The aim of this report is to identify, describe and analyze the dimensions of attitudes in samples of psychiatric staff, including a nationwide sample of the general population in Cyprus and comparing the results of the two groups.

The basic goals of this study are positively in agreement with the strategic objective of the psychiatric services in Cyprus, which are the decentralization of mental health services through the establishment of a network of prevention-oriented services in the community, and the provision of alternative care, including residential facilities and rehabilitation services.

Methodology: This study examined the structure of attitudes towards severe mental illness among the mental health professionals and general public. The instrument used was (Madianos, 2005) the Attitudes towards Severe Mental Illness scale (ASMI). The study consisted of a nationwide representative sample of 812 adults, and a sample of 417 psychiatric staff.

The health professionals sample comprised 417 mental health professionals, (83% psychiatric nurses, 7% occupational therapist, 6% psychologists, 3% psychiatrists). The sample of professionals was pancyprian and all of them are civil servants. The study was carried out in June 2009. The participation in the study reached a rate of 83.16%.

The method of the telephone survey was chosen for the detection of opinions about severe mental illness in the general population in Cyprus. All participants were informed and gave their consent. All interviews were carried out by trained graduate students of the department of

psychology, of the University of Nicosia. The sample was selected from the Cyprus Telecommunication telephone catalogue.

The telephone survey of adults over 18 years in the general population of Cyprus was carried out from 17-29 of September, 2009. 812 calls were made, but 701 were successfully completed interviews. The cooperation in the study reached a rate of 86%.

Results

Mental health professionals expressed less stigmatizing views (6.1%) than the general population (23.7%) in the Stigma factor. In the optimism factor: general population opinions were similar with the professionals. Both of them stated that mentally ill patients should seek help. In the social acceptance factor: more general population individuals (27%) stated that the mentally ill persons should seek help and participate in the community life, but the views recorded in this factor by mental health professionals were 1.9%. Both teams (56.5% professionals, 55.1% general population) believe that the mentally ill persons feel responsible for their problems and feel guilty for it too.

The mental health professionals reported less discrimination attitudes about the persons suffering from severe mental illness and their characteristics. However they were ambivalent about the “future” of the mentally ill persons and their abilities.

Conclusion

Mental health professionals should be the first to accept mentally ill patients without stigma. Respect and understanding should be shown by all mental health professionals towards these people. Emphasis should be given to several components of attitudes towards people suffering from a mental illness, such as discrimination, stigma, versus optimism, social acceptance and community participation.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική νόσος και ειδικά η σοβαρή και χρόνια, όπως η σχιζοφρένεια μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνώνυμη με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανίατο. Αργά και σταθερά το σκηνικό της ψυχικής ασθένειας και η εικόνα του ψυχικά ασθενή άλλαξε και αυτό χάρη στην ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας που προσέφερε τη δυνατότητα ελέγχου και αντιμετώπισης των βασικών συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου (Χριστοδούλου, 2000), στην παράλληλη χρήση πολλών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και στη δημιουργία σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα (Falk, 2001).

Παρόλα αυτά, η ψυχική νόσος παραμένει ακόμη ανεξιχνίαστη και γριφώδης, ένα πεδίο ανεξερεύνητο για το πλατύ κοινό και η οποία περιβάλλεται από πλήθος λαθεμένων απόψεων προκαταλήψεων, δοξασιών και φόβων που της προσδίδουν το χαρακτήρα του μύθου και το στοιχείο του στίγματος.

Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής (Thornicroft 2005), ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση. Το στίγμα, στη σύγχρονη εποχή χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. φυματίωση, καρκίνος, ψυχικές ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές.

Είναι παγκοίμως αποδεκτό ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κύρια εμπόδια τόσο στην αναζήτηση και στην παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς όσο και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (El-Badri 2007). Ειδικά, για ορισμένες ψυχικές ασθένειες τα συμπτώματα των οποίων οι περισσότεροι άνθρωποι τα ονομάζουν «τρέλα», η συνεπακόλουθη αποδοκιμασία εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική απομόνωση του ατόμου (Thornicroft 2005), την πλημμελή θεραπευτική αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό σε ιδρύματα και τον κοινωνικό εξευτελισμό (Sartorius, 2005).

Τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια ανήκουν στην ομάδα που δέχονται τις περισσότερες διακρίσεις. Η κατάστασή τους χαρακτηρίζεται από τη στέρηση θεμελιωδών δικαιωμάτων, καθώς επίσης και από διακρίσεις στον τομέα της εργασίας, της κατοικίας και ιδιαίτερα στον ψυχοκοινωνικό τομέα (El-Badri 2007).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπογραμμίζει την ανάγκη για την αξιολόγηση και ανάλυση των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια με ένα ερευνητικό εργαλείο που να ενσωματώνει τις διαστάσεις του στίγματος (Μαδιανός, 2005) καθώς επίσης και τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας χρόνιας ψυχικής διαταραχής στις καθημερινές δεξιότητες, στην εργασία, στην αυτοεκτίμηση και το κοινωνικό αποκλεισμό.

Σκοπός της παρούσας συγκριτικής ποσοτικής ερευνητικής εργασίας είναι η καταγραφή των απόψεων, η μελέτη και ανάλυση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας και η σύγκριση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Ταυτόχρονα, οι κύριοι στόχοι του έργου, το καθιστούν συμβατό με τους στόχους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι η επανένταξη των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία γενικότερα.

Πρόσφατες έρευνες στην Κύπρο που να μελετούν τις σύγχρονες απόψεις και στάσεις για την ψυχική ασθένεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού δεν έχουν γίνει. Κατά συνέπεια, η σχετική ερευνητική δραστηριότητα αποτελεί πρώτιστη ανάγκη αφού οι υπηρεσίες υγείας έχουν ενστερνιστεί και υιοθετήσει τις αρχές της σύγχρονης κοινωνικής ψυχιατρικής που θέλει τον ασθενή να ζει στην κοινότητα. Για την επίτευξη των στόχων της αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση:

- *Η προώθηση της διασύνδεσης της συνεργασίας και της δικτύωσης των υπηρεσιών και των εργαζομένων σε αυτές, με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας τους απέναντι σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.*

- *Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, προώθησης στην απασχόληση, ώστε να συμβάλλουν στην ένταξη των ατόμων που τοποθετούνται στο κοινωνικό περιθώριο*
- *Η ανάληψη ενεργειών για εμπλοκή παραγόντων και πόρων από την κοινότητα για την ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων για τη ψυχική υγεία και την καταπολέμηση του στίγματος (Ετήσια έκθεση, 2008).*

Παράλληλα στόχος αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η χρήση του δομημένου εργαλείου (ASMI) που μελετά τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια και στην Κύπρο. Σκοπό έχει να αναλύσει τις διαστάσεις των τοποθετήσεων και των απόψεων που αφορούν το στίγμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και αντιπροσωπευτικού δείγματος από τον γενικό πληθυσμό. Τέλος να παρέχει σύγκριση των απόψεων των επαγγελματιών ειδικοτήτων μεταξύ τους αλλά και επιπρόσθετα μεταξύ των επαγγελματιών και του γενικού πληθυσμού που αποτέλεσαν το δείγμα στη παρούσα ερευνητική εργασία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής Φροντίδας

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής συνδέεται εμφανώς με την πολιτική, ανθρωπολογική, επιστημονική και κοινωνιολογική εξέλιξη κάθε κοινωνίας (Χριστοδούλου,2000). Η ψυχιατρική φροντίδα και ο τρόπος που παρέχεται, επηρεάζεται από την αντίληψη της εκάστοτε κοινωνίας για τον άνθρωπο, και από την στάση της κοινωνίας απέναντι στην ανθρώπινη ευτυχία και οδύνη.

Σύμφωνα με το Στυλιανίδη (2009), η ιστορική διαδρομή από την Αρχαιότητα στον Μεσαίωνα και από την Αναγέννηση στη σημερινή εποχή μαρτυρεί ριζικές εναλλαγές αντιλήψεων και στάσεων για την τρέλα, μια δαιδαλώδη τροχιά των κοινωνικών αναπαραστάσεων, με παλινδρόμηση και πρόοδο απέναντι στα θεμελιακά υπαρξιακά ερωτήματα που θέτει η ψυχιατρική διαταραχή.

Στο Βυζάντιο, η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας διαφέρει από αυτή που επικρατούσε στη Δύση (δαιμονοποίησή της) κατά την περίοδο του Μεσαίωνα και εισάγονται από νωρίς αυστηρά κριτήρια διαγνωστικά και διαφοροδιαγνωστικά. Η ψυχική ασθένεια θεωρείται βαρύτερη και σοβαρότερη της σωματικής: «των σωματικών ιαμάτων κρείττω είναι τα ψυχικά». Η ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται ολιστικά. Ο ψυχικά ασθενής δεν απομονώνεται, ενώ αναγνωρίζεται και η σημασία του περιβάλλοντος για τη θεραπεία του, η οποία γίνεται συνήθως στο σπίτι του και η εισαγωγή του σε ίδρυμα γίνεται μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Θεοχαράκης 2001).

Βασική καινοτομία αυτήν την περίοδο είναι η νομοθετική διασφάλιση του ψυχικά ασθενή. Θεσπίζεται ο θεσμός του επιτρόπου κι ο προγαμιαίος έλεγχος για την προστασία των μελλονύμφων από ασθένειες συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών. Θεσπίζεται επίσης και ο θεσμός των περιοδευόντων ιατρών (πρόδρομοι των σημερινών κινητών μονάδων) κι έχουμε για πρώτη φορά την αρχή της τομεοποίησης (Θεοχαράκης 2001, Θεοχαράκης και συν. 2003), που αποτελεί μία από τις βασικές αρχές της σημερινής κοινοτικής ψυχιατρικής.

Τα πρώτα χρόνια του Βυζαντίου ο ψυχίατρος συνδέεται με τον επίσκοπο. Ο επίσκοπος ως τα τέλη του 5^{ου} αιώνα λαμβάνει τη θέση του ψυχικά θεράποντα. Η ιδιότητα αυτή μεταφέρεται και

στους ηγουμένους των μοναστηριών. Ίσως και το πτωχοκομείο που ίδρυσε ο Μ. Βασίλειος να αποτελεί εκτός των άλλων και το πρώτο δείγμα ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο Γρηγόριος Ναζιανζηνός, σχολιάζοντας το ίδρυμα του Μ. Βασιλείου λέει: «εδώ η νόσος φιλοσοφείται και η συμφορά μακαρίζεται και το συμπαθές δοκιμάζεται». Συνεχίζοντας την εικόνα του πνευματικού ιατρού πολλά χρόνια αργότερα ο Συμεών ο Νέος Θεολόγος, τον 11ο αιώνα, αναφέρει αυτοψίες που διενεργούσαν οι σύγχρονοί του ιατροί.

Ιεροί άνδρες μελετούσαν, σπούδαζαν τις πνευματικές ασθένειες της ψυχής, για να μάθουν ποιες δυνάμεις ευθύνονταν και να καθορίσουν τα αίτια. Αυτό γινόταν για να βρουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχικές παθήσεις. Ίσως τα άλλα ιδρύματα, πτωχοκομεία, ξενώνες κ.λπ. να εξυπηρετούσαν τους ψυχικά πάσχοντες και όχι τα νοσοκομεία αφού στα τυπικά των ιδρυμάτων δεν γίνεται καμιά αναφορά για κλίνες ή για ειδικό χώρο των ψυχικά ασθενών.

Ο Μ. Βασίλειος αναφέρει ότι οι μανιακοί νοσηλεύονται σε έσχατη περίπτωση, μόνο όταν η νόσος είναι βαρύτερη και αν όλα τα μέτρα δεν ήταν εφικτό να ληφθούν στο σπίτι των ασθενών. Την ίδια άποψη με την κατ' οίκον νοσηλεία συναντούμε και στα κείμενα του Παύλου Αιγινήτη χρόνια αργότερα, ο οποίος αναφέρει και ποιοι θα βοηθούν στη νοσηλεία των ψυχικά ασθενών στο σπίτι. Ο ίδιος συνιστά όπως, οι εύποροι ασθενείς που είχαν οικογένεια και υπηρέτες να παραμένουν στο σπίτι τους για νοσηλεία (Θεοχαράκης, 2001).

Οι Άραβες, από τον 6ο αιώνα μ.Χ. έχουν ειδικούς χώρους για τον εγκλεισμό των ψυχασθενών κάτω από ανθρωπιστικές συνθήκες. Το Μεσαίωνα όμως, με τις απόψεις περί δαιμόνων κι άλλων στοιχείων να κυριαρχούν, η επιστημονική αναζήτηση και έρευνα αποδυναμώνονται και ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται προοδευτικά από την κοινωνία, άποψη που επικρατεί στη Δύση και με την πάροδο του χρόνου εξαπλώνεται σε όλο τον κόσμο.

Το πρώτο «ψυχιατρικό άσυλο» χτίζεται στη Βαλένθια το 1409, στον ίδιο χώρο που «λειτουργούσε» η Ιερά Εξέταση. Μεταξύ του 1412 και 1489 πέντε παρόμοια ιδρύματα ιδρύονται στην Ισπανία.

Τον 18ο αιώνα σε Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, πύργοι μετατρέπονται σε «φρενοκομεία», όπου εγκαταλείπονται οι τρελοί, οι αλκοολικοί, οι πόρνες, οι κλέφτες και τα ορφανά παιδιά, σε πρωτόγονες συνθήκες και με το στίγμα της τιμωρίας από το Θεό.

Ο Wier το 1515-1588 ήταν ο πρώτος που αγωνίστηκε στη Δύση για την απομυθοποίηση της τρέλας (Μαδιανός 1994). Ο 18ος αιώνας αποτελεί ορόσημο για την αλλαγή στην ψυχιατρική περίθαλψη. Ο Φιλίπ Πινέλ (1745- 1826 Παρίσι) Γάλλος ψυχίατρος στην περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης, πασίγνωστος ανθρωπιστής, θεωρείται ιστορικά ο «απελευθερωτής των τρελών», αφού ήταν ο πρώτος που κατήγγησε τις αλυσίδες στα ψυχιατρικά άσυλα, μέτρο που αποτέλεσε σταθμό στην ψυχιατρική (Μαδιανός 1994). Αναγνωρίζεται σήμερα, ως μια από τις μεγάλες μορφές του κλάδου της ψυχιατρικής γιατί έθεσε τις θεωρητικές και πρακτικές βάσεις για τη θεραπεία των διανοητικά ασθενών οι οποίες πρακτικά έμειναν αμετάβλητες μέχρι το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα.

Ο Πινέλ είναι ιδιαίτερα γνωστός για δυο λόγους:

- *Για την ανάλυση και συλλογή συμπτωμάτων των διάφορων διανοητικών παθήσεων σε ορισμένες κατηγορίες, και*
- *την εφαρμογή της «ηθικής θεραπείας» στην αντιμετώπιση των διανοητικά ασθενών (Νασιάκου, 1999).*

Το 1792 ο Πινέλ που έγινε αρχίατρος της Bicetre (άσυλο για άνδρες ασθενείς) στο Παρίσι και στη συνέχεια το 1794 διευθυντής της Salpêtrière (άσυλο για γυναίκες ασθενείς) απελευθερώνει όλους τους ασθενείς από τις αλυσίδες και από τον περίεργο της δημόσιας έκθεσης, για να τους κάνει ίσους με όλους τους άλλους νοσηλευόμενους (Νασιάκου, 1999).

Επηρεασμένος από τις ιδέες της Γαλλικής Επανάστασης, και από τον ανθρωπισμό της ιδεολογίας της, ανοίγει το δρόμο για μια ανθρωπιστική αντιμετώπιση στην ψυχιατρική και γίνεται ο πατέρας της λεγόμενης «ηθικής θεραπείας» των ψυχασθενειών, που στηριζόταν στην καλοσύνη και το σεβασμό προς τον «άρρωστο». Απέφυγε θεραπείες, όπως οι «αφαιμάξεις», τα «καθαρτικά» και τα «εκδόρια», αφού ευνοούσε μια αγωγή που περιελάμβανε τη στενή φιλική

επικοινωνία με τον άρρωστο, τη συζήτηση των προσωπικών του δυσκολιών και ένα πρόγραμμα σκόπιμων δραστηριοτήτων.

Η «ηθική θεραπεία» του Πινέλ βασιζόταν στη θεωρία του Αριστοτέλη της «διανοητικής υγείας», της ισορροπίας δηλαδή μεταξύ των διάφορων παθών, που θεωρούνταν σαν ο σύνδεσμος που υπάρχει μεταξύ νόησης και σώματος. Η θεραπεία αυτή εμπεριείχε μια δεοντολογία της θεραπευτικής, δηλαδή η μεταχείριση των ασθενών έπρεπε να γίνεται με τρόπους μαλακούς και ευγενικούς, αλλά και με κάποια αυστηρότητα όταν το απαιτούσε το συμφέρον της θεραπείας, πάντα όμως με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενούς.

Ο Πινέλ υποστήριζε ότι ο περιορισμός των ατόμων αυτών σε ειδικά ιδρύματα, τα απομάκρυνε από τους παθογόνους παράγοντες που τα έφερναν σε διεγερτική κατάσταση. Έτσι, με την είσοδο στο άσυλο, η διέγερση υποχωρεί, και μπορούν τα άτομα να συζητήσουν ατομικά και σε ομάδες τα προβλήματά τους. Θεωρούσε επίσης μεγάλης θεραπευτικής σημασίας να λαμβάνουν οι ασθενείς μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες μέσα στο άσυλο. Η θεραπευτική αυτή τακτική έδωσε σημαντικά αποτελέσματα, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών φαίνεται ότι αποκαταστάθηκε. Αξίζει να σημειωθεί ότι η τακτική αυτή έχει μέσα της σπέρματα πολλών νεότερων αντιλήψεων, και είναι πολύ ενδιαφέρον ότι η ηθική θεραπεία του 18^{ου} αιώνα έχει στοιχεία που ξαναβρίσκονται στις σημερινές θεραπευτικές κοινότητες και την απασχολησιοθεραπεία (Νασιάκου, 1999).

Κατά το 19ο αιώνα όμως, οι ψυχικά ασθενείς στη Δύση παραμένουν στα άσυλα, στοιβαγμένοι, ρακένδυτοι ή γυμνοί και δεμένοι με αλυσίδες. Συνηθισμένο φαινόμενο ήταν τις Κυριακές σε ορισμένα άσυλα της Αγγλίας και της Γαλλίας, το κοινό να επισκέπτεται τους έγκλειστους, όπως στους ζωολογικούς κήπους, έναντι αντιτίμου εισόδου (Μαδιανός 1994).

Στη δεκαετία του 1960 υπήρξε μια ρωμαλέα αντίδραση ενάντια στην ιδρυματική ψυχιατρική από τους ψυχιάτρους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι, σε ώσμωση με κινήματα ριζοσπαστικά και αριστερά, αμφισβητούσαν όχι μόνο τη βία του «ολοκληρωτικού» ιδρύματος, αλλά και την ίδια τη θεραπευτική συνιστώσα της ψυχιατρικής και την ύπαρξη της ψυχικής αρρώστιας. Η ψυχιατρική ταυτιζόταν με μηχανισμούς κρατικής καταστολής κάθε παρέκκλισης

και αμφισβήτησης του status quo, με στόχο την ακύρωση του λόγου του πάσχοντος μέσα από τη θετικιστική εφαρμογή του ιατρικού μοντέλου με έμφαση ταυτόχρονα στην ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής (Στυλιανίδης, 2009).

Σήμερα, βρισκόμαστε στην εποχή του αποϊδρυματισμού, της ριζικής αμφισβήτησης του ασύλου και της λογικής του, της ανάδειξης του ψυχικά πάσχοντα ως ισότιμου πολίτη με ενεργά δικαιώματα. Μόνο ένα ποσοστό 5% των ατόμων που πάσχει από σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές στον κόσμο ζουν σε ιατρικούς και κοινωνικούς θεσμούς προστασίας και θεραπείας (Στυλιανίδης, 2009). Ο κύριος όγκος των πασχόντων παραμένει στην κοινότητα, ζει στιγματισμένος, σιωπηλός, αποκλεισμένος, αλλά συνυπάρχει με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας. Η κοινότητα, η οικογένεια, το κοινωνικό δίκτυο διαχειρίζονται όπως μπορούν το άτομο και την καθημερινή του οδύνη.

Η κοινωνική-κοινοτική ψυχιατρική περιλαμβάνει τις αρχές, τις αξίες που μεταφράζονται σε πρακτικές, προκειμένου να παράσχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε τοπικές κοινότητες, να απαντήσει σε όλες τις ανάγκες ψυχιατρικής φροντίδας, αποκατάστασης και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών μέσα από ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σε ποιο όμως βαθμό, έκταση και βάθος το κατορθώνει; Πώς μπορούμε να κατανοήσουμε τη λειτουργία των διακηρύξεων υπέρ της κοινωνικής-κοινοτικής ψυχιατρικής όταν στην πράξη παραβιάζονται συχνότατα τα πλέον στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών;

Ο όρος «μεταρρύθμιση» συνεπάγεται μετασχηματισμό, τροποποίηση, αλλαγή, μετατροπή τόσο θεσμικών όσο και δομικών στοιχείων, που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Ο πολιτισμός, όπως τον έχει περιγράψει ο C. Geertz (1973), αποτελεί ένα «δίκτυο» σημασιών οι οποίες φέρονται από σύμβολα. Η νέα ψυχιατρική μεταρρυθμιστική κουλτούρα, αν θέλει να συγκροτήσει μια άλλη επιστημολογική αντίληψη και πρακτική σχετικά με την ιατρική, την παραδοσιακή, ιδρυματική ψυχιατρική, την εξουσία, το νόμο, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα συνταγματικά δικαιώματα των ασθενών, τις ανάγκες του, σύμφωνα με τον Στυλιανίδη (2009) επιβάλλεται να συγκροτήσει μια νέα ιστορική αφήγηση στην εποχή του μεταμοντερνισμού, ένα

άλλο δίκτυο σημασιών. «Με κέντρο το πάσχον υποκείμενο, μέσα από μια άλλη μεθοδολογία απαρτίωσης της βιογραφίας του υποκειμένου και των θεσμών, του ιατρικού λόγου, του θεραπευτικού λόγου και των διαφορετικών κλινικό-θεωρητικών ρευμάτων που τον καθορίζουν προκειμένου να νοηματοδοτηθούν και να ερμηνευτούν ανθρωπολογικά, ιστορικά, κοινωνιολογικά, αυτά που αλλάζουν στο χώρο της ψυχικής υγείας».

Διανύουμε μια ιστορική περίοδο που οι δυτικές κοινωνίες συνειδητοποιούν την έκρηξη των δαπανών για την υγεία, δημόσια και ιδιωτική, και απαιτείται από την Ψυχιατρική η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της, συχνά διαμέσου της εφαρμογής των κριτηρίων άσκησης των βασιζόμενων ενδείξεων ιατρικής (Evidence Based Medicine), χωρίς καμιά επιστημολογική, διαχειριστική, κλινική προετοιμασία και ανάπτυξη κριτικού λόγου. Η αρνητική τοποθέτηση από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι σε μια τέτοια λογική, ισοδυναμεί για τις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες με δραματική περικοπή των πόρων (Στυλιανίδης, 2009).

Ταυτόχρονα η κατάρρευση του κράτους πρόνοιας, οι διαρθρωτικές δυσκολίες υποστήριξης της κοινωνικής συνοχής στο πλαίσιο της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας, δημιουργεί εκρηκτικά προβλήματα ανισοτήτων, νέες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού, όχι μόνο των ευπαθών ομάδων, αλλά και ευρύτερων στρωμάτων πληθυσμού που διαβιούν κάτω από το όριο της φτώχειας. Η διαφαινόμενη μετατροπή της ψυχικής οδύνης και των κοινωνικών ανισοτήτων σε αντικείμενο και πρόβλημα προς άμεση διαχείριση της ψυχιατρικής, αναδεικνύει μια σαφή κοινωνική εντολή κοινωνικού ελέγχου σε ομάδες πολιτών που η κοινωνία και η πολιτική αδυνατούν (ή αρνούνται να επανεντάξουν κοινωνικά). Η διεύρυνση του χώρου της άσκησης της ψυχιατρικής, με παρεμβάσεις προληπτικού τύπου σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, σε έναν ρευστό και εκτεταμένο χώρο της προαγωγής της ψυχικής υγείας αποτελεί μια ιστορική συνισταμένη της εποχής μας, αλλά και ένα κομβικό ηθικό πρόβλημα για τον τρόπο άσκησης της ψυχιατρικής σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον (Patel, Saraceno, Kleinman 2006).

1.2. Ιστορική Ανασκόπηση της Ψυχιατρικής Φροντίδας στην Κύπρο

Στην Κύπρο γραπτές αναφορές για την ψυχιατρική φροντίδα υπάρχουν από τη δεύτερη περίοδο της τουρκοκρατίας, τη μετά Tanzimat¹ περίοδο, που οι επικίνδυνοι και οι διεγερμένοι ψυχικά ασθενείς κρατούνταν στις φυλακές όπως κάθε εγκληματίας κάτω από άθλιες συνθήκες. Ψυχικά ασθενείς οι οποίοι διέπρατταν κάποιο έγκλημα απαγχονίζονταν στο ικρίωμα δημοσίως (Γεωργιάδης, 1995).

Το 1878, όταν οι Άγγλοι κατέλαβαν την Κύπρο από την Οθωμανική Αυτοκρατορία διαπίστωσαν ότι υπήρχαν άθλιες υγειονομικές συνθήκες και δεν υπήρχαν ούτε κρατικά νοσοκομεία ούτε και «άσυλα φρενοβλαβών» στο νησί.

Στα πρώτα χρόνια της αγγλοκρατίας εφαρμόστηκαν από την αγγλική διοίκηση υγειονομικά μέτρα όπως το κτίσιμο νοσοκομείων, δημιουργία εξωτερικών ιατρείων, διορισμός γιατρών, κτίσιμο φαρμακείων και γενικών ιατρείων. Στη Λευκωσία από το 1878 μέχρι και το 1897, οι ψυχικά ασθενείς «κρατούνταν» στους ίδιους ακριβώς χώρους που κρατούνταν και οι φυλακισμένοι.

Στη σχετική έκθεση του Υπάτου Αρμοστή το 1880 καταγράφεται ότι ένα μέρος του Κονακιού Σαράϊ, (αρχοντικό στη Παλαιά Λευκωσία) όπου κρατούνταν φυλακισμένοι περιορίστηκε για να χρησιμοποιηθεί ως θάλαμοι «φρενοβλαβών».

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αγγλοκρατίας και μέχρι το 1932 η μεταχείριση των ψυχικά ασθενών διενεργείτο με βάση τον Οθωμανικό νόμο του 1876. Ο εν λόγω νόμος εφαρμόζοταν στην Κύπρο μέχρι το 1932, χρονιά που ψηφίστηκε ο «Περί Ψυχικώς Ασθενών Νόμος, 1931», ο οποίος αντικαταστάθηκε από τον περί «Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμο» που ψηφίστηκε το 1997.

¹ Μετά-Tanzimat περίοδος (1839-1878) είναι η δεύτερη περίοδος της Τουρκοκρατίας που χαρακτηρίζεται από διάφορες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις

Η άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να βρίσκονται εκτός πόλης αλλά και η αύξηση του αριθμού των ασθενών οδήγησε στη δημιουργία του Ασύλου της Αγίας Παρασκευής το οποίο λειτούργησε το Μάιο του 1912.

Στα επίσημα αρχεία και στις Ετήσιες Εκθέσεις του Αρχίατρου δεν γίνεται καμία αναφορά σε συγκεκριμένες θεραπευτικές μεθόδους. Προφανώς ο κύριος στόχος του Ασύλου ήταν η κράτηση των ψυχικώς ασθενών και η απομόνωσή τους από τον κόσμο. Συναφώς, αναφέρονται οι μορφές περιορισμού όπως: ο «εγκλεισμός σε δωμάτια φυλακές», η χρήση «μηχανικών δεσμών και μέσων» όπως «χειροπέδες, αλυσίδες και ζουρλομανδύες», οι οποίες αποτελούσαν μία συνηθισμένη πρακτική μέχρι και το 1946.

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1940 οι υπεύθυνοι στο ψυχιατρείο αρχίζουν να δηλώνουν κατηγορηματικά πως το ίδρυμα της Αγίας Παρασκευής δεν είναι Νοσοκομείο αλλά κέντρο για κράτηση και φύλαξη των ψυχικώς πασχόντων με αντικοινωνικές τάσεις. Το Μάιο του 1964 λειτούργησε το «Νέο Ψυχιατρείο Αθαλάσσας», το οποίο σήμερα έχει μετονομαστεί σε «Νοσοκομείο Αθαλάσσας».

Στη δεκαετία του 1980- 1990 η πολιτική των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, άρχισε δειλά- δειλά να αλλάζει και για πρώτη φορά εισάγονται οι έννοιες ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, αποϊδρυματοποίηση, κοινωνικοποίηση, κοινωνική- κοινοτική ψυχιατρική και μεταρρύθμιση. Στόχος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τα τελευταία χρόνια αποτελεί η μεταφορά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Κοινότητα εκτός του Ψυχιατρικού Ιδρύματος.

Οι νέοι τομείς προσφοράς υπηρεσιών, οι οποίοι συνεχώς ενισχύονται και επεκτείνονται, προορίζονται να αποτελέσουν τον πυρήνα των εναλλακτικών δομών, που είναι απαραίτητες για την επιτυχία ενός νέου σύγχρονου τρόπου παροχής της φροντίδας για τη ψυχική υγεία. Στόχος όπου συνάδει με τον τρόπο παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα δόθηκε έμφαση στα προβλήματα ψυχικής υγείας της παιδικής ηλικίας, με ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και έφηβους, καθώς επίσης και στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων.

1.3. Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Για την επιτυχή μεταφορά του κέντρου βάρους των υπηρεσιών από το Νοσοκομείο Αθαλάσσας στην κοινότητα, αναπτύχθηκε ένα πλήρως οργανωμένο σύστημα υποστήριξης-περίθαλψης, με ψυχιατρικές κλινικές στα Επαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, κέντρα συμβουλευτικής στήριξης, προστατευόμενες κατοικίες, κέντρα ημέρας, μονάδες εργασιακής αποκατάστασης και κέντρα απεξάρτησης. Σε κάθε δομή παρέχουν φροντίδα ψυχίατροι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές. Η δημιουργία ενός τέτοιου δικτύου επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες, γεγονός που οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας και στη μείωση του χρόνου θεραπείας και αποκατάστασης.

1.3.1. Δραστηριότητες – Τομείς Προσφοράς

Η πρόληψη, θεραπεία και μείωση των επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών, παράλληλα με την προσπάθεια μείωσης των παραγόντων εκείνων που εμποδίζουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να αναζητήσουν βοήθεια, όπως είναι το στίγμα και η προκατάληψη και οι μύθοι γύρω από την ψυχική νόσο, αποτελούν προτεραιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην επικράτεια της Κυπριακής Δημοκρατίας (Ετήσια Έκθεση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2008). Εκτός από το καθαυτό έργο της κλινικής εργασίας με ασθενείς, το προσωπικό αναλαμβάνει και δράσεις με παρεμβάσεις που γίνονται τόσο με την καθημερινή επαφή του με ασθενείς, τις οικογένειές τους και το γενικό πληθυσμό, όσο και με σχεδιασμένες από πριν ενέργειες και εκδηλώσεις. Οι δραστηριότητες στοχεύουν στην:

- *Σταδιακή, χρόνο με το χρόνο, αποκέντρωση των Υπηρεσιών και δικτύωση στο γενικό πληθυσμό.*
- *Διευκόλυνση της πρόσβασης του πληθυσμού προς τις Υπηρεσίες με*
 - *α) τη λειτουργία εξωτερικών ιατρείων σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ),*
 - *β) την περαιτέρω επέκταση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στις κοινότητες, με τον καθορισμό περιοχής ευθύνης για κάθε νοσηλευτή και τις επαφές με την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλους φορείς,*

- ο γ) τη σύνδεση και συνεργασία των λειτουργών της Κοινοτικής Ομάδας Ψυχικής Υγείας με την ομάδα της ΠΦΥ.

1.3.2. Εξωνοσοκομειακές Δομές

Ο επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία βασική δράση προκείμενου να αναπτυχτεί η προαγωγή της υγείας. Επιπρόσθετα ο επαναπροσανατολισμός, αποτελεί συλλογική ευθύνη και όλοι πρέπει να συνεργασθούν για την ανάπτυξη και βελτίωση του συστήματος φροντίδας υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να καλύψουν ένα ευρύτερο χώρο παροχής φροντίδας υγείας πέρα από το νοσοκομειακό, και να δημιουργήσουν διαύλους επικοινωνίας ανάμεσα στον τομέα της υγείας και τους άλλους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς τομείς.

Στην Κύπρο, οι εξωνοσοκομειακές δομές δημιουργήθηκαν για να καλύψουν ανάγκες της κοινότητας και στους τρεις άξονες παροχής υπηρεσιών, την Κοινοτική Φροντίδα Ψυχικής Υγείας, την Παιδική και Εφηβική Ψυχιατρική και τον Τομέα Ουσιοεξάρτησης. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αντιλαμβανόμενες τη σημασία της προαγωγής υγείας και των πλεονεκτημάτων της έχουν κάνει ήδη σημαντικά βήματα στην ανάπτυξη διαφόρων προληπτικών υπηρεσιών κυρίως μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.3.3. Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)

Για την ανάπτυξη των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα και την εφαρμογή των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, η Κύπρος διαχωρίστηκε σε πέντε γεωγραφικές περιοχές - τομείς ευθύνης- και έχουν δημιουργηθεί τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στα οποία στεγάζονται τα δύο (2) Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας στη Λευκωσία, ένα (1) στη Λεμεσό, ένα (1) στη Λάρνακα/Ελεύθερη Αμμόχωστο και ένα (1) στην Πάφο. Τα Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας μαζί με τα εξωτερικά ιατρεία, τα συμβουλευτικά κέντρα και τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ασχολούνται με προβλήματα ψυχική υγείας ενηλίκων.

1.3.4. Κοινωνική Ψυχική Υγείας

Οι Υπηρεσίες έχουν αναπτύξει με επιτυχία το Πρόγραμμα της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας, το οποίο λόγω της ιδιαιτερότητας του αντικειμένου, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στο τρόπο δικτύωσης, οργάνωσης και λειτουργίας της για την παροχή υπηρεσιών.

Το πρόγραμμα στηρίζεται στην «αρχή της τομεοποίησης», με την ελεύθερη Κύπρο, να είναι χωρισμένη σε πέντε (5) τομείς. Ο κάθε τομέας έχει τη δική του Διεπαγγελματική Ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, εργοθεραπευτής, νοσηλεύτης). Η γεωγραφική έκταση του κάθε τομέα υποδιαιρείται σε μικρότερες περιοχές όπου και ο κάθε κοινοτικός νοσηλεύτης παρέχει τις υπηρεσίες του στη περιοχή της δικής του ευθύνης. Συνολικά από τις υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας, το 2008, παρακολουθούνταν 1588 εγγεγραμμένοι ασθενείς και πραγματοποιήθηκαν 18,072 επισκέψεις από 70 νοσηλευτικούς λειτουργούς (Πίνακας Ι).

Με την ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας επιτυγχάνεται:

- *Η δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής ψυχικής υγείας σε όλα τα επίπεδα: πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης,*
- *αυξημένη πρόσβαση στις υπηρεσίες κοινωνικής νοσηλευτικής, αφού βρίσκονται στην κοινότητα (κέντρα υγείας, συμβουλευτικά κέντρα),*
- *καλύτερη ποιότητα θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ των κοινοτικών νοσηλευτών και των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας,*
- *παράλληλη μείωση ή συγκράτηση του κόστους άλλων υπηρεσιών, όπως της εσωτερικής νοσηλείας, και*
- *αποσυμφόρηση άλλων δομών όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία.*

Πίνακας Ι. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας

ΤΟΜΕΑΣ	Αριθμός ασθενών 2007	Αριθμός κατ' οίκον επισκέψεων 2007	Αριθμός ασθενών 31.12.08	Αριθμός κατ' οίκον επισκέψεων 2008	Αριθμός ασθενών 31.12.09	Αριθμός κατ' οίκον επισκέψεων 2009
Λευκωσία - Τομέας Α΄	399	4817	378	4 670	360	4 543
Λευκωσία - Τομέας Β΄	476	5859	512	5 607	502	5240
Τομέας Λεμεσού	297	4140	276	2 581	267	3 131
Τομέας Λάρνακας / Ελεύθερης Αμμοχώστου	255	2822	267	3 136	265	2856
Τομέας Πάφου	137	1643	155	2 078	149	1 997
ΣΥΝΟΛΟ	1564	19281	1 588	18 072	1 543	17 767

Πηγή: (Ετήσιες Εκθέσεις Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας 2007, 2008, 2009)

1.3.5. Εξωτερικά Ιατρεία

Το δίκτυο εξωτερικών ιατρείων επεκτείνεται και αναβαθμίζεται συνεχώς, αφενός μεν για να καταστήσει δυνατή την εύκολη και έγκαιρη πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σε αυτά, αφετέρου δε να διευκολύνει την ολοκληρωμένη ψυχιατρική παροχή και φροντίδα ώστε να μειωθεί η ανάγκη νοσοκομειακής φροντίδας.

Τα εξωτερικά ιατρεία πέραν από τους ψυχιάτρους είναι στελεχωμένα με κλινικούς ψυχολόγους, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές οι οποίοι ως ομάδα προσφέρουν προγράμματα ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας, παρεμβάσεις σε κρίση ή και σε υποτροπές. Το 2008 οι επισκέψεις ασθενών των εξωτερικών ιατρείων ανήλθαν στους 50,267 ασθενείς (Πίνακας ΙΙ).

Πίνακας II. Επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία

Ψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία	2005	2006	2007	2008	2009
Εξωτερικά Ιατρεία Π.Γ.Ν.Λευκωσίας	1 664	1 577	1 661	1 816	1 858
Εξωτερικά Ιατρεία Αγγλντζιάς	1 888	2 003	2 097	2 031	2 086
Εξωτερικά Ιατρεία Καϊμακλίου	1 710	1 867	2 200	2 420	2 703
Εξωτερικά Ιατρεία Λατσιών	755	812	970	1 115	1 134
Εξωτερικά Ιατρεία Ιδαλίου	571	591	777	1 002	1 047
Εξωτερικά Ιατρεία Στροβόλου	3 730	6 054	6 116	5 609	5 800
Εξωτερικά Ιατρεία Αγ.Δομετίου	1 130	1 087	1 344	1 375	1 502
Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατρικής Κλινικής	6 523	2 549	-----	-----	-----
Εξωτερικά Ιατρεία Λακατάμειας		572	994	1 193	1 557
Εξωτερικά Ιατρεία Ευρύχου (κινητή μονάδα)		120	159	159	226
Εξωτερικά Ιατρεία Πεδουλά (κινητή μονάδα)		36	-----	41	37
Εξωτερικά Ιατρεία Ακακίου	-----	-----	134	250	262
Εξωτερικά Ιατρεία Έγκωμης*	938	840	-----	-----	468
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Αθαλάσσιας			600	586	306
	14 525	15 169			
Εξωτερικά Ιατρεία Παλαιού Νοσοκ.Λεμεσού			15 800	14 995	16 006
	8 675	7 530			
Εξωτερικά Ιατρεία Παλιού Νοσοκ.Λάρνακας	1 945	2 006	7 751	6 974	6 675
Εξωτερικά Ιατρεία Παραλιμνίου	834	744	1 907	2 423	2 820
Εξωτερικά Ιατρεία Κοφίνου	491	448	606	704	760
Εξωτερικά Ιατρεία Αθηνού			494	438	300
	7 240	6 618			
Εξωτερικά Ιατρεία Γ.Ν.Πάφου	168	190	5 993	6 840	7 819
Εξωτερικά Ιατρεία Πόλης Χρυσοχούς			262	296	362
ΣΥΝΟΛΟ	51 770	50 813	49 865	50 267	53 728

Πηγή: (Ετήσιες Εκθέσεις Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας 2006, 2007, 2008, 2009)

1.3.6. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Οι μονάδες αυτές είναι εξωνοσοκομειακές δομές που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και εργοδότησης, παράλληλα προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Οι δομές αυτές είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν την επιστημονική ευθύνη και των εθελοντικών οργανώσεων. Τέτοιες δομές είναι: Η Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.ΕΡ.Α.) και τα Κέντρα Ημέρας.

1.3.6.1. Μονάδες Εργασιακής Αποκατάστασης

Η Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης λειτουργεί σε συνεταιριστική μορφή, με κύριους συντελεστές τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και το Σύνδεσμο Προστασίας Ψυχικής Υγείας. Σκοπός της Μονάδας Εργασιακής Αποκατάστασης είναι η πολύπλευρη στήριξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας ώστε να πετύχουν μια ικανοποιητική και αποδοτική επανένταξη στην αγορά εργασίας.

1.3.6.2. Κέντρα Ημέρας

Κέντρα Ημέρας είναι ενδιάμεσες δομές στην κοινότητα με προγράμματα που στοχεύουν στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη χρόνιων ασθενών έτσι ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητά τους στο κοινωνικό σύνολο. Αποτελούν συνεταιριστικά κοινοτικά προγράμματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με οργανωμένους συνδέσμους ψυχικής υγείας και με οικονομική στήριξη του Τμήματος Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας και επιδιώκουν:

- *Την ενεργό συμμετοχή των ιδίων των ατόμων στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής επανένταξης,*
- *την ευαισθητοποίηση και εμπλοκή των εθελοντών, των κοινοτικών παραγόντων και φορέων στα προγράμματα και δραστηριότητες του Κέντρου,*
- *τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων.*

Στη Λευκωσία λειτουργούν δύο Κέντρα Ημέρας -ένα στον κάθε Τομέα-, ένα στη Λεμεσό και ένα στη Λάρνακα. Στα Κέντρα Ημέρας λειτουργούν θεραπευτικές ομάδες, προσφέρονται δημιουργικές δραστηριότητες για απόκτηση κοινωνικών και οικιακών δεξιοτήτων και εναλλακτικές θεραπείες όπως Δραματοθεραπεία, Μουσικοθεραπεία και Εικαστική Θεραπεία.

1.3.7. Τομέας Ουσιοεξαρτήσεων

Το συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών στον τόπο μας, οι πολυδιάστατες και ανησυχητικές μορφές που αυτό παίρνει και η ανάγκη συνεχούς αναπροσαρμογής της ανταπόκρισης της πολιτείας στις προκύπτουσες ανάγκες, οδήγησε τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην προώθηση προγραμμάτων τα οποία στοχεύουν και στα τρία επίπεδα πρόληψης. Το κέντρο βάρους των υπηρεσιών φαίνεται από την πιο πάνω περιγραφή ότι έχει δοθεί στις εξωνοσοκομειακές δομές (Παράρτημα Ι Παρουσίαση Δομών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Βασικές Έννοιες και Λειτουργικοί Ορισμοί

2.1.1. Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου και συν.(2000), ψυχικά υγής είναι αυτός που δεν πάσχει από ψυχικό νόσημα. Ένα κριτήριο που είναι εναρμονισμένο με την κοινή λογική, δεν είναι όμως αρκετό, για αυτό το λόγο έχουν εκφραστεί κριτήρια που προσπαθούν να κατατάξουν την ψυχική υγεία.

Ένας ορισμός που χρησιμοποιείται ευρύτερα και βασίζεται στην κλινική εκτίμηση, θεωρεί κριτήριο ψυχικής υγείας την εναισθησία (αναγνώριση του παθολογικού) της προηγηθείσας ψυχοπαθολογίας. Έχει σχετική αξία γιατί αναφέρεται μόνο στα άτομα με ιστορικό ψυχιατρικής και μάλιστα ψυχωσικής τάξης.

Ένα δεύτερο κριτήριο ψυχικής υγείας είναι αυτό της άριστης λειτουργικότητας, που θεωρείται όμως μια ουτοπική προσέγγιση.

Μια τρίτη προσέγγιση είναι η στατιστική προσέγγιση. Κρίνεται η «φυσιολογικότητα» του ατόμου με βάση αποδεκτά κριτήρια. Η μέγιστη πλειονότητα παριστά το φυσιολογικό ενώ τα δύο άκρα εκφράζουν τις αποκλίσεις από τη μέση τιμή και επομένως το μη φυσιολογικό. Κάτι όμως που παραβλέπει την αξία του να ανήκει κανείς σε ένα από τα δύο άκρα. Στην περίπτωση για παράδειγμα που γίνεται καταμέτρηση δημιουργικότητας, ταλέντου, νοημοσύνης, μουσικής μνήμης, είναι βέβαιο ότι θα ήταν ευλόγιο να βρίσκεται κανείς στο ένα άκρο και με χαρά θα δεχόταν να αποκλίνει από το φυσιολογικό.

Μια τέταρτη προσέγγιση είναι αυτή της αναπτυξιακής διαχρονικής εκτίμησης που θεωρεί φυσιολογικό το άτομο που έχει περάσει ομαλά όλα τα στάδια ανάπτυξης και ωρίμανσης της προσωπικότητάς του.

Ένα άλλο κριτήριο αποτελεί αυτό της αποδεκτής κοινωνικής συμπεριφοράς. Η αποδεκτή όμως κοινωνική συμπεριφορά δεν αποτελεί πάντοτε κριτήριο «φυσιολογικότητας» και ούτε η αποκλίνουσα συμπεριφορά αποτελεί ασθένεια. Μάλιστα πολλές φορές απαιτείται μεγάλη

ψυχική δύναμη να μπορεί κάποιος να αποκλίνει από αυτό που θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό, όταν όλοι οι άλλοι έχουν απλά συμβιβαστεί.

Τέλος, κριτήριο αποτελεί το πώς νιώθει το κάθε άτομο το οποίο λογικά θα έπρεπε να αποτελούσε ένα σχετικά ασφαλές κριτήριο «φυσιολογικότητας». Για να εκτιμηθεί όμως η φυσιολογική συμπεριφορά απαιτείται η συνεκτίμηση όλων των πιο πάνω κριτηρίων που έχουν αναφερθεί. Σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1948), υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Μεγάλη σημασία έχει, πέρα από το γεγονός ότι δίνεται έμφαση στη βιοψυχοκοινωνική διάσταση, η έμφαση που δίνεται στο στοιχείο της ευεξίας. Ένα στοιχείο που έχει αξιοποιηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια με την προοδευτικώς αυξανόμενη έμφαση που δίνεται στη παράμετρο ποιότητα ζωής.

Με τον ορισμό του ΠΟΥ για την ψυχική υγεία δίνεται έμφαση στο στοιχείο της ευεξίας και ορίζει την ψυχική υγεία ως την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, στην οποία το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στη κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του επιτεύγματα. Μέσα από τον εν λόγω ορισμό δίνεται επίσης έμφαση στη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, στην οποία απαιτείται η συμβίωση και η ικανότητα του ατόμου να συλλειτουργεί με τους άλλους συνανθρώπους του.

2.1.2. Ψυχικές Διαταραχές

Με τον όρο ψυχικές διαταραχές αναφερόμαστε στην ενιαία ψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου και όχι σε όργανα ή συστήματα οργάνων όπως συμβαίνει στις άλλες ειδικότητες της ιατρικής. Οι ψυχικές διαταραχές αντανακλούν τη προσωπική ιστορία του ατόμου και είναι άμεσα συνδεδεμένες με το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο εκτυλίσσεται και διαμορφώνεται η ζωή του (Στεφανής και συν, 1991). Για το λόγο αυτό και η μελέτη αλλά και η σωστή αντιμετώπιση των διαδικασιών που οδηγούν στην ψυχιατρική διαταραχή προϋποθέτουν

γνώσεις που καλύπτουν όλο το φάσμα των βιολογικών και κοινωνικών μεταβλητών που καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Οι ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν μία ενότητα, είτε στη φαινομενολογία τους είτε στις αιτιοπαθογενετικές και άλλες συναρτήσεις τους. Δεν αποτελούν πάγια κατάσταση, ούτε αναγκαστικά ρυθμίζουν το σύνολο της συμπεριφοράς του ατόμου όταν υπάρχουν. Στην πλειονότητά τους είναι παροδικές (με ή χωρίς επέμβαση) και αφήνουν το περιθώριο στο άτομο να δρα ανεξάρτητα από αυτές. Οι ψυχικές διαταραχές ανεξάρτητα από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώνονται είναι αδιάσπαστα δεμένες με την προσωπικότητα του ατόμου. Γι' αυτό και εκδηλώνονται με αντιδράσεις που χαρακτηρίζουν και την προσωπικότητα του ατόμου (Ραγιά, 2004).

Υπάρχουν τρεις παράμετροι που θεωρούνται ότι συνθέτουν τη σύγχρονη αντίληψη για την αιτιοπαθγένεση αλλά και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών: η βιολογική, η ψυχολογική και η ψυχοκοινωνική προσέγγιση.

Μέσα από το βιολογικό μοντέλο γίνεται αναφορά στο ιατρικό μοντέλο που διαμορφώθηκε από τις γνώσεις που αποκτήθηκαν σχετικά πρόσφατα από τη νευροχημική έρευνα, την ψυχοφαρμακολογία, τη γενετική και τις σύγχρονες νευροαπεικονιστικές τεχνικές. Οι πρόοδοι στο βιολογικό τομέα συνέβαλαν στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων όχι πια εμπειρικά αλλά με επίγνωση του μηχανισμού δράσης των βιολογικών θεραπευτικών μέσων.

Το πλαίσιο αναφοράς της κλινικής Ψυχιατρικής παρέμεινε βασικά ιατρό -νοσολογικό και τόσο το σκεπτικό όσο και η πρακτική της αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών έμειναν σταθερά προσηλωμένες σε κανόνες και ορολογία καθιερωμένες από την ιατρική παράδοση (Στεφανής και συν, 1991). Αμφισβήτηση της ορθότητας και ωφελιμότητας της ιατρικής αντίληψης της ψυχικής διαταραχής εκφράζονται από την αντί-ψυχιατρική κίνηση, η οποία υποστηρίζει ότι η ψυχιατρική διαταραχή δεν είναι νόσος αλλά ο «διαίτερος» τρόπος με τον οποίο το άτομο βιώνει και εκφράζει την κοινωνική του ύπαρξη. Υποστηρίζει επίσης ότι η διαγνωστική διαδικασία

αποτελεί απόπειρα περιορισμού και στιγματισμού της ατομικότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς με σκοπό την πειθάρχηση της στις επιταγές του εκάστοτε κατεστημένου.

Η χρήση του όρου νόσος επιστημολογικά είναι δικαιολογημένος από την ψυχιατρική αφού σύμφωνα με το νόμο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, με τον όρο «νόσος» χαρακτηρίζεται η κατάσταση του οργανισμού που συνεπάγεται πόνο, αναπηρία, θάνατο ή διαταραχή της ευεξίας του ατόμου. Ο όρος έχει αξιολογική υπόσταση αφού είναι συναρτημένος με την αντίληψη που έχει διαμορφώσει ο άνθρωπος για την αξία της ζωής (Στεφανής και συν., 1991).

Στα πλαίσια της ψυχολογικής θεώρησης γίνεται αναφορά στα τέσσερα κύρια πρότυπα ψυχολογικής θεώρησης: το Ψυχαναλυτικό, το Συμπεριφορικό, το Γνωσιακό και το Συστημικό. Κάθε μια από τις Σχολές έχει συμβάλει θετικά στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σκέψης, αφού έχει εκφράσει βασικές αρχές μεθόδους και θεωρίες της ψυχοπαθολογίας αλλά και χειρισμού της ψυχικής ασθένειας.

Στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής θεώρησης γίνεται αναφορά στους στρεσογόνους παράγοντες και ιδιαίτερα στα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής και τονίζεται η σημασία όχι μόνο των οξέων περιορισμένης διάρκειας γεγονότων, αλλά και αυτών που έχουν εξακολουθητικές επιπτώσεις. Ο Scasz (1960), πρωτορήτορας της αντιψυχιατρικής, αναφέρει ότι η ψυχική αρρώστια είναι ένας μύθος που μεταμφιέζει και κάνει πιο εύληπτο το πικρό χάπι των ηθικών συγκρούσεων που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο Laing (1971), εκπρόσωπος της νέοϋπαρξιστικής σκέψης, αναφέρει ότι η ψύχωση είναι η μόνη δυνατή άμυνα του ατόμου απέναντι σε ένα παράλογο και άδικο κόσμο που υπονομεύει την ατομικότητα με τις αντιφατικές του απαιτήσεις. Η Σχιζοφρένεια είναι η απόφαση του ατόμου να απαγκιστρωθεί από την επιρροή του άρρωστου περιβάλλοντος και ν' ανακτήσει το γνήσιο εαυτό του.

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου και συν. (2000), η προσέγγιση των ψυχοπαθολογικών προβλημάτων πρέπει να βασίζεται και στις τρεις παραμέτρους. Αν και οι γνώσεις για το βιολογικό υπόστρωμα των ψυχικών διαταραχών είναι εντυπωσιακές, η μονοδιάστατη θεώρηση δεν είναι επιτρεπτή (Αλεβίζος, 2000). Οι βιοχημικές διεργασίες που διέπονται των ψυχικών

εκδηλώσεων και της συμπεριφοράς δέχονται την επίδραση το περιβάλλοντος και επηρεάζονται από την υποκειμενική σημασία που έχουν για το άτομο τα βιώματα από το περιβάλλον. Οι νευροανατομικές μεταβολές στον εγκέφαλο μπορεί να συνδέονται αιτιολογικά με τις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις του περιβάλλοντος και τη σημασία που έχουν για το άτομο αυτές οι επιδράσεις. Έχει διαπιστωθεί ότι τα ψυχοτραυματικά γεγονότα, στα αρχικά στάδια της ζωής, ευαισθητοποιούν υποδοχείς και οδηγούν σε ευπάθεια, σε κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2000) ο συνδυασμός βιολογικής θεραπείας (φαρμακοθεραπείας) και ψυχοκοινωνικής θεραπείας (ψυχοθεραπεία, κοινωνική αποκατάσταση) αντιπροσωπεύει την καλύτερη θεραπεία αφού οι δύο προσεγγίσεις έχουν αθροιστικό συνεργικό αποτέλεσμα.

2.1.3. Ορισμός της Σοβαρής Ψυχικής Ασθένειας

Ψυχική νόσος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία με τον συνάνθρωπο του (Χριστοδούλου και συν., 2000).

Μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες, ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Κατά την ιατρική θεώρηση, η ψυχική αρρώστια είναι ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις στην αντίληψη, την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων της ζωής καθώς και τον τρόπο εκπλήρωσης των ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών (Ραγιά, 2004). Κατά τη στατιστική θεώρηση της ψυχικής αρρώστιας, η συμπεριφορά ή τα ψυχολογικά στοιχεία που παρεκκλίνουν από τον μέσο όρο του φυσιολογικού, θεωρούνται νοσηρές διαταραχές. Η κοινωνική θεώρηση ή η πολιτιστική προοπτική θεωρεί την ψυχική αρρώστια ως διαπροσωπική παρέκκλιση από τα κριτήρια της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς και ως διάσπαση και ανεπάρκεια στην εκπλήρωση των κοινωνικών ρόλων.

Παρά τις διάφορες ερμηνείες για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας είναι γενικά παραδεκτό ότι η ψυχική αρρώστια είναι διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών και παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά κοινωνικά σταθμά (Ραγιά, 2004). Η ψυχική αρρώστια είναι σύνθετο πρόβλημα που μελετάται σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες, την ιατρική, στατιστική, προσωπική, διαπροσωπική, κοινωνική και πολιτιστική. Οι ψυχικές διαταραχές στο

σύνολό τους ανεξάρτητα από την αιτιολογία τους θίγουν το άτομο στις βιωματικές και κοινωνικές του λειτουργίες και εκδηλώνονται κατά κύριο λόγο στη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια αξιολογούνται με ψυχολογικά- κοινωνικά κριτήρια (Ραγιά, 2004).

Κριτήρια της ψυχικής αρρώστιας θεωρούνται οι διαταραχές στην αντίληψη, το συναίσθημα, τη σκέψη, την κρίση, τη βούληση, τη συνείδηση, την επικοινωνία, τη συμπεριφορά και τον προσανατολισμό ως προς το χώρο, το χρόνο και το πρόσωπο. Άλλη περιγραφή της ψυχικής αρρώστιας τονίζει την απώλεια του νοήματος της ζωής καθώς και τη διαταραχή στην ενδοψυχική ισορροπία του προσώπου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην προσωπικότητα του, στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, μέχρι την απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Για την κατανόηση της ψυχικής αρρώστιας είναι απαραίτητο να μελετηθεί η ακαταλληλότητα της συμπεριφοράς, να εκτιμηθεί ο βαθμός της νοσηρότητας και ανεπάρκειας της ψυχικής λειτουργίας και να αξιολογηθούν οι συνέπειες της συμπεριφοράς στο συγκεκριμένο άτομο και στο περιβάλλον του (Ραγιά, 2004).

Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής, ή διαταραχής της σκέψης, ή διαταραχή της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου (Μάνος, 1997). Είναι φανερό ότι δεν είναι εύκολο να τραβήξει κανείς μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο τι είναι ακριβώς φυσιολογικό και τι είναι ψυχική ασθένεια.

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας, είναι κυρίαρχη στον κλάδο της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών. Αποκτά όμως διαφορετική σημασία ανάλογα με την επιστήμη και το χωροχρόνο. Η σχετικότητα της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, δεν πρέπει όμως να μας κάνει να πιστέψουμε πως δεν συλλαμβάνεται νοητικά ή πως δεν υπάρχει αντικειμενικά. Πρέπει να καθιστά ιδιαίτερα προσεκτικούς, όσους ασχολούνται επαγγελματικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί η ψυχική ασθένεια στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και στον κοινωνικό περίγυρό του.

Η δυσκολία περιγραφής και ορισμού που υπάρχει, προκύπτει περισσότερο λόγω της αδυναμίας των λέξεων να περιγράψουν με ακρίβεια, όλο το φάσμα της ανθρώπινης ύπαρξης. Ενδεικτικό

της κατάστασης, είναι ότι για παράδειγμα κάθε πολιτεία των Η.Π.Α. έχει τον δικό της ορισμό για την ψυχική ασθένεια. Έτσι, στην πολιτεία της Ν. Υόρκης η «ψυχική ασθένεια» είναι μία κατάσταση που εκδηλώνεται με ψυχική νόσο ή ψυχική κατάσταση η οποία εμφανίζεται ως διαταραχή στη συμπεριφορά, στη σκέψη, στην κρίση, ή στα συναισθήματα τόσο ώστε το άτομο να χρειάζεται φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση.

Αντιθέτως, στην πολιτεία του Connecticut, ένα «ψυχικά άρρωστο άτομο είναι ένα άτομο που παρουσιάζει μια ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση που έχει ουσιαστικές δυσμενείς επιδράσεις στην ικανότητά του να λειτουργεί και το οποίο χρειάζεται φροντίδα και θεραπεία και αποκλείονται από αυτή την κατηγορία τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ουσίες άτομα (Falk, 2001).

Πολλές πολιτείες δεν συμπεριλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση ή τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών στον ορισμό τους για την ψυχική ασθένεια. Έτσι, είναι πρόδηλο ότι προκειμένου να αξιολογήσουμε και να καθορίσουμε την ψυχική ασθένεια, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη και ορισμένα κοινωνικά κριτήρια, όπως για παράδειγμα το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς, με βάση το οποίο μη υγιής θεωρείται εκείνος που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των υπόλοιπων μελών της κοινότητας.

Επίσης το κριτήριο της κλινικά διαπιστωμένης απουσίας της ψυχικής νόσου, το οποίο ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Επιπλέον το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής που δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς. Τέλος, το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας, με το οποίο τα άτομα διαφοροποιούνται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας (Falk, 2001).

Εκτός από τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν και ορισμένα άλλα, συμπληρωματικά, που θεωρούνται ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στον εκάστοτε κοινωνικό του χωροχρόνο. Ως τέτοιο, θα μπορούσε να αναφερθεί η ενεργητική προσαρμογή του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον που θα του επιτρέψει να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες, δηλαδή τις βιολογικές, ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές ανάγκες. Επίσης, η

επίγνωση της προσωπικής του ταυτότητας και του σκοπού της ζωής του, των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις και του κοινωνικού και φυλετικού του ρόλου. Τέλος, η αντοχή στο στρες που του δημιουργεί το περιβάλλον του.

Ο όρος «ασθενείς που πάσχουν από Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια» περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες όπως Σχιζοφρένεια, Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή, Διπολική Διαταραχή [Μανίοκατάθλιψη], Μείζονα Κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία (Παραληρητική μελαγχολία), Ψύχωση οφειλόμενη στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, Οργανική Ψύχωση και Βραχεία Ψυχωτικά Επεισόδια. Ένα συνώνυμο για αυτές τις ασθένειες είναι «Ψυχωσική Διαταραχή» (Χριστοδούλου και συν., 2000).

Είναι γνωστό ότι οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να διαφέρουν στο βαθμό σοβαρότητάς τους, έτσι ακόμη και τα πιο κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας, αν αξιολογηθούν ως σοβαρά από το θεράποντα ιατρό, μπορεί να αντιμετωπιστούν εφαρμόζοντας τις ίδιες αρχές φροντίδας της υγείας, όπως αυτές που θα περιγραφούν για τους ασθενείς των οποίων η ασθένεια έχει χαρακτηριστεί σοβαρή με βάση τον παραπάνω ορισμό. Επιπλέον, ασθένειες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλό βαθμό επικινδυνότητας ή επιφέρουν σημαντικές αναπηρίες στον ασθενή ή τους άλλους, θα πρέπει να περιγράφονται ως σοβαρές. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας για αυτοκτονία, κάποιες διαταραχές πρόσληψης τροφής [ψυχογενής ανορεξία] και ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, θα μπορούσαν να οριστούν ως σοβαρή ψυχική ασθένεια και να «ενταχθούν» στο ίδιο σύστημα φροντίδας.

Σύμφωνα με τους Χριστοδούλου και συν. (2000), η εξοικείωση με την αντίληψη ότι η αρρώστια και η υγεία προσδιορίζονται όχι μόνο από βιολογικές αλλά και από ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές συνιστώσες, παράλληλα με την απαλλαγή από το φόβο και την προκατάληψη για τη ψυχική ασθένεια, έχει ως έλεσμα την αλλαγή στάσης απέναντι στον ψυχικώς πάσχοντα. Η αλλαγή στάσης προκύπτει από την συνειδητοποίηση ότι η ψυχική και η σωματική αρρώστια δεν είναι παρά ποιοτικές παραλλαγές του ίδιου φαινομένου, χρησιμοποιούν τους ίδιους φυσιολογικούς και βιοχημικούς παθογενετικούς διαύλους και απλώς διαφοροποιούνται στο τρόπο κλινικής έκφρασης.

2.1.4. Στίγμα: Ιστορική Αναδρομή

Η λέξη στίγμα ανάγεται στην αρχαία Ελλάδα, αφού ο όρος «στίγμα» αρχικά αναφέρθηκε στο ανεξίτηλο σημάδι που αφηνόταν στο δέρμα μετά από χάραξη του με ένα αιχμηρό εργαλείο για να προσδιορίζει τους αλήτες ή τους σκλάβους (Thornicroft, 2005). Από τις 315.000 του συνολικού πληθυσμού της Αττικής και της Αθήνας, οι 115.000 ήταν σκλάβοι. Σε μια προσπάθεια των ελλήνων να εξασφαλιστεί η πολύτιμη ιδιοκτησία τους και για την βεβαίωση ότι οι σκλάβοι δεν θα δραπέτευαν, ή και αν δραπέτευαν θα επιστρέφονταν στους ιδιοκτήτες τους, οι Έλληνες «σημάδευαν» τους σκλάβους τους στην επιδερμίδα με ένα εργαλείο σημαδέματος και το σημάδι αυτό το αποκαλούσαν «στίγμα». Το σημάδι που προέκυψε οδήγησε στη μεταφορική χρήση της λέξης «στίγματος» να αναφέρεται στα λεκιασμένα ή λερωμένα άτομα ως απαράδεκτα διαφορετικά από τους «κανονικούς» ανθρώπους με τους οποίους αλληλεπιδρά, και ο στιγματισμένος αποσπά κάποια μορφή κοινοτικής κύρωσης (Thornicroft, 2005).

Σήμερα η χρήση των λέξεων «στίγμα» και «στιγματισμός» αναφέρεται σε ένα αόρατο σημάδι της αποδοκιμασίας που επιτρέπει στα μέλη μιας συγκεκριμένης ομάδας να σύρει μια γραμμή γύρω από αυτό που θεωρεί «ξένο». Αυτός ο τρόπος οροθεσίας επιτρέπει στα μέλη μιας ομάδας να ξέρουν ποιος είναι «μέσα» και ποιος είναι «εκτός» διατηρώντας παράλληλα την αλληλεγγύη αλλά και τη δυνατότητα να αποκλείει όποιον παρεκκλίνει από τους κανόνες (Falk, 2001).

Μεταφορικά το στίγμα είναι ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαρύνει οριστικά κάποιον. Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2006) στιγματίζω σημαίνει σημαδεύω, κατηγορώ, επικρίνω κάποιον με οξύτητα, του αποδίδω ένα βαρύ χαρακτηρισμό που έχει ως αποτέλεσμα την οριστική ηθική του μείωση ή εξόντωση.

Το φαινόμενο του στιγματισμού και της απομόνωσης των κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από ανίατες ασθένειες δεν εμφανίζεται μόνο στα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Λιάκος 1995). Σε διάφορες εποχές και κοινωνίες, πολλές ήταν οι ασθένειες που πήραν το χαρακτήρα του «στίγματος», όπως ο καρκίνος, η φυματίωση, το Aids. Οι διαταραχές που στιγματίζονταν θεωρούνταν ανυπόληπτες και εξευτελιστικές. Αναμφίβολα όμως, η πιο στιγματισμένη μεταξύ όλων είναι η ψυχική νόσος.

Η έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της και οι εκδηλώσεις της νόσου, η αλλόκοτη και ανεξήγητη μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου και η αλλοίωση των ψυχικών και πνευματικών λειτουργιών έχουν προκαλέσει τη σύνδεσή της με μαγικές επιδράσεις (Οικονόμου, 2005). Στο παρελθόν η αντιμετώπιση της ασθένειας γινόταν από μάγους και ιερείς. Κατά το μεσαίωνα οι ψυχικά πάσχοντες ρίχνονταν στην πυρά ως δαιμονισμένοι.

Τη διαιώνιση του στίγματος εξαιτίας της ψυχικής νόσου εκτός από την έλλειψη γνώσεων έρχεται να εξηγήσει και η φυσική ροπή του ανθρώπου στο να διατυπώνει προκατειλημμένες και στερεότυπες εκτιμήσεις (Οικονόμου, 2005). Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος. Συχνά ο άνθρωπος οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας, ιδιαίτερα υπό το καθεστώς έντονου άγχους και φόβου. Προϊόν της παραπάνω διαδικασίας είναι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα. Τα στερεότυπα ορίζονται ως οι αρνητικές κρίσεις που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά μας, σύμφωνα με τις οποίες διάφορα χαρακτηριστικά αποδίδονται αυθαίρετα σε ομάδες ατόμων (π.χ. η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα).

Οι προκαταλήψεις είναι οι γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται όταν τα άτομα ενστερνίζονται τα αρνητικά στερεότυπα, δηλαδή μια γνώμη διαμορφωμένη εκ των προτέρων από επηρεασμό και χωρίς μελέτη του θέματος. Κρίση η οποία έχει συνταχθεί αυθαίρετα, χωρίς επαρκείς αποδείξεις (π.χ. αποδέχομαι την πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα και τα φοβάμαι).

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών στηρίζεται σε μια σειρά προκαταλήψεων, οι οποίες κατά ένα μέρος δικαιολογούνταν την εποχή που δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχώσεις. Η Ψυχιατρική με την απομόνωσή της στα Ψυχιατρεία αποκόπηκε από το υπόλοιπο σώμα των ιατρικών ειδικοτήτων. Παράλληλα ενίσχυε τις προκαταλήψεις που βοήθησαν στη δημιουργία του στίγματος που στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκανος, επικίνδυνος για το περιβάλλον του και ανεύθυνος για τις πράξεις του (Οικονόμου, 2005).

Μετά όμως την ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων έγινε φανερό ότι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που αναφέρονται δεν είναι πλέον δικαιολογημένα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών, μετά από επανειλημμένες προσβολές της νόσου είναι δυνατόν να καταλήξουν με σοβαρή αναπηρία, με αδυναμία εργασίας και μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Και σε αυτό όμως το μικρό ποσοστό είναι δυνατή κατά μεγάλα χρονικά διαστήματα η κοινωνική τους διαβίωση και η μείωση των διαστημάτων που απαιτείται για εσωτερική νοσηλεία.

Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, που αφορά τον κίνδυνο που διατρέχει ο ίδιος ο άρρωστος και το περιβάλλον του, εμφανίζεται υπό μορφή αυτοκτονίας και βίαιης συμπεριφοράς. Οι επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι στις ψυχώσεις ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και ανέρχεται σε 15 έως 20% περίπου. Εν τούτοις, η βίαιη συμπεριφορά προς τρίτους υπό μορφή αυτοκτονιών δεν υπερβαίνει το ποσοστό που παρατηρείται στον υγιή πληθυσμό (Λιάκος, 1995).

Διάκριση είναι η συμπεριφορά που ακολουθεί την προκατάληψη και είναι έκφραση αρνητικών απόψεων (π.χ. πιστεύω ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα, τα φοβάμαι και αποφεύγω να δουλέψω μαζί τους). Οι διακρίσεις επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητα τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που ξεκινάει όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός. Στην κοινή γνώμη αναπτύσσονται ποικίλες απόψεις για αυτούς που είναι διαφορετικοί.

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια διαχέεται πέρα από το άτομο που νοσεί και περιλαμβάνει οτιδήποτε και οποιονδήποτε σχετίζεται με το άτομο αυτό: τη φαρμακευτική αγωγή και τις άλλες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για να ελεγχθούν τα συμπτώματα, τα μέλη της οικογένειας, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμα και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τις εξωνοσοκομειακές δομές (Λιάκος, 1995) στις οποίες αντιμετωπίζονται τα άτομα που πάσχουν από μία σοβαρή ψυχική ασθένεια.

2.1.5. Αιτιολόγηση του Στιγματισμού της Ψυχικής Ασθένειας

Επεισόδια ψυχικής ασθένειας θεωρούνται συχνά πηγές ντροπής, αποτελούν προσβολή για τις οικογένειες και προσπαθούν να το κρατήσουν μυστικό (Falk, 2001). Κάτι παρόμοιο συνέβαινε και με το καρκίνο όπου αποτελούσε αιτία εξοστρακισμού αφού ήταν συχνά ανίατη και θανατηφόρα. Ο καρκίνος ακόμη και σήμερα προκαλεί πολύ φόβο και ανησυχία. Οι ασθενείς που υποφέρουν από καρκίνο μόλις πρόσφατα ξεκίνησαν να μιλούν για το πρόβλημά τους και να εκφράζουν τα αισθήματά τους. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που υποφέρουν από Aids βιώνουν στίγμα λόγω του τρόπου μετάδοσης της ασθένειας παράλληλα με την επικράτηση της άποψης ότι αυτή η ασθένεια οδηγεί στο θάνατο (Sartorius, 2005)

Η ψυχική ασθένεια φυσικά δεν είναι θανατηφόρα και δεν μεταδίδεται με τη σωματική επαφή. Εντούτοις, το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια είναι πολύ μεγάλο ίσως επειδή ζούμε σε έναν κόσμο που η ικανότητα να σκεφτόμαστε και να ενεργούμε λογικά είναι επιβεβλημένη. Έχει κηρυχτεί υποχρεωτικό, να ακολουθούμε την κοινή γνώμη με δεδομένη την «Αρχή της Αιτιότητας» που αναπτύχθηκε στις αρχές του δέκατου όγδοου αιώνα (Falk, 2001, Docherty, 1994). Η «Αρχή της Αιτιότητας» απαιτεί ο κάθε άνθρωπος να μπορεί ανεξάρτητα να ικανοποιεί τους καθημερινούς του στόχους που απαιτούνται από την εργασία του και τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις αλλά και από την ιδιότητά του ως μέλος μιας συγκεκριμένης κοινότητας.

Για αιώνες ο θάνατος επερχόταν όταν η καρδιά σταματούσε να κτυπά. Σήμερα, αυτό δεν ισχύει. Στην αμερικανική ιατρική ο θάνατος προκαλείται όταν ο εγκέφαλος δεν λειτουργεί πλέον. Επομένως, εκείνων των οποίων η διανοητική ικανότητα εμφανίζεται εξασθενημένη και συγκεχυμένη, με μια ψυχαναλυτική προσέγγιση, υπενθυμίζουν εκείνη την λεπτή γραμμή μεταξύ λογικής και παράλογης σκέψης, ακόμα καλύτερα υπενθυμίζουν την λεπτή γραμμή μεταξύ της ζωής και του θανάτου. Αυτό το γεγονός σύμφωνα με τον Falk (2001) είναι και ο δεύτερος λόγος για το στιγματισμό του ψυχικά άρρωστου.

Τρίτον, πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι οι ψυχικά άρρωστοι έχουν πολλές πιθανότητες για πιο συχνή αυτοκτονική συμπεριφορά αφού έχουν χάσει τον έλεγχο των ζωών τους και βασανίζονται από τους εσωτερικούς δαίμονες. Πολλοί άνθρωποι βλέπουν τη ψυχική ασθένεια με φόβο και

απόρριψη. Είναι φυσικά αλήθεια ότι πολλοί ψυχικά άρρωστοι άνθρωποι θα παρουσιάσουν μια απάθεια για τη διαβίωση τους, το οποίο είναι τρομακτικό αφού καταδεικνύει ότι η ψυχική ασθένεια μπορεί να μειώσει τη θέλησή μας για επιβίωση (Lerner, 1995)

Ακόμα ένας λόγος για το στιγματισμό του ψυχικά άρρωστου είναι η συνεχώς αυξανόμενη «απελευθέρωση» των ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τριάντα ετών χωρίς στήριξη. Αυτό καθιστά τους ψυχικά ασθενείς περισσότερο ορατούς από αυτούς που ήταν έγκλειστοι για μεγάλο χρονικό διάστημα ή ακόμα για όλη τους τη ζωή. Αυτό μπορεί να επαληθευτεί σε μεγαλουπόλεις όπως στην αμερικάνικη κοινωνία όπου πολυάριθμα άστεγα πρόσωπα κατοικούν στους δρόμους των αμερικανικών πόλεων, ενώ στο παρελθόν νοσηλεύτηκαν ως ψυχιατρικοί ασθενείς. Συνδέοντας το γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς έμειναν χωρίς φαρμακευτική αγωγή, παράλληλα με τη μη ύπαρξη πόρων και υποστηρικτικών δομών, αυτοί οι ασθενείς περιπλανούνται άσκοπα ενισχύοντας το στίγμα για τον ψυχικά ασθενή, που ήταν κρυμμένος πριν από το 1960 πριν η από-ιδρυματοποίηση γίνει δημοφιλής με την άνοδο της κοινωνικής ψυχιατρικής (Falk, 2001).

Το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια, το οποίο είναι αποτέλεσμα των πιο πάνω αιτιών, είναι τόσο ισχυρό στην Αμερική, ώστε ο ψυχίατρος Stefan Lerner (1995) να λέει για τους ασθενείς του «θα ήταν τρελοί αν ενθαρρύνονταν να μιλήσουν ειλικρινά για τη ψυχική τους κατάσταση... αφού η αποκάλυψη μπορεί να αποβεί επιβλαβής για την καριέρα τους». Επίσης, υποστήριξε ότι κάθε ψυχίατρος πρέπει να συμβουλεύει το ίδιο τους ασθενείς του.

Είναι έκδηλο ότι το στίγμα και ο στιγματισμός μπορούν να εμφανιστούν όποτε και οπουδήποτε όπου μερικοί άνθρωποι βρίσκουν τη συμπεριφορά ή τα χαρακτηριστικά άλλων ανθρώπων δυσάρεστα ή και κατακριτέα. Επιπλέον το στίγμα και ο στιγματισμός εμφανίζονται όποτε οι στιγματισμένοι βιώνουν εχθρότητα, αποδοκιμασία, και τιμωρία. Επομένως, το στίγμα και ο στιγματισμός είναι παντού επειδή σχεδόν οποιαδήποτε συμπεριφορά ή οποιοδήποτε χαρακτηριστικό μπορεί να θεωρηθεί παρεκκλίνουσα από κάποια συγκεκριμένη ομάδα (Kenworthy, 1999).

2.1.6. Μέσα μαζικής Επικοινωνίας στη Διαμόρφωση των Στάσεων

Στη σύγχρονη εποχή τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, ο ηλεκτρονικός και ο έντυπος τύπος παράλληλα με την τηλεόραση και το ραδιόφωνο, συμβάλλουν στη διαμόρφωση απόψεων και στάσεων. Ο τρόπος που προβάλλεται κάποια μηνύματα επηρεάζει και την στάση που θα υιοθετήσει ο γενικός πληθυσμός. Στην έρευνα των Οικονόμου και συν. (2005) μεταξύ αυτών που είχαν δει ακούσει ή διαβάσει κάτι σχετικά με τη σχιζοφρένεια η κύρια πηγή πληροφόρησης το 66% ήταν από την τηλεόραση. Οι περιγραφές που ανέφεραν από αυτά που είχαν ενημερωθεί σχετίζονταν είτε με βίαιη ή επικίνδυνη συμπεριφορά (33,8%) είτε με τη διάπραξη εγκλημάτων (17,1%) είτε με χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (18%).

Σε ανασκόπηση των Stout et al (2004) διαπιστώνουν ότι η αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας στα μέσα μαζικής επικοινωνίας είναι σταθερά αρνητική, διανθισμένη με υπερβολές και παραπληροφόρηση. Η απεικόνιση του ψυχικά ασθενή είναι ανακριβής και σαν κύρια χαρακτηριστικά του προβάλλονται η βιαιότητα και η επικινδυνότητα. Συμπεραίνεται ότι η εικόνα που προβάλλεται διαιωνίζει το στίγμα και την προκατάληψη.

Η εικόνα που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ανάγει τον ψυχικά ασθενή σε ένα δυνητικά επικίνδυνο και εγκληματικό άνθρωπο που διεγείρει αρχέγονο φόβο και που τείνει να τον απομακρύνει από κοντά μας, στιγματίζοντας και περιθωριοποιώντας τον. Ακόμα πολλές φορές και πράξεις βίας ανάγονται από τα μέσα στο επίπεδο της παθολογίας όπως ο «Ψυχοπαθής Δολοφόνος», «Κτυπούσε με μανία» (Οικονόμου και συν 2005).

Η αναγωγή λοιπόν της βίας στο επίπεδο της παθολογίας, παρόλο που προκαλεί φόβο και μια τάση για αποφυγή κρύβει ταυτόχρονα και μια γοητεία. Δεν είναι τυχαίο που οι πωλήσεις εντύπων αυξάνονται, εκπομπές εξασφαλίζουν μεγαλύτερη τηλεθέαση, όταν περιέχουν ειδήσεις τέτοιου περιεχομένου. Αυτή η αμφιθυμική σχέση του ανθρώπου με το πρόβλημα της βίας και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Falk (2001) ακόμα και αν πρόκειται για το θάνατο, εκείνο που μας τρομάζει και ταυτόχρονα μας γοητεύει είναι η βία.

Αυτή η ταύτιση της βίας με την τρέλα και η σχέση του αίτιου και αιτιατού αντλεί τις ρίζες της από την επιρροή του θετικιστικού πνεύματος που δέσποζε τον 19^ο αιώνα και εμπέδωσε μια νέα

αντίληψη για τον ψυχικά ασθενή (Στυλιανίδης 2009). Μία αντίληψη που ανάγει τον εγκέφαλο σε έδρα του ψυχισμού αποδίδοντας όλες τις ψυχικές διαταραχές σε εγκεφαλικές ανωμαλίες. Από αυτό το πρότυπο αντίληψης της ψυχικής ασθένειας, ο ασθενής παύει να είναι αμαρτωλός, όπως θεωρείται στο μεσαιώνα αλλά άρρωστος, η επικινδυνότητα δεν ανάγεται πια σε δαίμονα που ενσωματώνει τον ψυχικά πάσχοντα, αλλά αποτελεί σύμπτωμα της ασθένειας.

Η αντίληψη αυτή όχι μόνο δεν καθυσήχασε τις αναπαραστάσεις περί κακίας της ψυχικής ασθένειας, αλλά τις ανήγαγε σε καθαρά βιολογικές αδυναμίες και κατ' επέκταση τις ενίσχυσε. Η αντίληψη που επικρατεί μέχρι σήμερα, δηλαδή η σχέση ανάμεσα στη ψυχική ασθένεια και την επικινδυνότητα, καθώς και η πολιτική του εγκλεισμού που επικρατούσε μέχρι πρόσφατα, έχει τις ρίζες της στην αντίληψη που επικρατούσε το 19^ο αιώνα.

Στη ψυχιατρική μεταρρύθμιση του σήμερα βασική ανάγκη είναι η εισαγωγή του εξωτερικού κόσμου και σε πρώτο πλάνο της οικογένειας στις προσπάθειες για θεραπεία του ψυχικά ασθενή. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται μαζί με όλο το δίκτυο των διαπροσωπικών σχέσεων στο οποίο είναι ενταγμένος. Ο ασθενής παρακολουθείται όλο και πιο συχνά από υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι άρχισαν να εντοπίζονται οι αλληλοεπιδράσεις που καθιστούν τον ασθενή στοιχείο ενός συστήματος του οποίου η λειτουργία του είναι συχνά παθολογική.

Η εγκληματικότητα όμως του ψυχικά ασθενή δεν είναι ούτε σε ποιότητα αλλά ούτε σε ποσότητα διαφορετική από εκείνη του γενικού πληθυσμού. Μόνο 5 στους 20.000 σχιζοφρενείς διαπράττουν σοβαρές βιαιοπραγίες και 6 στις 100.000 άτομα που υποφέρουν από συναισθηματικές ψυχώσεις, διαπιστώνεται όμως αυξημένη επικινδυνότητα όσον αφορά το κίνδυνο αυτοκαταστροφής (Alvin, Carl, 1975)

Οι Harris & Lurigio (2007) διαπιστώνουν ότι από όσους εγκληματούν μετά από μία νοσηλεία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, έχουν εγκληματήσει και πριν την εκδήλωση της διαταραχής και της εισαγωγής τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, καταλήγοντας ότι η ασθένεια δεν αυξάνει την τάση για εγκληματική δραστηριότητα πέραν του επιπέδου εκείνου που προηγείται της νόσου. Οι ίδιοι αναφέρουν επίσης ότι τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εγκληματούν, είτε αυτά έχουν κάποια ψυχική νόσο είτε όχι είναι τα ίδια (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο σχέση

θύματος θύτη, κοινωνικό-οικονομική τάξη), συμπεραίνοντας ότι οι ενδείξεις για πιθανή εγκληματική πράξη στο μέλλον είναι οι ίδιες τόσο για τους ψυχικά ασθενείς όσο και για τους μη ασθενείς.

2.1.7. Η Μέτρηση των Στάσεων

Κατά τον Allport (1954) στάση είναι μια ψυχική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, που είναι αποτέλεσμα εμπειριών και που ασκεί μια κατευθυντήρια και δυναμική επίδραση πάνω στην αντίδραση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και καταστάσεις με τις οποίες το άτομο συνδέεται. Η στάση (attitude) είναι τις περισσότερες φορές ταυτόσημη με τη γνώμη (opinion), αν και μπορεί να υποστηριχτεί ότι η στάση είναι μάλλον μια περισσότερο σταθερή κατάσταση έκφρασης απόψεων (Newcomb et al, 1965).

Οι στάσεις βασίζονται πάνω σε αξιολογικές έννοιες σχετικά με τα χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου π.χ. των ψυχικά αρρώστων και εκλύουν και την ανάλογη συμπεριφορά. Οι στάσεις ποικίλουν σε ποιότητα και σε ένταση μέσα σε ένα συνεχές από τη θετική στην ουδέτερη και στην αρνητική στάση. Οι στάσεις είναι αποτέλεσμα της μάθησης και δεν φαίνεται να σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασιακή ανάπτυξη και ωριμότητα. Για τη μελέτη των στάσεων και της γνώμης του γενικού πληθυσμού έχει αναπτυχθεί μια ιδιαίτερη ερευνητική μεθοδολογία στη βάση της κοινωνικής ψυχολογίας. Θέματα που διερευνούνται είναι οι στάσεις των ατόμων έναντι σε κοινωνικά φαινόμενα και θεσμούς. Συγκεκριμένα καταγράφονται φαινόμενα όπως η αυταρχικότητα, το στίγμα, η απόρριψη, η ενσωμάτωση, που εκφράζονται από τα άτομα κάτω από ορισμένες πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες (Μαδιανός, 1989).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Ανασκόπηση Ερευνών για την Ψυχική Ασθένεια

Επιγραμματικά μπορεί να λεχθεί ότι οι πληροφορίες είναι περιορισμένες σχετικά με το πώς και πόσο το στίγμα επηρεάζει τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με άλλες σωματικές ασθένειες (Weiss,2001). Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας που αφορά το στίγμα, εστιάζεται στις θεωρίες των ψυχολογικών διεργασιών, σε κλίμακες των στάσεων και στη συσχέτιση της ψυχικής ασθένειας με τη βία καθώς και στο πώς απεικονίζεται η ψυχική ασθένεια από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (Fabrega, 1991).

3.1.1. Κοινωνική Απόρριψη

Έχουν γίνει διάφορες μελέτες που αφορούν την κοινωνική απόρριψη (Bogardus,1924: Corrigan,2001). Συγκεκριμένα στις μελέτες αυτές παρουσιάζεται ένα υποθετικό σενάριο ενός ατόμου με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Καλείται ο συμμετέχων να απαντήσει κατά πόσο θα ήθελε να ζει αυτό το άτομο στο διπλανό σπίτι, αν θα δεχόταν ένα τέτοιο άτομο να είναι κουβερνάντα για το παιδί του, ή αν θα επέτρεπε ο γιος ή κόρη του να παντρευόταν ένα τέτοιο άτομο (Angermeyer,1997: Angermeyer,2003). Οι έρευνες αυτού του περιεχομένου στη Γερμανία καταγράφουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής απόρριψης έναντι των ατόμων που υποφέρουν από σχιζοφρένεια, και ακόμα υψηλότερα επίπεδα έναντι των ατόμων που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ (Angermeyer,1997).

Σε μια πολύ λεπτομερή συγκριτική μελέτη στο Κάνσας, πάνω από 100 σπουδαστές ψυχολογίας κλήθηκαν να συγκρίνουν 66 διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις ανάμεσα σε 13 διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης και της κοινωνικής απόρριψης. Συνολικά, πέντε από αυτές τις διαστάσεις προέβλεπαν την απόρριψη: η σοβαρότητα της κατάστασης, η συμπεριφορά, η διαθεσιμότητα και η σεξουαλική μετάδοση, που συνδέονται άμεσα με τον προσωπικό έλεγχο. Με άλλα λόγια, κατά πόσο και σε ποιο βαθμό ευθύνεται το άτομο άμεσα ή έμμεσα στην ανάπτυξη μιας ψυχικής ασθένειας. Ο ερευνητής καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, η οξύτητα της κατάστασης και η συμπεριφοριστική αιτιότητα αποτελούν σημαντικά στοιχεία για το κατά πόσο μια ασθένεια μπορεί να στιγματιστεί (Crandall 1995).

3.1.2. Στίγμα και Ποιότητα Ζωής

Στην ερευνητική εργασία του El-Bardi (2007) κύριος στόχος ήταν να αξιολογηθεί ο βαθμός στον οποίο τα άτομα στην Νέα Ζηλανδία που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια βιώνουν το στίγμα και την προκατάληψη της ψυχικής ασθένειας και πως αυτό επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς που παρακολουθούνταν από τις κοινοτικές υπηρεσίες και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι βιώνουν στίγμα και δυσμενή διάκριση σε πολλά επίπεδα της ζωής τους. Συμπεραίνεται από τους συγγραφείς ότι το στίγμα ευθύνεται για την χαμηλή ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα.

3.1.3. Επίδραση του Στίγματος στην Πρόσβαση των Ατόμων στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο Thornicroft (2008), αναφέρεται στην επίδραση του στίγματος και της προκατάληψης στην πρόσβαση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας. Διαπιστώθηκε ότι το 70% των νεαρών και ενηλίκων ατόμων που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια δεν λαμβάνουν καμίας μορφής θεραπεία/φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας. Τα ποσοστά μάλιστα των ατόμων που δεν λαμβάνουν θεραπεία αυξάνονται στις φτωχότερες χώρες.

Επιδημιολογικές και περιγραφικές έρευνες συμπεραίνουν ότι ο πρωταρχικός λόγος που τα άτομα αποφεύγουν ή καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων για τα χαρακτηριστικά αλλά και για τη θεραπεία της ψυχικής νόσου, στην άγνοια για το πώς και από πού θα πάρουν βοήθεια, στην αρνητική στάση έναντι των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα και τέλος στην δυσμενή διάκριση που βιώνουν τα άτομα με ψυχικά προβλήματα.

Στην ερευνητική εργασία των Blignault et al (2009) οι συμμετέχοντες εξέφρασαν αρνητικές απόψεις για την ψυχική ασθένεια και διάκριση έναντι των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Υποστήριξαν επίσης πως η έλλειψη εμπιστοσύνης για εχεμύθεια είναι και ο λόγος που τα άτομα δεν ζητούν νωρίς βοήθεια για θέματα ψυχικής υγείας. Στην έρευνα υποστηρίζεται ότι η συμμετοχή σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα συμβάλλει στην απόκτηση γνώσεων αλλά και στην καλύτερη κατανόηση της ψυχικής ασθένειας και στην αλλαγή των στάσεων.

3.1.4. Έρευνες για την Οικογενειακή Επιβάρυνση

Στην Αφρική, η μελέτη του Shibre et al (2001) είχε σκοπό να περιγράψει τη στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά αρρώστους στις αγροτικές περιοχές στην Αιθιοπία. Μεταξύ 200 συγγενών ασθενών που υποφέρουν από σχιζοφρένεια ή με διαταραχή της διάθεσης, τα τρία τέταρτα (75%) ανέφεραν ότι είχαν βιώσει το στίγμα λόγω της παρουσίας ψυχικής ασθένειας στην οικογένεια, και πέραν από το ένα τρίτο (37%) θέλησε να κρύψει το γεγονός ότι ένας συγγενής τους υπόφερε από ψυχική ασθένεια. Τα περισσότερα μέλη των οικογενειών ανέφεραν (65%) ότι η απόκρυψη ήταν η προτιμότερη μέθοδος για θεραπεία της κατάστασης.

3.1.5. Έρευνες για τις Στάσεις Έναντι της Ψυχικής Ασθένειας

3.1.5.1. Στάσεις και Απόψεις του Γενικού Πληθυσμού

Σε ερευνητική εργασία που αφορούσε τις απόψεις του γενικού πληθυσμού στην Αιθιοπία (Alem et al, 1999), το δείγμα αποτελείτο από 100 άτομα που κλήθηκαν να δώσουν τις απόψεις τους για περιπτώσεις ανθρώπων με επτά τύπους ψυχικών διαταραχών. Η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε το σοβαρότερο πρόβλημα, ενώ η ομιλητικότητα, η επιθετικότητα και η παράξενη συμπεριφορά εκτιμήθηκαν ως τα πιο κοινά συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας. Στις περιοχές αυτές χρησιμοποιούνται παραδοσιακές θεραπευτικές μέθοδοι για αντιμετώπιση της ασθένειας.

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι πολύ σημαντικό να εργαστούν συστηματικά στενά με τις παραδοσιακές απόψεις για να μειωθούν «ορισμένες επιβλαβείς πρακτικές» που επιβάλλονταν στους ασθενείς που υπόφεραν από ψυχική ασθένεια σε αυτές τις αγροτικές κοινότητες (Cheetman et al 1976, Minde 1976).

Μια άλλη ερευνητική εργασία των Hugo et al (2003) στη Νότια Αφρική στην οποία συμμετείχαν πάνω από 600 άτομα από το γενικό πληθυσμό, είχε σκοπό τη μελέτη των γνώσεων και των στάσεων του πληθυσμού έναντι στους ασθενείς με ψυχικά προβλήματα. Στο κάθε άτομο που συμμετείχε παρουσιάστηκαν διαφορετικές περιπτώσεις με διάφορες ασθένειες όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχή πανικού και με εξαρτήσεις από το αλκοόλ. Οι περισσότεροι τοποθετήθηκαν ότι οι περιπτώσεις που τους παρουσιάστηκαν είναι αποτελέσματα άγχους ή έλλειψης ψυχικής δύναμης παρά μια ψυχική ασθένεια. Επομένως θεωρούν ότι είναι πιο ωφέλιμο να συζητούν το πρόβλημα με κάποιο δικό τους άτομο, παρά να συμβουλευθούν τους

επαγγελματίες. Τα αποτελέσματα προτείνουν ότι υπάρχει διαδεδομένη παραπληροφόρηση για τη ψυχική ασθένεια στη Νότια Αφρική. Οι ερευνητές Stein et al (1997) και Thornicroft, (2008) υποστηρίζουν ότι στην Αφρική σε συγκεκριμένες φυλές κυριαρχούν παραδοσιακές θεραπευτικές μέθοδοι, και πολύ συχνά η ψυχική ασθένεια εξηγείται ως επιρροή από τα κακά πνεύματα.

Παρόμοια αποτελέσματα, που καταδεικνύουν ότι η έλλειψη ψυχικής δύναμης ευθύνεται για την εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας παρατηρούνται επίσης σε μη δυτικές χώρες όπως η Τουρκία, η Σιβηρία (Ozmen 2004:Thornicroft, 2008: Dietrich, 2004). Συμπεραίνεται ότι οι άνθρωποι σε τέτοιες χώρες καταλογίζουν ευθύνες στο ίδιο το άτομο για την ψυχική αρρώστια, λόγω δηλαδή έλλειψης ψυχικής δύναμης, παρά να θεωρούν ότι έχει να κερδίσει από το ρόλο του ασθενούς ή ότι οφείλεται σε παθολογικές καταστάσεις.

Ερευνητική εργασία στην Μαδρίτη της Ισπανίας αναφέρεται στην άγνοια του γενικού πληθυσμού για την ψυχική ασθένεια. Η μελέτη είχε σκοπό την καταγραφή και την αξιολόγηση των στάσεων του γενικού πληθυσμού για την ψυχική ασθένεια. Οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται να μην έχουν πολλές γνώσεις για το τι είναι η ψυχική ασθένεια. Τα άτομα εξέφρασαν περισσότερο στιγματισμένες απόψεις για τη σχιζοφρένεια (ψύχωση) παρά για τον καρκίνο και την κατάθλιψη και λιγότερο όμως στιγματισμένες απόψεις απ' ότι για το Aids και την Κοκαΐνη (Crespo et al, 2008).

Η μελέτη των Wolkenstein , Meyer (2008) με δείγμα από το γενικό πληθυσμό ενδιαφερόταν για τις απόψεις του δείγματος για την ψυχική ασθένεια αλλά ταυτόχρονα μελετούσε και τις εικασίες του δείγματος, δηλαδή για το τι θεωρούν οι συμμετέχοντες ότι πιστεύει ο υπόλοιπος πληθυσμός. Πρόκειται για μια πειραματική εργασία που αφορούσε τις στάσεις των νέων ανθρώπων στην Γερμανία έναντι της Κατάθλιψης και της Μανίας.

Τα άτομα που συμμετείχαν επιλέγηκαν με τυχαία δειγματοληψία και στη συνέχεια ήρθαν αντιμέτωποι με δύο περιπτώσεις που αφορούσαν, η μία ένα επεισόδιο μανίας και η άλλη ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Οι στάσεις των ατόμων που συμμετείχαν στην εργασία ήταν περισσότερο στιγματισμένες έναντι του ατόμου με επεισόδιο μανίας παρά προς το άτομο με

επεισόδιο κατάθλιψης. Θεωρούσαν όμως ότι ο γενικός πληθυσμός θα είχε περισσότερο στιγματισμένες απόψεις παρ' ότι εξέφρασαν οι ίδιοι.

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας των Webb et al (2009) ήταν μέσα από τη μελέτη των απόψεων των ηλικιωμένων ατόμων, να εντοπίσει τους παράγοντες που σχετίζονται με το στίγμα, έναντι των ηλικιωμένων ατόμων που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα στην πρώτη φάση είχαν ερωτηθεί για τις απόψεις τους για την ψυχική ασθένεια και στη συνέχεια μελετήθηκαν οι αντιδράσεις τους σε τρία υποθετικά σενάρια ηλικιωμένων γυναικών που υπόφεραν από κατάθλιψη, άγχος και σχιζοφρένεια. Το άτομο με σχιζοφρένεια θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες ως το περισσότερο επικίνδυνο και το λιγότερο ανεξάρτητο, σε αντίθεση με το άτομο με άγχος το οποίο θεωρήθηκε υπεύθυνο για την κατάστασή του.

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργασιών (Corrigan, 2005: Link, 2004: Estroff, 2004: Corrigan, 2003, Villares, 2003), που αφορούσαν κυρίως μελέτες που έγιναν σε αστικές περιοχές στις ΗΠΑ και τον Καναδά προέκυψαν κοινά ευρήματα. Έδιναν κοινή ερμηνεία στο όρο ψυχική ασθένεια, εννοούσαν μια ψυχική διαταραχή και συγκεκριμένα τη σχιζοφρένεια. Οι άνθρωποι με τα πιο υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης έτειναν να έχουν περισσότερο θετική στάση έναντι στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια (Toledo 2004).

Αντίθετα ακριβώς αποτελέσματα παρουσιάζονται στη συγκριτική μελέτη του Nunavikn (2001) που αφορούσε κάτοικους του Βόρειου Καναδά. Η μεγαλύτερη κοινωνική απόρριψη παρουσιάστηκε από τις γυναίκες, με τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, και από τους ανθρώπους που δεν ήξεραν προσωπικά κάποιο με ψυχική ασθένεια. Οι ψυχικές ασθένειες χαρακτηρίστηκαν από τους συμμετέχοντες ως «συναισθηματικά φορτισμένοι», «πιεσμένοι» και «ψυχικά ασθενείς».

Ένας μεγάλος όγκος ερευνητικής δουλειάς έγινε στις Ασιατικές χώρες και μελετούσε το στίγμα απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια (Leong, 2001: Fabrega, 1991). Μία πολύ μεγάλης κλίμακας έρευνα έγινε στην Κίνα και συμμετείχαν πάνω από 600 άτομα που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και πάνω από 900 άτομα που στην οικογένειά τους υπήρχε άτομο που διαγνώστηκε με σχιζοφρένεια (Philips, 2002). Το μισό του δείγματος των μελών των

οικογενειών, που συμμετείχαν στην έρευνα, ανέφεραν ότι το στίγμα είχε πάρα πολύ σημαντική επίδραση στην οικογένειά τους. Τα επίπεδα του στίγματος ήταν πολύ πιο ψηλά στις αστικές περιοχές και βίωναν υψηλότερα επίπεδα στίγματος τα άτομα που είχαν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης.

Σε άλλη έρευνα επίσης είχαν ερωτηθεί 400 ασθενείς που υπόφεραν από ψυχική ασθένεια και οι συγγενείς τους για τις αιτίες που προκαλούν την ψυχική ασθένεια. Οι περισσότεροι απόδωσαν τα αίτια σε κοινωνικούς, διαπροσωπικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας απόδωσαν τα αίτια πρόκλησης της σχιζοφρένειας σε βιοϊατρικούς, βιοχημικούς παράγοντες (Philips, 2000).

Μεταξύ των ατόμων που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια στην Κίνα η προσδοκία τους για απόρριψη λόγω της ψυχικής τους ασθένειας φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερη από την πραγματική τους εμπειρία.

Συγκεκριμένα, ερωτήθηκαν 200 ασθενείς στα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία στο Χονγκ Κονγκ και οι περισσότεροι ανέφεραν ότι κάποιος με ιστορικό ψυχικής ασθένειας είναι πιο εύκολο να χαρακτηριστεί ως μη έμπιστος, επικίνδυνος, να τον υποτιμούν και να μην τον αντιμετωπίζουν σοβαρά. Από την πλευρά όμως της πραγματικής εμπειρίας απόρριψης, η πιο κοινή ήταν τα άρθρα που έβλεπαν στα μέσα μαζικής επικοινωνίας (49%), η αντιμετώπιση που βίωναν ως λιγότεροι ικανοί (34%) η διαφορετική αντιμετώπιση που τύγχαναν από τους φίλους τους μετά που μάθαιναν για την ψυχική τους ασθένεια (28%). Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (56%) κατέληγαν στο συμπέρασμα ότι το καλύτερο σχέδιο δράσης τους ήταν να προσπαθήσουν να κρύψουν την κατάστασή τους (Chung, 2004).

Σύμφωνα με τον Thornicroft (2008), μέσα από την ερευνητική δουλειά που υπάρχει για το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια, για κάποιο λόγο, η σχιζοφρένεια βρίσκεται στο κέντρο του ενδιαφέροντος. Η έμφαση όμως στη βιολογική ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας μειώνει το στίγμα αφού απαλλάσσεται το άτομο από την ευθύνη για την εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας (Thornicroft, 2008, Dietrich, 2004).

3.1.5.2. Συγκριτικές Μελέτες για τις Στάσεις

Η συγκριτική μελέτη του Furndam (2004), αφορούσε τις στάσεις έναντι της σχιζοφρένειας ανάμεσα στην Αγγλία και το Χονγκ Κονγκ. Όπως αναμενόταν από τους ερευνητές, οι κινέζοι συμμετέχοντες εξέφρασαν πιο αρνητικές στάσεις τοποθετήσεις και πεποιθήσεις για τη σχιζοφρένεια, και χρησιμοποιούσαν περισσότερο κοινωνικούς παράγοντες για να εξηγήσουν την αιτιολογία της. Όμως και στις δύο χώρες ανεξάρτητα με το επίπεδο μόρφωσης των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίασαν μεγάλη άγνοια για το τι είναι η σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τους ερευνητές (Furndam, 2004: Chou, 1996), η άγνοια μπορεί να εξηγήσει γιατί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανησυχεί για την ψυχική του υγεία και έχουν περισσότερο αρνητική στάση για τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια. Λιγότερο θετικές τοποθετήσεις παρουσίασαν τα άτομα που είχαν λιγότερη επαφή με ψυχικά ασθενείς κάτι που συμφωνεί και με έρευνες που έγιναν στις δυτικές χώρες (Chung, 2001).

Η ερευνητική συγκριτική εργασία των Rao et al (2009), είχε σκοπό να καταγράψει το στίγμα έναντι ατόμων με ψυχικά προβλήματα ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των κλειστών μονάδων νοσηλείας και των υπόλοιπων δομών ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν περισσότερο στιγματισμένες απόψεις για τα άτομα που νοσηλεύονται σε κλειστές μονάδες και για τα άτομα που παρουσίαζαν ενεργά συμπτώματα. Εκφράστηκαν λιγότερο στιγματισμένες απόψεις για τα άτομα χωρίς ενεργά συμπτώματα και για τα άτομα που βρίσκονταν σε μονάδες αποκατάστασης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται ότι οι επαγγελματίες εκφράζουν περισσότερο στιγματισμένες απόψεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια και για τα άτομα που βρίσκονταν σε μονάδες κλειστής νοσηλείας.

Η συγκριτική ερευνητική εργασία των Bjorkman et al (2008), ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά τμήματα και σε τμήματα παθολογικής φροντίδας στη Σουηδία, είχε σκοπό να καταγράψει τις στάσεις έναντι ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, το δείγμα εξέφρασε απόψεις έναντι επτά διαφορετικών τύπων ψυχικής ασθένειας. Οι εργαζόμενοι σε παθολογικά τμήματα, εξέφρασαν περισσότερο στιγματισμένες απόψεις παρά οι εργαζόμενοι σε τμήματα ψυχιατρικής. Οι εργαζόμενοι σε

παθολογικά τμήματα θεωρούν μάλιστα ότι τα άτομα που υποφέρουν από σχιζοφρένεια είναι περισσότερα επικίνδυνα και απρόβλεπτα.

Σε σχέση με τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Κίνα, μια άλλη ερευνητική εργασία παρουσιάζει ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν πιο αρνητική στάση και απόψεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς παρά οι ψυχίατροι (Sevigny, 1999). Βρέθηκε επίσης ότι και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας καθώς και οι ψυχίατροι στην Κίνα έχουν διαφορετική άποψη από το γενικό πληθυσμό για τις αιτίες της ψυχικής ασθένειας.

Στην ερευνητική εργασία, όμως, των (Chambers, Guise et al, 2010) που αφορούσε τις στάσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας ανάμεσα σε πέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης την Φινλανδία, Λιθουανία, Ιρλανδία, Ιταλία και την Πορτογαλία, γενικά οι νοσηλευτές κατέγραψαν θετικές στάσεις. Οι νοσηλευτές από την Πορτογαλία κατέγραψαν τις περισσότερες θετικές στάσεις και οι νοσηλευτές από την Λιθουανία τις λιγότερο θετικές, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες.

Στην ερευνητική εργασία του Triandis (1989) που μελετούσε τις στάσεις των ελλήνων και ελληνοκυπρίων που ζουν στο Ηνωμένο Βασίλειο έναντι της ψυχικής ασθένειας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έλληνες και οι ελληνοκύπριοι έχουν έντονα στιγματισμένες απόψεις και στάσεις έναντι στη ψυχική ασθένεια.

Κάτι παρόμοιο υποστηρίζεται και από την ερευνητική εργασία των Παπαδόπουλος, Leavey, Vincent (2002), που σκοπός τους ήταν να συγκρίνουν τις στάσεις για την ψυχική ασθένεια ανάμεσα στη πρώτη και δεύτερη γενιά ελληνοκυπρίων της διασποράς που ζουν στο Βόρειο Λονδίνο αλλά και ανάμεσα στους άγγλους (white-English ethnicity). Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας και το δείγμα αποτέλεσαν 79 άγγλοι και 91 ελληνοκύπριοι. Για τη μέτρηση των στάσεων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο «Community Attitudes to Mental Illness Scale» (Taylor and Deal 1981). Διαπιστώθηκε ότι οι ελληνοκύπριοι είχαν τη λιγότερη επαφή με άτομα με ψυχική ασθένεια και είχαν τις λιγότερες εμπειρίες για την ψυχική ασθένεια και εξέφρασαν τις περισσότερο στιγματισμένες απόψεις συγκριτικά με τους άγγλους που συμμετείχαν στην έρευνα. Αντίθετα με τις προσδοκίες των ερευνητών βρέθηκε

πολύ μικρή διαφορά ανάμεσα στις στάσεις και απόψεις ανάμεσα στη πρώτη και στη δεύτερη γενιά των ελληνοκυπρίων. Οι γνώσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια είναι συνδεδεμένες με τη θετική στάση έναντι στη ψυχική ασθένεια. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα της ανάγκης δημιουργίας εκστρατείας εκπαιδευτικών προγραμμάτων για αντιμετώπιση του στίγματος.

Από την ερευνητική εργασία των Μαδιανού και συν. (2005) διαπιστώθηκε ότι ο γενικός πληθυσμός εκφράζει υψηλότερα επίπεδα στίγματος και λιγότερη αισιοδοξία για τις ικανότητες των ψυχικά ασθενών συγκριτικά με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας κάτι που είναι συμβατό με προηγούμενες έρευνες των Μαδιανού και συν. (1987) και Οικονόμου και συν. (2005). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσίασαν το χαμηλότερο επίπεδο διάκρισης για τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια και έχουν τη πιο θετική στάση για τις ικανότητές τους. Εντούτοις είναι αμφίθυμοι για το μέλλον των ψυχικά ασθενών. Δεν πιστεύουν ότι πρέπει να κρύβουν το πρόβλημά τους και φυσικά δεν επιρρίπτουν ευθύνες στους ασθενείς για την ασθένεια και τα προβλήματά τους (Μαδιανού και συν., 2005).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Σχεδιασμός και Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1.1. Το Δείγμα των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Το δείγμα στην παρούσα ερευνητική εργασία αποτελείται από 119 άνδρες και 190 γυναίκες επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Αν και το N=313, τέσσερις από τους συμμετέχοντες δεν δήλωσαν το φύλο). Ειδικότερα αποτελείται από 260 Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, 23 Εργοθεραπευτές, 18 Ψυχολόγους και 10 Ψυχιάτρους (δύο δεν δήλωσαν την ειδικότητά τους) (Πίνακας III). Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων είναι 37,86 με σταθερή απόκλιση (12,471).

Πίνακας III Δείγμα επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Προσωπικό Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	Αριθμός ερωτηματολογίων που έχουν δοθεί	Αριθμός ερωτηματολογίων που έχουν επιστραφεί	Ανταπόκριση %
Νοσηλευτές	325	260	92,8%
Εργοθεραπευτές	29	23	79%
Ψυχολόγοι	40	18	45%
Ψυχίατροι	23	10	43,5%

Δόθηκαν ερωτηματολόγια σε όλους τους επαγγελματίες που εργάζονται στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας σε μια προσπάθεια καταγραφής των απόψεων (census) (Μερκούρης, 2008) ολόκληρου του πληθυσμού που εργάζεται στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Ο πληθυσμός στη παρούσα ερευνητική εργασία καλύπτει παγκύπρια όλες τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, δηλαδή στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας, στις Ψυχιατρικές Κλινικές, Υπηρεσίες Κοινωνικής, Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Δομές Τοξικοεξάρτησης, Παιδοψυχιατρικά Τμήματα και στις Υπηρεσίες Διασυνδετικής σε Γενικά Νοσοκομεία. Από το δείγμα που συμμετέχει στην ερευνητική εργασία, οι 124 εργάζονται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας και οι 185 σε όλες τις υπόλοιπες δομές (τέσσερις από τους συμμετέχοντες δεν ανέφεραν το τόπο εργασίας τους) που αναφέρονται πιο πάνω και έχουν ταξινομηθεί ως Ψυχιατρικές Υπηρεσίες/Εξωτερικές Δομές.

Τα ερωτηματολόγια συλλέγηκαν σε διάστημα δύο εβδομάδων. Συγκεκριμένα μοιράστηκαν 417 ερωτηματολόγια: 325 σε Νοσηλευτές, 40 σε Ψυχολόγους, 23 σε Ιατρούς και 29 σε Εργοθεραπευτές με βάση τον κατάλογο των εργαζομένων στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Από τα 417 επιστράφηκαν τα 313. Να σημειωθεί ότι παράγοντες όπως μακροχρόνιες άδειες ασθενείας, άδειες μητρότητας δεν λήφθηκαν υπόψη γιατί δεν υπήρχαν μηχανισμοί πρόβλεψης.

Σημειώνεται ότι από τη μηνιαία στατιστική έκθεση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Αρχείο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομείο Αθαλάσσας), διαπιστώθηκε ότι 44 άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν συμμετείχαν στην έρευνα γιατί οι 30 απουσίαζαν λόγω μακροχρόνιας άδειας ασθενείας, 10 λόγω άδειας μητρότητας και 4 άτομα βρίσκονταν σε άδεια αφυπηρέτησης. Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω δεδομένα ο βαθμός ανταπόκρισης της ομάδας των νοσηλευτών αγγίζει το 92,86%. Για τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες δεν υπάρχουν πληροφορίες. Γενικά ο βαθμός όμως ανταπόκρισης του προσωπικού φτάνει τα επίπεδα του 83,16%.

Τα ερωτηματολόγια για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό είχαν διανεμηθεί σε όλα τα τμήματα. Στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας, μετά από προσωπική επίσκεψη στο τμήμα ατόμων της ερευνητικής ομάδας, είχαν δοθεί σε συγκεκριμένους επαγγελματίες που εργάζονταν στο συγκεκριμένο τμήμα και είχαν αναλάβει τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων. Το ίδιο συνέβη στις δομές των επαρχιών Λεμεσού, Πάφου και Λάρνακας. Στις εξωτερικές δομές της επαρχίας Λευκωσίας στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια με το εσωτερικό ταχυδρομείο των υπηρεσιών, αφού προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με το τμήμα και καθορίστηκε ο επαγγελματίας που θα αναλάμβανε την συλλογή. Ορίστηκε μάλιστα και πρόσωπο αναφοράς για επιστροφή όλων των ερωτηματολογίων μετά τη λήξη της ημερομηνίας συλλογής, στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας. Για τις επαγγελματικές ομάδες των ψυχολόγων και των εργοθεραπευτών, τα ερωτηματολόγια έχουν διανεμηθεί από τους προϊσταμένους των οικείων τμημάτων, μέσω του εσωτερικού ταχυδρομείου.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε το Ιούνιο του 2009. Προσωπική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα θεωρήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το γεγονός ότι

άτομα της ερευνητικής ομάδας είναι και επαγγελματίες στις υπηρεσίες μπορεί να υποτεθεί ότι συνέβαλε στην αυξημένη ανταπόκριση του προσωπικού.

4.1.2. Αντιπροσωπευτικό Δείγμα από το Γενικό Πληθυσμό στην Κύπρο

Η μέθοδος της τηλεφωνικής έρευνας, έχει επιλεγεί για την ανίχνευση των απόψεων του γενικού πληθυσμού για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η ανωνυμία που παρέχεται μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης διευκολύνει την έκφραση των απόψεων και αποτρέπει τα πιθανά φαινόμενα της προκατάληψης της απάντησης. Επιπρόσθετα είναι μια οικονομική μέθοδος λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο αριθμό του δείγματος. Μια έρευνα που είναι βασισμένη στο τηλέφωνο είναι σαφώς χαμηλότερου κόστους έναντι μιας έρευνας όπου απαιτεί πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη και περιορίζονται τα ερευνητικά κεφάλαια. Η συλλογή δεδομένων που είναι στηριγμένα στη τηλεφωνική έρευνα, σύμφωνα με τις συμπεριφοριστικές μελέτες, έχει θεωρηθεί ως αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδος και επιλέγεται από διάφορους ερευνητές (Thompson et al., 2002, Lauber, 2004, Lopez-Ibor et al., 2008).

Για τη συμμετοχή στην έρευνα, λαμβανόταν προφορική συγκατάθεση από το συμμετέχοντα και η συνέντευξη διαρκούσε περίπου είκοσι λεπτά. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από το Ερευνητικό Κέντρο του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Λευκωσίας. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων έγινε με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Ο πληθυσμός αφορούσε άτομα άνω των 18 ετών τα οποία συμπεριλαμβάνονταν στο τηλεφωνικό κατάλογο. Το δείγμα επιλέγηκε από το τηλεφωνικό κατάλογο της Αρχής Τηλεπικοινωνιών Κύπρου. Συμπεριλήφθηκαν οι αριθμοί τηλεφώνου που ανήκουν σε άτομα και αποκλείστηκαν οι δημόσιες υπηρεσίες. Η τηλεφωνική έρευνα πραγματοποιήθηκε από τις 17-29 Σεπτεμβρίου του 2009.

Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 812 κλήσεις. Οι 701 ήταν επιτυχείς ολοκληρωμένες συνεντεύξεις και οι 112 (14%) ερωτηθέντες αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Δηλαδή, το σχετικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 86%. Το 47,2% του δείγματος ήταν άνδρες και το 52,8% είναι γυναίκες. Το δείγμα εξισορροπήθηκε σύμφωνα με το φύλο και το τόπο διαμονής. Το μέγιστο στατιστικό σφάλμα να ανέρχεται στο 3,7%.

4.1.3. Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία με τίτλο οι στάσεις έναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια (The Attitude towards Severe Mental Illness) (ASMI), αναπτύχθηκε στη βάση της μεθοδολογίας που ακολούθησαν οι Cohen και Struening (1962) στη διαμόρφωση της κλίμακας Opinion about Mental Illness (O.M.I), το οποίο σταθμίστηκε και χρησιμοποιήθηκε ευρέως σε ερευνητικές εργασίες στην Ελλάδα. Η πρώτη αυτή κλίμακα (O.M.I.) περιέχει πέντε παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη γνώμη:

- *Αυταρχικότητα*
- *Ανθρωπισμός που περιέχει μια πατερναλιστική άποψη για τον ψυχικά άρρωστο*
- *Ιδεολογία της ψυχικής υγιεινής που βασίζεται στην άποψη ότι η ψυχική αρρώστια είναι σαν μια οποιαδήποτε αρρώστια*
- *Κοινωνικός περιορισμός πάνω στη δοξασία ότι ο ψυχικά άρρωστος αποτελεί απειλή για την κοινωνία, και τέλος*
- *Διαπροσωπική αιτιολογία που αντανακλά την άποψη ότι αιτία για την ψυχική αρρώστια είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις, κυρίως κατά την παιδική ηλικία.*

Η κλίμακα OMI έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως από τα τέλη της δεκαετίας του 70 σε έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Κουτρελάκος Μαδιανός 1987, 1999, 2005). Η κλίμακα όμως του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τον Μαδιανό (2005), απεικονίζει τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τα στερεότυπα των δεκαετιών του 1950 και του 1960 τότε που η θεραπεία των ψυχικά ασθενών ήταν η αυταρχική και περιοριστική του νοσηλεία μέσα στο ίδρυμα παράλληλα με την αρνητική στάση που δεν αποδέχεται την ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενή μέσα στην κοινότητα.

Η ανάγκη για καταγραφή των σύγχρονων απόψεων και στάσεων με την εισαγωγή της κοινοτικής ψυχιατρικής και τις σύγχρονες μορφές θεραπείας μέσα στην κοινότητα που επέφερε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, οδήγησαν στην κατασκευή ενός σύγχρονου εργαλείου.

Για τη κατασκευή της κλίμακας για τη μελέτη της στάσης απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, αναπτύχθηκε ένα πιλοτικό εργαλείο όπου περιλάμβανε 45 ανοικτού τύπου ερωτήσεις σχετικές με τις διαστάσεις των υφιστάμενων απόψεων και γνώμων απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Μετά από τη συμπλήρωση πιλοτικών συνεντεύξεων σε δείγμα από το γενικό πληθυσμό και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προέκυψε μία δεύτερη έκδοση του ερωτηματολογίου το οποίο συμπεριλαμβάνει 35 δηλώσεις –προτάσεις. Αυτή η έκδοση με τις 35 προτάσεις είναι απόρροια από την εφαρμογή της διαδικασίας της εσωτερικής συνέπειας. Μετά από ερευνητικές εργασίες του ίδιου του ερευνητή που αφορούσε τις απόψεις του γενικού πληθυσμού στην Αθήνα και διαφόρων επαγγελματικών ομάδων (Μαδιανός και συν, 1985, 1987, 1999, 2004) έχει προκύψει μία δεύτερη έκδοση του σταθμισμένου ερωτηματολογίου (ASMI), που περιλαμβάνει μόνο 30 ερωτήσεις. (Παράρτημα II Ερωτηματολόγιο «Οι στάσεις έναντι της σοβαρής ψυχικής Ασθένειας»). Για την ομοιογένεια των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Cronbach's alpha.

Η κλίμακα περιέχει τέσσερις παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη γνώμη έναντι της ψυχικής ασθένειας. Οι τέσσερις διαστάσεις του μοντέλου είναι:

- *Στίγμα (11 ερωτήσεις ερ.1-11): Καθορίζεται από την άποψη της διάκρισης των χαρακτηριστικών ενός ψυχικά αρρώστου. Περιγράφονται οι ψυχικά άρρωστοι ως «κατώτεροι» από το «κανονικό». Υπονοείται ότι υπάρχει ανάγκη εξάρτησης των ψυχικά αρρώστων από τη φαρμακευτική αγωγή.*
- *Αισιοδοξία (6 ερωτήσεις ερ.12-17): Παρουσιάζεται μια θετική άποψη για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια.*
- *Κοινωνική αποδοχή (7 ερωτήσεις ερ 18-24): Αυτός ο παράγοντας χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να ενθαρρύνει το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική αρρώστια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή, να επιδιώκει κοινωνικές επαφές αποφεύγοντας τις αντιδράσεις και την επιδίωξη βοήθειας.*
- *Ενοχοποίηση (6 ερωτήσεις 25-30) Μέσα από αυτό τον παράγοντα παρουσιάζεται μια αρνητική άποψη προς την ψυχική αρρώστια. Η κεντρική ιδέα είναι ότι τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους.*

Η τεχνική του Likert χρησιμοποιείται στο ερευνητικό εργαλείο (ASMI) και στις διαμορφωμένες τυποποιημένες απαντήσεις για κάθε πρόταση-στάση κυμαίνεται από το «συμφωνώ» (1), «μάλλον συμφωνώ» (2), «μάλλον διαφωνώ» (3), «διαφωνώ» (4) και «δεν γνωρίζω» (0). Η βαθμολόγηση αντιστρέφεται για αρνητικά τοποθετημένες προτάσεις. Η συνολική βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα της κλίμακας έγινε με μια μαθηματική εξίσωση. Υψηλή βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα σημαίνει θετική στάση προς τον παράγοντα αυτόν.

Στην παρούσα έρευνα για την αξιολόγηση της ομοιογένειας των ερωτήσεων ολόκληρου του ερωτηματολογίου αλλά και των διαστάσεων του με το συντελεστή αξιοπιστίας της εσωτερικής συνέπειας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Cronbach alpha με αποτέλεσμα 0.78 και το ερωτηματολόγιο κρίθηκε αξιόπιστο. Ο συντελεστής Cronbach alpha είναι ισοδύναμος εννοιολογικά με τη μέση τιμή όλων των πιθανών τιμών της αξιοπιστίας των ημικλάστων και δείχνει κατά πόσο το εργαλείο μέτρησης έχει συμπεριλάβει όλες τις δυνατές ερωτήσεις που μετρούν την έννοια. Μια τιμή από 0.7 μέχρι 0.9 δείχνει ότι το ερωτηματολόγιο αντανακλά περισσότερο τις μικρές διαφορές και τα διάφορα επίπεδα της έννοιας (Μερκούρης, 2008).

Τα δεδομένα, οργανώθηκαν και κωδικοποιήθηκαν στον υπολογιστή. Η επεξεργασία και η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων έγιναν με το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης SPSS.16.0 for Windows (Statistical Package for Social Sciences – Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών).

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής που ασχολείται με τη σύμπτυξη, την παρουσίαση και την περιγραφή μιας ή περισσότερων συγκεκριμένων ομάδων ποσοτικών μεταβλητών (Μερκούρης, 2008). Η περιγραφική ανάλυση είναι πολύ χρήσιμη για τον έλεγχο και καθορισμό των δεδομένων (Μερκούρης, 2008).

Οι παράγοντες, Στίγμα, Αισιοδοξία, Κοινωνική Αποδοχή και Ενοχοποίηση, διερευνήθηκαν με τη μέθοδο του X^2 ως προς την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών του φύλου, της ηλικίας, εκπαίδευσης, επαγγελματικής ιδιότητας και χώρος εργασίας στη περίπτωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Στην περίπτωση του γενικού πληθυσμού διερευνήθηκαν ως προς την επίδραση

των ανεξάρτητων μεταβλητών του φύλου, της ηλικίας, τόπου διαμονής, μορφωτικό επίπεδο και εισοδηματικά κριτήρια. Η δοκιμασία X^2 είναι μία μη παραμετρική δοκιμασία, που σκοπός της είναι να ελεγχθεί η διαφορά μεταξύ των αναμενόμενων τιμών συχνοτήτων (expected values), αν δεν υπήρχε σχέση των δύο μεταβλητών και των τιμών που παρατηρήθηκαν συχνοτήτων (observed values) (Μερκούρης, 2008). Έχουν καλεστεί οι συμμετέχοντες να δηλώσουν κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με τριάντα δηλώσεις που αφορούν τη σοβαρή ψυχική ασθένεια.

4.1.4. Πιλοτική Δοκιμασία

Παρά το ότι το ερωτηματολόγιο, ήταν σταθμισμένο και δοκιμασμένο στην Ελλάδα, κρίθηκε απαραίτητη η δοκιμή του σε πραγματικές συνθήκες επιτόπιας έρευνας με Κύπριους συμμετέχοντες. Έχει δοκιμαστεί πιλοτικά, το Μάρτιο του 2009, σε πολίτες και σε αριθμό επαγγελματιών υγείας (ψυχικής υγείας, γενικής ιατρικής).

Η πιλοτική έρευνα κρίθηκε αναγκαία για να διαπιστωθούν τυχόν ελλείψεις ή δυσκολίες στην κατανόηση και ακρίβεια του περιεχομένου των ερωτήσεων. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες, να σχολιάσουν τον τρόπο διατύπωσης και το νόημα κάθε ερώτησης. Η διαδικασία αυτή διασφαλίζει την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ως προς το αν τα μηνύματα που κατανοούν οι συμμετέχοντες είναι ταυτόσημα με εκείνα που ζητά η έρευνα (Μερκούρης, 2008). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στις συνθήκες και ιδιαιτερότητες της κυπριακής πραγματικότητας και έχουν γίνει οι ανάλογες τροποποιήσεις σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά εκεί που κρίθηκε αναγκαίο.

4.1.5. Ηθικά Ζητήματα

Για λόγους ηθικής και δεοντολογίας για τη διεξαγωγή της έρευνας έχει εξασφαλιστεί άδεια από το Υπουργείο Υγείας, (Ιατρικές και Νοσηλευτικές Υπηρεσίες), από το Διευθυντή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και από τους Διευθυντές των διάφορων επαγγελματικών ειδικοτήτων. Δόθηκε πληροφόρηση για το σκοπό της έρευνας και τα άτομα συμμετείχαν στην έρευνα εθελοντικά. Επίσης το ερωτηματολόγιο ως ερευνητικό εργαλείο τηρούσε την ανωνυμία και τη προστασία των προσωπικών δεδομένων. Σημειώνεται ότι για τη χρήση του ερωτηματολογίου έχει εξασφαλιστεί άδεια από το δημιουργό του.

4.1.6. Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία περιορίστηκε στη μελέτη των απόψεων μόνο των επαγγελματιών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Παρόλο που στην Κύπρο δεν υπάρχει αναπτυγμένη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (εσωτερική νοσηλεία ψυχικής ασθένειας) στον ιδιωτικό τομέα, θα μπορούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα ψυχίατροι, ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές από τον ιδιωτικό τομέα, που καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα προσφοράς υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Λόγω όμως περιορισμού στο χρόνο αλλά και στην οικονομική χρηματοδότηση η παρούσα εργασία περιορίστηκε στη μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών του δημόσιου τομέα. Η περιορισμένη ανταπόκριση συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων, όπως της ιατρικής ομάδας, περιορίζει την εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων συμπερασμάτων για τη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα.

Ενδιαφέρον θα ήταν οι απόψεις και οι στάσεις των ίδιων των ατόμων που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια, έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Κάτι που δεν έγινε εφικτό στη παρούσα ερευνητική εργασία αλλά αποτελεί μία μελλοντική εισήγηση της συγγραφέως.

Τέλος σημειώνεται ότι δεν είχε οριστεί η έννοια «Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια» στο ερωτηματολόγιο και οι συμμετέχοντες καλούνταν να τοποθετηθούν σύμφωνα με τις δικές τους απόψεις και εμπειρίες, με απλά λόγια όπως οι ίδιοι αντιλαμβάνονταν την έννοια «Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

Οι πίνακες και τα ραβδογράμματα που ακολουθούν, δίνουν μια αντιπροσωπευτική εικόνα των παραγόντων που μελετήθηκαν και σχετίζονται με τη διαμόρφωση των στάσεων έναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τα ευρήματα παρουσιάζονται με ποσοστό επί τοις εκατό που εξέφρασαν οι συμμετέχοντες σε συγκεκριμένες προτάσεις που έχουν διατυπωθεί. Η κάθε πρόταση-στάση, αξιολογείται στην κλίμακα 1-4 και κυμαίνεται από το «συμφωνώ» (1), «μάλλον συμφωνώ» (2), «μάλλον διαφωνώ» (3), «διαφωνώ» (4) και «δεν γνωρίζω» (0). Η συνολική βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα της κλίμακας έγινε με μια μαθηματική εξίσωση. Υψηλή βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα σημαίνει θετική στάση προς τον παράγοντα αυτόν. Η βαθμολόγηση αντιστρέφεται για αρνητικά τοποθετημένες προτάσεις.

5.2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Σύμφωνα με τον Πίνακα IV (Αναλυτική Παρουσίαση των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών του Δείγματος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας), από το σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα το 3,5% του δείγματος πρόκειται για Ψυχιάτρους, το 83,3% πρόκειται για Νοσηλευτές, το 5,8% Ψυχολόγους και το 7,4% πρόκειται για Εργοθεραπευτές.

Πίνακας IV

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Θέση εργασίας	N	%
Γιατροί	N= 11	3,5%
Νοσηλευτές	N= 260	83,3%
Ψυχολόγοι	N= 18	5,8%
Εργοθεραπευτές	N= 23	7,4%
Ηλικία	Μέσος όρος ηλικίας 37,9 (σ.α.12,5)	
=< 25 χρονών	N= 36	11,7%
26-35	N= 122	39,5%
36-45	N= 65	21,0%
46-55	N= 41	13,3%
>=56	N= 56	14,6%
Σύνολο	N= 309	
Χώρο εργασίας		
Νοσοκομείο Αθαλάσσας	N= 124	40,1%

Ψυχιατρικές Υπηρεσίες (εξωτερικές δομές)	N= 185	59,9%
Φύλο		
Άνδρες	N= 120	38,7%
Γυναίκες	N= 190	61,3%

Όπως διαπιστώνεται από την παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, είναι πολύ μικρό το ποσοστό των Γιατρών, Ψυχολόγων, Εργοθεραπευτών που συμμετέχουν στην παρούσα ερευνητική εργασία. Το γεγονός αυτό περιορίζει τη συγγραφέα να αναφέρεται στην ομάδα των Νοσηλευτών, αφού ο μεγάλος αριθμός συμμετοχής επιτρέπει την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων. Επίσης γίνεται αναφορά στις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες, ως οι «υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας».

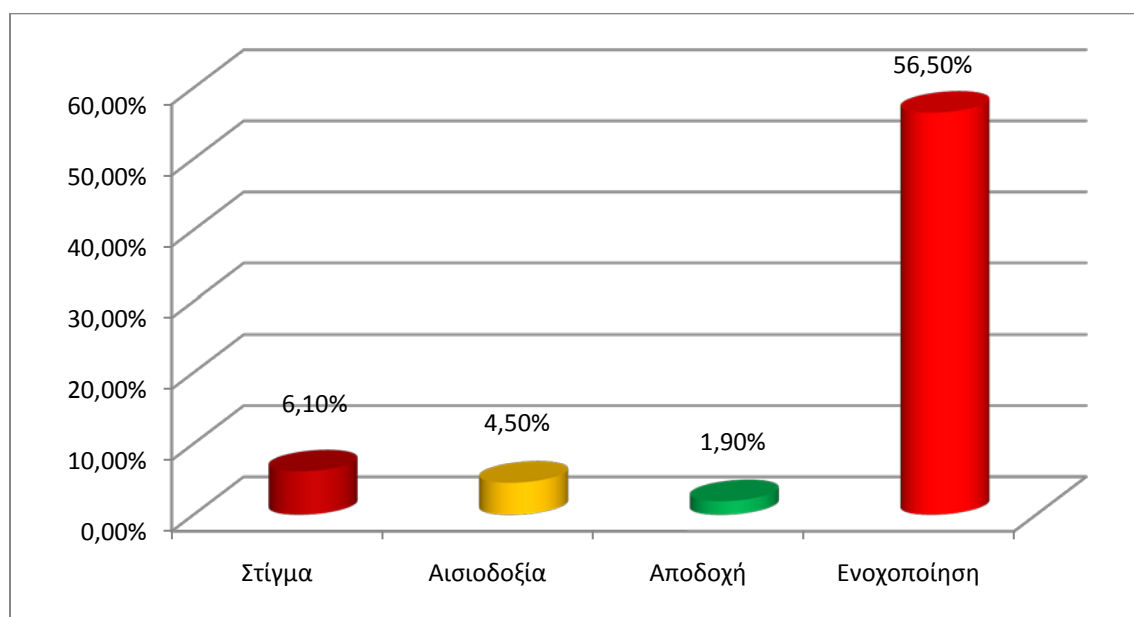
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ξεχωριστά δεδομένου οι στάσεις όπως υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία επηρεάζονται από το θεωρητικό υπόβαθρο και από το επάγγελμα, (Sevigny, 1999, Bjorkman, et al 2008), γεγονός που δεν επιτρέπει την ομαδοποίηση του δείγματος στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων το 11,7% έχει ηλικία μικρότερη ή ίση με 25 χρονών, το 39,5% 26-35 χρονών, το 21,0% 36-45 χρονών, το 13,3% 46-55 χρονών και το 14,6% μεγαλύτερο ή ίσο με 56 χρονών. Ο μέσος όρος ηλικίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι 37,9 (σ.α.12,5). Το 40,1% του δείγματος εργάζεται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας και το 59,9% σε Εξωτερικές Δομές (Κοινωνικές Υπηρεσίες, Κέντρα Υγείας, Υπηρεσίες Διασυνδεδετικής, Ψυχιατρικές Κλινικές, Παιδοψυχιατρικά Τμήματα και Δομές Τοξικοεξάρτησης) τα οποία έχουν ομαδοποιηθεί για σκοπούς ανάλυσης σε «Ψυχιατρικές Υπηρεσίες». Το 61,3% του δείγματος ήταν γυναίκες.

5.3. Τοποθετήσεις Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στους Παράγοντες Στίγμα, Αισιοδοξία Κοινωνική Αποδοχή και Ενοχοποίηση

Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι μόνο το 6,1% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις (Γράφημα 1). Παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες δεν εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις, ταυτόχρονα όμως παρουσιάζονται απαισιόδοξοι για το μέλλον των ατόμων που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια, αφού καταγράφουν πολύ χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας.

Το 95,5% των επαγγελματιών εκφράζουν απαισιόδοξία για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Είναι απαισιόδοξοι για το μέλλον των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια και θεωρούν ότι ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να πετύχει αρκετά πράγματα στη ζωή του.



Γράφημα 1 Στάσεις Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (N=311)

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην πλειοψηφία τους (98,1%), δεν πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή. Περίπου ένας στους δύο επαγγελματίες (56,5%) θεωρούν ότι τα άτομα που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους (Γράφημα 1).

Έχει γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων (Στίγματος, Αισιοδοξίας, Κοινωνικής Αποδοχής και Ενοχοποίησης) σε σχέση με τις μεταβλητές της ηλικίας, της επαγγελματικής ειδικότητας, του χώρου εργασίας και του φύλου.

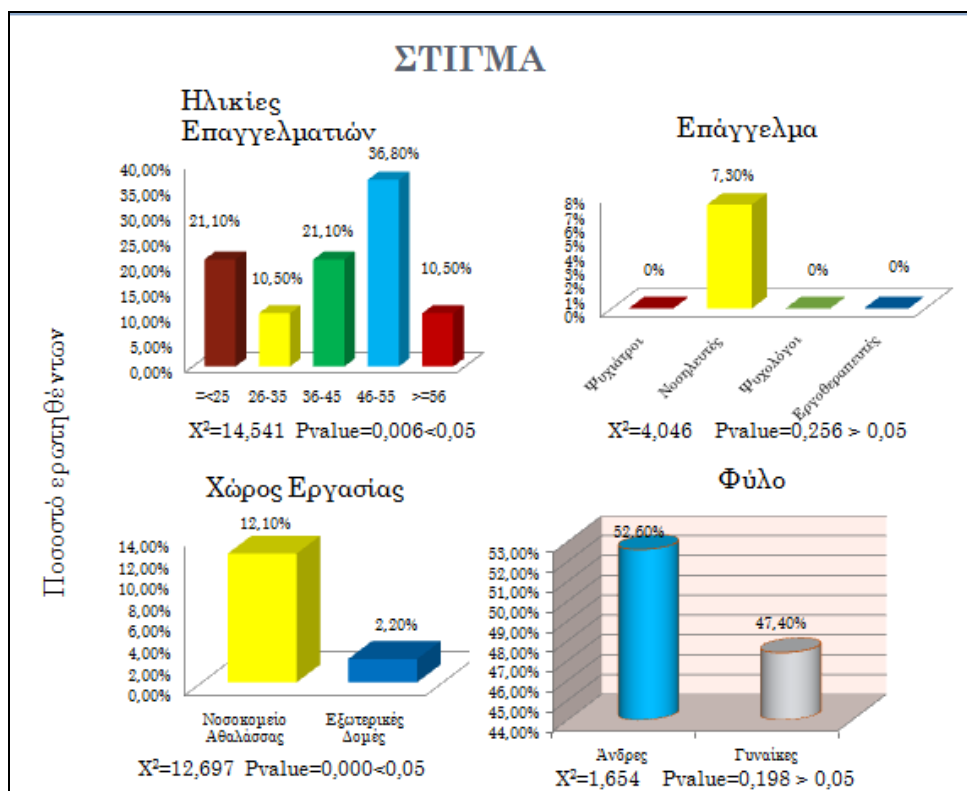
5.3.1. Στίγμα

Όσον αφορά το στίγμα σε σχέση με το επάγγελμα, βρέθηκε ότι κανένας Ψυχίατρος, Ψυχολόγος ή Εργοθεραπευτής δεν εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις και μόνο το 7,3% των Νοσηλευτών εκφράζει στιγματισμένες απόψεις (Γράφημα 2). Το επάγγελμα δεν επηρεάζει τα επίπεδα στίγματος αφού κρίθηκε στατιστικά μη σημαντικό [$X^2=4,046$ και το P value= $0,256 > 0,05$]. Ο μικρός αριθμός συμμετοχής στην έρευνα των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, εκτός από τους νοσηλευτών, δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων αλλά ούτε και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 12.1% αυτών που εργάζονται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας παρουσιάζουν στίγμα και το 2.2% αυτών που εργάζονται σε Εξωτερικές Δομές (Γράφημα 2). Ο χώρος εργασίας επηρεάζει τα επίπεδα στίγματος αφού κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα [$X^2 = 12,697^a$ και το P value= $0,000 < 0,05$].

Από τα αποτελέσματα, βρέθηκε επίσης ότι οι επαγγελματίες κάτω των 25 χρονών, εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις σε ποσοστό 21,1%, οι ηλικίες μεταξύ 26-35 χρονών 10,5%, μεταξύ των 36-45 χρονών 21,1%, οι ηλικίες μεταξύ 46-55 χρονών 36,8% και άνω των 56 χρονών στο 10,5% (Γράφημα 2). Οι ηλικίες μεταξύ των 46-55 χρονών είναι η ηλικιακή ομάδα που καταγράφει μεγαλύτερα επίπεδα στίγματος συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες. Η ηλικία σε σχέση με τα επίπεδα στίγματος κρίνεται στατιστικά σημαντική [$X^2 = 14,541^a$ και το P value= $0,006 < 0,05$].

Από τα ποσοστά των επαγγελματιών που καταγράφουν στίγμα το 52.6% αναλογεί στους άντρες (Γράφημα 2), κάτι όμως που δεν κρίνεται να είναι στατιστικά σημαντικό [$X^2 = 1,654^a$ και το P value= $0,198 > 0,05$].



Γράφημα 2 Διαστάσεις Στίγματος Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Διαστάσεις Στίγματος Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Ηλικίες	Χώρος Εργασίας	Επαγγελματίες	Φύλο
=<25	21,10%		
26-35	10,50%		
36-45	21,10%		
45-55	36,80%		
>=56	10,50%		
Νοσοκομείο Αθαλάσσιας	12,10%		
Εξωτερικές Δομές	2,20%		
Ψυχίατροι		0%	
Νοσηλευτές		7,3%	
Ψυχολόγοι		0%	
Εργοθεραπευτές		0%	
Ανδρες			52,60%
Γυναίκες			47,40%

5.3.2. Αισιοδοξία

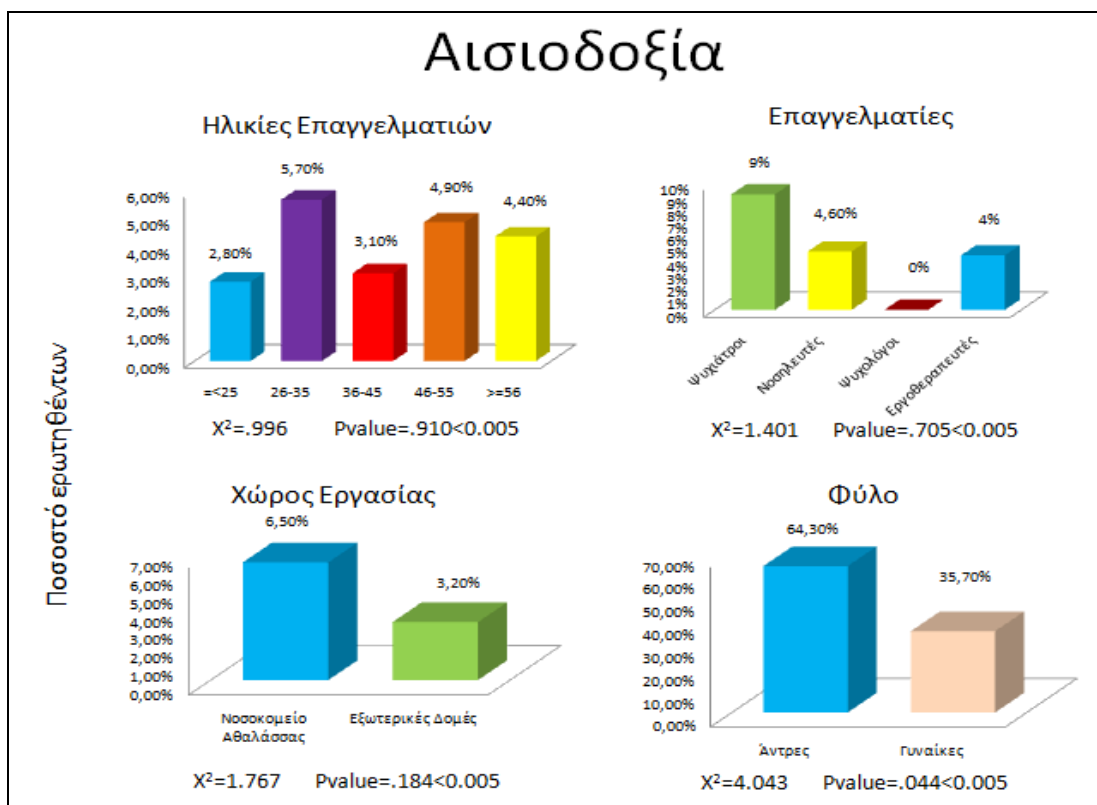
Ίσως ένα από τα πιο αξιοπρόσεκτα ευρήματα της έρευνας είναι η απουσία αισιοδοξίας που εκφράζεται εκ μέρους του προσωπικού σε σχέση με τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, μόνο το 9,1% των Ψυχιάτρων, το 4,6% των Νοσηλευτών, και το 4,3% των Εργοθεραπευτών και κανένας Ψυχολόγος νιώθουν αισιόδοξοι για τις ικανότητες των ψυχικά ασθενών.

Συγκρινόμενες μεταξύ τους οι επαγγελματικές ομάδες, η πιο αισιόδοξη στάση καταγράφεται από την επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών με ποσοστό 85,7% (Γράφημα 3). Ο μικρός όμως αριθμός των συμμετεχόντων από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και γενίκευση των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα δεν κρίνονται στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 1,401^a$ και το P value= 0,705> 0,05].

Το 93,5% από το σύνολο των εργαζομένων στο Νοσοκομείο Αθαλάσσιας παρουσιάζονται απαισιόδοξοι για τις ικανότητες ενός ατόμου με σοβαρή ψυχική ασθένεια και παράλληλα, το 96,8% των επαγγελματιών στις Εξωτερικές Δομές έχει τις ίδιες απόψεις. Τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικά μη σημαντικά [$X^2 = 1,767^a$ και το P value= 0,184>0,05]. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, παρουσιάζονται αισιόδοξοι μόλις το 7,5% των ανδρών και το 2,6% του γυναικών.

Γενικά οι άντρες παρουσιάζονται να έχουν πιο αισιόδοξη στάση αναφορικά με τις ικανότητες ενός ατόμου με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 4,043^a$ και το P value= 0,044<0,05].

Όσον αφορά την αισιοδοξία σε σχέση με την ηλικία, βρέθηκε ότι μόνο το 2,8% των επαγγελματιών κάτω των 25 χρονών καταγράφει αισιόδοξη στάση έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας, μόνο το 5,7% μεταξύ των ηλικιών 26-35, το 3,1% των ηλικιών μεταξύ 36-45 χρόνων, το 4,9% των ηλικιών 46-55 χρονών και το 4,4% των ατόμων άνω των 56 χρονών. Τα αποτελέσματα της αισιοδοξίας σε σχέση με την ηλικία κρίνονται στατιστικά μη σημαντικά [$X^2 = 0,996^a$ και το P value= 0,910> 0,05].



Γράφημα 3 Διαστάσεις Αισιοδοξίας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Διαστάσεις Αισιοδοξίας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

	Ηλικίες	Χώρος Εργασίας	Επαγγελματίες	Φύλο
=<25	2,80%			
26-35	5,70%			
36-45	3,10%			
45-55	4,90%			
>=56	4,40%			
Νοσοκομείο Αθαλάσσης		6,50%		
Εξωτερικές Δομές		3,20%		
Ψυχίατροι			9%	
Νοσηλεύτες			4,60%	
Ψυχολόγοι			0%	
Εργοθεραπευτές			4%	
Άνδρες				64,30%
Γυναίκες				35,70%

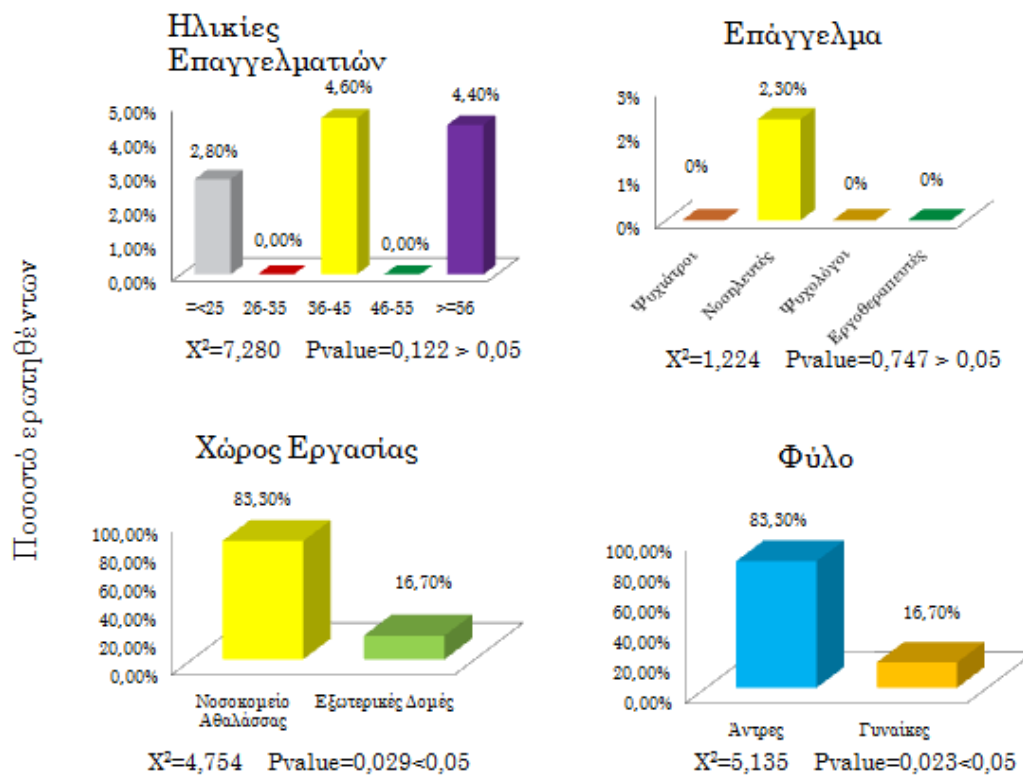
5.3.3. Κοινωνική Αποδοχή

Σημαντικό εύρημα αποτελεί επίσης το ότι μόνο το 2,3% των Νοσηλευτών και κανένα μέλος των υπόλοιπων επαγγελματιών ομάδων πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή (Γράφημα 4). Τα αποτελέσματα της κοινωνικής αποδοχής σε σχέση με την επαγγελματική ειδικότητα κρίνονται ως στατιστικά μη σημαντικά [$X^2 = 1,224^a$ και το P value= 0,747 > 0,05].

Στο ποσοστό του 2,3% των Νοσηλευτών που πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή, το 83,3% αφορά εργαζόμενους στο Νοσοκομείο Αθαλάσσιας και το 16,7% αφορά εργαζόμενους σε Εξωτερικές Δομές. Τα σχετικά ευρήματα είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 4,754^a$ και το P value= 0,029<0,05]. Αποδέχονται το άτομο με ψυχικό πρόβλημα μόνο το 4,2% του αντρικού πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα και το 0,5% του γυναικείου πληθυσμού. Τα ευρήματα είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 5,135^a$ P value= 0,023<0,05]

Όσον αφορά την κοινωνική αποδοχή κατά ηλικιακή ομάδα βρέθηκε ότι μόνο το 2,8% των επαγγελματιών που είναι κάτω των 25 χρονών, το 4,6% των ηλικιών μεταξύ των 36-45 χρόνων, και το 4,4% των ηλικιών άνω των 56 χρονών αποδέχονται τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια (Γράφημα 4). Όσον αφορά τη συσχέτιση της κοινωνικής αποδοχής και των ηλικιακών ομάδων που έχουν τη θετικότερη στάση, βρέθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 36-45 χρόνων, ένας στους δύο (50%) αποδέχεται τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια και θεωρούν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή. Τα αποτελέσματα κρίνονται ως στατιστικά μη σημαντικά [$X^2 = 7,280^a$ και P value= 0,122 >0,05].

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ



**Γράφημα 4 Διαστάσεις Κοινωνικής Αποδοχής Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας
Διαστάσεις Αποδοχής Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας**

	Ηλικίες	Χώρος Εργασίας	Επαγγελματίες	Φύλο
=<25	2,80%			
26-35	0%			
36-45	4,60%			
45-55	0%			
>=56	4,40%			
Νοσοκομείο Αθαλάσσης		83,30%		
Εξωτερικές Δομές		16,70%		
Ψυχίατροι			0%	
Νοσηλεύτες			2,30%	
Ψυχολόγοι			0%	
Εργοθεραπευτές			0%	
Ανδρες				83,30%
Γυναίκες				16,70%

5.3.4. Ενοχοποίηση

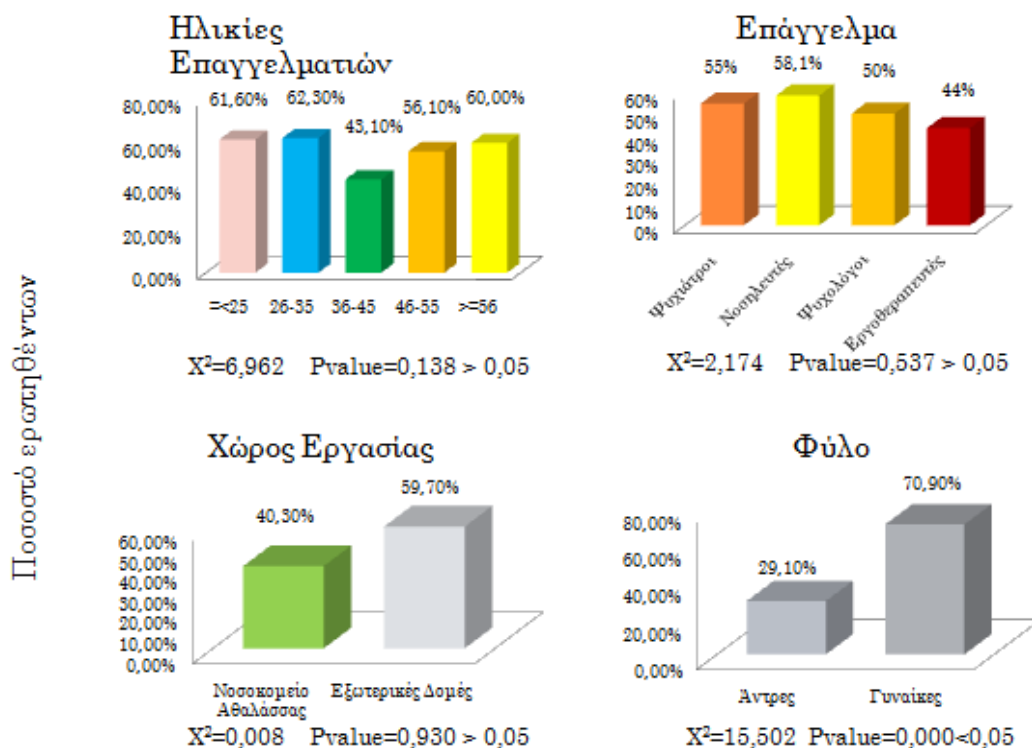
Ψηλά επίπεδα ενοχοποίησης παρουσιάζουν οι περισσότεροι από τους Ψυχιάτρους (54,5%), και τους Νοσηλευτές (58,1%), ο ι μισο ί από το η Ψυχολόγους (50%) και το 43,5% των Εργοθεραπευτών (Γράφημα 5). Η Ενοχοποίηση δε φαίνεται να επηρεάζεται από την επαγγελματική ειδικότητα [$X^2 = 2,174^a$ και $P \text{ value} = 0,537 > 0,05$].

Οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ενοχοποίησης (40,3%) ενώ οι εργαζόμενοι στις Εξωτερικές Δομές παρουσιάζουν ψηλότερα (59,7%) (Γράφημα 5) [$X^2 = 0,008^a$ και το $P \text{ value} = 0,930 > 0,05$].

Βρέθηκε ότι το 61,6% των επαγγελματιών που είναι κάτω των 25 χρονών και το 62,3% των επαγγελματιών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 26-35 χρονών τείνουν να ενοχοποιούν το άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Με μικρότερο ποσοστό ενοχοποιούν το άτομο όσοι ανήκουν στις άλλες ηλικίες και συγκεκριμένα, τείνουν σε κάτι τέτοιο το 43,1% μεταξύ των μεταξύ 36-45 χρονών, το 56,1% των μεταξύ 46-55 και το 60,0% των ηλικιών άνω των 56 χρονών . Τρεις στους πέντε επαγγελματίες όλων των ηλικιών θεωρούν ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια συχνά ευθύνονται για την κατάστασή τους, το εύρημα όμως δεν στατιστικά σημαντικό [$X^2 = 6,962^a$ και το $P \text{ value} = 0,138 > 0,05$].

Από τα άτομα που ενοχοποιούν τους ψυχικά ασθενείς, οι άντρες τείνουν να ενοχοποιούν λιγότερο τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να ενοχοποιούν τα άτομα με σοβαρά ψυχικά προβλήματα με ποσοστό 70,90% (Γράφημα 5). Το σχετικό εύρημα είναι στατιστικά σημαντικό [$X^2 = 15,502^a$ και το $P \text{ value} = 0,000 < 0,05$].

ΕΝΟΧΟΠΟΙΗΣΗ



Γράφημα 5 Διαστάσεις Ενοχοποίησης Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Διαστάσεις Ενοχοποίησης Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

	Ηλικίες	Χώρος Εργασίας	Επαγγελματίες	Φύλο
=<25	61,60%			
26-35	62,30%			
36-45	43,10%			
45-55	56,10%			
>=56	60,00%			
Νοσοκομείο Αθαλάσσης		40,30%		
Εξωτερικές Δομές		59,70%		
Ψυχίατροι			55%	
Νοσηλεύτριες			58,1%	
Ψυχολόγοι			50%	
Εργοθεραπευτές			44%	
Άνδρες				29,10%
Γυναίκες				70,90%

5.3.5. Περίληψη Αποτελεσμάτων Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι το στίγμα σχετίζεται με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της ηλικίας και του χώρου εργασίας. Το φύλο βρέθηκε ότι επηρεάζει την αισιοδοξία, την ενοχοποίηση και την κοινωνική αποδοχή. Η κοινωνική αποδοχή επηρεάζεται επίσης και από το χώρο εργασίας. Το επάγγελμα δε βρέθηκε να επηρεάζει τους παράγοντες του στίγματος, αισιοδοξίας, κοινωνικής αποδοχής και της ενοχοποίησης.

Συγκεκριμένα οι ηλικίες μεταξύ των 46-55 χρονών, εκφράζουν τις περισσότερες στιγματισμένες απόψεις (36,8%) συγκρινόμενες με τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες. Ένας στους τρεις επαγγελματίες που ανήκει σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία καταγράφει στίγμα, εκφράζει δηλαδή στιγματισμένες απόψεις. Όσον αφορά το στίγμα σε σχέση με το χώρο εργασίας, οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας (12,1 %) εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις που αναλογεί ένας στους οκτώ, σε αντίθεση με τους εργαζόμενους σε Εξωτερικές Δομές που μόνο το 2,2% καταγράφει στίγμα, που αναλογεί ένας επαγγελματίας στους σαράντα πέντε.

Όσον αφορά την κοινωνική αποδοχή και το χώρο εργασίας τα αποτελέσματα κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά, με τους εργαζόμενους στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας να καταγράφουν στα επίπεδα κοινωνικής αποδοχής μόλις 1,6% και τους εργαζόμενους σε Εξωτερικές Δομές ,3%. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι μόνο το 1,9% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική αρρώστια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή και να επιδιώκει κοινωνικές επαφές. Το φύλο επίσης σχετίζεται με την κοινωνική αποδοχή, με τους άντρες να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα συγκρινόμενοι με τις γυναίκες με 4,2% και 0,5% αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντικά κρίθηκαν τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο και την αισιοδοξία με τους άντρες να παρουσιάζονται με μια πιο θετική άποψη για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια σε ποσοστό 64,3% συγκρινόμενοι με τις γυναίκες. Το φύλο σχετίζεται με την ενοχοποίηση, με τις γυναίκες να καταγράφουν 70,90% στα επίπεδα ενοχοποίησης, δηλαδή παρουσιάζονται να έχουν μια πιο αρνητική άποψη προς την ψυχική αρρώστια. Πιστεύουν ότι τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους, συγκρινόμενες με τους άντρες που καταγράφουν ένα ποσοστό στα 29,10%.

5.3.6 Προφίλ του Επαγγελματία που Στιγματίζει

Ο επαγγελματίας που τείνει να στιγματίζει τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι Νοσηλευτικός Λειτουργός ηλικίας μεταξύ 46-55 χρονών, παντρεμένος, απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης και εργάζεται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσιας.

5.4. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος του Γενικού Πληθυσμού

Από το σύνολο του γενικού πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα, το 47,2% είναι άντρες και το 52,8% γυναίκες. Το 17,7% του δείγματος είναι ηλικίας μεταξύ 18-29 χρονών, το 29,1% μεταξύ των 30-44 χρονών, το 32,5% μεταξύ των 45-64 χρονών και το 20,7% άνω των 65 χρονών (Πίνακας V). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 48 ετών με (σ.α. 17).

Έχει γίνει κατηγοριοποίηση με βάση το εισόδημα, το 4,9% του δείγματος αφορούσε άτομα με εισοδήματα κάτω των 500 ευρώ μηνιαίως, το 8,6% με εισοδήματα μεταξύ 501- 800 ευρώ, το 14,1% με εισοδήματα μεταξύ 801-1300 ευρώ, το 12,4% με εισοδήματα 1301-1700 ευρώ, το 17,5% με εισοδήματα μεταξύ 1701-2500, το 14,0% με εισοδήματα μεταξύ 2501-5000 και το 8,3% άτομα με εισοδήματα άνω των 5000 ευρώ.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο τα άτομα χωρίς μόρφωση ή μέχρι τα δημοτικά αποτελούν το 21,3% του δείγματος, με μέση εκπαίδευση το 43,1% του δείγματος και με κολεγιακή ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση το 35,7% του δείγματος.

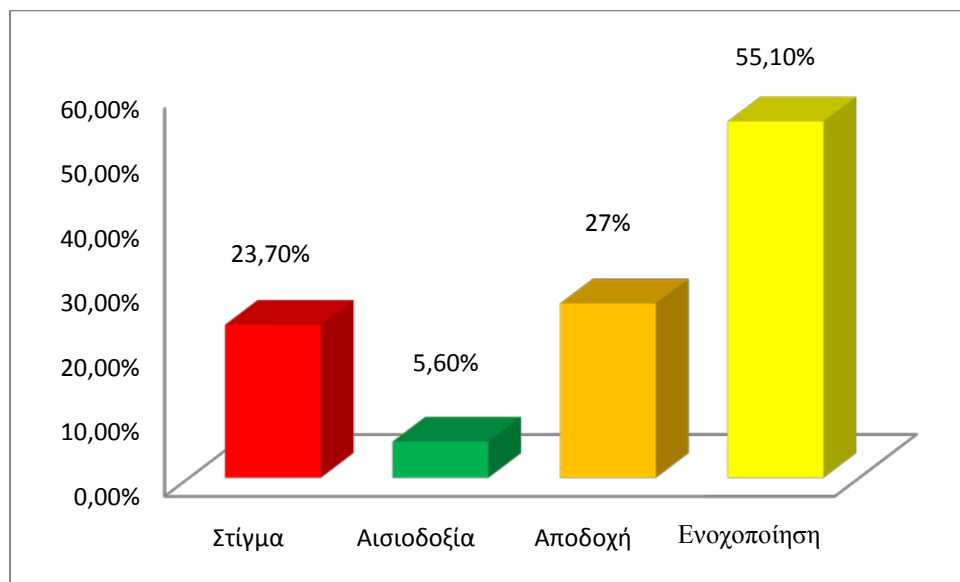
Το 29,2% του δείγματος προέρχεται από την αστική Λευκωσία, το 10% από την αγροτική Λευκωσία, το 22,1% από την αστική Λεμεσό, το 5,8% από την αγροτική Λεμεσό, το 10,4% από την αστική Λάρνακα, το 6,8% από την αγροτική Λάρνακα, το 5,7% από την Αμμόχωστο, το 7,0% από την αστική περιοχή της Πάφου και το 20,9% από την αγροτική περιοχή της Πάφου. Οι κάτοικοι των αστικών περιοχών αποτελούν το 66,5% του δείγματος.

Πίνακας V Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος του Γενικού Πληθυσμού

Φύλο	N	%
Άνδρες	N= 331	47,2%
Γυναίκες	N= 370	52,8%
Ηλικία	Μέσος όρος ηλικίας 48 (σ.α. 17)	
18-29	N= 124	17,7%
30-44	N= 204	29,1%
45-64	N= 228	32,5%
65+	N= 145	20,7%
Εισόδημα		
Μέχρι 500 Ευρώ	N= 34	4,9%
501-800	N= 60	8,6%
801-1300	N= 99	14,1%
1301-1700	N= 87	12,4%
1701-2500	N= 123	17,5%
2501-5000	N= 98	14,0%
5000 και άνω	N= 58	8,3%
(Δεν απαντώ)	N= 142	20,3%
Μόρφωση		
Χωρίς μόρφωση/ μέχρι το δημοτικό	N= 149	21,3%
Μέση Εκπαίδευση	N= 302	43,1%
Κολλέγιο/πανεπιστήμιο	N= 250	35,7%
Επαρχία		
Αστική Λευκωσία	N=205	29,2%
Αγροτική Λευκωσία	N=70	10%
Αστική Λεμεσός	N= 155	22,1%
Αγροτική Λεμεσός	N=41	5,8%
Αστική Λάρνακα	N= 73	10,4%
Αγροτική Λάρνακα	N= 48	6,8%
Αμμόχωστος	N= 40	5,7%
Αστική Πάφος	N= 49	7,0%
Αγροτική Πάφος	N= 20	,9%
Σύνολο Αστικές περιοχές	N= 535	76,3%
Σύνολο Αγροτικές Περιοχές	N= 166	23,7%

5.5. Τοποθετήσεις Γενικού Πληθυσμού στους Παράγοντες Στίγμα, Αισιοδοξία, Κοινωνική Αποδοχή και Ενοχοποίηση

Το 23,7% του γενικού πληθυσμού καταγράφει στίγμα έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας και ένα πολύ μικρό ποσοστό το 5,6% του πληθυσμού, παρουσιάζεται να έχει θετική άποψη για τις ικανότητες ενός ατόμου με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Το 27,0% του γενικού πληθυσμού αποδέχεται τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια και χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να ενθαρρύνει το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική αρρώστια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή, να επιδιώκει κοινωνικές επαφές αποφεύγοντας τις αντιδράσεις και την επιδίωξη βοήθειας. Το 55,1% παρουσιάζεται με μια αρνητική άποψη προς την ψυχική αρρώστια (Γράφημα 6). Θεωρούν ότι τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους.



Γράφημα 6 Στάσεις Γενικού Πληθυσμού (N=701)

Έχει γίνει σύγκριση των μεταβλητών (Στίγματος, Αισιοδοξίας, Κοινωνικής Αποδοχής και Ενοχοποίησης) με τις μεταβλητές της ηλικίας, του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου, του χώρου διαμονής και των εισοδηματικών κριτηρίων.

5.5.1. Στίγμα

Από το σύνολο του γενικού πληθυσμού, το 24,5% του ανδρικού πληθυσμού και το 23,0% του γυναικείου πληθυσμού που συμμετέχουν στην έρευνα εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις (Γράφημα 7). Με απλά λόγια ένας στους τέσσερις από το γενικό πληθυσμό εκφράζει στιγματισμένες απόψεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 0,217^a$ και το P value= 0,641>0,05], δηλαδή ο στιγματισμός είναι ανεξάρτητος από το φύλο.

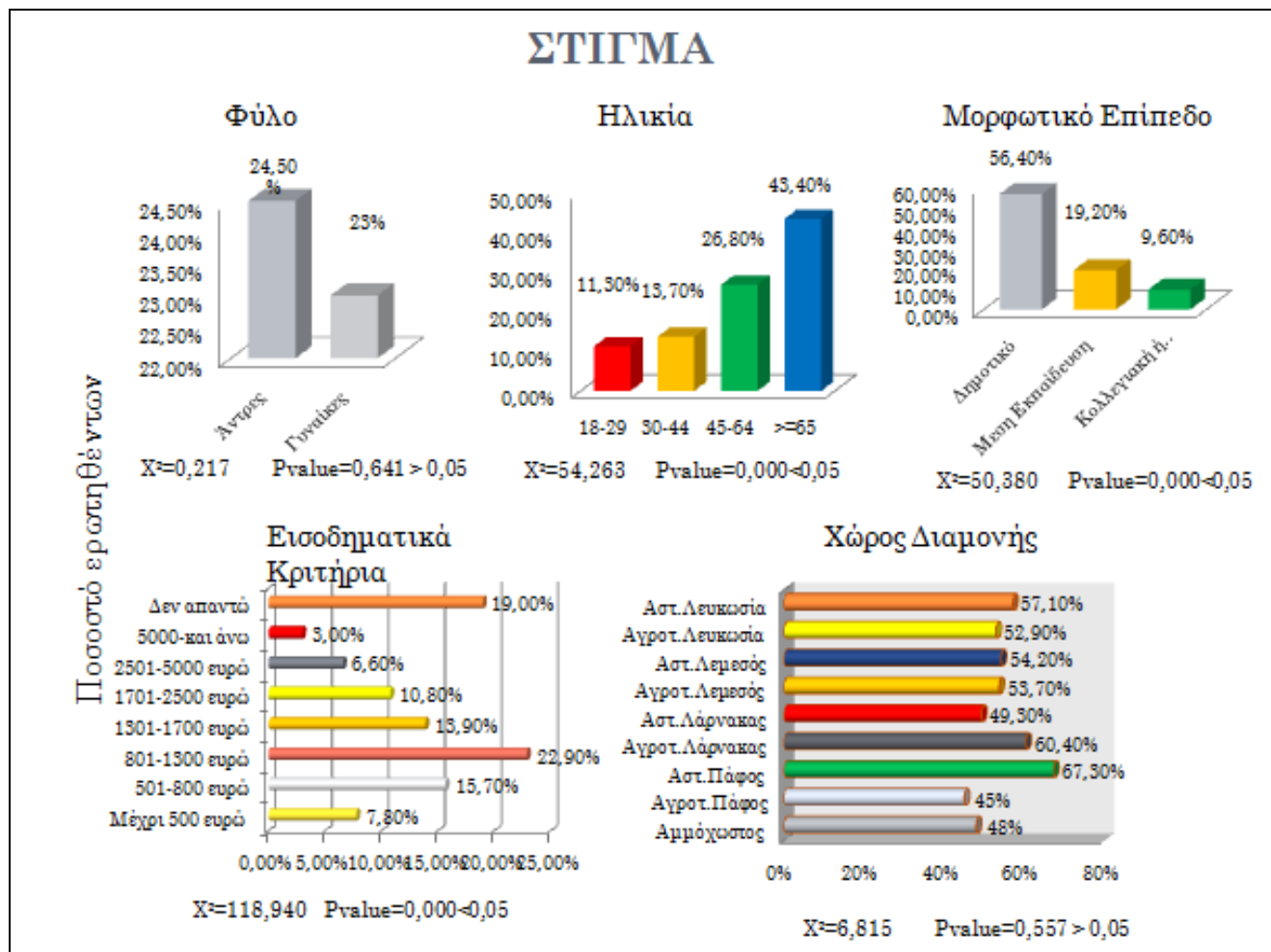
Τα άτομα μεταξύ των 18-29 χρονών καταγράφουν στίγμα σε ποσοστό 11,3%, τα άτομα με ηλικία μεταξύ 30-44 χρονών καταγράφουν στίγμα σε ποσοστό 13,7%, οι ηλικίες μεταξύ των 45-64 χρονών καταγράφουν στίγμα σε ποσοστό 26,8% και τέλος οι ηλικίες πάνω των 65 χρονών καταγράφουν στίγμα σε ποσοστό 43,4 %. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία από τον πληθυσμό που συμμετέχει στην έρευνα έχουν το λιγότερο στίγμα απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα κρίνονται ως στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 54,263^a$ και το P value= 0,000 <0,05].

Τα άτομα με εισόδημα (πάνω από 5000 ευρώ μηνιαίως), παρουσιάζονται να έχουν τη θετικότερη στάση έναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, αφού καταγράφουν στίγμα σε ποσοστό μόλις 3,0%. Τα άτομα με εισοδήματα (μεταξύ 801-1300 ευρώ), καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα στίγματος με ποσοστό 22,9%. Τα αποτελέσματα κρίνονται ως στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 50,380^a$ και P value= 0,000 <0,05].

Τα άτομα χωρίς μόρφωση ή μέχρι το δημοτικό, εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις σε ποσοστό 56,4%, με μέση εκπαίδευση καταγράφουν στίγμα σε ποσοστό 19,2% και άτομα με κολεγιακή ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση, καταγράφουν στίγμα μόνο το 9,6% από αυτούς. Συμπερασματικά τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση τείνουν να παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο στίγματος συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Τα αποτελέσματα κρίνονται ως στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 118,904^a$ και P value= 0,000 <0,05].

Τα υψηλότερα επίπεδα στίγματος καταγράφονται στην αστική περιοχή της Πάφου με ποσοστό 67,30%, συγκρινόμενοι με τους κάτοικους των υπόλοιπων πόλεων και των επαρχιών τους.

Ακολουθεί η αγροτική περιοχή της Λάρνακας με ποσοστό 60,40%. Τα χαμηλότερα επίπεδα στίγματος καταγράφονται στη αγροτική περιοχή της Πάφου με ποσοστό 45% (Γράφημα 7). Τα αποτελέσματα κρίνονται ως στατιστικά σημαντικά [$\chi^2 = 21,567^a$ και το P value= 0,006<0,05].



Γράφημα 7 Διαστάσεις Στίγματος του Γενικού Πληθυσμού

Διαστάσεις του Στίγματος του Γενικού Πληθυσμού

	Φύλο	Ηλικίες	Μορφωτικό Επίπεδο	Εισοδηματικά Κριτήρια	Χώρος Διαμονής
Άνδρες	24,50%				
Γυναίκες	23%				
15-29		11,30%			
30-44		13,70%			
45-64		26,80%			
>=65		43,40%			
Δημοτικό			56,40%		
Μέση Εκπαίδευση			19,20%		

Κολλεγιακή	9,60%	
Δεν απαντώ		19,00%
5000-και άνω		3,00%
2501-5000 ευρώ		6,60%
1701-2500 ευρώ		10,80%
1301-1700 ευρώ		13,90%
501-800 ευρώ		22,90%
801-1300 ευρώ		15,70%
Μέχρι 500 ευρώ		7,80%
Αστική Λευκωσίας		57,10%
Αγροτική Λευκωσίας		52,90%
Αστική Λεμεσός		54,20%
Αγροτική Λεμεσός		53,70%
Αστική Λάρνακας		49,30%
Αγροτική Λάρνακας		60,40%
Αστική Πάφος		67,30%
Αγροτική Πάφος		45%
Αμμόχωστος		48%

5.5.2. Αισιοδοξία

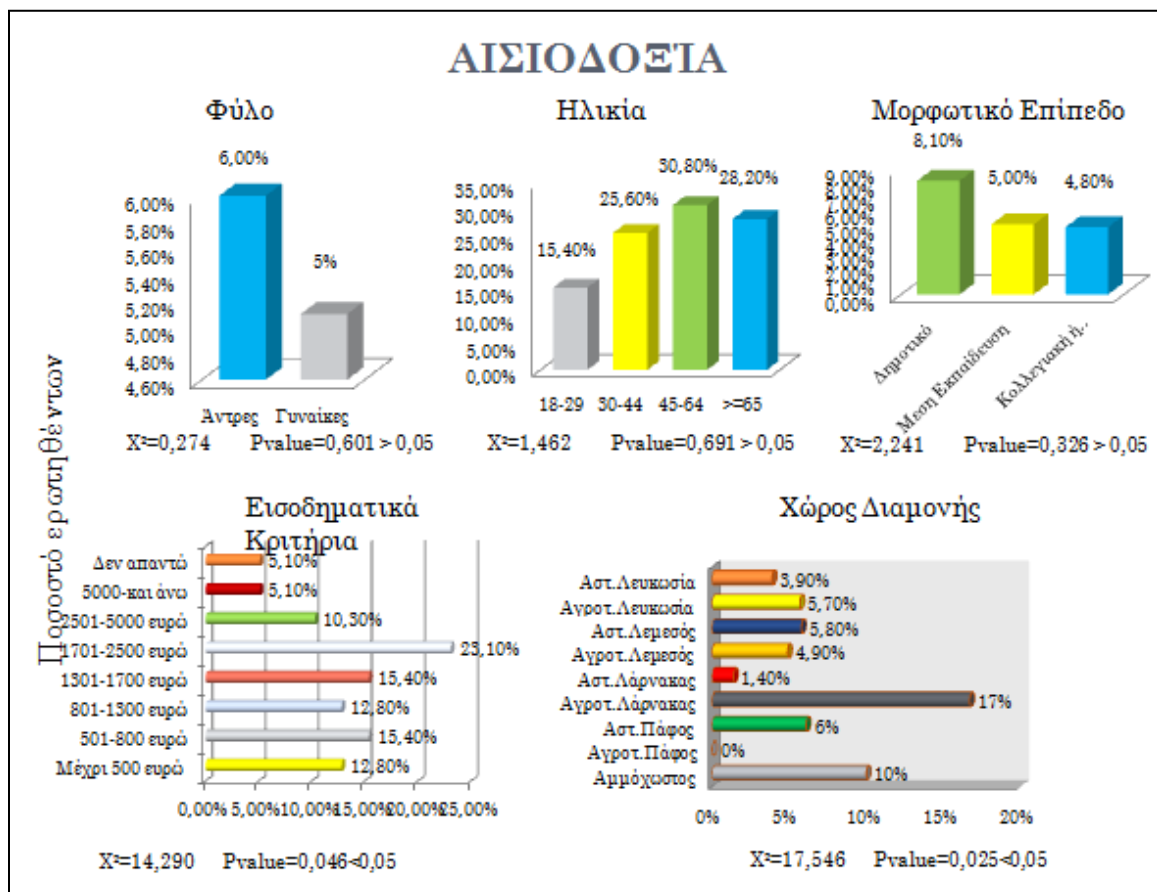
Μόνο το 6,0% του ανδρικού πληθυσμού και το 5,1% του γυναικείου πληθυσμού τείνουν να εκφράζουν αισιοδοξία ως προς τις ικανότητες ενός ατόμου με σοβαρή ψυχική ασθένεια (Γράφημα 8). Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 0,274^a$ και P value= 0,601>0,05]. Οι ηλικίες μεταξύ των 18-29 είναι θετικά προσκείμενοι με ποσοστό 15,4%, οι ηλικίες μεταξύ 30-44 με 25,6%, οι ηλικίες μεταξύ 45-64 με 30,8% και οι ηλικίες πάνω των 65 χρονών με ποσοστό 28,2% [$X^2 = 1,462^a$ και το P value= 0,691>0,05].

Τα άτομα με τα υψηλότερα εισοδήματα παρουσιάζονται να είναι λιγότερο αισιόδοξα για την έκβαση της ψυχικής ασθένειας στο επίπεδο του 3,4%. Από το σύνολο του γενικού πληθυσμού η ομάδα που κατάγραψε την πιο αισιόδοξη στάση είναι η ομάδα με τα εισοδήματα μεταξύ (1701-2500 ευρώ) (Γράφημα 8). Τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 14,290^a$ και το P value= 0,046<0,05].

Βρέθηκε μία αντίστροφη σχέση όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο και την αισιοδοξία. Όσο πιο πολύ ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα της αισιοδοξίας. Άτομα χωρίς μόρφωση ή μέχρι το δημοτικό, παρουσιάζουν επίπεδα αισιοδοξίας στο 8,1% με μέση

εκπαίδευση, μόλις στο 5,0%, και μόνο το 4,8% των ατόμων με κολεγιακή ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Γράφημα 8). Τα αποτελέσματα κρίνονται ως στατιστικά μη σημαντικά αφού το $\chi^2 = 2,241^a$ και το $P \text{ value} = 0,326 > 0,05$.

Όσον αφορά τη σχέση της αισιοδοξίας με το χώρο διαμονής, η αγροτική περιοχή της Λάρνακας παρουσιάζεται να είναι η πιο αισιόδοξη με ποσοστό 16,7%. Ακολουθεί η ελεύθερη Αμμόχωστος με ποσοστό 10,0% (Γράφημα 8). Οι υπόλοιπες περιοχές καταγράφουν πολύ χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας με μέσο όρο 4,1%. Τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικά σημαντικά [$\chi^2 = 17,546^a$ και το $P \text{ value} = 0,025 < 0,05$].



Γράφημα 8 Διαστάσεις Αισιοδοξίας Γενικού Πληθυσμού

Διαστάσεις Αισιοδοξίας του Γενικού Πληθυσμού

	Φύλο	Ηλικίες	Μορφωτικό Επίπεδο	Εισοδηματικά Κριτήρια	Χώρος Διαμονής
Ανδρες	6,00%				
Γυναίκες	5,00%				
15-29		15,40%			
30-44		25,60%			
45-64		30,80%			
>=65		28,20%			
Δημοτικό			8,10%		
Μέση Εκπαίδευση			5,00%		
Κολλεγιακή			4,80%		
Δεν απαντώ				5,10%	
5000-και άνω				5,10%	
2501-5000 ευρώ				10,30%	
1701-2500 ευρώ				23,10%	
1301-1700 ευρώ				15,40%	
501-800 ευρώ				12,80%	
801-1300 ευρώ				15,40%	
Μέχρι 500 ευρώ				12,80%	
Αστική Λευκωσίας					3,90%
Αγροτική Λευκωσίας					5,70%
Αστική Λεμεσός					5,80%
Αγροτική Λεμεσός					4,90%
Αστική Λάρνακας					1,40%
Αγροτική Λάρνακας					17%
Αστική Πάφος					7%
Αγροτική Πάφος					0%
Αμμόχωστος					10%

5.5.3. Κοινωνική Αποδοχή

Αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι το 22,4% των ανδρών και το 31,1% των γυναικών που συμμετέχουν στην ερευνητική εργασία καταγράφουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδοχής (Γράφημα 9). Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 6,753^a$ και το P value= 0,009 <0,05].

Τα νεαρότερα άτομα καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής αποδοχής αφού βρέθηκε ότι το 32,3% των ατόμων μεταξύ 18-29 χρονών, το 36,3% των ατόμων μεταξύ 30-44 χρονών το 22,8% των ατόμων 45-64 χρονών και το 15,9% των ατόμων πάνω από 65 χρονών αποδέχονται

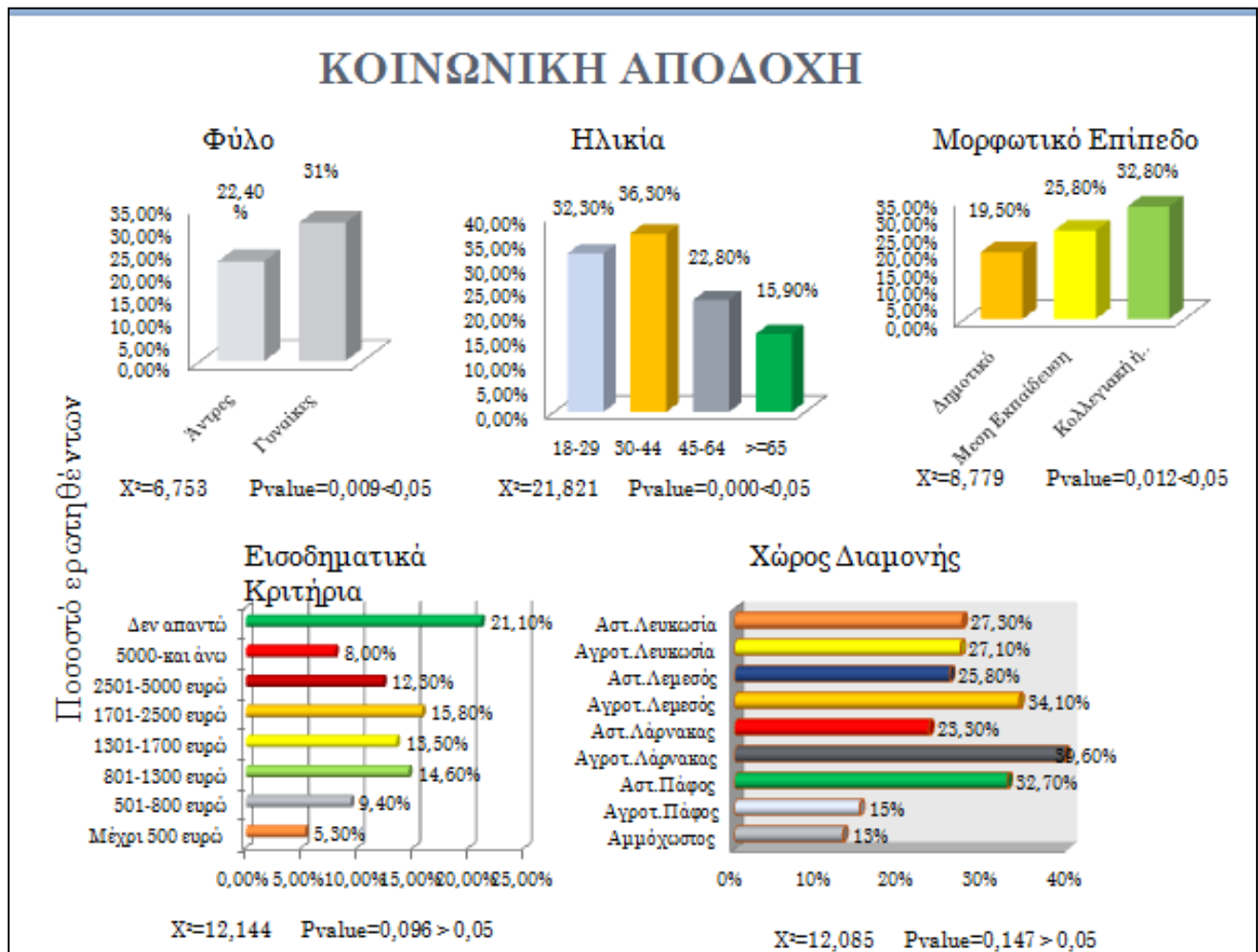
τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια (Γράφημα 9). Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 21,821^a$ και P value= 0,000<0,05].

Βρέθηκε ότι τα άτομα με εισοδήματα μεταξύ 1701-2500 ευρώ παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής αποδοχής με ποσοστό 15,80% και τα χαμηλότερα επίπεδα αποδοχής καταγράφονται από τα άτομα με τα χαμηλότερα εισοδήματα, σε ποσοστό 5,30%. [$X^2 = 12,144^a$ και το P value=0,096>0,05].

Βρέθηκε επίσης ότι όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο αυξάνονται τα επίπεδα της κοινωνικής αποδοχής. Το 19,5% των ατόμων χωρίς μόρφωση ή μέχρι το δημοτικό, το 25,8% των ατόμων με μέση εκπαίδευση και το 32,8% των ατόμων με κολεγιακή ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση τείνουν να αποδέχονται τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια (Γράφημα 9) [$X^2 = 8,779^a$ και P value= 0,012<0,05].

Η αγροτική περιοχή Λάρνακας καταγράφει τα υψηλότερα επίπεδα με 39,6%, ακολουθεί η αγροτική περιοχή της Λεμεσού με 34,1%, η πόλη της Πάφου με 32,7%, και οι υπόλοιπες περιοχές βρίσκονται περίπου στα ίδια επίπεδα με μέσο όρο 22,5%. Τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής αποδοχής καταγράφονται στη ελεύθερη Αμμόχωστο με ποσοστό 12,5% (Γράφημα 9). Οι διαφορές στα αποτελέσματα μεταξύ των περιοχών δεν είναι στατιστικώς σημαντικές [$X^2 = 12,085^a$ και P value= 0,147> 0,05].

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ



Γράφημα 9 Διαστάσεις Κοινωνικής Αποδοχής Γενικού Πληθυσμού

Διαστάσεις Κοινωνικής Αποδοχής Γενικού Πληθυσμού

	Φύλο	Ηλικίες	Μορφωτικό Επίπεδο	Εισοδηματικά Κριτήρια	Χώρος Διαμονής
Άνδρες	22,40%				
Γυναίκες	31,00%				
15-29		32,30%			
30-44		36,30%			
45-64		22,80%			
>=65		15,90%			
Δημοτικό			19,50%		
Μέση Εκπαίδευση			25,80%		
Κολλεγιακή			32,80%		
Δεν απαντώ				20,3%	
5000-και άνω				8,00%	

2501-5000 ευρώ	12,30%
1701-2500 ευρώ	15,80%
1301-1700 ευρώ	13,50%
801-1300ευρώ	9,40%
Μέχρι 500 ευρώ	5,30%
Αστική Λευκωσίας	27,30%
Αγροτική Λευκωσίας	27,10%
Αστική Λεμεσός	25,80%
Αγροτική Λεμεσός	34,10%
Αστική Λάρνακας	23,30%
Αγροτική Λάρνακας	39,60%
Αστική Πάφος	32,70%
Αγροτική Πάφος	15%
Αμμόχωστος	13%

5.5.4. Ενοχοποίηση

Το 56,2% των γυναικών ενοχοποιούν τους ασθενείς με ψυχική ασθένεια (Γράφημα 10) και θεωρούν ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια συνήθως νοιώθουν υπεύθυνα για την κατάστασή τους. Τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 4,069^a$ και P value= 0,044<0,05].

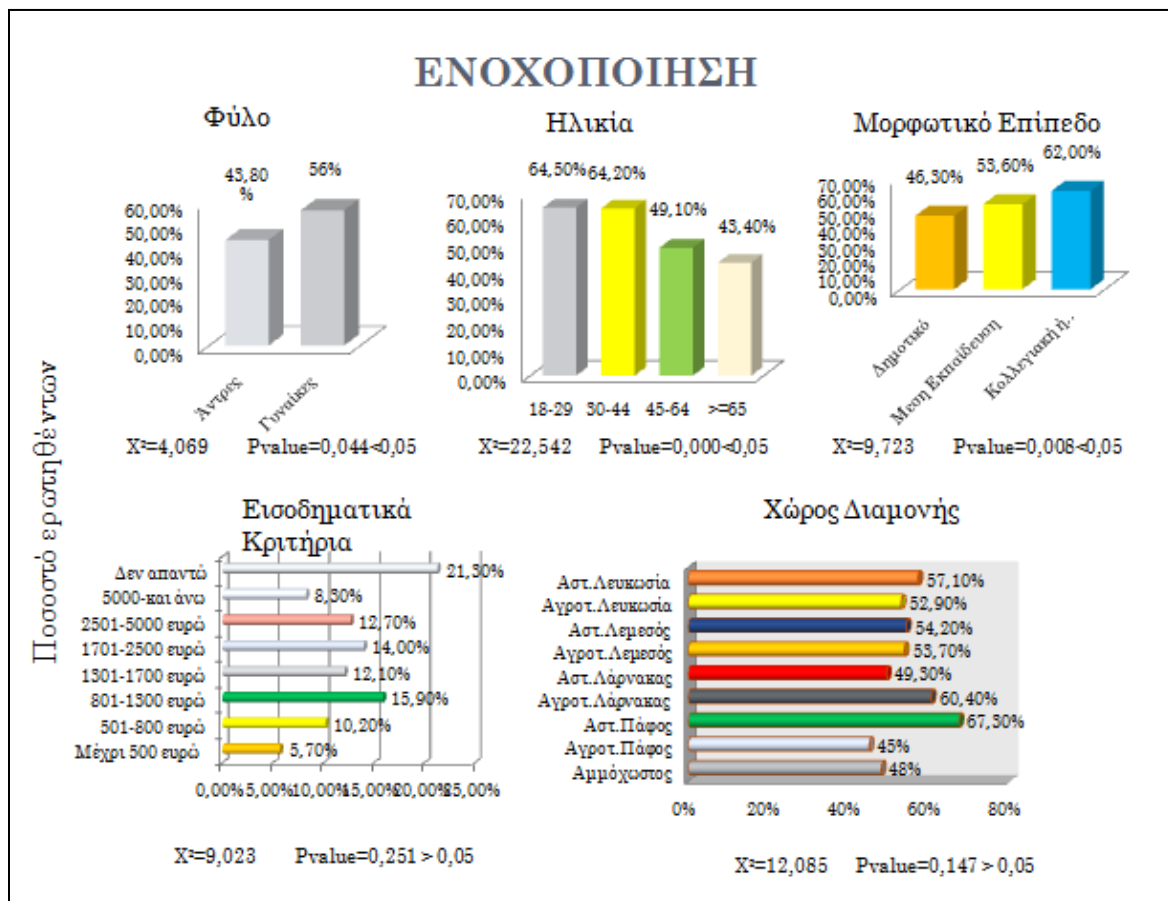
Σε σχέση με την ηλικία καταγράφουν υψηλά επίπεδα το 64,5% των ηλικιών μεταξύ 18-29 χρονών, το 64,2% μεταξύ των ηλικιών 30-44 χρονών, το 49,1% του πληθυσμού μεταξύ των ηλικιών 45-64 και το 43,4% των ηλικιών που είναι πάνω από 65 χρονών (Γράφημα 10). Δηλαδή, τρεις στους τέσσερις θεωρούν ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια συνήθως νοιώθουν υπεύθυνα για τα προβλήματά τους. Τα αποτελέσματα κρίνονται στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 22,542^a$ και P value= 0,000<0,05].

Τα επίπεδα ενοχοποίησης δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τα εισοδήματα αφού κυμαίνονται από το 47,1% με τα χαμηλότερα εισοδήματα μέχρι το 55,2% στα υψηλότερα εισοδήματα. Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά [$X^2 = 9,023^a$ και P value= 0,251>0,05].

Όσο ανεβαίνει η βαθμίδα της εκπαίδευσης τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα της ενοχοποίησης αφού το 46,3% των ατόμων χωρίς μόρφωση ή μέχρι το δημοτικό, το 53,6% των ατόμων με μέση

εκπαίδευση και το 62,0% των ατόμων με κολεγιακή ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση τείνουν να ενοχοποιούν τα άτομα με σοβαρό ψυχικό πρόβλημα (Γράφημα 10). Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά [$\chi^2 = 9,723^a$ και P value= 0,008<0,05].

Ένας στους δύο από το γενικό πληθυσμό ενοχοποιεί τα άτομα για την κατάσταση της υγείας τους με ποσοστό 55,1%. Τα υψηλότερα επίπεδα ενοχοποίησης καταγράφονται στην αστική περιοχή της Πάφου με ποσοστό 67,3%, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα ενοχοποίησης παγκύπρια, καταγράφονται στην αγροτική περιοχή της Πάφου με ποσοστό 45,0% (Γράφημα 10). Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά μη σημαντικά [$\chi^2 = 6,815^a$ και P value= 0,557>0,05].



Γράφημα 10 Διαστάσεις Ενοχοποίησης Γενικού Πληθυσμού

Διαστάσεις Ενοχοποίησης Γενικού Πληθυσμού

Φύλο	Ηλικίες	Μορφωτικό Επίπεδο	Εισοδηματικά Κριτήρια	Χώρος Διαμονής
------	---------	-------------------	-----------------------	----------------

Ανδρες	43,80%	
Γυναίκες	56%	
15-29	64,50%	
30-44	64,20%	
45-64	49,10%	
>=65	43,40%	
Δημοτικό	46,30%	
Μέση Εκπαίδευση	53,60%	
Κολλεγιακή	62,00%	
Δεν απαντώ	21,30%	
5000-και άνω	8,30%	
2501-5000 ευρώ	12,70%	
1701-2500 ευρώ	14,00%	
1301-1700 ευρώ	12,10%	
801-1300 ευρώ	10,20%	
501-800 ευρώ	15,90%	
Μέχρι 500 ευρώ	5,70%	
Αστική Λευκωσίας	57,10%	
Αγροτική Λευκωσίας	52,90%	
Αστική Λεμεσός	54,20%	
Αγροτική Λεμεσός	53,70%	
Αστική Λάρνακας	49,30%	
Αγροτική Λάρνακας	60,40%	
Αστική Πάφος	67,30%	
Αγροτική Πάφος	45%	
Αμμόχωστος	48%	

5.5.5. Περίληψη Αποτελεσμάτων Γενικού Πληθυσμού

Συνοπτικά τα αποτελέσματα που κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά στην περίπτωση του γενικού πληθυσμού είναι ο παράγοντας στίγμα, που από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι σχετίζεται με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της ηλικίας, των εισοδηματικών κριτηρίων, του μορφωτικού επιπέδου και του χώρου διαμονής. Ο παράγοντας της αισιοδοξίας σχετίζεται με το χώρο διαμονής και το φύλο. Η κοινωνική αποδοχή σχετίζεται με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο και τέλος ο παράγοντας της ενοχοποίησης σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο και με το μορφωτικό επίπεδο.

Η ηλικία βρέθηκε να έχει σχέση με τα επίπεδα του στίγματος. Τα άτομα με ηλικία πάνω των 65 χρονών παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα στίγματος σε ποσοστό 43,4%. Οι νεαρότεροι

όμως, οι ηλικίες δηλαδή μεταξύ των 18-29, παρουσιάζουν το λιγότερο στίγμα σε ποσοστό 11,3%. Το μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζει μία αντιστρόφως ανάλογη σχέση, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο μειώνονται τα επίπεδα του στίγματος (96% απόφοιτοι πανεπιστημίου με 56,4% άτομα χωρίς μόρφωση ή μέχρι το δημοτικό). Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τα εισοδηματικά κριτήρια, με τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα πάνω από 5000 ευρώ να παρουσιάζονται με χαμηλότερα επίπεδα στίγματος (22,5%) και όσο μειώνονται τα εισοδήματα να αυξάνονται τα επίπεδα του στίγματος. Ο χώρος διαμονής βρέθηκε να επηρεάζει τα επίπεδα του στίγματος με την πόλη της Λευκωσίας να καταγράφει τα χαμηλότερα επίπεδα στίγματος (14,6%) συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες πόλεις και επαρχίες.

Στατιστικά σημαντικά κρίθηκαν τα αποτελέσματα της αισιοδοξίας σε σχέση με το εισόδημα και τον τόπο διαμονής. Το εισόδημα βρέθηκε να επηρεάζει την αισιοδοξία και τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα να εμφανίζονται λιγότερο αισιόδοξοι για τις ικανότητες των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια σε ποσοστό 3,4%, συγκρινόμενοι με άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα που καταγράφουν επίπεδα αισιοδοξίας σε ποσοστό 14,7%. Άτομα που ζουν στις αγροτικές περιοχές των πόλεων παρουσιάζονται να είναι πιο αισιόδοξα συγκρινόμενοι με όσους κατοικούν στις αστικές περιοχές. Αυτό ισχύει για κάθε επαρχία, για παράδειγμα, η αστική Λευκωσία έχει λιγότερο αισιόδοξη στάση από την αγροτική. Εξαίρεση υπάρχει μόνο στην επαρχία Πάφου όπου η αστική περιοχή βρέθηκε να παρουσιάζεται πιο θετική από την αγροτική.

Στατιστικά σημαντικά κρίθηκαν τα αποτελέσματα της κοινωνικής αποδοχής σε σχέση με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Από τα ευρήματα προκύπτει ότι μεταξύ των ηλικιών που τείνουν να αποδέχονται τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια και να πιστεύουν ότι πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στη κοινωνική ζωή, οι ηλικίες μεταξύ των 30-44 καταγράφουν τη θετικότερη στάση με ποσοστό 39,2%. Βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερο ποσοστό στο μερίδιο της κοινωνικής αποδοχής με 43,4%, συγκρινόμενοι με τις υπόλοιπες ομάδες.

Όσον αφορά την ενοχοποίηση οι άντρες τείνουν να ενοχοποιούν λιγότερο τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με τις γυναίκες, από τις οποίες οι μισές θεωρούν ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια συνήθως νοιώθουν υπεύθυνα για την κατάσταση τους. Τέλος φαίνεται ότι όσο

περισσότερο ανεβαίνει κανείς στη βαθμίδα της εκπαίδευσης τόσο πιο πολύ ενοχοποιεί τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

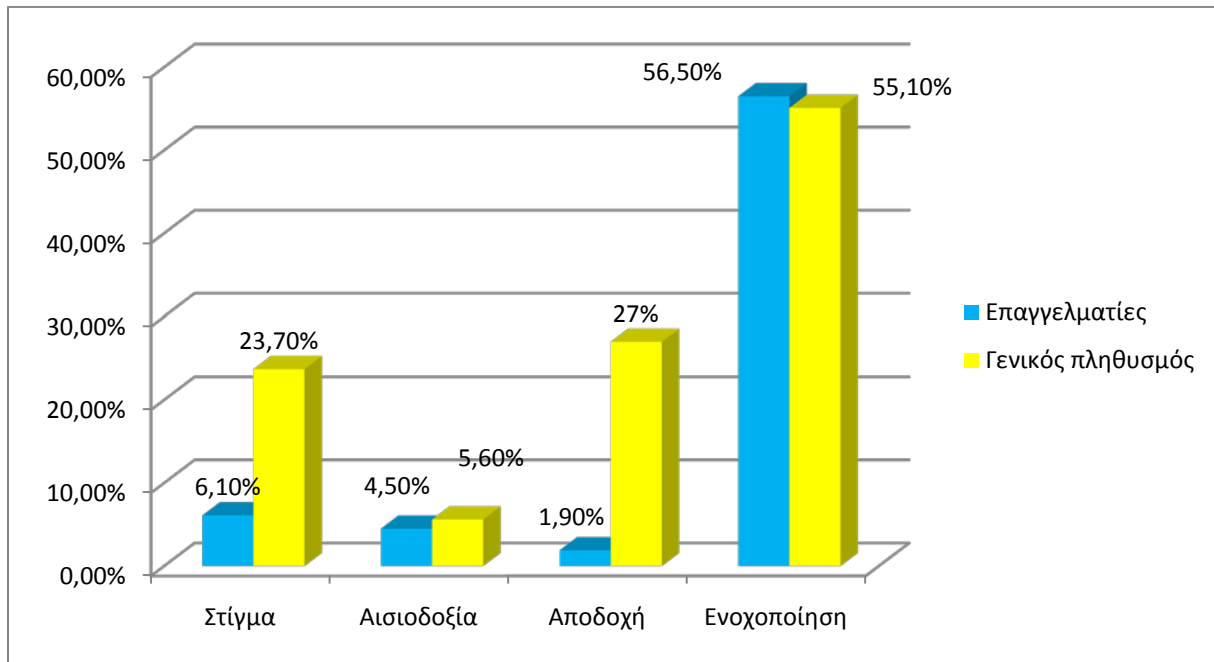
5.5.6. Προφίλ του Ατόμου από το Γενικό Πληθυσμό που Στιγματίζει

Όπως στους επαγγελματίες έτσι και στο γενικό πληθυσμό το φύλο δεν επηρεάζει καθόλου το στίγμα. Τα άτομα που συνήθως στιγματίζουν τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, είναι συνήθως άτομα άνω των 65 ετών, κάτοικοι Λεμεσού, με χαμηλότερου επιπέδου μόρφωση και συγκεκριμένα μέχρι το δημοτικό. Είναι συνήθως παντρεμένοι και ανήκουν στην κοινωνική κατηγορία Γ2 (με εισόδημα 801-1300 ευρώ μηνιαίως) με βάση την κατάταξη των εισοδηματικών κριτηρίων.

5.6. Σύγκριση Ευρημάτων Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και Γενικού Πληθυσμού

Συμπερασματικά διαπιστώνεται ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό, (6,1%) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας εκφράζουν στιγματισμένες απόψεις, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό που το 23,7% του γενικού πληθυσμού εκφράζει στιγματισμένες απόψεις (Γράφημα11). Με απλά λόγια ένας στους δεκαέξι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκφράζει στιγματισμένες απόψεις και ένας στους τέσσερις στο γενικό πληθυσμό.

Παρόλα αυτά μόνο το 4,5% του συνόλου των επαγγελματιών είναι αισιόδοξο, παρουσιάζεται δηλαδή με μια θετική άποψη για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια. Πολύ παραπλήσια αποτελέσματα εντοπίζονται και στο γενικό πληθυσμό αφού θετική στάση καταγράφει μόνο το 5,6% του γενικού πληθυσμού στο πεδίο της αισιοδοξίας. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι μόνο το 1,9% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή, σε αντίθεση με το 27,0% του γενικού πληθυσμού. Τόσο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και ο γενικός πληθυσμός επιρρίπτουν ευθύνες στα ίδια τα άτομα για την κατάσταση της υγείας τους, και θεωρούν όπια άτομα που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους, με ποσοστά 56,5% και 55,1%, αντίστοιχα.



Γράφημα 11 Συγκριτική Παρουσίαση των Στάσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρόλο που η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει εφαρμοστεί στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας από την δεκαετία του 1990 με τη δημιουργία δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα, παράλληλα με την αλλαγή του κέντρου βάρους της ψυχιατρικής φροντίδας από την ιδρυματική φροντίδα στην κοινοτική και με την εισαγωγή νέων όρων, εννοιών και ορισμών, η έρευνα απέδειξε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν είναι αισιόδοξοι για την πορεία της ψυχικής ασθένειας και τις ικανότητες του ατόμου που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια, αφού εξέφρασαν τις λιγότερες θετικές απόψεις και στάσεις έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας.

Το 95,5% των επαγγελματιών θεωρούν ότι ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να πετύχει αρκετά πράγματα στη ζωή του. Εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που θέλει το πάσχων υποκείμενο να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή διεκδικώντας και κερδίζοντας το ρόλο που πραγματικά του αξίζει.

Αξιοπρόσεκτο επίσης εύρημα αποτελεί η κοινωνική αποδοχή με τη πλειοψηφία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (98,1%) να θεωρούν ότι δεν πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή. Τα χαμηλά επίπεδα στίγματος που καταγράφονται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες ίσως να είναι απαισιόδοξοι για το μέλλον ενός ατόμου που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια γιατί στα αλήθεια δεν έχει ποτέ δημιουργηθεί ένα σωστό δίκτυο δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Από τα ευρήματα διαπιστώνεται ότι ένας στους δεκαέξι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζει στίγμα, ενώ η αντίστοιχη αναλογία στο γενικό πληθυσμό είναι ένας στους τέσσερις. Όμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται στην εργασία του Sevigny et al, (1999) με βάση την οποία οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας και οι ψυχίατροι στην Κίνα είχαν διαφορετική στάση από το γενικό πληθυσμό. Σημαντικό να αναφερθεί ότι και στην έρευνα των Μαδιανού, και συν. (2005) που χρησιμοποιείται το ίδιο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιεί και η ανά χείρας

ερευνητική εργασία καταγράφονται τα ίδια αποτελέσματα, με το γενικό πληθυσμό να εκφράζει τα υψηλότερα επίπεδα στίγματος συγκριτικά με τους επαγγελματίες.

Όσον αφορά τις ηλικίες φαίνεται ότι οι επαγγελματίες μεταξύ των ηλικιών 46-55 χρονών, παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα στίγματος (36,8%), συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους επαγγελματίες. Ένας στους τρεις επαγγελματίες που ανήκει σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία καταγράφει στίγμα.

Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι οι νεαροί επαγγελματίες μεταξύ των 26-35 χρονών καταγράφουν τα χαμηλότερα επίπεδα στίγματος. Οι νεαρότεροι που συμμετείχαν στη παρούσα ερευνητική εργασία από το γενικό πληθυσμό καταγράφουν επίσης τα χαμηλότερα επίπεδα στίγματος, κάτι που συμφωνεί απόλυτα με ερευνητικές εργασίες των Μαδιανός, Οικονόμου, Χατζηγεωργίου (1979/1980-1994), στις οποίες έρευνες οι νεαρότεροι εξέφρασαν θετικότερες απόψεις και στάσεις απέναντι στα δικαιώματα των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα. Άλλες συναφείς επίσης έρευνες καταγράφουν τα ίδια αποτελέσματα (Rahav et al 1984, Brockington et al 1993). Συνεπώς τα ευρήματα αυτά αποτελούν αισιόδοξα μηνύματα για τις στάσεις της κοινωνίας που φαίνεται να καταγράφει μια θετικότερη στάση και ευαισθητοποίηση προς τα άτομα που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Όσον αφορά το επίπεδο του στίγματος σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα, δηλαδή το επάγγελμα ως μεταβλητή, φαίνεται ότι η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών είναι η ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά ως προς την αναλογία του στίγματος με ποσοστό 83,3%, συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες που μοιράζονται το υπόλοιπο ποσοστό.

Επισημαίνεται όμως ότι δεν κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα και το μικρό δείγμα των υπόλοιπων επαγγελματικών ομάδων δεν επιτρέπουν την εξαγωγή αξιόπιστων και έγκυρων συμπερασμάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω ευρήματα μπορεί να υποθέσει κανείς ότι τα υψηλότερα επίπεδα στίγματος που καταγράφονται από τους Νοσηλευτές, συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους επαγγελματίες, ίσως να οφείλονται στην αποδοχή της σημαντικότητας και της

αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής από μέρους των Νοσηλευτών αφού το στίγμα σαν έννοια στην παρούσα ερευνητική εργασία, καθορίζεται από την άποψη της διάκρισης των χαρακτηριστικών ενός ψυχικά αρρώστου και υπονοεί παράλληλα ότι υπάρχει ανάγκη εξάρτησης των ψυχικά αρρώστων από τη φαρμακευτική αγωγή.

Παρόλα αυτά όμως σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει η έρευνα του Sevigny et al (1999), με τους Νοσηλευτές ψυχικής υγείας να έχουν πιο αρνητική στάση και απόψεις έναντι στους ψυχικά ασθενείς παρά οι Ψυχίατροι. Κάτι που υποστηρίζεται και από τους Sellick και Goodear (1985), που θέλουν το επάγγελμα να επηρεάζει τις στάσεις των ανθρώπων.

Γενικά όμως τα ποσοστά των στιγματισμένων απόψεων που εκφράζονται από την ομάδα των νοσηλευτών είναι αρκετά χαμηλά κάτι που συμφωνεί με την ερευνητική εργασία των (Chambers, Guise et al,2010, Meyer 2008, Jacobs-Lewson, waddell, 2009). Με τους συγγραφείς να επισημαίνουν ότι οι στάσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι οι ίδιες ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Όσον αφορά το στίγμα σε σχέση με το χώρο εργασίας, οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο Αθάλασσας (12,1%), καταγράφουν στίγμα που αναλογεί ένας στους οκτώ, σε αντίθεση με τους εργαζόμενους σε Εξωτερικές Δομές που μόνο το 2,2% καταγράφει στίγμα, που αναλογεί ένας στους σαράντα πέντε επαγγελματίες. Τα ίδια αποτελέσματα καταγράφονται και από την ερευνητική εργασία των Rao et al. (2009), με τους εργαζόμενους στα κλειστά τμήματα νοσηλείας ψυχικής υγείας να καταγράφουν περισσότερο στιγματισμένες απόψεις έναντι ατόμων με ψυχικά προβλήματα παρά οι εργαζόμενοι σε εξωτερικές δομές, κάτι που συμφωνεί απόλυτα με τους Μαντάς και συν (1994) ότι δηλαδή το είδος του υιοθετούμενου θεραπευτικού πλαισίου λειτουργίας του νοσηλευτικού χώρου επηρεάζει σημαντικά τη στάση του προσωπικού απέναντι στα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια.

Τονίζεται ότι η έννοια στίγμα όπως ορίζεται στο ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας καθορίζεται από την άποψη της διάκρισης των χαρακτηριστικών ενός ψυχικά αρρώστου. Στο σημείο αυτό οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας τοποθετούνται ότι «είναι εύκολο να διακρίνεις κάποιον ότι υποφέρει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια». Μια πρώτη ερμηνεία θα

μπορούσε να ήταν το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι σε αυτούς τους χώρους εργάζονται με τα πιο δύσκολα περιστατικά, χρόνια ή οξεία όπως στη φάση της υποτροπής.

Μέσα επίσης από τον ορισμό του στίγματος, στην παρούσα εργασία, υπονοείται ότι υπάρχει ανάγκη εξάρτησης των ψυχικά αρρώστων από τη φαρμακευτική αγωγή. Θα μπορούσε να τοποθετηθεί κανείς ότι είναι αναμενόμενο οι εργαζόμενοι σε τέτοιου είδους δομές, που χειρίζονται την υποτροπή ή τη βίαιη επιθετική συμπεριφορά, και ασκούν καθαρά θεραπευτικό ρόλο με χρήση φαρμακευτικής αγωγής να τοποθετηθούν υπέρ της φαρμακευτικής αγωγής.

Δεν ορίζεται από το ερωτηματολόγιο η έννοια της σοβαρής ψυχικής ασθένειας, άρα ο κάθε επαγγελματίας έκρινε με τις δικές του εμπειρίες και ίσως έχοντας υπόψη του τα περιστατικά που ο ίδιος χειριζόταν. Ίσως, αν διευκρινιζόταν η έννοια σοβαρή ψυχική ασθένεια να υπήρχαν διαφορετικά αποτελέσματα.

Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι μόνο το 4,5% του συνόλου των επαγγελματιών είναι αισιόδοξο, παρουσιάζεται δηλαδή με μια θετική άποψη για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια. Σε πολύ κοντινά αποτελέσματα βρίσκεται και ο γενικό πληθυσμός που στα επίπεδα αισιοδοξίας, θετική στάση καταγράφει μόνο το 5,6% του γενικού πληθυσμού. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα το 98,1%, δεν πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αντίστοιχη την έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό των Μαδιανού, Οικονόμου, Καλλέργη (2005), οι οποίοι βρήκαν ότι οι επαγγελματίες υγείας στον ελληνικό χώρο έχουν τη πιο θετική στάση για τις ικανότητες των ατόμων που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια συγκρινόμενοι με το γενικό πληθυσμό.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία το 27,0% του γενικού πληθυσμού, ένας στους τέσσερεις, πιστεύει ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή. Η διαφορά αυτή των στάσεων και η αρνητικότερη που καταγράφουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό θα μπορούσε να

αποδοθεί στις γνώσεις των επαγγελματιών για την ψυχική ασθένεια αλλά και στη συχνή επαφή τους με τα άτομα με σοβαρό ψυχικό πρόβλημα. Η θετικότερη στάση κοινωνικής αποδοχής που καταγράφεται από το γενικό πληθυσμό στην παρούσα εργασία, ίσως να οφείλεται στην κουλτούρα του κυπριακού λαού, που είναι αναπτυγμένα αισθήματα αποδοχής, συμπάθειας και συμπόνιας γενικά για τον συνάνθρωπο. Το γεγονός επίσης ότι πρόκειται για μικρό νησί και οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων είναι λιγότερο αποξενωμένες. Θα μπορούσε επίσης να αποδοθεί και στο γεγονός ότι στην Κύπρο έχουν γίνει θεσμός εκδηλώσεις όπως ο «Ραδιομαραθώνιος», που για μία εβδομάδα κάθε χρόνο μέσω της τηλεόρασης ο πληθυσμός γίνεται δέκτης πληθώρας μηνυμάτων αποδοχής και ενσωμάτωσης της διαφορετικότητας.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, βρέθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερο ποσοστό στο μερίδιο της κοινωνικής αποδοχής με 43,4%, συγκρινόμενοι με τις υπόλοιπες ομάδες. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφονται σε ερευνητική εργασία του Toledo (2004), με το συγγραφέα να καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι με τα πιο ψηλά επίπεδα εκπαίδευσης τείνουν να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια.

Σε αντίθεση με τα πιο πάνω αποτελέσματα οι Sellick και Gooddear (1985) σε ευρήματα της δικής τους ερευνητικής εργασίας υποστήριξαν ότι τα γηραιότερα και τα λιγότερο μορφωμένα άτομα από το γενικό πληθυσμό τείνουν να έχουν πιο θετική άποψη για τα άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια.

Από την άλλη όμως, τόσο οι επαγγελματίες (56,5%) όσο και ο γενικός πληθυσμός (55,1%), επιρρίπτουν ευθύνες στα ίδια τα άτομα για την κατάσταση της υγείας τους. Θεωρούν ότι τα άτομα που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους. Κάτι που συμφωνεί και με τις ερευνητικές εργασίες των (Ozmen 2004: Thornicroft, 2006: Dietrich, 2004: Webb, Jacobs-lewson, Waddell, 2009) στις οποίες διαπιστώνεται ότι οι άνθρωποι καταλογίζουν ευθύνες στα άτομα για την ψυχική ασθένεια.

Ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα διαπιστώνονται στην έρευνα των Μαδιανού και συν. (2005) με τους επαγγελματίες υγείας να μην πιστεύουν ότι οι ασθενείς πρέπει να κρύβουν το

προβλήματα τους και να μην επιρρίπτουν ευθύνες στους ασθενείς για την ασθένεια και τα προβλήματά τους.

Τέλος βρέθηκε ότι οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης τείνουν να ενοχοποιούν περισσότερο τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με τους άντρες, αφού οι μισές θεωρούν ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια συνήθως είναι υπεύθυνα για την κατάστασή τους. Κάτι που στηρίζεται επίσης από τα ευρήματα της εργασίας του Nunavik (2001) που η μεγαλύτερη κοινωνική απόρριψη παρουσιάστηκε από γυναίκες οι οποίες μάλιστα είχαν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

6.2. Γενικά Σχόλια και Μελλοντικές Εισηγήσεις

Από τη δεκαετία του 1970 η κοινοτική ψυχιατρική έχει εισαχθεί σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη (Μαδιανός 1994). Παρόλο που υπάρχει αποδοχή μιας πιο ανθρωπιστικής θεραπείας και κοινωνικής φροντίδας για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα, το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική αρρώστια εξακολουθεί να υπάρχει και είναι ένα από τα κυριότερα εμπόδια στην αναζήτηση και στην παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς, όσο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Αξιοποιώντας τη διεθνή εμπειρία σε προγράμματα κοινωνικής ευαισθητοποίησης, αγωγής υγείας, καταπολέμησης του κοινωνικού στίγματος, το πρώτο πεδίο δράσης που προτείνεται για την καταπολέμηση του στίγματος για την ψυχική ασθένεια αναφέρεται στην ευαισθητοποίηση του ίδιου του προσωπικού των ψυχιατρικών υπηρεσιών με την ενδυνάμωση και τη καλλιέργεια αισθημάτων αισιοδοξίας και κοινωνικής αποδοχής (Furndam, 2004: Chou, 1996).

Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της εργασίας με τον ψυχικά ασθενή από τη μια, αλλά και την κοινωνία που καλείται να τον υποδεχτεί και να τον αποδεχτεί από την άλλη. Ως εκ τούτου, σημαντικό πεδίο δράσης αποτελεί η ευαισθητοποίηση – ενημέρωση της κοινότητας και η καταπολέμηση της αρνητικής κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στο ψυχικά ασθενή.

Λαμβάνοντας υπόψη το πρόγραμμα «Στίγμα για την ψυχική ασθένεια : ώρα για αλλαγή 2009-2011», που αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο ενάντια στο στίγμα και στη περιθωριοποίηση, προτεραιότητα αποτελεί η μετάδοση του μηνύματος ότι όλοι μπορούμε να κάνουμε κάτι για να βοηθήσουμε τους ανθρώπους με την ψυχική ασθένεια. Η πρόσκληση απλά ενθαρρύνει τους ανθρώπους να υποστηρίξουν εκείνους που ξέρουν πως υποφέρουν από ψυχική ασθένεια απλά με τη διατήρηση της κοινωνικής επαφής.

Οι εκστρατείες ενημέρωσης σε τοπικό επίπεδο, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, αφού έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των επαφών με τους ασθενείς, βελτιώνουν τις απόψεις του γενικού πληθυσμού και συμβάλλουν στην αύξηση της ανοχής και κοινωνικής αποδοχής καλλιεργώντας παράλληλα αισθήματα αισιοδοξίας (ΕΠΠΥΥ, 2004). Θα μπορούσαν να οργανωθούν οι εκστρατείες «Κοινωνικού μάρκετινγκ», αφού πρώτα γίνει εκτίμηση των αναγκών με τη συλλογή πληροφοριών για τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, τους μύθους και τις στρεβλές αντιλήψεις του πληθυσμού. Με σύμμαχους τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα δράσης για μετάδοση μηνυμάτων αλλά και την ανάπτυξη στάσης κοινωνικής αποδοχής και αισιοδοξίας.

Οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν να γκρεμίσουν τα τείχη της άγνοιας και της προκατάληψης προωθώντας τη γνώση, την κατανόηση και το σεβασμό, θα πρέπει όμως οι ίδιοι να είναι ενήμεροι για τη φύση, τις εκδηλώσεις και τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών. Αλλά και απαλλαγμένοι από το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες αφού μόνο έτσι θα μπορούν να μεταδώσουν αισθήματα αισιοδοξίας και αποδοχής.

Έμφαση όμως πρέπει να δοθεί στα διάφορα συστατικά των στάσεων απέναντι στη ψυχική ασθένεια, όπως διάκριση και στίγμα, αισιοδοξία, δηλαδή θετική στάση για τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών, αποδοχή και κοινωνική συμμετοχή. Έρευνες υποστηρίζουν την ανάγκη για εκπαίδευση του πληθυσμού για καλύτερη κατανόηση της ψυχικής ασθένειας αφού η άγνοια φαίνεται να είναι η αιτία έκφρασης περισσότερων στιγματισμένων απόψεων (Hugo, Boshoff, 2003: Papadopoulos/Leavey 2002: Gaebel Baumann 2002: Ng, Martin 1995: Wolff, Pathare 1996: Chou, Mak 1996: Shulman, Adams 2002)

Το 1997 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία σε πρόσκλησή της για τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας θέτει βασικούς στόχους την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης, τη βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού και την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων σε βάρος των ασθενών.

Τέλος το εργαλείο (ASMI) που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία είναι ένα περιεκτικό εργαλείο και φαίνεται να είναι κατάλληλο για την αξιολόγηση των απόψεων και των στάσεων που εκφράζονται, είτε από το γενικό πληθυσμό είτε από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τους (Μαδιανό, 2005, Corrigan και Watson, 2002, Arboleda και Sartorius, 2008, αυτό το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης και σε άτομα που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια και βιώνουν διάκριση ή ακόμα και κοινωνικό αποκλεισμό.

Μελλοντική εισήγηση είναι η διεξαγωγή μια έρευνας για το στίγμα, που θα καταγράφει το πώς βιώνουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας οι ίδιοι οι ασθενείς αλλά και η οικογένειά τους.

Επιπρόσθετα για τους επαγγελματίες υγείας, η διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας θα έδινε της ευκαιρία για καλύτερη διατύπωση απόψεων και αποτύπωση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

7. Βιβλιογραφία

Αλεβίζος Β. στο Χριστοδούλου και συνεργάτες (2000) Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Αθηνών. Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Β:Αθήνα

Allbert (1954) στο Μαδιανό, Μ (1989) Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τόμος Α΄. Εισήγηση στη Κοινοτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη: Αθήνα

Arboleda–Florez J, Sartorius N (2008) Understanding the stigma of mental illness. Chichester, J Wiley.

Alem A, Jacobsson L, Araya M, Kebede D, Kullgren G. How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopia community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1999;397:40-7

Alvin M., Carl G. Association of Violent Dangerous Behavior with Psychiatric Disorders: A Review of the Research Literature, *Psychiatry & L.* 415 (1975)

Angermeyer MC, Beck M, Marschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003;48(10):663-668

Angermeyer MC, M, Marschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med* 1997; 27(1):131-41

Bjorkman T., Angelman T., Jonsson Attitudes towards people with mental illness; a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008 Jun; 22(2): 170-7 (18 ref)

Blignault L., Woodland L., Ponzio V., Ristevski D., Kirov S. Using a multifaceted community intervention to reduce stigma about mental illness in an Australian Macedonian community. *Health Promotion Journal of Australia*, 2009 Dec; 20(30): 227-33)

Bogardus ES. Social distance and its origins. *Journal of Applied Sociology* 1924; 9:216-226 cited Thornicroft G (2005) *Shunned Discrimination against people with mental illness* Oxford: University Press

Brockington IF, Hall P., Levings J., Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1993;162; 93-99

Chambers M., Gruise V., Valimaki M., Botelho MA., Scott A., Staniuliene V., Zanotti R. Nurse's attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 2010 Mar: 47 (3): 350-62 (81 ref)

Cheetham WS, Cheetham RJ. Concepts of mental illness among the rural Ahosa people in South Africa. *Aug N Z J Psychiatry* 1976;10(1):38-45

Chou KL., Mak KY., Chung PK., Ho K., Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 1996 Autumn; 42(3): 213-9

Chung KF, Chen EY, Liu CS. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47(2) : 63-72

Chung K, Wong M. Experiences of stigma among Chinese mental health patients in Hong Kong. *Psychiatr Bull* 2004;28:451-454

Cohen, J., & Struening, E.L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349-360.

Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, PennDL, Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr. Bull* 2001; 27(2):219-225 cited Thornicroft G (2005) *Shunned Discrimination against people with mental illness* Oxford: University Press

Corrigan P, Watson A (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1:16–20

Corrigan P. On the stigma of mental illness. Washington, DC: American Psychological Association ; 2005

Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54(8):1105-1110

Crandall CS, Moriarty D. Physical illness stigma and social rejection. *Br J Soc Psychol* 1995; 34 (Pt 1):67-83

Crespo M., Perez-Santos E., Munoz M., Guillen Al. Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Mental Health Journal*, 2008 Dec:44(6): 393-403 (37 ref)

Γεωργιάδης Α. (1995) Η ιστορία της τρέλας στην Κύπρο κατά την τουρκοκρατία και αγγλοκρατία Λευκωσία: Κύπρος

De Toledo Piza PE, Blay SL. Community perception of mental disorders – a systematic review of Latin American and Caribbean studies. Soc Psychiatr Epidemiol 2004;39(12):955-961

Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38(5): 348-354

Docherty PJ. Inpatient Psychiatry in the 1990s (San Francisco: Jossey-Bass, 1994), pp.5-6

Economou M, Gramandani C, Richardson C, Stefanis C (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece, World Psychiatry 4:40–44.

El-Badri S, Mellsop G. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. Australas Psychiatry. 2007 Jun;15(3):195-200. PMID: 17516180 [PubMed - indexed for MEDLINE]

ΕΠΙΨΥ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Ψυχαργώς – Β΄ Φάση Αθήνα : Μάρτιος 2004

Estroff SE, Penn DL, Toprek JR. From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. Schizophr Bull 2004; 30(3):493-509

ΕΠΙΨΥ (2004) Για την Ψυχική Νόσο. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς». Αθήνα

Ετήσια Έκθεση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (2006) Υπουργείο Υγείας :Λευκωσία

Ετήσια Έκθεση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (2007) Υπουργείο Υγείας :Λευκωσία

Ετήσια Έκθεση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (2008) Υπουργείο Υγείας :Λευκωσία

Ετήσια Έκθεση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (2009) Υπουργείο Υγείας :Λευκωσία

Fabrega H, Jr The culture and history of psychiatric stigma in early modern Western societies: a review of recent literature. Compr Psychiatry 1991;32(2):97-119

Fabrega H, Jr. Psychiatric stigma in non-Western societies. *Compr Psychiatry* 1991; 32(6):534-551

Falk, G.(2001) stigma-How we treat-outsiders. Prometheus Books: New York

Nunavik(2001)cited Falk, G.(2001) stigma-How we treat-outsiders. Prometheus Books: New York

Furnham A, Chan E. Lay theories of schizophrenia. A cross-cultural comparison of British and Hong Kong Chinese attitudes, attributions and beliefs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(7):543-552

Gaebel W., Baumann A., Witte AM., Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002 Dec; 252(6): 278-87

Geertz C (1973), «Thick description: Toward an interpretive theory of culture», στο Στυλιανίδης Σ. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.2009: τχ 105 Αρχαιολογία και Τέχνες

Harris A., J. Lurigio J.A.Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies *Aggression and Violent Behavior* Volume 12, Issue 5, September-October 2007, Pages 542-551

Hoff P. (2001), «Why a history of psychiatry?», *Hong Kong Journal of Psychiatry* 10/4, σ. 1-3.

Hugo CJ, Boshoff DE, Traut A, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. Community attitudes and knowledge toward of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(12):715-719

Θεοχαράκης Ν. (2001), «Ψυχολογία του Βάθους και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο», διδ. διατρ., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Θεοχαράκης Ν., Μαυρέας Β., Δαμιγός Δ., Ευτυχιάδης Α., Γερουλάνος Σ. (2003), «Νομικές Ρυθμίσεις για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 20/5, σ.551-555.

Kenworthy T “Gay Student’s Attacker Pleads Guilty, Gets Two Life Terms”, *Washington post*, April 6, 1999, p.A2 cited Falk, G.(2001) stigma-How we treat-outsiders. Prometheus Books: New York

Koutrelakos J, Gedeon S, Struening EL (1978). Opinions about mental illness: A comparison of American and Greek professionals and laymen. *Psychol Rep* 43:915-923.

Laiing R.D. (1971) στη Γεωργαντά Ε (2002) Τι είναι ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εκδόσεις Ασημάκης.

Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rossler W (2004). What about psychiatrist's attitude to mentally ill people. *Eur Psychiatry* 19:423-427.

Leong FT, Lau AS. Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Ment Health Serv Res* 2001;3(4):201-214

Lerner S, On the Words "mental Illness", *American Journal of Psychiatry* 52, no. 11 (November 1995):62

Λιάκος, Α (1995) Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στους Lempriere, T, Feline, A eta al (1995) Α' Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Β' Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, Β' τόμος, εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα.

Link BG, Yang LH, Phrlan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004; 30(3):511-541

Lopez-Ibor JJ, Cuenca O, Lopez-Ibor M (2008). Stigma and health care staff cited Falk, G.(2001) stigma-How we treat-outsiders. Prometheus Books: New York

Μάνου Ν. (1997) Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής University Studio Press : Θεσσαλονίκη

Madianos M, Ecocomou M, Kallergis G, Alevisopoulos Georges Rogakou Effi (2005) 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. University of Athens

Madianos M, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis CN (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. *Int J Soc Psychiatr* 40:157-164.

Μαδιανός, Μ (1989) Κοινωνία και Ψυχική Υγείας, τόμος Α΄. Εισαγωγή στη Κοινοτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη: Αθήνα

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 Ment Health Nurs* 26:169-183.

Madianos M (2002). Deinstitutionalization and the closure of public mental hospitals: The pragmatics of psychiatric reform in Greece. *Int J Ment Health* 31:66-75.

Madianos M., Economou M., Hatjiandreu M., Papageorgiou A., Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994) Social Psychiatry unit, Community Mental Health Center University of Athens Department of Psychiatry: Athens Greece

Μαντάς Χ., Λιόντος Ν., Υφαντής, Θ., Λιάκος Α. Η στάση του προσωπικού ενός Νοσοκομείου απέναντι στη ψυχική αρρώστια και στο ψυχικά άρρωστο και η σχέση της με τη λειτουργία εντός του Νοσοκομείου μιας Ψυχιατρικής Κλινικής. *Εγκέφαλος*, 1994, 31, 12-24

Μερκούρης Β.Α. (2008) Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Εκδόσεις Έλλην

Minde M. History of mental health services in South Africa. Part XIII. The National Council for Mental Health. *S Afr Med J* 1976; 50(3F): 1452-1456

Μπαμπινιώτης Γ. (2006) Λεξικό της Νέα Ελληνικής Γλώσσας . Β έκδοση Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε. : Αθήνα

Νασιάκου Μ., Χατζή Α., Φατούρου-Χαρίτου Μ. (1999) Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Τόμος Β', εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα.

Newcomb (1965) στο Μαδιανό, Μ (1989) Κοινωνία και Ψυχική Υγείας, τόμος Α΄. Εισαγωγή στη Κοινοτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη: Αθήνα

Ng SL., Martin JL., Romans SE. A community 'attitudes towards mentally ill. *NZ Med J* 1995 Dec 8; 108(1013): 505-8

Οικονόμου, Χ. (2005), Κοινωνιολογία της υγείας. Τόμος Α': Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, Διόνικος, Αθήνα.

Ozmen E, Ogel K, Aker T, Sagduyu A, Tamar D, Boratav C. Public attitudes to depression in urban Turkey – the influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. Soc Psychiatry Epidemiology 2004; 39(12):1010-1016

Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C Factors influencing stigma: a comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Sep;37(9):430-4.

Patel V., Saraceno B., Kleinman A. (2006), «Beyond evidence :the moral case for international mental health», American Journal of Psychiatry 163/ 8, σ. 1312-1315

Philips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. Br J Psychiatry 2002;181:488-493

Philips MR, Li Y, Stroup TS, Xin L. Causes of schizophrenia reported by patients' family members in China. Br J Psychiatry 2000; 177;20-25

Ραγιά Χρ Α. (2004) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Δ' Έκδοση : Αθήνα

Rahav M., Struening E., Andrews H., Opinions on mental illness in Israel. Social Science and Medicine 1984: 11; 1151-1158

Rao H., Mahadevappa H., Pillay P., Sessay M., Abraham A., Luty J. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 2009 Apr; 16(3): 279-84 (31 ref)

Sartorius N and Schulze H (2005) Reducing the stigma of Mental Illness. Cambridge: University Press

Sellick K., Goodear J. Community attitudes toward mental illness: the influence of contact and demographic variables. Aust N Z J Psychiatry 1985 Sep ; 19(3):293-8 PMID;3866571, UI: 86103040

Sevigny R, Yang W, Zhang P, Marleau JD, Yang Z, Su L et al. Attitudes toward the mentally ill in a sample of professionals working in a psychiatric hospital in Beijing (China). *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45(1):41-55

Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A et al. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(6):299-303

Shulman N., Adams B., A comparison of Russian and British attitudes towards mental health problems in the community. *Int J Soc Psychiatry*. 2002 Dec; 48(4): 266-78

Stein DJ, Wessels C, Van Kradenberg J, Emsley RA. The Mental Health information Center of South Africa: a report of the first 500 calls. *Cent Afr J Med* 1997;43(9):244-246
Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change 2009-2011
PMID: 12242619 [PubMed - indexed for MEDLINE] United Kingdom

Στεφανής και Συνεργάτες (1991) Θέματα Ψυχιατρικής Εκδόσεις Συμμετρία: Αθήνα

Stout, Patricia A., Jorge Villegas and Nancy Jennings (2004), "Images of Mental Illness in the Media: Directions for Future Research," *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 543-561.

Στυλιανίδης Σ. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.2009: τχ 105 Αρχαιολογία και Τέχνες

Szasz S. T. (1960) The Myth of Mental Illness, First published in *American Psychologist*, 15, 113-118 στο Στυλιανίδη Σ. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.2009: τχ 105 Αρχαιολογία και Τέχνες

Thornicroft G (2005) *Shunned Discrimination against people with mental illness* Oxford: University Press

Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008 Jan-Mar;17(1):14-9. PMID: 18444452 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Thompson M. "why Do people Have to Push Me Like That?", *Washington Post*, March, 1999, p.A24

Triandis (1989) cited Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C Factors influencing stigma: a comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Sep;37(9):430-4.

Villares C, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. Rev Bras psiquiatr 2003;25:1-2

Webb Ak., Jacobs-Lawson JM., Waddell El. Older adults' perceptions of mentally ill older adults. Aging & Mental Health, 2009 Nov; 13 (6): 838-46 (20 ref)

Weiss MG. Cultural epidemiology. Anthropology and Medicine 2001; 8:5-29

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva, Basic Documents, 1948

Wolff G., Pathare S., Craig T., Leff J., Community knowledge illness and reaction to mentally ill people. Br J Psychiatry, 1996 Feb ; 168(2): 191-8

Wolkenstein L., Meyer TD. Attitudes of young people towards depression and mania. Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 2008 Mar; 81 (Part 1): 15-31 (42 ref)

Χριστοδούλου και συνεργάτες (2000) Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Αθηνών Τόμος Α Ιατρικές Εκδόσεις Β:Αθήνα

Παράρτημα Ι Δομές και Υπηρεσίες που Λειτουργούν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΛΕΥΚΩΣΙΑ	ΛΕΜΕΣΟΣ	ΛΑΡΝΑΚΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	ΠΑΦΟΣ
<p><u>ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</u></p> <p>1.Νοσοκομείο Αθαλάσσιας 2.Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Λευκωσίας 3.Θεραπευτική Μονάδα Εξαρτημένων Ατόμων (Θ.Ε.Μ.Ε.Α.)</p>	<p><u>ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</u></p> <p>17.Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Λεμεσού 18.Μονάδα Απεξάρτησης ΑΝΩΣΗ</p>		
<p><u>ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΜΕΣ</u></p> <p>5.Κέντρο Ημέρας Τομέα Α΄ 6.Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τομέα Α΄ -Συμβουλευτικό Κέντρο Λατσιών -Εξωτερικά Ιατρεία Αγλαντζιάς -Εξωτερικά Ιατρεία Καϊμακλίου 7.Κέντρο Ημέρας Τομέα Β΄ 8.Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τομέα Β΄ -Συμβουλευτικό Κέντρο Στροβόλου -Εξωτερικά Ιατρεία Στροβόλου -Εξωτερικά Ιατρεία Γ.Ν.Λ/σίας -Εξωτερικά Ιατρεία Ιδαλίου -Εξωτερικά Ιατρεία Λακ/μειας -Εξωτερικά Ιατρεία Αγ.Δομετίου -Συμβουλευτικό Κέντρο Ιδαλίου 9.Κέντρο Συμβουλευτικής Εφήβων και Οικογένειας ΠΕΡΣΕΑΣ 10.Συμβουλευτικό Κέντρο ΤΟΞΟΤΗΣ 11.Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.ΕΡ.Α.) 12.Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων 13.Κέντρο Ημέρας Εφήβων 14.Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στο Τμήμα Φυλακών 15.Κέντρο Ψυχοθεραπείας 16.Μονάδα Απεξάρτησης ΓΕΦΥΡΑ 17.Κέντρο Ψυχολογικής Απεξάρτησης και Κοινωνικής Επανάταξης (ΠΥΞΙΔΑ)</p>	<p><u>ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΜΕΣ</u></p> <p>19.Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Παλαιό Ν/μείο Λ/σού) 20.Κέντρο Ημέρας 21.Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Παλαιό Ν/μείο Λ/σού) -Εξωτερικά Ιατρεία Παλαιό Ν/μείο Λ/σού -Εξωτερικά Ιατρεία Ν/μείου Κυπερούντας -Συμβουλευτικά Κέντρα στους Δήμους Μέσα Γειτονιάς, Κάτω Πολεμιδιών, Αγ.Αθανασίου και Γερμασόγειας 22.Κέντρο Πρόληψης και Συμβουλευτικής ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ</p>	<p><u>ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΜΕΣ</u></p> <p>23.Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Παλαιό Ν/μείο Λ/κας) -Εξωτερικά Ιατρεία (Παλαιό Ν/μείο Λ/κας) -Εξωτερικά Ιατρεία (Νοσοκομείο Παραλιμνίου) -Εξωτερικά Ιατρεία Κοφίνου -Εξωτερικά Ιατρεία Αθηνίου -Συμβουλευτικό Κέντρο Αραδίππου 24.Κέντρο Ημέρας -Συμβουλευτικό Κέντρο Απεξάρτησης</p>	<p><u>ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΜΕΣ</u></p> <p>25.Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Ν/μείο Πάφου) -Εξωτερικά Ιατρεία στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου -Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Πόλης Χρυσοχούς 26.Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης</p>



**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ
ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ - 2009

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.:

22411 953

99 314 033

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

- Ψυχολόγος11
- Εργοθεραπευτής.....12
- Κοινωνικός Λειτουργός13

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

1	Νοσοκομείο Αθαλάσσας	
2	Ψυχιατρική Κλινική	
3	Υπηρεσίες Κοινοτικής	
4	Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	
5	Δομές Τοξικοεξάρτησης	
6	Παιδοψυχιατρικό τμήμα	
7	Νοσοκομείο: (Παρακαλώ σημειώστε την κλινική / θάλαμο /τμήμα που εργάζεστε πχ παθολογικός)	
8	Αστικό Κέντρο Υγείας	
9	Αγροτικό Κέντρο Υγείας	
10	Εξωτερικά Ιατρεία	

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 έτσι3

Αρκετά.....4
Πάρα πολύ..... 5

11. Με κλίμακα βαθμολογίας από το 0 - 10, πώς βαθμολογείτε τον εαυτό σας, γενικά, ως επαγγελματία υγείας; Βαθμός:

12. Με κλίμακα βαθμολογίας από το 0 - 10, πώς βαθμολογείτε, τον/την Κύπριο/α συνάδελφό σας, γενικά; Βαθμός:

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

	παίρνει σ' όλη του τη ζωή.					
24	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	1	2	3	4	0
A.A		Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
25	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	1	2	3	4	0
26	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	4	3	2	1	0
27	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους.	4	3	2	1	0
28	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	4	3	2	1	0
29	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία	4	2	3	1	0
30	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	4	3	2	1	0
31	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	4	3	2	1	0
32	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	1	2	3	4	0
33	Ένα άτομο με	4	3	2	1	0

	σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή φίλους του.					
34	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα.	1	2	3	4	0
A.A		Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
35	Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	4	2	3	1	0
36	Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μην δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις.	1	2	3	4	0
37	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ειδικό, π.χ. ψυχίατρο.	4	2	3	1	0
38	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω.	4	2	3	1	0
39	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νιώθει υπεύθυνο για ό,τι συνέβη.	1	2	3	4	0

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

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ

Παρακαλούμε διαβάστε τις παρακάτω ερωτήσεις προσεκτικά και αποφασίστε πόσο συχνά, κατά τους τελευταίους 6 μήνες, βιώσατε τα συμπτώματα που αναφέρονται. Παρακαλώ σημειώστε μόνο ένα αριθμό για κάθε ερώτηση. Είναι σημαντικό για την ανάλυση του ερωτηματολογίου να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
45	Βαριόσασταν εύκολα;	0	1	2	3	4
46	Νιώθατε να ενοχλείστε ή να εκνευρίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
47	Είχατε ξερόβηχα χωρίς προφανή	0	1	2	3	4

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
	λόγο;					
48	Νιώθατε συγχυσμένος/η ενώ έπρεπε να ενεργήσετε άμεσα;	0	1	2	3	4
49	Ενεργούσατε βιαστικά ή παρορμητικά;	0	1	2	3	4
50	Ήσασταν αφηρημένος/η και ξεχνούσατε πράγματα;	0	1	2	3	4
51	Ήταν “σπασμένα τα νεύρα σας” και νιώθατε εξαντλημένος/η;	0	1	2	3	4
52	Νιώθατε εύκολα κούραση;	0	1	2	3	4
53	Κοκκινίζατε/νιώθατε έξαψη χωρίς προφανή λόγο;	0	1	2	3	4
54	Είχατε δυσκολία να κοιμηθείτε ή να παραμείνετε κοιμισμένος/η;	0	1	2	3	4
55	Εύκολα νιώθατε συναισθηματικά ευάλωτος/η;	0	1	2	3	4
56	Δυσκολευόσαστε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4

57	Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη; (Παρακαλούμε να απαντήσετε αν νομίζετε ότι τα πιο πάνω προβλήματα σχετίζονται με την εργασία σας)	1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ				
58	Πώς αξιολογείτε την υγεία σας;					

Πολύ καλή	1
Μέτρια	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	6

