



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας
ΤΕΙ Ηπείρου

ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Υπό

Ηλιάνας Πάκου

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής
του

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2017 -----

© Ηλιάνα Πάκου



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας
ΤΕΙ Ηπείρου

Health professional's attitudes to mental illness

Iliana Pakou

Master Thesis presented to the University Ioannina School of Medicine as part of the requirements for the Master of Science Degree in Nursing Pathology.

----- 2017 -----

© Iliana Pakou

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΠΕΤΡΙΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ

*Λέκτορας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας του Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Μέλη: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

ΚΑΤΣΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
Summary	8

ΓΕΝΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή	9
1. Ιστορική Αναδρομή	11
2. Νεότερα Στοιχεία	14
3. Στίγμα	16
3.1 Στίγμα κατά Goffman	16
3.2 Είδη Στίγματος	17
4. Κοινωνικός Στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας	19
5. Μέτρηση Στίγματος	22
6. Κοινωνικό Στίγμα και Επαγγελματίες υγείας	25
7. Συσχέτιση διαπροσωπικής επαφής και αλλαγής στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο	27

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία	29
1.1 Σκοπός	29
1.2 Δείγμα έρευνας	30
1.3 Ερωτηματολόγια	30
1.4 Στατιστική Ανάλυση	31
2. Αποτελέσματα	32
2.1 Περιγραφή του δείγματος	32
2.1.1 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	32
2.1.2 Εξοικείωση με την ψυχική νόσο	36
2.2 Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου «Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο»	47
3. Συζήτηση	51
4. Περιορισμοί μελέτης	53

Βιβλιογραφία	55
Παράρτημα	61

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο χώρο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κατά τη χρονική περίοδο 2016-2017. Επιβλέπων καθηγητής ήταν ο Πετρίκης Πέτρος Λέκτορας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας του Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή μου Πετρίκη Πέτρο, για την βοήθεια του στον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της μελέτης, αλλά κυρίως για τις πολύτιμες συμβουλές του και την πρόθυμη συμπαράσταση του, στην αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της.

Τέλος, ευχαριστώ τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών για τις πολύτιμες γνώσεις που αποκόμισα κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, καθώς και για την βοήθεια τους και την κατανόηση τους σε καθετί που με προβλημάτιζε.

Περίληψη

Η ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα οδυνηρό βίωμα. Η εστίαση στα «αντικειμενικά» συμπτώματα φαίνεται να μην περιγράφει ικανοποιητικά το βίωμα αυτό. Στον καθορισμό του υποκειμενικού βιώματος του ασθενή συμμετέχει το στίγμα της ψυχικής νόσου - η αντίδραση του κοινωνικού συνόλου. Ο στιγματισμός συμβάλλει στην απομόνωση και την απαξίωση που βιώνει ο ασθενής. Δυσχεραίνει την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, την πρόληψη των υποτροπών και οδηγεί σε περιορισμένες επιλογές ζωής και αντίξοες συνθήκες διαβίωσης. Σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της νοοτροπίας του κοινού μπορεί να διαδραματίσει η αλλαγή στις συμπεριφορές και στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, παράμετρος η οποία δεν έχει μέχρι σήμερα διερευνηθεί στην Ελλάδα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσουμε αν οι επαγγελματίες υγείας διέπονται από αντιλήψεις που στιγματίζουν τους ψυχικά πάσχοντες και αν εκδηλώνουν αντίστοιχες συμπεριφορές ως προς αυτούς.

Μέθοδος: Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 50 επαγγελματίες υγείας διάφορων ειδικοτήτων και ηλικιών που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Οι περισσότεροι από αυτούς τους επαγγελματίες υγείας έχουν επαφές με ψυχικά ασθενή είτε στα εξωτερικά ιατρεία, είτε στην κλινική που νοσηλεύεται ο ασθενής για άλλη πάθηση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη. Το απόρρητο θα τηρηθεί για όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί το IBM SPSS.

Αποτελέσματα: Στη συσχέτιση των πέντε παραγόντων της κλίμακα O.M.I. δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τις μεταβλητές φύλο και έτη απασχόλησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, από τους παράγοντες που διερευνήθηκαν οι πιο σημαντικοί που φαίνεται να επηρεάζουν τη διαχείριση των ασθενών με ψυχική νόσο από τους επαγγελματίες υγείας ήταν η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η υπηρεσία εργασίας (νοσηλευτική, ιατρική) και ειδικότητα. Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φύλο και έτη προϋπηρεσίας και την οικογενειακή κατάσταση. Οι παράγοντες παρατηρείται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων σχετικά με το

στίγμα. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στις στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων.

Συμπεράσματα: Από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων (κλίμακα Ο.Μ.Ι.) που διανεμήθηκαν προέκυψε ότι οι μεταβλητές ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, ειδικότητα, έτη απασχόλησης δεν επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (αρνητικές στάσεις), που διαμορφώνουν το στίγμα της ψυχικής νόσου.

Λέξεις κλειδιά: Στίγμα, κοινωνία, ψυχική νόσος, επαγγελματίες υγείας

Summary

Mental illness is a painful experience. Focus on “objective” symptoms may not adequately describe it. Mental health’s stigma- reaction of the social environment associated with the disorder- participates in the determination of a patient’s subjective experience. Stigmatization contributes to the patient’s isolation and devaluation. Delays diagnosis and therapy, inhibits prevention of recurrence and leads in limited life chances and adverse living conditions. Change of health professionals’ attitudes, a parameter which has not been studied in Greece until today, may alter public’s conception.

Aims: The purpose of this study is to investigate whether health professionals are guided by perceptions that stigmatize mental sufferers and show similar behaviors to them.

Method: This questionnaire was supplemented by 50 health professionals of various specialties and ages working at the University Hospital of Ioannina. Most of these healthcare professionals have contacts with a mental patient either in outpatient clinics or in the clinic that the patient is being treated for another condition. The questionnaire consists of three parts. Confidentiality will be respected for all survey participants. IBM SPSS will be used to analyze the survey data.

Results: In the correlation of the five factors of the OMI scale there is no statistically significant relationship with gender and employment years. The results of this study, among the factors investigated the most important that seem to affect the management of patients with mental illness by health professionals were age, level of education, work service (nursing, medicine) and specialty. Also, there was a statistically significant difference in sex and years of service and marital status. The factors are observed to have a statistically significant effect on the formation of attitudes and perceptions of stigma. There was no statistically significant difference in attitudes and attitudes towards mental illness between the two professional groups.

Conclusions: The statistical analysis of the questionnaires (OMI scale) distributed revealed that the variables age, level of education, specialty, years of employment did not affect attitudes and perceptions of health professionals towards the mentally ill (negative attitudes) shape the stigma of mental illness.

Key words: Stigma, society, mental illness, health professionals.

Εισαγωγή

Οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν μια ομάδα του πληθυσμού που κατεξοχήν υφίσταται στιγματισμό και αυτό είναι φαινόμενο που διατηρήθηκε μέσα από τους αιώνες (Byrne, 2010).

Στα πλαίσια του ανιμασμού εθεωρείτο ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές κατέχονται από κακά πνεύματα. Κατά τους μεσαιωνικούς χρόνους, η ιδιότητα του παράφρονος ήταν δυσδιάκριτη από αυτή του εγκληματία ή του ηθικά διεστραμμένου. Κατά τους νεότερους χρόνους, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές συχνά υποβάλλονταν σε μακροχρόνιους μαζικούς εγκλεισμούς σε άσυλα (Boisvert & Faust, 2008).

Σχετικά πρόσφατα, ιδίως στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες και μηχανισμοί που ευαισθητοποιούν την κοινή γνώμη όσον αφορά στις ανάγκες και στα δικαιώματα των ασθενών. Παρά όλες τις εξελίξεις όμως στον τομέα της Ψυχιατρικής, οι μελέτες στο σύγχρονο κόσμο φανερώνουν ότι ο γενικός πληθυσμός διατηρεί αρνητικές στάσεις απέναντι σε αυτούς που αναγνωρίζει ως ψυχικά πάσχοντες (Boisvert & Faust, 2008).

Το στίγμα της ψυχικής νόσου αποτελεί ένα φαινόμενο κοινωνικής διάκρισης, το οποίο επηρεάζει και απασχολεί αυτούς που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, τους ανθρώπους του συγγενικού τους περιβάλλοντος καθώς και τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους αντιμετωπίζουν την απομόνωση και εγείρουν συναισθήματα φόβου, βασίζονται σε προκαταλήψεις στο γενικό πληθυσμό. Οι μελέτες σε όλο τον κόσμο δείχνουν ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού υιοθετεί στιγματιστικές στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο. Οι στιγματιστικές απόψεις για την ψυχική ασθένεια δεν περιορίζονται στα μη ενημερωμένα άτομα. Ακόμα και καλά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας έχουν στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Στην Ελλάδα μέχρι το 1977, μικρός αριθμός ερευνητών ασχολήθηκε με το θέμα των πεποιθήσεων των Ελλήνων για την ψυχική νόσο. Μελέτες στο γενικό πληθυσμό μέχρι τότε είχαν γίνει μόνο δυο, το 1964 και το 1977 οι οποίες έδειξαν σημαντικές αλλαγές στις πεποιθήσεις σχετικά με την αιτιολογία της ψυχικής νόσου. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων το 1964 πίστευε πως η κύρια αιτία της εμφάνισης ψυχικής διαταραχής ήταν η φτώχεια και το χαμηλό

βιοτικό επίπεδο (Madianos et al., 1998). Ενώ στη μελέτη του 1977, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν πως θεωρούσαν το καθημερινό στρες ως το κύριο παράγοντα εμφάνισης ψυχικής ασθένειας. Οι αλλαγές των απόψεων από το 1964 στο 1977, παρόλο που φαίνονται καταρχήν ως θετική εξέλιξη των στάσεων των Ελλήνων, παρατηρήθηκαν μόνο εφόσον το δείγμα καλούνταν να απαντήσει σε γενικές ερωτήσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Όταν χρειάστηκε να απαντήσει σε ερωτήσεις ειδικές και προσωπικές (γάμος με ψυχικά ασθενή, επαγγελματική συνεργασία, φιλία με ψυχικά ασθενή κ.τ.λ.) τότε οι απόψεις που εκφράστηκαν δήλωναν την έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στους ψυχικά νοσούντες και την τάση για διατήρηση κοινωνικής απόστασης (Madianos et al., 1998).

Μια αδυναμία αυτών των μελετών ήταν η έλλειψη ενός ευαίσθητου και αξιόπιστου εργαλείου που να αποκαλύπτει τους πιθανούς παράγοντες που συμβάλουν στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στη ψυχική ασθένεια. Το 1978 οι Koutrelakos και Gedeon χρησιμοποίησαν την κλίμακα O.M.I. (Opinion about Mental Illness) των Gohen και Struening, η οποία αποδείχθηκε ένα χρήσιμο εργαλείο για τη μέτρηση των στάσεων. Η κλίμακα O.M.I. χρησιμοποιήθηκε αρκετές φορές έκτοτε και το 1994 σταθμίστηκε για τον Ελληνικό πληθυσμό. Υποστηρίζεται ότι οι διάφορες στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη ψυχική νόσο όπως η προκατάληψη και η απόρριψη επηρεάζονται από έναν αριθμό παραγόντων όπως η εκπαίδευση, το πολιτισμικό υπόβαθρο, η ύπαρξη ψυχικής νόσου στην οικογένεια και οι προηγούμενες εμπειρίες από την επαφή με ψυχικά πάσχοντα (Angermeyer et al., 2009).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσουμε αν οι επαγγελματίες υγείας διέπονται από αντιλήψεις που στιγματίζουν τους ψυχικά πάσχοντες και αν εκδηλώνουν αντίστοιχες συμπεριφορές ως προς αυτούς.

1. Ιστορική αναδρομή

Οι Έλληνες κατά την αρχαιότητα δημιούργησαν τον όρο στίγμα για να αναφερθούν σε «σημάδια του σώματος που γινόταν για να καταδεικνύουν κάτι το αρνητικό όσο αφορά την κατάσταση, την κοινωνική θέση ή την ηθική υπόσταση του φορέα τους». Τα σημεία αυτά ήταν καψίματα ή ουλές που προκαλούνταν στο σώμα και έκαναν γνωστό σε όλους ότι αυτός που τα έφερε ήταν δούλος, εγκληματίας ή προδότης ένα κηλιδωμένο πρόσωπο, μολυσμένο άτομο προς αποφυγήν, ιδιαίτερα σε δημόσιους χώρους. Σε αρκετές περιοχές του αρχαίου Ελληνικού κόσμου, ο κοινωνικός στιγματισμός ακολουθείτο από διαπόμπευση, με σκοπό τη μεγαλύτερη προσβολή του φέροντα και τον παραδειγματισμό του λαού (Goffman, 2001).

Αργότερα κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους αυτή η πρακτική εφαρμόστηκε ενάντια στους χριστιανούς. Η ομολογία της πίστης μπορούσε να επισύρει τη διαπόμπευση. Αλλά και το αντίστροφο συνέβη όταν επικράτησε ο χριστιανισμός. Δεν ήταν σπάνια περίπτωση να διαπομπεύονται οι καταδιωκόμενοι εθνικοί (Goffman, 2001).

Στο Βυζάντιο επικρατούσε η συνήθεια της «πομπής» που ακολουθούσε κατά τα αρχαιοελληνικά πρότυπα τον στιγματισμό, πριν την εκτέλεση της κυρίως ποινής (φυλακή, εξορία κ.τ.λ.). Κατά τη Βυζαντινή εποχή άτομα και των δύο φύλων που είχαν υποπέσει σε κολάσιμα παραπτώματα, πομπεύονταν παραδειγματικά. Ως τέτοια παραπτώματα αναφέρονται από τις πηγές περιπτώσεις μοιχείας, πορνείας, κλοπής, αισχροκέρδειας, παιδεραστίας, παρθενοφθορίας, εμπρησμού, αστρολογίας, μέθης, ψευδομαρτυρίας. Πριν από τη διαπόμπευση, οι ένοχοι μαστιγώνονται και κουρεύονται. Για τους Βυζαντινούς που διατηρούσαν μακριά κόμη, το κούρεμα σήμαινε προσβολή και προκαλούσε την περιφρόνηση και τον εμπαιγμό του λαού. Στους άνδρες ξύριζαν και τα γένια, ενώ σε πολλές περιπτώσεις γύμνωναν τον καταδικασθέντα, τον περιέφεραν επάνω σε ζώο το οποίο ίππευε ανάποδα, του άλειφαν το πρόσωπο με πίσσα (συνήθεια που συνεχίστηκε και κατά την τουρκοκρατία), του κρέμαγαν κουδούνια, τον πασάλειβαν με κόπρανα, τον καυτηρίαζαν με πυρακτωμένη σφραγίδα στο μέτωπο, όπως χαρακτηριστικά γίνονταν με τους κλέφτες κ.τ.λ. (Μαγριπλής, 2002).

Με την άλωση της Κωνσταντινούπολης, στο Οθωμανικό κράτος, η διαδικασία του στιγματισμού σχετίζονταν κυρίως με τη θρησκεία. Όποιος δεν ήταν

Μουσουλμάνος χαρακτηρίζονταν ως υποδεέστερος και χωρίς δικαιώματα. Μόνο η αλλαγή της θρησκείας σήμαινε εξίσωση κοινωνική και πολιτική με τον μουσουλμανικό κόσμο (Μαγριπλής, 2002).

Στη νεώτερη Ελληνική πραγματικότητα, αν και θα περίμενε κανείς την εξάλειψη του στιγματισμού και της διαπόμπευσης, πλήθος παραδειγμάτων καταδείχνουν τη συνέχιση της παράδοσης αυτής. Ειδικά σε περιόδους πολιτικών και κοινωνικών κρίσεων στην Ελληνική κοινωνία αναβιώνουν συνήθειες του παρελθόντος, ακόμη και η διαπόμπευση των νεκρών (κάτι που συνηθίζονταν στο Βυζάντιο). Αναφέρεται η περίπτωση επίδειξης της κομμένης κεφαλής ανταρτών κατά τη περίοδο του εμφυλίου πολέμου, ο διωγμός και η διαπόμπευση κληρικών από τις μετακατοχικές κρατικές αρχές επειδή στήριζαν αντιστασιακές οργανώσεις και αξίζει να αναφερθεί ο νόμος 4000 ο οποίος καθόριζε την αντιμετώπιση των νεαρών ταραχοποιών, που ήταν γνωστοί ως «τεντιμπόις». Με βάση το νόμο 4000, τιμωρούνταν η εξύβριση. Η αστυνομία οδηγούσε στο κρατητήριο τους νεαρούς που συλλάμβανε, όπου εκεί τους κουρεύανε «με την ψιλή» και τους έσκιζαν τα ρεβέρ από τα παντελόνια. Στη συνέχεια οι νεαροί που είχαν προβεί σε πράξεις εξύβρισης, διαπομπεύονταν στους δρόμους. Ο νόμος 4000 άρχισε να εφαρμόζεται στις 3 Σεπτεμβρίου 1958, εφαρμόστηκε για τελευταία φορά το 1981 και καταργήθηκε το 1983 ((Μαγριπλής, 2002: Τρωϊνός, 2001).

Το 19^ο αιώνα, με την εγκαθίδρυση ψυχιατρικών ασύλων, άρχισε να αναπτύσσεται στους ιατρούς και στο ευρύ κοινό η άποψη ότι το μυαλό αποτελεί λειτουργία του εγκεφάλου και να εισάγονται πιο «ανθρωπινές» θεραπείες που διατηρούσαν, βέβαια, ακόμη μια ηθική-θρησκευτική χροιά. Η ανάπτυξη της επιστήμης και η επιρροή της εκκλησίας διαμόρφωσαν θετικότερες στάσεις. Η πρώτη με την αναγνώριση των κλινικών οντοτήτων, ενώ η δεύτερη στα πλαίσια του ανθρωπιστικού πνεύματος βοήθειας των αδυνάτων. Από το Μεσαίωνα και το «κυνήγι μαγισσών», στη Γαλλική Επανάσταση και τις ιδέες του Διαφωτισμού, στους Pinel, Krepelin, και τη σύγχρονη «ψυχιατρική πρακτική», ο ψυχικά ασθενής χάνει σταδιακά το μεταφυσικό του περίβλημα και από το δαιμονισμένο του παρελθόντος μετασχηματίζεται σε ένα «βιολογικά άρρωστο άτομο» ή σε ένα άτομο που πάσχει από βαθιές ψυχοκοινωνικές συγκρούσεις. Όμως, πάρα την επιστημονική γνώση, κυριαρχεί ο φόβος και η προκατάληψη σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων και των «ειδικών» (Goffman, 2001).

Στις μέρες μας η λέξη «στίγμα» χρησιμοποιείται ευρύτατα λίγο πολύ με την αρχική κυριολεκτική σημασία της και αφορά περισσότερο την ηθική- κοινωνική υποβάθμιση καθεαυτή και όχι το σωματικό στιγματισμό (Goffman, 2001).

2. Νεότερα στοιχεία

Πολλές έρευνες μελέτησαν τις γενικές στάσεις και αντιλήψεις του κοινού σε σχέση με την ψυχική νόσο και την κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς (Wolff, 1997; Huxley, 1993). Οι στάσεις του κοινού είναι αρνητικές απέναντι στην ψυχική νόσο: οι σχιζοφρενείς θεωρούνται απρόβλεπτοι, επιθετικοί, επικίνδυνοι, χαμηλής νοημοσύνης, με έλλειψη αυτοέλεγχου και λογικής και ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού αντιτίθεται στην προοπτική να αναμειχθεί σε συγκεκριμένες κοινωνικές σχέσεις, όπως το να μοιραστεί ένα διαμέρισμα με άτομο με σχιζοφρένεια, να το προτείνει για εργασία ή να του εμπιστευτεί τη φροντίδα των παιδιών του (Angermeyer et al., 2004). Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ψυχική νόσο βάσει στερεοτύπων συνοψίζονται στα εξής: ατημέλητη εμφάνιση, οξύθυμη συμπεριφορά και χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Υποθέσεις γύρω από την ύπαρξη της ψυχικής νόσου γίνονται σε έμφαση ελλειμματικής συμπεριφοράς, ακατανόητων πράξεων και φυσικά σε ιστορικό αναγκαστικής νοσηλείας, βίαιης συμπεριφοράς και εγκληματικότητας. Η πληροφόρηση της κοινής γνώμης για την ψυχική διαταραχή απεικονίζει ένα αυτοπροκαλούμενο νόσημα, χρόνιας μορφής που δεν θεραπεύεται, στο οποίο ο ασθενής πρέπει να παίρνει πάντα τα φάρμακα του για να είναι καλά (Byrne, 2001). Ταυτόχρονα το κοινωνικό στίγμα έρχεται να συμπεριλάβει και τους ψυχιάτρους. Οι κοινωνικές αντιλήψεις περιγράφουν τους ψυχιάτρους, στην καλύτερη περίπτωση, ως εκκεντρικά άτομα, που με την πάροδο του χρόνου επηρεάζονται από τους ασθενείς τους και στη χειρότερη, συναισθηματικά εξουθενωμένους και ανίκανους να βοηθήσουν (Pidd, 2003).

Σε μελέτη των Grisp et al. (2000), που διενεργήθηκε στα πλαίσια καμπάνιας μείωσης του στίγματος της ψυχικής νόσου στη Βρετανία σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού, βρέθηκε ότι το 71,3% των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αποτελούσαν απειλή προς τους άλλους και το 77,3% ότι ήταν απρόβλεπτοι. Το 23% θεωρούσε ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη, επίσης αποτελούσαν κίνδυνο ενώ 18,6% θεωρούσε ότι έπρεπε να «κοιτάζουν να συνέλθουν». Φαίνεται ότι τα στοιχεία που οδηγούν στη διαμόρφωση και συντήρηση αρνητικών στάσεων δεν είναι ακόμη ξεκάθαρα και ότι σε αυτά, ως αποτέλεσμα των μέχρι τώρα ερευνών, μπορούν να συμπεριληφθούν, πέρα από την ελλιπή πληροφόρηση, οι δημογραφικοί

παράγοντες και κάποιοι τύποι επαφής (ή έλλειψη της) με άτομα με ψυχική νόσο (Grisp et al., 2000).

Πολλές μελέτες, τόσο παλιότερες όσο και σύγχρονες υποστηρίζουν τη θετική σχέση ανάμεσα στην εκπαίδευση και την ανεκτική στάση. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι παρ' όλες τις εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού σχετικά με την ψυχική νόσο στην κοινότητα, το στίγμα παραμένει σχετικά αμετάβλητο (Papadopoulos et al., 2002: Phelan et al., 1998). Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες, οι Hayward και συν.(1997) σε μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και χαμηλότερης επαγγελματικής ή/ και κοινωνικής στάθμης τείνουν να διατηρούν πιο απορριπτική στάση. Σε συζυγή μελέτη στον ελλαδικό χώρο προέκυψαν αντίστοιχα ευρήματα. Μετέπειτα μελέτη που έγινε στο γενικό πληθυσμό στην περιοχή των Αθηνών, σύγκρινε δείγμα 400 ενήλικες κατά τις περιόδους 1979/1980 και 1994 σχετικά με το βαθμό κοινωνικής αποδοχής ή απόρριψης των ατόμων με ψυχική νόσο, έδειξε θετικότερες στάσεις απέναντι στην κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών κατά τη δεύτερη περίοδο. Το γεγονός αποδόθηκε στη βελτίωση των συνθηκών ζωής του δείγματος, στην προσπάθεια προαγωγής των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα κατά το ίδιο διάστημα και στις επιρροές της κοινωνικής ένταξης και αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών. Συνεπώς είναι πιθανό η συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο να αποτελεί έμμεση επίδραση της πληροφόρησης ως προς αυτή, δηλαδή να συμβαίνει ότι δεν είναι τόσο οι δημογραφικές μεταβλητές που διαφοροποιούν τη στάση προς τη ψυχική νόσο αλλά ότι αυτές αντανακλούν το βαθμό ενημέρωσης ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες .

3. Στίγμα

Η εμπειρία της ψυχικής νόσου δεν περιορίζεται στα συμπτώματα της νόσου, αλλά συνοδεύεται από αυτό που ο Finzen (1996) αποκαλεί «δεύτερη ασθένεια», δηλαδή τις αντιδράσεις του κοινωνικού περίγυρου, τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που συνοδεύουν τη διαταραχή, σε αντίθεση με τις σωματικές νόσους στις οποίες γίνεται αποδεκτό το κοινωνικό συμβόλαιο ότι ο ασθενής δεν ευθύνεται για την κατάσταση της υγείας του. Το στίγμα ξεχωρίζει κάποιον ως διαφορετικό από τους άλλους, απομονώνοντας τον από το σύνολο και οδηγώντας τον σε απώλεια της αξίας του. Ως κοινωνική κατασκευή παρατηρείται στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Στη διαδικασία δημιουργίας του στίγματος οι διαφορές μεταξύ των προσώπων επισημαίνονται και ονομάζονται. Σύμφωνα με τον Lemert (1951) η επίσημη απόδοση ενός αποκλίνοντα χαρακτηριστικού με την έννοια της «ετικέτας», ξεκινά τη διαδικασία του κοινωνικού στιγματισμού, λόγω της απόκλισης από τις κοινωνικές νόρμες. Η έννοια της ετικέτα άμεσα επιβάλλεται στο πρόσωπο με την αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι η συμπεριφορά που έχει ήδη χαρακτηριστεί ως τέτοια από τους άλλους.

3.1 Στίγμα κατά Goffman

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη του στίγματος αλλά ο Goffman αποτελεί ορόσημο, καθώς νεότεροι ερευνητές ξεκινούν από το έργο του για τους ορισμούς των εννοιών και το πλαίσιο μελέτης. Ο Goffman ορίζει το στίγμα ως «ένα γνώρισμα, βαθιά δυσφημιστικό», βάσει του οποίου το άτομο χαρακτηρίζεται «από ολοκληρωμένο σε σπιλωμένο, ελλιπές». Ή ως «τη σχέση μεταξύ χαρακτηριστικού και στερεότυπου». Περιέγραψε τους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν τα άτομα που «φέρουν» το στίγμα και ειδικά τη σημασία της «μυστικότητας» στα άτομα που θεωρούν εξευτελιστική τη συνθήκη της ψυχικής νόσου (Goffman, 2001).

Παρά τις ακραίες θέσεις που εμφανίστηκαν στα επόμενα χρόνια, από τη μια ότι η εμφάνιση των ψυχικά ασθενών αποτελεί άμεση συνέπεια της κοινωνικής αντίδρασης και από την άλλη ότι «για τη μεγάλη πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών το στίγμα είναι προσωρινό και δεν φαίνεται να προκαλεί ιδιαίτερο πρόβλημα». Ο κύριος όγκος

των ερευνών παρέμεινε στη διεύρυνση του τρόπου που το στίγμα επιδρά στους ψυχικά ασθενείς και στην παραδοχή ότι το στίγμα δεν έγκειται απλώς στην αναγνώριση των όποιων λειτουργικών εκπτώσεων των ατόμων που το «φέρουν» εγκαθιδρύεται στην υποτίμηση κάθε οφέλους που μπορεί να προκύψει από τη θεραπεία και στον αποκλεισμό των ατόμων αυτών από τη δυνατότητα να δοκιμαστούν, βάσει λανθασμένων υποθέσεων (Goffman, 2001).

3.2 Είδη στίγματος

Μπορούν να αναφερθούν κυρίως τρία είδη στίγματος (Σακελλαρόπουλος, 2003):

1. Αποκρουστικά φυσικά χαρακτηριστικά - διαφορές σωματικές δυσμορφίες, αναπηρίες
2. Ψεγάδια του χαρακτήρα που γίνονται αντιληπτά ως ασθενής θέληση, πάθη ανεντιμότητα, ψυχική διαταραχή, παραβατικότητα, εξάρτηση, αλκοολισμός, ομοφυλία, ανεργία, τάσεις αυτοκτονίας, ριζοσπαστική πολιτικής συμπεριφοράς.
3. Τα συλλογικά στίγματα μιας φυλής, ενός έθνους, μια θρησκευτικής ομάδας, τα οποία θεωρείται ότι μεταδίδονται μέσω της καταγωγής και να μολύνουν εξίσου όλα τα μέλη της οικογενείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το στίγμα μπορεί να εντάσσεται και στις τρεις κατηγορίες π.χ. στην περίπτωση του HIV/AIDS. Οι ασθενείς HIV ενίοτε εμφανίζουν ορατές σωματικές παραμορφώσεις όπως το σάρκωμα Kaposi, στιγματίζονται ως προς το χαρακτήρα τους και τέλος υποφέρουν από τις προκαταλήψεις που συνδέονται με την υπαγωγή τους σε ήδη στιγματισμένες κοινωνικές ομάδες. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις όπως στην κωφότητα ή στην ψυχική νόσο το στίγμα αφορά σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες. Η κωφότητα π.χ. εντάσσεται στις μειονεξίες του σώματος, ενώ η ψυχική νόσος στα ψεγάδια του χαρακτήρα (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Σε όλες αυτές τις διαφορετικές περιπτώσεις στίγματος υπάρχει το εξής χαρακτηριστικό: ένα άτομο που θα μπορούσε να γίνει εύκολα αποδεκτό σε μια συνηθισμένη κοινωνική συναναστροφή φέρει ένα διακριτικό στοιχείο. Το στοιχείο καθεαυτό προκαλεί την απομάκρυνση των ατόμων που συμμετέχουν στη συναναστροφή. Η εντύπωση που θα είχαν προκαλέσει τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά

του ατόμου έχει διαλυθεί. Φέρει ένα στίγμα, μια ανεπιθύμητη διαφορετικότητα σε σχέση με τις συνηθισμένες πεποιθήσεις (Goffman, 2001: Μαγριπλής, 2002).

4. Κοινωνικός Στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας

Ο στιγματισμός που επιφέρουν ορισμένες συνθήκες, ιδιότητες ή καταστάσεις, όπως το να νοσεί κανείς από ψυχική ασθένεια, είναι μια σύνθετη διαδικασία και έννοια, που εντοπίζεται στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της δυναμικής των κοινωνικών σχέσεων. Η θεωρητική σύλληψη του φαινομένου επιβάλλει, λοιπόν, μια κοινωνική προοπτική στην εξέταση του, τόσο αναφορικά με τους παράγοντες που το διαμορφώνουν, όσο και αναφορικά με τις συνέπειες του, που δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που είναι άμεσος αποδέκτης του, αλλά επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό πεδίο (Corrigan & Watson, 2002).

Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την ύπαρξη ενός φάσματος διαφορετικών κοινωνικών ταυτοτήτων και της σημασίας, της θετικής ή αρνητικής αξίας που τους αποδίδεται (Dovidio et al., 2000). Η διαδικασία του στιγματισμού αφορμείται από την αναγνώριση της ύπαρξης ενός χαρακτηριστικού που κάνει τον κάτοχο του να ξεχωρίζει από το σύνολο και που υποδηλώνει μια απαξιωμένη κοινωνική ταυτότητα. Η αρνητική φόρτιση που αποδίδεται σε αυτό το χαρακτηριστικό, αυτό το σημάδι, είτε είναι άμεσα ορατό, είτε με κάποιον λιγότερο εμφανή τρόπο ενσωματωμένο στην ταυτότητα του ατόμου που το φέρει, έχει να κάνει πρώτα από όλα με τις νοσηματοδοτήσεις που εκλαμβάνει το χαρακτηριστικό αυτό, οι οποίες εμφανίζονται αντιθετικές ή αποκλειόμενες από τη δεδομένη συλλογική ταυτότητα (Dovidio et al., 2000).

Αυτή η λογική αποκλεισμού του διαφορετικού πηγάζει από τη άρρητη συγκρότηση ενός κοινωνικού μέσου όρου, σε σχέση με τον οποίο ορίζεται η θεώρηση του φυσιολογικού, άρα επιθυμητού ή έστω ανεκτού από μια κοινωνία. Βέβαια, το αν ένα παρεκκλίνουν χαρακτηριστικό θα θεωρηθεί παθολογικό ή απλώς διαφορετικό, εξαρτάται από το ειδικό νόημα που παίρνει σε σχέση με τα χαρακτηριστικά που συγκροτούν τη συλλογική ταυτότητα ή για να το θέσει κανείς αντίστροφα, το σύνολο των χαρακτηριστικών που κατέχουν θεμελιώδη ρόλο ως προς τη συγκρότηση της συλλογικής ταυτότητας μιας κοινωνίας, διαμορφώνοντας τις ιδιαίτερες ποιότητες της, καθορίζουν ποια παρεκκλίνονται χαρακτηριστικά θα θεωρηθούν παθολογικά και σε ποιο βαθμό (Santorius & Schulze, 2005).

Η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής συνεπάγεται την άμεση ανάκληση στιγματιστικών στερεοτύπων για το άτομο που πάσχει, στερεοτύπων που διαχρονικά

έχουν καταστεί αναπόσπαστο μέρος της οντότητας στην οποία αντιστοιχεί η έννοια της ψυχικής ασθένειας. Το γεγονός ότι το κοινωνικό στίγμα αποτελεί μια δεύτερη νόσο, που έρχεται να προστεθεί στις ήδη αρνητικές συνθήκες που προδιαγραφεί η ιατρικά προσδιορισμένη παθολογία, αποτελεί μια διαπίστωση που δεν είναι πρωτότυπη πλέον, αλλά είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτική ως προς τις διαστάσεις που παίρνει η ψυχική ασθένεια λόγω του στιγματισμού της (Wallach, 2004).

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια αποτυπώνεται ανεξίτηλα στην ταυτότητα του ανθρώπου που πάσχει. Ο ασθενής παύει να είναι άτομο με τα ίδια δικαιώματα, με την ίδια ανθρώπινη αξία όπως όλα τα ανθρώπινα όντα (Goffman, 2001). Η ταυτότητα του ακρωτηριάζεται, καθώς η ταμπέλα της ψυχικής ασθένειας και οι σκοτεινές συνδηλώσεις της καταλήγουν να αποτελούν το μόνο τρόπο ορισμού του ως ατόμου. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, οι ιδιαιτερότητες και οι ανθρώπινες ποιότητες του υποβαθμίζονται, όταν δεν απαλείφονται τελείως, από τις στερεοτυπικές, γενικευμένες αναπαραστάσεις του ψυχικά ασθενή που κυριαρχούν στην κοινή γνώμη. Το στίγμα μένει ανεξίτηλο πάνω στον άνθρωπο που το φέρει, είναι ένα σημάδι που παγιώνεται εφ' όρου ζωής. Ακόμα και αν τα συμπτώματα υποχωρήσουν, ακόμα και αν ο άνθρωπος με ψυχική ασθένεια αποδείξει ότι μπορεί να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο, να εργαστεί και να έχει μια ομαλή κοινωνική ζωή, δυσπιστία, ο φόβος, η αποφυγή, απόρριψη και οι συμπεριφορές διακρίσεων εναντίον του τον ακολουθούν (Santorius & Schulze, 2005).

Αυτή η ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα στερεί από το άτομο το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και τον αναγκάζει να κρύψει την αίτια που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση. Παράλληλα, οι στιγματιστικές στάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος ενδοβάλλονται και υιοθετούνται από το ίδιο το στιγματιζόμενο άτομο, το οποίο διαμορφώνει το υποκειμενικό του βίωμα και τον αυτοπροσδιορισμό του βάσει αυτών των αρνητικών συνδηλώσεων που προσδιορίζουν τη κοινωνική του ταυτότητα (Wallach, 2004; Reinke et al., 2004).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνούς μελέτης φαίνεται ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια μπορεί να αποδεχθεί χειρότερο από την ίδια την ασθένεια. Σχεδόν τα δύο τρίτα των ανθρώπων που έπαθαν κάποτε κατάθλιψη ανέφεραν στην έρευνα ότι βίωσαν διακρίσεις εναντίον τους σε έναν τουλάχιστον σημαντικό τομέα της ζωής τους. Σχεδόν επτά στους δέκα ασθενείς θα επιθυμήσουν να αποκρύψουν τη διάγνωση τους από τους άλλους, καθώς θα περίμεναν ότι αυτή θα έχει αρνητικό αντίκτυπο και θα οδηγούσε σε διακρίσεις (Lasalivia et al., 2012). Ο

φόβος των διακρίσεων και του στιγματισμού κάνει πολλούς ασθενείς με ψυχική ασθένεια να αποφεύγουν να αναζητήσουν θεραπεία υπό τον φόβο της αποκάλυψης της διάγνωσης και του πιθανού στιγματισμού (Σκαπινάκης, 2012).

Η ετικετοποίηση που υφίστανται αυτά τα άτομα δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση, την αποκατάσταση αλλά και την ομαλή ενσωμάτωση τους από την κοινωνία (Μαδιανός, 1997; Bjorkman et al., 2007; Pitre et al., 2007). Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές φέρουν το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο, καθώς επηρεάζουν όλες τις πτυχές της ψυχοσυναιθηματικής ζωής και της συμπεριφοράς του ατόμου. Αντιλήψεις σχετικές με την επικινδυνότητα και δυσλειτουργικότητα, την ανικανότητα ανταπόκρισης στις εργασιακές απαιτήσεις και στις απαιτήσεις της οικογενειακής ζωής, ανακινούνται αυτόματα στον κοινό νου και αφορούν σε ένα βαθμό το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (Pitre et al., 2007).

5. Μέτρηση Στίγματος

Δεν υπάρχει ομόφωνα αποδεκτό εργαλείο για τη μέτρηση του στίγματος, αλλά η μελέτη της κοινής γνώμης σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές είναι η βασική στην κατανόηση και μείωση του. Οι έρευνες της κοινής γνώμης μπορούν να αναγνωρίζουν συστήματα αξιών, φόβους και στερεότυπα, αλλά πιθανόν υποεκτιμούν τις αρνητικές στάσεις, καθώς οι συμμετέχοντες στις έρευνες τείνουν να δίνουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις ή αρνούνται να συμμετέχουν. Αυτά τα προβλήματα εμφανίζονται κυρίως στις μελέτες της κοινωνικής απόστασης. Η πρώτη κλίμακα κοινωνικής απόστασης από την ψυχική νόσο διαμορφώθηκε από τους Cumming το 1957. Στη σχετική βιβλιογραφία έχει επισημανθεί ότι οι έρευνες που χρησιμοποιούσαν γενικευμένα εργαλεία μέτρησης της κοινωνικής απόστασης προσέφεραν ασαφή συμπεράσματα σχετικά με τις γνωστικές και συναισθηματικές παραμέτρους του στίγματος (Bjorkman et al., 2007).

Σχεδόν ταυτόχρονα παρουσιάστηκε η μέθοδος έρευνας με τη χρήση υποθετικών περιπτώσεων (vignette case study) (1955). Η Star εγκαθίδρυσε την έρευνα με τη χρήση υποθετικών περιπτώσεων. Κατασκεύασε 6 βινιέτες που απεικόνιζαν περιπτώσεις σχιζοφρένειας, αλκοολισμού, αγχώδους διαταραχής, διαταραχής προσωπικότητας και καταναγκαστικής διαταραχής και διερεύνησε την αντίληψη του γενικού πληθυσμού για τη σοβαρότητα της κατάστασης που απεικονιζόταν. Από τότε ερευνητές παράλλαξαν τις περιπτώσεις στις βινιέτες, πρόσθεσαν πιθανές κατηγορίες βοήθειας και ερεύνησαν ποικιλία χαρακτηριστικών (φύλο, εθνικότητα, κοινωνική κατάσταση, οικονομική κατάσταση) ή συμμορφώθηκαν με τα κριτήρια του DSM-IV (MacArthur Mental Health Module, 1996). Με αυτό τον τρόπο παρήχθη μεγάλος όγκος πληροφοριών και επιτεύχθηκε η ακριβής διερεύνηση των πεποιθήσεων σε σχέση με τον ορισμό, την αιτία, τη θεραπεία, τους παράγοντες κινδύνου και την πρόγνωση κάθε τύπου ψυχικής διαταραχής ξεχωριστά (Angermeyer et al., 2003; Gaebel et al., 2002).

Αργότερα αναπτύχθηκε η κλίμακα «Στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια» (κλίμακα OMI) από τους Cohen & Struening το 1962 (και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό) που χρησιμοποιήθηκε ευρέως στη μελέτη του στίγματος (Μαδιανός και συν., 2002). Περιέχει 51 ερωτήσεις που προήλθαν από παραγοντική ανάλυση περισσότερων ερωτήσεων οι οποίες δόθηκαν σε μεγάλο αριθμό ατόμων που

εργάζονταν σε ψυχιατρεία. Οι ερωτήσεις σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια, τα χαρακτηριστικά, την αιτιολογία και την επίδραση της κοινωνικής συμπεριφορά και στα μέτρα που πρέπει να παίρνει η κοινωνία για την αντιμετώπιση της. Η κλίμακα OMI μετρά πέντε παράγοντες που βρέθηκε ότι επηρεάζουν τις στάσεις. Αυτές είναι (Μαδιανός και συν., 2002):

1. Η αυταρχικότητα αναφέρεται στην υπακοή στην εξουσία που πρέπει να επιδεικνύουν τα άτομα με ψυχική νόσο.
2. Ο ανθρωπισμός περιέχει μια πατερναλιστική άποψη για το ψυχικά άρρωστο άτομο.
3. Ο παράγοντας της ιδεολογίας της ψυχικής υγιεινής βασίζεται στην άποψη ότι η ψυχική ασθένεια είναι σαν μια οποιαδήποτε ασθένεια.
4. Ο παράγοντας του κοινωνικού περιορισμού στηρίζεται στη δοξασία ότι το ψυχικά άρρωστο άτομο αποτελεί απειλή για την κοινωνία και
5. Ο παράγοντας της διαπροσωπικής αιτιολογίας αντανάκλα την άποψη ότι αιτία για την ψυχική ασθένεια είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις, κυρίως κατά την παιδική ηλικία.

Παρόλη την ευρεία της χρήση, για πολλά χρόνια και σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα, οι κοινωνικές και επιστημονικές αλλαγές που επισυνέβησαν στα χρόνια που πέρασαν, όπως η πολιτική της αποασυλοποίησης και η ανακάλυψη γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της ψυχικής νόσου, κατέστησαν το εργαλείο αυτό μάλλον αναχρονιστικό. Έτσι, οι Taylor & Dear το 1981 ανέπτυξαν μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα, την Community Attitudes to Mental Illness (Στάσεις του κοινού απέναντι στην ψυχική νόσο) η οποία διαμορφώθηκε για χρήση εντός της κοινότητας με το ερώτημα της αποασυλοποίησης και της ανάπτυξης πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και βρήκε επίσης ευρεία χρήση (Brockington et al., 1993).

Το 1987 κατασκευάστηκε η κλίμακα πρόσληψης υποτίμησης- διακρίσεων, για να ελέγξει την αντίληψη του πάσχοντα για το αν και σε ποιο βαθμό πιστεύει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι απαξιώνουν τα άτομα με ψυχική νόσο, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος που το στίγμα γίνεται αντιληπτό «εσωτερικεύεται» επηρεάζει τουλάχιστον όσο και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την πορεία και την έκβαση της νόσου (Phipps, 1997).

Το 1996 διαμορφώθηκε μια κλίμακα μέτρησης συναισθηματικών αντιδράσεων απέναντι σε άτομα με ψυχική νόσο (Argermeyer & Matschinger, 1996). Με τη χρήση δυο υποθετικών περιπτώσεων σε βινιέτες ή βίντεο (η μια περιέγραφε τη σχιζοφρένεια

και η άλλη την κατάθλιψη) και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, η κλίμακα μελετούσε τρεις διαστάσεις και βαθμολογούσε την ύπαρξη του στους συμμετέχοντες: επιθετικά αισθήματα (θυμός, εκνευρισμός), προκοινωνικές αντιδράσεις και αισθήματα άγχους (φόβος, αμηχανία). Για την διερεύνηση στάσεων επαγγελματιών υγείας προς τους ψυχικά ασθενείς, τη ψυχική νόσο, την ψυχιατρική αλλά και τους υπόλοιπους τομείς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, χρησιμοποιήθηκαν ποικίλα εργαλεία, που μπορούσαν να τα συνδυάσουν και τα δυο π.χ. βινιέτες ή βίντεο και ερωτηματολόγια, κυρίως αναπτύχθηκαν ειδικότερα ερωτηματολόγια. Όπως στη παρούσα εργασία (Bulbena et al., 2005: Reddy et al., 2005).

6. Κοινωνικό Στίγμα και Επαγγελματίες υγείας

Συμφώνα με τη μελέτη του Dembling που διενεργήθηκε το 1999 έδειξε ότι άτομα που είχαν επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες είχαν κατά μέσο όρο 8 χρόνια μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με το δείγμα έλεγχου. Για το αποτέλεσμα αυτό εμπλέκονται ποικίλοι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά καθοριστική παράμετρος φαίνεται να αποτελεί και η απομόνωση από το σύστημα υγείας που προκαλεί ο στιγματισμός λόγω της ψυχικής ασθένειας. Πολλοί ψυχικά ασθενείς διατηρούν ανθυγιεινές συνήθειες, λόγω της ασθένειας τους, των δυσκολιών που αυτή τους προκαλεί, αλλά και λόγω της παραίτησης των ιατρών, ακόμη και των ψυχιάτρων τους, από την πιθανότητα βελτίωσης τους (Byrne, 2000; Browne et al., 1999).

Μελέτες που δίνουν στοιχεία για την σχέση στάσεων και εκπαίδευσης είναι αυτές που αφορούν στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας. Οι στάσεις αυτές διαμορφώνονται και ποικίλλουν ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές νόρμες στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και μεταξύ των διαφορών επαγγελματικών ομάδων. Σε όλες τις περιπτώσεις η επαγγελματική αυτή ομάδα χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο βαθμό ενημέρωσης για την ψυχική νόσο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σε μελέτη με τη χρήση υποθετικών περιπτώσεων στην Αυστραλία, όλες οι ομάδες επαγγελματιών υγείας έδιναν μεγαλύτερη πιθανότητα από το γενικό πληθυσμό στο ενδεχόμενο στιγματισμού ατόμου με σχιζοφρένεια. Βαθμολογούσαν υψηλότερα από το γενικό πληθυσμό τη χρησιμότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε περιπτώσεις κατάθλιψης και τη χορήγηση αντιψυχωτικών ή την εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Αντίθετα, ο γενικός πληθυσμός έτεινε να θεωρεί χρησιμότερη τη χρήση παραγόντων όπως π.χ. βιταμίνες ή το διάβασμα βιβλίων αυτοβοήθειας παρά την εισαγωγή σε μια ψυχιατρική κλινική (Jorm, 2000; Caldwell et al., 2001). Υπέδειξε ότι οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με τις αιτίες και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, είναι σαφώς θετικότερες από τις απόψεις του κοινού και υποστηρίζουν ότι η αναζήτηση έγκαιρης και κατάλληλης βοήθειας παρεμποδίζεται σημαντικά (Jorm, 2000).

Μια ποικιλία παραγόντων επηρεάζει τη στάση των φοιτητών επαγγελματιών υγείας και των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο και αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει

παράγοντες που επηρεάζουν τους φοιτητές πριν από την είσοδο τους στις σχολές επαγγελματιών υγείας, τα όποια είναι όμοια με το γενικό πληθυσμό, όπως οι δημογραφικοί, πολιτιστικοί παράγοντες, το ιστορικό και κοινωνικό κλίμα που χαρακτηρίζει την εποχή (Lee et al., 1995). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους παράγοντες που επηρεάζουν τους φοιτητές κατά τη διάρκεια φοίτησης τους, όπως η στάση των καθηγητών απέναντι στην ψυχιατρική και τους ψυχιάτρους. Οι επαγγελματίες υγείας προέρχονται από το κοινωνικό σύνολο και ζουν και εργάζονται μέσα σε αυτό. Το ερώτημα που γεννιέται είναι αν κατορθώνουν να ξεφύγουν από τις πολιτιστικές και κοινωνικές επιρροές και να απαλλαγούν από τις στερεοτυπικές προκαταλήψεις με εφόδιο της εκπαίδευσής τους (Ay et al., 2006).

Η εκπαίδευση μειώνει τις προκαταλήψεις και τις περιφρονητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας, αν και πολλές φορές η μείωση αυτή είναι μικρή (Ay et al., 2006). Στους επαγγελματίες υγείας είναι έντονη η ανησυχία για επικίνδυνη και απρόβλεπτη συμπεριφορά, ιδιαίτερα για τους ψυχωτικούς. Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν σε επαγγελματίες υγείας, οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους αλλά και ότι είναι απρόβλεπτοι. Γενικά, η στάση των επαγγελματιών υγείας βελτιώνεται μετά την άσκηση τους στην ψυχιατρική (Fleming et al., 2002; Mukherjee et al., 2002). Προκλινικά δεν διαφέρει ιδιαίτερα από τις στάσεις του γενικού πληθυσμού, ενώ με την άσκηση αλλάζουν οι στάσεις και οι αντιλήψεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (Mukherjee et al., 2002; Thompson et al., 2002). Σε μελέτη ειδικευομένων ιατρών με ευρεία γκάμα ειδικοτήτων, ούτε η ευρύτερη μόρφωση, ούτε η επιπλέον εκπαίδευση ή την επιλογή ειδικότητας επέφεραν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Αντίθετα, μείωση των προκαταλήψεων παρατηρήθηκε, όταν οι ειδικευόμενοι ιατροί περιέγραφαν εμπειρίες με ψυχικά ασθενείς στην οικογένειά τους (Chin et al., 2006).

7. Συσχέτιση διαπροσωπικής επαφής και αλλαγής στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο

Η θεωρία της εξοικείωσης πρωτοεμφανίστηκε ως μέθοδος μεταστροφής των αρνητικών στάσεων και προκαταλήψεων απέναντι σε ομάδες εθνικών μειονοτήτων (Gaertner et al., 1996). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, θετική επαφή με τα άτομα που αντιμετωπίζονται ως φορείς στίγματος αντιστρέφει τα αρνητικά στερεότυπα, επιφέρει βελτίωση στις στάσεις και στις συμπεριφορές απέναντι τους και συνεπώς μείωση του στίγματος (Desforjes et al., 1991). Η εξοικείωση προσφέρει τα μέγιστα στην αλλαγή των στάσεων, όταν τα άτομα θεωρούνται ισότιμα, όταν η επαφή είναι προσωπική και εάν υπάρχει συνεργασία παρά ανταγωνισμός (Kolodziej et al., 1996).

Σημαντικότερη για την αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων θεωρήθηκε η ίδια η επαφή με τους πάσχοντες παρά η πληροφόρηση. Επιπρόσθετη υποστήριξη για την αξία της προσωπικής επαφής έναντι της πληροφόρησης προέκυψε από τη μελέτη των Corrigan et al., (2001). Τα ουσιώδη στοιχεία που παρουσιάζονται είναι η εξοικείωση που συσχετίζεται με τις θετικότερες συναισθηματικές αντιδράσεις και λιγότερη κοινωνική απόσταση από άτομα με ψυχική νόσο. Τα ευρημάτα αυτά φαίνονται ενθαρρυντικά, αλλά στην πράξη με τη μέθοδο της αναδρομικής έρευνας είναι αδύνατο να εκτιμηθεί κατά πόσο η εξοικείωση άλλαξε τις στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο ή κατά πόσο οι θετικές στάσεις προϋπήρχαν της επαφής (Corrigan et al., 2001).

Η εξοικείωση μελετάται προοπτικά, φαίνεται να μειώνει τις αρνητικές στάσεις και τις προκαταλήψεις που σχετίζονται με την ψυχική νόσο. Παραμένει όμως η διαπίστωση της σημασίας των διαφόρων τύπων επαφής στη μείωση συμπεριφορών που επιφέρουν στίγμα και της πιθανής χρησιμότητάς τους σε παρεμβάσεις μείωσης του στίγματος (Couture et al., 2003).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία

1.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας να διερευνήσουμε αν οι επαγγελματίες υγείας διέπονται από αντιλήψεις που στιγματίζουν τους ψυχικά πάσχοντες και αν εκδηλώνουν αντίστοιχες συμπεριφορές ως προς αυτούς.

Για τον σκοπό αυτό εξετάστηκε ξεχωριστά κάθε ερώτηση του δεύτερου και τρίτου σκέλους με τα κάτωθι δημογραφικά στοιχεία:

- Υπηρεσία Εργασίας
- Φύλο
- Οικογενειακή Κατάσταση
- Έτη προϋπηρεσίας
- Ηλικία
- Εκπαίδευση
- Ειδικότητα

Οι παράγοντες αυτοί εξετάζονται ο καθένας ξεχωριστά για την επίδρασή του με χρήση κατάλληλων στατιστικών κριτηρίων. Χρησιμοποιούνται έλεγχοι t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα και ANOVA για παραπάνω από δύο ανεξάρτητα δείγματα. Στις συγκρίσεις όπου παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά γίνεται έλεγχος Πολλαπλών Συγκρίσεων με σκοπό τη λεπτομερέστερη διερεύνηση.

1.2 Δείγμα έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δυο ομάδες επαγγελματιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από νοσηλευτές ενώ η δεύτερη από ιατρούς. Στο δείγμα συμπεριλαμβάνονται όλες οι βαθμίδες των νοσηλευτών και ιατρών, όλων των ειδικοτήτων. Συμπληρώθηκαν 50 ερωτηματολόγια από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται. Η συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν απολύτως ανώνυμη και εμπιστευτική.

1.3 Ερωτηματολόγια

Το συγκεκριμένο δείγμα κλήθηκε να συμπληρώσει ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία μέρη. Το ερωτηματολόγιο που κλήθηκαν να απαντήσουν έχει στην αρχή δημογραφικά στοιχεία και στη συνέχεια έχει ερωτήσεις που σχετίζονται με τον στόχο της έρευνας. Οι ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος: υπηρεσία (ιατρική, νοσηλευτική), φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, έτη προϋπηρεσίας, εθνικότητα, βαθμίδα εκπαίδευσης, ειδικότητα-ειδίκευση. Στο πρώτο μέρος έχει 11 ερωτήσεις που οι δυνατές απαντήσεις είναι «Ναι» και «Όχι», στο δεύτερο σκέλος έχει επτά ερωτήσεις (οι απαντήσεις κωδικοποιούνται ως 1=Οπωσδήποτε πρόθυμος, 2=Πιθανώς απρόθυμος, 3=Πιθανώς πρόθυμος, 4=Οπωσδήποτε πρόθυμος), και στο τρίτο σκέλος έχει άλλες έντεκα ερωτήσεις (οι απαντήσεις κωδικοποιούνται ως 0=καθόλου, 1= λίγο, 2= μέτρια, 3= αρκετά, 4=υπερβολικά).

Η μελέτη εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Κάθε ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει σύντομη παράθεση οδηγιών και ακριβή περιγραφή των σκοπών της μελέτης. Η επιστροφή συμπληρωμένου ερωτηματολογίου λαμβάνεται ως γραπτή συγκατάθεση στην έρευνα.

1.4 Στατιστική Ανάλυση

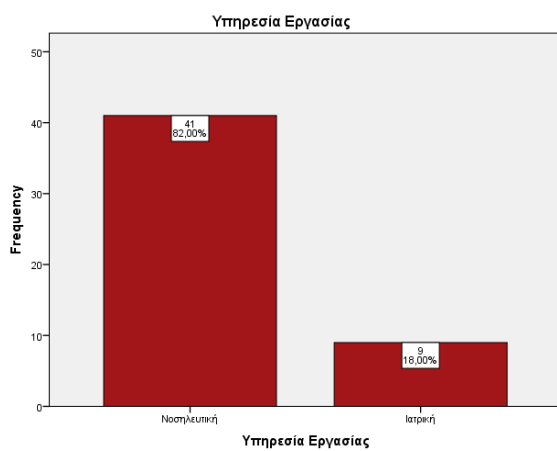
Η επεξεργασία και η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS for Windows v13.0. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων καθώς και των μεταβλητών εξοικείωσης με την ψυχική νόσο. Έπειτα, εκτιμήθηκε η συσχέτιση των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και των μεταβλητών εξοικείωσης με το score που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο, μέσω της ανάλυσης « χ^2 » στο επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση) για το σύνολο των ερωτηθέντων και εκτιμήθηκαν οι λόγοι των odds (odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Η διαφορά στάσης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών αξιολογήθηκε με το t-test.

2. Αποτελέσματα

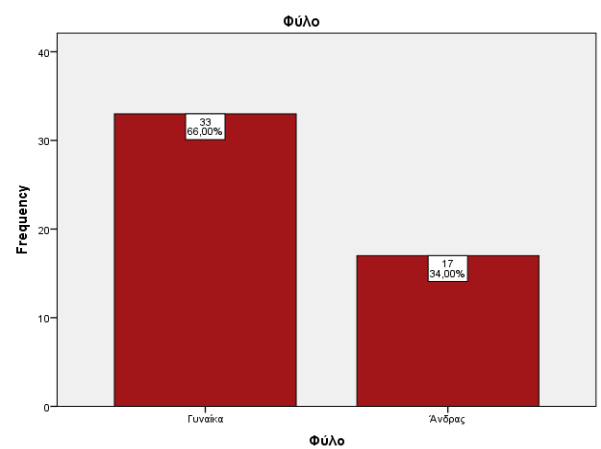
2.1 Περιγραφή του δείγματος

2.1.1 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 41 νοσηλευτές και 9 ιατροί διαφορών ειδικοτήτων (Διάγραμμα 1). Από τους συμμετέχοντες 66% ήταν γυναίκες και 34% άντρες (Διάγραμμα 2).

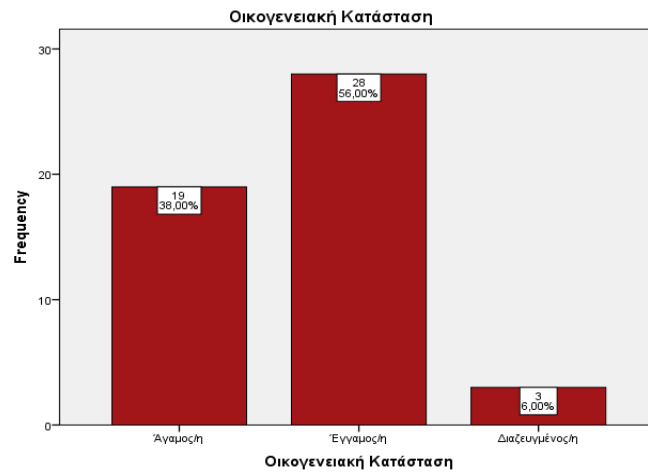


Διάγραμμα 1:Υπηρεσία Εργασίας



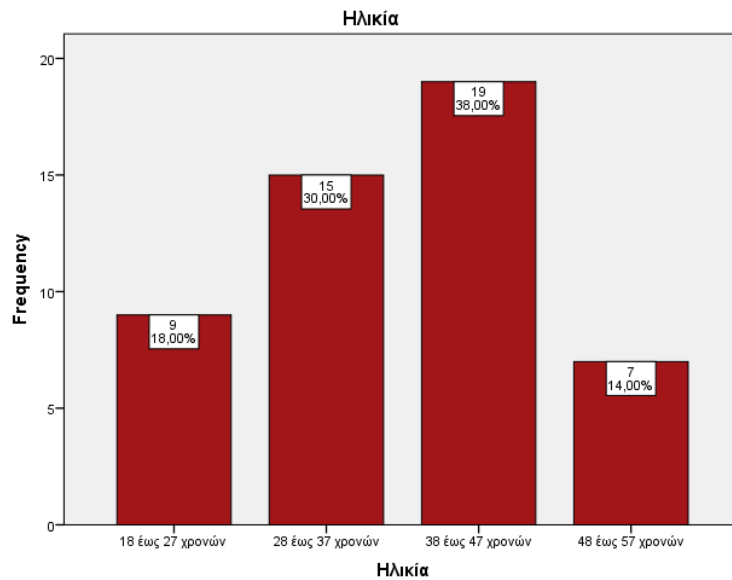
Διάγραμμα 2: Φύλο

Η οικογενειακή τους κατάσταση κατανεμόταν ως εξής (διάγραμμα 3):



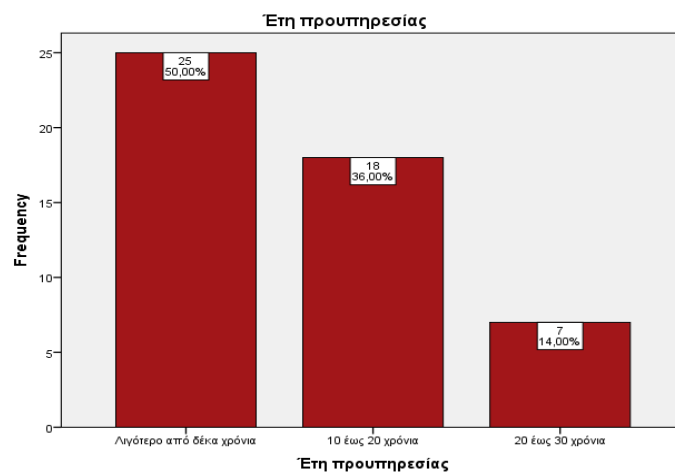
Διάγραμμα 3:Οικογενειακή κατάσταση

Η κατανομή ανά ηλικιακή ομάδα των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκουν από 38 έως 47 χρονών, το 30% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 28 έως 37 χρονών, το 18% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 27 χρονών και το 14% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 48 έως 57 χρονών (Διάγραμμα 4) .



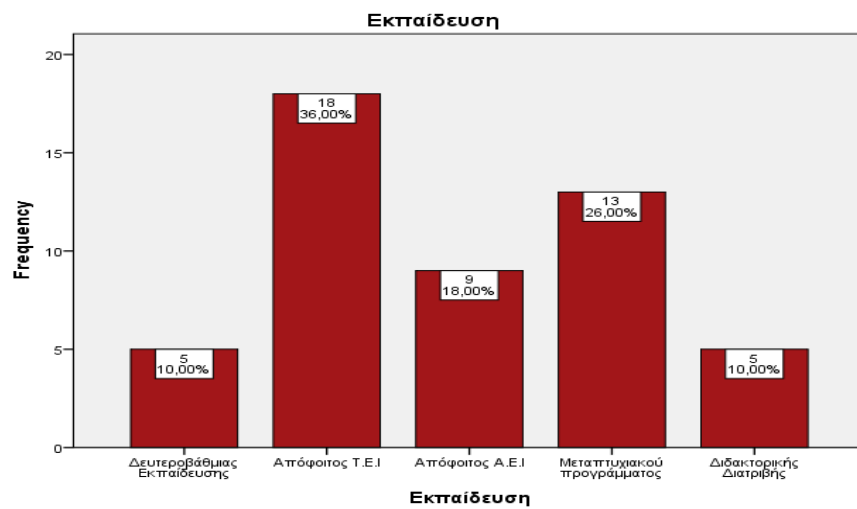
Διάγραμμα 4: Ηλικία

Ως προς τα έτη προϋπηρεσίας το 50% των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν λιγότερο από δέκα χρόνια έτη προϋπηρεσίας, το 36% έχουν δέκα έως 20 χρόνια προϋπηρεσίας και το 14% έχουν είκοσι έως τριάντα χρόνια προϋπηρεσίας (Διάγραμμα 5).



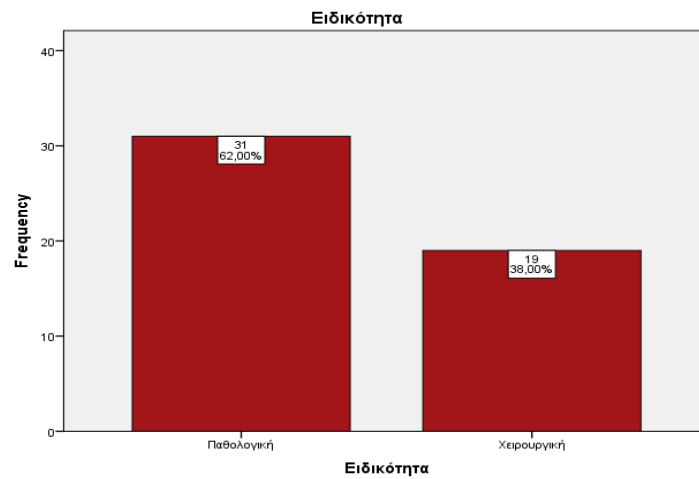
Διάγραμμα 5: Έτη προϋπηρεσίας

Το επίπεδο σπουδών απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα:



Διάγραμμα 6: Επίπεδο σπουδών

ενώ οι ειδικότητες του δείγματος γιατρών – νοσηλευτών κατανέμονται ως εξής (Διάγραμμα 7):



Διάγραμμα 7: Κατανομή Ειδικοτήτων

2.1.2 Εξουκείωση με την ψυχική νόσο

Οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν για τη ψυχική νόσο έδειξαν ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι για την ερώτηση «Πως θα αισθανόσασταν αν εργαζόσασταν με κάποιον με ψυχική ασθένεια», συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι και δεν επηρεάζεται από το παράγοντα φύλο, ηλικία, εκπαίδευση και ειδικότητα, οικογενειακή κατάσταση, προϋπηρεσία και έτη προϋπηρεσίας.

Οι επαγγελματίες υγείας στην ερώτηση «Πως θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια για επιστάτη των παιδιών σας», παρατηρήθηκε από το πίνακα στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ετών υπηρεσίας των συμμετεχόντων (Πίνακας 1). Στον πίνακα 1, των περιγραφικών φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα και έχουν λιγότερα από δέκα χρόνια προϋπηρεσίας καταγράφουν υψηλότερο μέσο όρο απαντήσεων συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας που έχουν δέκα έως είκοσι και είκοσι έως τριάντα χρόνια προϋπηρεσίας.

Πώς θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια για επιστάτη των παιδιών σας;				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Λιγότερο από δέκα χρόνια	24	2,08	,929	,190
10 έως 20 χρόνια	18	1,61	,698	,164
20 έως 30 χρόνια	7	1,29	,488	,184
Total	49	1,80	,841	,120

Πίνακα 1. Έτη προϋπηρεσίας

Στην ερώτηση « Πώς θα αισθανόσασταν αν γνωρίζατε κάποιον με ψυχική ασθένεια στους φίλους σας», παρατηρήθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται από τους παράγοντες υπηρεσία εργασίας και ηλικία. Η στατιστική διαφορά παρατηρούνται στους πίνακες 2,3. Στον πίνακα 2, των περιγραφικών φαίνεται ότι από τους επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα, όσοι εργάζονται σε νοσηλευτική υπηρεσία καταγράφουν υψηλότερο μέσο όρο απαντήσεων συγκριτικά με όσους εργάζονται σε ιατρική υπηρεσία και στο πίνακα 3, των περιγραφικών φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 27 ετών καταγράφουν υψηλότερο μέσο όρο απαντήσεων συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Πώς θα αισθανόσασταν αν γνωρίζατε κάποιον με ψυχική ασθένεια στους φίλους σας;			
Υπηρεσία Εργασίας	N	Mean	Std. Deviation
Νοσηλευτική	403	10	,744
Ιατρική	9	2,56	,527

Πίνακας 2. Ειδικότητα

Πώς θα αισθανόσασταν αν γνωρίζατε κάποιον με ψυχική ασθένεια στους φίλους σας;				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
18 έως 27 χρονών	9	3,56	,527	,176
28 έως 37 χρονών	14	3,00	,555	,148
38 έως 47 χρονών	19	2,68	,820	,188
48 έως 57 χρονών	7	3,14	,690	,261
Total	49	3,00	,736	,105

Πίνακας 3. Ηλικία

Στη μελέτη μας στην ερώτηση «Πως θα αισθανόσασταν αν συνιστούσατε για μια δουλειά κάποιον με ψυχική ασθένεια που θα εργάζεται με κάποιον που γνωρίζετε?» Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρείται από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την εκπαίδευση και την ειδικότητα. Όμως, παρατηρήθηκε, ότι οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται από τους παράγοντες υπηρεσία εργασίας και ηλικία (πίνακας 4,5). Από πίνακα 4, των περιγραφικών φαίνεται ότι από τους επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα, όσοι εργάζονται σε νοσηλευτική υπηρεσία καταγράφουν υψηλότερο μέσο όρο απαντήσεων συγκριτικά με όσους εργάζονται σε ιατρική υπηρεσία. Από πίνακα 5, των περιγραφικών φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 27 ετών καταγράφουν υψηλότερο μέσο όρο απαντήσεων συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Πώς θα αισθανόσασταν αν συνιστούσατε για μια δουλειά κάποιον με ψυχική ασθένεια που θα εργάζεται με κάποιον που γνωρίζετε;			
Υπηρεσία Εργασίας	N	Mean	Std. Deviation
Νοσηλευτική	41	2,98	,612
Ιατρική	9	2,44	,726

Πίνακας 4. Ειδικότητα

Πώς θα αισθανόσασταν αν συνιστούσατε για μια δουλειά κάποιον με ψυχική ασθένεια που θα εργάζεται με κάποιον που γνωρίζετε;				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
18 έως 27 χρονών	9	3,22	,441	,147
28 έως 37 χρονών	15	3,13	,743	,192
38 έως 47 χρονών	19	2,58	,607	,139
48 έως 57 χρονών	7	2,71	,488	,184
Total	50	2,88	,659	,093

Πίνακας 5. Ηλικία

Οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι για την ερώτηση «Πιστεύω ότι ένας πρώην ψυχικά ασθενής είναι εξίσου αξιόπιστος με τον μέσο πολίτη» δεν επηρεάζονται από την υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την εκπαίδευση και την ειδικότητα. Όμως, παρατηρήθηκε ότι οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα για τη συγκεκριμένη ερώτηση επηρεάζονται από τον παράγοντα της ηλικίας (πίνακας 6). Η ηλικιακή ομάδα 38 έως 47 χρονών καταγράφουν κατά μέσο όρο χαμηλότερες απαντήσεις συγκριτικά με τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Πιστεύω ότι ένας πρώην ψυχικά ασθενής είναι εξίσου αξιόπιστος με τον μέσο πολίτη.				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
18 έως 27 χρονών	9	3,00	,866	,289
28 έως 37 χρονών	14	3,00	,877	,234
38 έως 47 χρονών	19	1,79	,631	,145
48 έως 57 χρονών	7	2,43	,535	,202
Total	49	2,45	,914	,131

Πίνακας 6. Ηλικία

Οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι για την θέση «Θα μπορούσα να αποδεχθώ πρώην ψυχικά ασθενή ως δάσκαλο παιδιών σε ένα δημόσιο σχολείο», δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν επηρεάζονται από τους παράγοντες υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα.

Στατιστικά δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στις απαντήσεις στην ερώτηση που τέθηκε «Σκέφτομαι λιγότερο από ένα πρόσωπο το οποίο ζούσε σε ψυχιατρική κλινική» δεν επηρεάζονται από τους παράγοντες η υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την

οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα.

Θα παρατηρήσουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι για την ερώτηση «Αν ήμουν εργοδότης, θα ήθελα να προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή εάν αυτός/αυτή διαθέτει τα προσόντα για τη δουλειά» δεν επηρεάζονται από την υπηρεσίας εργασίας, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία και την εκπαίδευση. Όμως, παρατηρήθηκε ότι οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα επηρεάζονται από τους παράγοντες Φύλο και Ειδικότητα (πίνακας 7,8). Από τον πίνακα 7, των περιγραφικών φαίνεται ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα καταγράφουν κατά μέσο όρο υψηλότερες απαντήσεις συγκριτικά με τους άντρες επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον πίνακα 8, των περιγραφικών φαίνεται ότι από τους επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα, όσοι έχουν παθολογικοί ειδικότητα καταγράφουν κατά μέσο όρο υψηλότερες απαντήσεις για τη συγκεκριμένη θέση συγκριτικά με όσους έχουν χειρουργική ειδικότητα.

Αν ήμουν εργοδότης, θα ήθελα να προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή εάν αυτός/αυτή διαθέτει τα προσόντα για τη δουλειά.			
Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Γυναίκα	33	2,09	1,128
Άνδρας	17	2,88	1,054

Πίνακας 7. Φύλο

Αν ήμουν εργοδότης, θα ήθελα να προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή εάν αυτός/αυτή διαθέτει τα προσόντα για τη δουλειά.			
Ειδικότητα	N	Mean	Std. Deviation
Παθολογική	31	2,61	,955
Χειρουργική	19	1,95	1,353

Πίνακας 8. Ειδικότητα

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι για την θέση «Πιστεύω ότι ένα πρόσωπο που ζούσε σε ένα ψυχιατρείο είναι εξίσου ευφυές με τον μέσο άνθρωπο», δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά και δεν επηρεάζονται από τους παράγοντες η υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα.

Οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι για την ερώτηση «Θα εφαρμόσω τη θεραπεία σε έναν πρώην ψυχικά ασθενή όπως ακριβώς θα αντιμετώπιζα οποιονδήποτε» δεν επηρεάζονται από την υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα. Όμως, παρατηρήθηκε πως οι απαντήσεις για τη συγκεκριμένη θέση των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα επηρεάζονται από τον παράγοντα της Οικογενειακής Κατάστασης (πίνακα 9). Στον πίνακα 9, των περιγραφικών φαίνεται πως οι Άγαμοι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα καταγράφουν κατά μέσο όρο υψηλότερες απαντήσεις για τη συγκεκριμένη θέση συγκριτικά με τους Έγγαμους και τους Διαζευγμένους.

Θα εφαρμόσω τη θεραπεία σε έναν πρώην ψυχικά ασθενή όπως ακριβώς θα αντιμετώπιζα οποιονδήποτε.				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Άγαμος/η	19	3,37	1,012	,232
Έγγαμος/η	28	2,89	1,166	,220
Διαζευγμένος/η	3	1,67	1,528	,882
Total	50	3,00	1,178	,167

Πίνακας 9. Οικογενειακή κατάσταση

Στην ερώτηση που τέθηκε στους επαγγελματίες υγείας «Θα ήμουν απρόθυμος να βγω ραντεβού με έναν άνθρωπο ο οποίος έχει νοσηλευτεί για μια σοβαρή ψυχική διαταραχή», δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις και δεν επηρεάζονται από την υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα.

Το ίδιο παρατηρείται και με την ερώτηση «Αν ήξερα ένα πρόσωπο που ήταν σε ψυχιατρείο, θα λάμβανα τις απόψεις του λιγότερο σοβαρά», συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις. Δεν επηρεάζονται από τους παράγοντες όπως η υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα.

Ως προς το πώς θα αισθανόταν οι επαγγελματίες υγείας αν είχανε γείτονα κάποιον με ψυχική ασθένεια δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις. Δεν επηρεάζεται από τους παράγοντες όπως η υπηρεσία εργασίας, το φύλο. Η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εκπαιδευτικών επιπέδων των συμμετεχόντων στην έρευνα (πίνακα 10).

Πώς θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια σαν γείτονα;				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	5	2,80	1,304	,583
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	18	3,22	,548	,129
Απόφοιτος Α.Ε.Ι	9	3,22	,667	,222
Μεταπτυχιακού προγράμματος	13	2,92	,641	,178
Διδακτορικής Διατριβής	5	3,00	,707	,316
Total	50	3,08	,695	,098

Πίνακας 10. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Όσον αφορά το ερώτημα «Θα δεχόμουν ευχαρίστως έναν πρώην ψυχικά ασθενή ως στενό μου φίλο» δεν επηρεάζονται από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, την ηλικία, την εκπαίδευση και την ειδικότητα. Φαίνεται πως παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εργαζομένων σε νοσηλευτική και ιατρική υπηρεσία (πίνακας 11).

Θα δεχόμουν ευχαρίστως έναν πρώην ψυχικά ασθενή ως στενό μου φίλο.			
Υπηρεσία Εργασίας	N	Mean	Std. Deviation
Νοσηλευτική	41	2,66	,938
Ιατρική	9	2,56	,726

Πίνακας 11. Ειδικότητα

Οι επαγγελματίες υγείας στην ερώτηση της έρευνας «Πιστεύω ότι η εισαγωγή σε ένα ψυχιατρείο είναι ένα σημάδι προσωπικής αποτυχίας» δεν επηρεάζονται από την υπηρεσίας εργασίας, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, και την ειδικότητα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει στη έρευνα ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και εκπαιδευτικών επιπέδων των επαγγελματιών υγείας του Π.Γ.Ν.Ι που συμμετείχαν στην έρευνα (πίνακα 12, 13).

Πιστεύω ότι η εισαγωγή σε ένα ψυχιατρείο είναι ένα σημάδι προσωπικής αποτυχίας.				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
18 έως 27 χρονών	9	1,00	1,118	,373
28 έως 37 χρονών	15	,80	,775	,200
38 έως 47 χρονών	19	,58	,902	,207
48 έως 57 χρονών	7	,57	,976	,369
Total	50	,72	,904	,128

Πίνακας 12. Ηλικία

Πιστεύω ότι η εισαγωγή σε ένα ψυχιατρείο είναι ένα σημάδι προσωπικής αποτυχίας.				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	5	,60	1,342	,600
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	18	,83	,924	,218
Απόφοιτος Α.Ε.Ι	9	,56	,882	,294
Μεταπτυχιακού προγράμματος	13	,54	,877	,243
Διδακτορικής Διατριβής	5	1,20	,447	,200
Total	50	,72	,904	,128

Πίνακας 13. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

2.2 Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου «Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο»

Στη παρούσα μελέτη, χρησιμοποιούνται έλεγχοι t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα και ANOVA για παραπάνω από δύο ανεξάρτητα δείγματα. Στις συγκρίσεις όπου παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά γίνεται έλεγχος Πολλαπλών Συγκρίσεων με σκοπό τη λεπτομερέστερη διερεύνηση. Τα αποτελέσματα των διαδικασιών αυτών παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στους αντίστοιχους πίνακες. Ακολουθούν συγκεντρωτικοί πίνακες στους οποίους φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα σε κάθε σκέλος του ερωτηματολογίου ξεχωριστά.

	Όχι	Ναι
Έχω παρακολουθήσει μια ταινία ή τηλεοπτική εκπομπή στην οποία ένας χαρακτήρας απεικονίζει ένα άτομο με ψυχική ασθένεια.	1	49
Η δουλειά μου περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών / θεραπείας για άτομα με ψυχική ασθένεια.	9	41
Έχω παρατηρήσει, εν παρόδω, ένα άτομο που πιστεύω ότι μπορεί να είχε μια ψυχική ασθένεια.	7	43
Έχω παρατηρήσει άτομα με ψυχική ασθένεια σε συχνή βάση.	27	22
Έχω μια ψυχική ασθένεια	48	2
Έχω συνεργαστεί με ένα άτομο που είχε μια ψυχική ασθένεια στην εργασία μου	39	11
Δεν έχω παρατηρήσει ένα άτομο που είχε μια ψυχική ασθένεια	32	18
Ένας φίλος της οικογένειας έχει μια ψυχική ασθένεια.	29	21
Έχω ένα συγγενή που έχει μια ψυχική ασθένεια.	33	17

Έχω παρακολουθήσει ντοκιμαντέρ στην τηλεόραση για τη ψυχική ασθένεια.	16	34
Ζω με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια	46	4

Πίνακας 1

Τα αποτελέσματα που ακολουθούν για το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου φαίνεται πίνακα 2. Υπενθυμίζεται ότι οι απαντήσεις κωδικοποιούνται ως εξής: 1=Οπωσδήποτε πρόθυμος, 2=Πιθανώς απρόθυμος, 3=Πιθανώς πρόθυμος, 4=Οπωσδήποτε πρόθυμος.

	Οπωσδήποτε απρόθυμος	Πιθανώς απρόθυμος	Πιθανώς πρόθυμος	Οπωσδήποτε πρόθυμος
Πώς θα αισθανόσασταν για την ενοικίαση δωματίου στο σπίτι σας σε κάποιον με ψυχική ασθένεια;	5	27	12	6
Πώς θα αισθανόσασταν αν εργαζόσασταν με κάποιον με ψυχική ασθένεια;	0	11	27	12
Πώς θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια σαν γείτονα;	1	7	29	13
Πώς θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια για επιστάτη των παιδιών σας;	21	19	7	2
Πώς θα αισθανόσασταν αν τα παιδιά σας παντρευόταν κάποιον με ψυχική ασθένεια;	12	23	11	4

Πώς θα αισθανόσασταν αν γνωρίζατε κάποιον με ψυχική ασθένεια στους φίλους σας;	1	10	26	12
Πώς θα αισθανόσασταν αν συνιστούσατε για μια δουλειά κάποιον με ψυχική ασθένεια που θα εργάζεται με κάποιον που γνωρίζετε;	1	11	31	7

Πίνακας 2

Τέλος, σε αυτό το σημείο ακολουθούν οι έλεγχοι που σχετίζονται με τις ερωτήσεις του τρίτου σκέλους του ερωτηματολογίου. Υπενθυμίζεται ότι οι ερωτήσεις κωδικοποιούνται ως εξής: 0=καθόλου, 1=λίγο, 2=μέτρια, 3=αρκετά, 4=υπερβολικά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο πίνακα 3.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Υπερβολικά
Θα δεχόμουν ευχαρίστως έναν πρώην ψυχικά ασθενή ως στενό μου φίλο.	1	3	17	21	8
Πιστεύω ότι ένα πρόσωπο που ζούσε σ' ένα ψυχιατρείο είναι εξίσου ευφυές με τον μέσο άνθρωπο.	0	4	13	19	14
Πιστεύω ότι ένας πρώην ψυχικά ασθενής είναι εξίσου αξιόπιστος με τον μέσο πολίτη.	0	7	20	15	7
Θα μπορούσα να αποδεχθώ πρώην ψυχικά ασθενή ως δάσκαλο παιδιών σε ένα δημόσιο σχολείο.	8	13	13	14	2

Πιστεύω ότι η εισαγωγή σ' ένα ψυχιατρείο είναι ένα σημάδι προσωπικής αποτυχίας.	27	12	9	2	0
Δεν θα προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή να φροντίζει τα παιδιά μου, ακόμη και αν αυτός/αυτή ήταν καλά για κάποιο χρονικό διάστημα.	7	15	18	6	4
Σκέφτομαι λιγότερο από ένα πρόσωπο το οποίο ζούσε σε ψυχιατρική κλινική.	12	9	20	9	0
Αν ήμουν εργοδότης, θα ήθελα να προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή εάν αυτός/αυτή διαθέτει τα προσόντα για τη δουλειά.	4	6	17	14	9
Θα εφαρμόσω τη θεραπεία σε έναν πρώην ψυχικά ασθενή όπως ακριβώς θα αντιμετώπιζα οποιονδήποτε.	3	4	4	18	21
Θα ήμουν απρόθυμος να βγω ραντεβού με έναν άνθρωπο ο οποίος έχει νοσηλευτεί για μια σοβαρή ψυχική διαταραχή.	2	15	18	11	4
Αν ήξερα ένα πρόσωπο που ήταν σε ψυχιατρείο, θα λάμβανα τις απόψεις του λιγότερο σοβαρά.	15	15	13	6	1

Πίνακας 3.

Συνεπώς, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων στις στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο.

3. Συζήτηση

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 50 επαγγελματίες υγείας διάφορων ειδικοτήτων και ηλικιών που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Οι περισσότεροι από αυτούς τους επαγγελματίες υγείας έχουν επαφές με ψυχικά ασθενή είτε στα εξωτερικά ιατρεία, είτε στην κλινική που νοσηλεύεται ο ασθενής για άλλη πάθηση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, από τους παράγοντες που διερευνήθηκαν οι πιο σημαντικοί που φαίνεται να επηρεάζουν τη διαχείριση των ασθενών με ψυχική νόσο από τους επαγγελματίες υγείας ήταν η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η υπηρεσία εργασίας (νοσηλευτική, ιατρική) και ειδικότητα. Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φύλο και έτη προϋπηρεσίας και την οικογενειακή κατάσταση. Οι παράγοντες παρατηρείται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων σχετικά με το στίγμα.

Παρόμοιες έρευνες έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα, δείχνουν την ηλικία ως έναν πολύ σημαντικό παράγοντα στη διαχείριση των ψυχικά ασθενών. (ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.ΠΟΙΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ) Σε προηγούμενη έρευνα διερεύνησης στάσεων στον πληθυσμό της Ελλάδας οι συμμετέχοντες με ηλικίες μεταξύ (27-40) δήλωναν ότι θα έδιναν δουλειά σε άτομο που έπασχε από ψυχική νόσο και θα είχαν κοινωνικές επαφές μαζί του, ενώ όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων τόσο υψηλότερο και το ποσοστό των απαντήσεων ότι οι ασθενείς αυτοί μπορούν να ευεργετηθούν σπουδάζοντας και βρίσκοντας εργασία. (BIBA) Φαίνεται ότι ένα «baseline» γνώσεων και προσδοκιών αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση εντός νοσοκομείου με τους ψυχικά ασθενείς και τους ψυχιάτρους, ανεξάρτητα από την ηλικία, με μάλλον μεγαλύτερη απήχηση στους νοσηλευτές. Από την άλλη πλευρά, η σχετική με τον ιατρικό επαγγελματισμό βιβλιογραφία εστιάζει στην εμφάνιση άγχους κατά την προσπάθεια τήρησης επαγγελματικών κανόνων και συμπεριφορών, που σχετίζεται με τα αισθήματα εμπάθειας που αναπτύσσει ο γιατρός προς τον ασθενή (Larson, 2005).

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών μπορεί να σχετίζεται με το άγχος που η αλληλεπίδραση μαζί τους προκαλεί. Ενώ δηλαδή, ο στιγματισμός κατά βάση θεωρείται φραγμός στα αισθήματα ενσυναίσθησης, πιθανόν να αποτελεί και μια άμυνα στην υπερ-εμπλοκή του γιατρού με το επώδυνο βίωμα του ασθενούς.

Εμφανίζονται θετικές ενδείξεις ως προς την υπόθεση ότι γιατροί και νοσηλευτές που έχουν συγγενείς ή φίλους με ψυχική νόσο είναι πιο εξοικειωμένοι και άνετοι στην επικοινωνία με τον ψυχικά ασθενή και τον ψυχίατρο. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που δηλώνουν ότι δεν νιώθουν άγχος - αβεβαιότητα ή φόβο κατά την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχική νόσο χαρακτηρίζονται από θετικότερη στάση, όπως και εκείνοι που δηλώνουν ότι θα ήθελαν κατευθυντήριες οδηγίες, για να βελτιώσουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις τους.

Σκοπός στη παρούσα μελέτη ήταν να συγκρίνει τις αυτοαναφερούμενες στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο στους επαγγελματίες υγείας, να ελέγξει αν υπάρχουν διαφορές στη στάση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στη βάση της υπόθεσης της διαφορετικής τους εκπαίδευσης και αν η εξοικείωση με την ψυχική νόσο με προηγηθείσες εμπειρίες επηρεάζει τις στάσεις αυτές. Φάνηκε ότι οι στάσεις δεν καθορίζονταν από το αν ο ερωτούμενος ήταν γιατρός ή νοσηλευτής. Η πρώτη υπόθεση εργασίας ότι οι στάσεις και οι συμπεριφορές των ιατρών θα είναι θετικότερες από των νοσηλευτών δεν επιβεβαιώνεται.

Ο κατάλληλος σχεδιασμός για την καταπολέμηση του στίγματος και τη θετικοποίηση των στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο πρέπει να βασίζεται στην ευαισθητοποίηση του κοινού, με στόχο την ανοχή και το σεβασμό στη διαφορετικότητα, στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τα συμπτώματα της ψυχικής υγείας.

4. Περιορισμοί μελέτης

Για την πληρέστερη κατανόηση των αποτελεσμάτων, που παρατέθηκαν παραπάνω, απαραίτητη κρίνεται η συνεκτίμηση ορισμένων περιορισμών, τους οποίους θέτει η μελέτη. Έτσι: Ένας βασικός περιορισμός τίθεται από τον ίδιο τον τύπο της μελέτης. Πρόκειται για μια μελέτη συγχρονικού τύπου. Κατά συνέπεια, οι όποιες συσχετίσεις αναδεικνύονται επιδέχονται πολλές, διαφορετικές μεταξύ τους, ερμηνείες, οι οποίες δεν είναι κατά ανάγκη αιτιολογικές. Οι αιτιολογικές ερμηνείες μπορούν να στοιχειοθετηθούν επαρκώς μόνο στις περιπτώσεις, που αναδεικνύονται μέσω άρτια σχεδιασμένων μελετών διαχρονικού τύπου, καθώς η διαμόρφωση πεποιθήσεων αποτελεί πολύπλοκο πολυπαραγοντικό ζήτημα.

Η αξιολόγηση των στάσεων έγινε με αυτοαναφορά μόνο των ιδίων των συμμετεχόντων και όχι με κάποιου τύπου αξιολόγηση αυτής της συμπεριφοράς. Όπως προαναφέρθηκε, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοαναφορά μπορεί να αποτελεί ένα σχετικά αξιόπιστο τρόπο συλλογής δεδομένων, σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο, λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς από τη λήψη κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Όπως σημειώνουν και προηγούμενοι μελετητές των στάσεων και των αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομεία της Μ. Βρετανίας (Morgan & Killoughery, 2003) το πρόβλημα της «κανονιστικής κοινωνικής επιρροής» (“social desirability bias”) παραμένει. Συνεπώς η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε μάλλον να βοηθηθεί από την εφαρμογή ποιοτικής μεθοδολογίας. Επιπρόσθετα, με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς υπάρχει η πιθανότητα λανθασμένης ταξινόμησης (misclassification), καθώς και ο κίνδυνος μεγαλύτερου ποσοστού ελλειπουσών τιμών. Εντούτοις, η λανθασμένη ταξινόμηση είναι πιθανότερο να συμβαίνει τυχαία (random misclassification) και έτσι, εάν επηρεάζει τα αποτελέσματα, είναι πιο πιθανό να τα επηρεάζει προς τη μηδενική τιμή (null value), δηλαδή να αυξάνει την πιθανότητα σφαλμάτων τύπου II (ψευδώς αρνητικών).

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας. Κατά συνέπεια, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα νοσοκομείου της περιοχής, που πληρούσαν τα κριτήρια για την εισαγωγή στη μελέτη, και σε δείγμα των γιατρών και των νοσηλευτών του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο του

δείγματος που επιλέχτηκε έχει μακρόχρονη εμπειρία από την παρουσία τμήματος εσωτερικών εντός του γενικού νοσοκομείου, σε σύγκριση με άλλα νοσοκομεία του νόμου στοιχείο που προσθέτει στην εγκυρότητα της μελέτης, αλλά παραμένει το γεγονός ότι τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά και όχι αντιπροσωπευτικά για τα νοσοκομεία ή την περιοχή. Οι στάσεις σε άλλα γενικά νοσοκομεία της περιοχής, που δεν διαθέτουν ψυχιατρική κλινική, ή στα κέντρα υγείας, τα οποία δεν διαθέτουν στελέχωση από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αναμένεται να υπολείπονται σημαντικά. Επίσης, στο νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη βρίσκονται σε αστική περιοχή με αποτέλεσμα να τίθεται ένας επιπλέον περιορισμός, όταν γίνεται προσπάθεια να γενικευθούν τα αποτελέσματα.

Ενδιαφέρον, λοιπόν, θα ήταν σε μελλοντικές μελέτες να επιχειρηθεί η επανάληψη της έρευνας έχοντας τους παρακάτω στόχους:

1. Επανάληψη σε εύλογο χρονικό διάστημα, με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας πιθανών πρωτοβουλιών που θα ληφθούν για την αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων.
2. Εφαρμογή των ερωτηματολογίων στα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας και σύγκριση τυχόν διαφορών.
3. Εφαρμογή των ερωτηματολογίων σε άλλα, ειδικά νοσοκομεία της περιοχής, ώστε να μελετηθούν διαφορές ως προς τις στάσεις και τις αντιλήψεις, με την επίδραση του διαφορετικού case mix των περιστατικών και της μακρόχρονης νοσηλείας στην εξοικείωση του προσωπικού με την ψυχική νόσο.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, το εγχείρημα είναι συγκρίσιμο με άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί και μελετούν την επίδραση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο. Καινοτομεί για το σχεδιασμό του στον ελλαδικό χώρο, στον οποίο δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια αντίστοιχη έρευνα που να μελετά την επίδραση παραγόντων στις στάσεις και τις συμπεριφορές του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας ως προς την ψυχική νόσο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Angermeyer MC, Matscinger H, Corrigan P**, (2009). *Familiarity with mental illness and social distance people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey*. Schizophr. Res:1(69): 175-18
- **Angermeyer, M.C., Buyantugs, L., Kenzine, D.V., Matschinger, H.**, (2004). *Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?* Acta Psychiatrica Scandinavica. 109: 420–425.
- **Angermeyer M.C. & Matschinger H.**, (1996). *The effect of personal experience with mental illness on the attitude toward individuals suffering from mental disorders*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31(6): 321—326.
- **Ay P, Save D, Fidanoglu O.**, (2006). *Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41:63–67
- **Björkman, T., Svensson, B., Lundberg, B.** (2007). *Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences*. Nordic Journal of Phychiatric. 61(5): 332-338.
- **Boisvert CM, Faust D**, (2008). *Effects of the label Schizophrenia on causal attributions of violence*. Schizophrenia Bullertin;25 (3): 479-491
- **Brockington I F , Hall P, Levings J, et al.**, (1993). *The community's tolerance of the mentally ill*, British, Journal of Psychiatry, 162, 93-99
- **Browne S, Birtwistle J, Roe L, et al**, (1999). *The unhealthy life of people with schizophrenia*, Psychological Medicine, 29, 697–701.
- **Bulbena A, Pailhez G, Coll J, Balon R.**, (2005). *Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish*.
- **Byrne P**, (2010). *Psychiatric Stigma*. The British Journal of Psychiatry. 178(3): 281-284.

- **Byrne, P.**, (2001). *Psychiatric stigma*, The British Journal of Psychiatry 178:281-284
- **Caldwell T M & Jorm A F.**, (2001). *Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals*, Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 10, 42-54.
- **Chin S H, Balon R.**, (2006). *Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties*, Acad Psychiatry, 30:262–263.
- **Corrigan P W, River L P, Lundin R K, Penn D L, Uphoff-Wasowski K, Champion J, Mathison J, Gagnon C, Bergman M, Goldstein H, Kubiak M.**, (2001). *Three strategies for changing attributions about severe mental illness*, Schizophrenia Bulletin, 27:187–195
- **Corrigan, P. W., Watson, A.** (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, World Psychiatry 1:1
- **Corrigan, P.W. & Penn, D.**, (1999). *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*, American Psychologist, 54 :765-776
- **Couture S M & Penn D L.**, (2003). *Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature*, Journal of Mental Health, 12, 291–305
- **Crisp A H.**, (2000). *Changing minds: every family in the land. An update on the College's campaign*. Psychiatric Bulletin, 24, 267-268
- **Desforges D M, Lord C G, Ramsey S L, Mason J A, Van Leeuwen M D, West SC & Lepper M R.**, (1991). *Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes towards stigmatized groups*, Journal of Personality and Social Psychology, 60, 531–544
- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.** Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
- **Dovidio, J.F., Major, B., Crocker, J.**, (2000). *Stigma: Introduction and overview*, In T.F. Heatherton, R.E. Cleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (Eds.). The social psychology of stigma, New York: Guilford Press
- **Finzen A.**, (1996). *Der Verwaltungsrat ist schizophren. Die Krankheit und das Stigma*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- **Fleming J & Szmukler G I.,** (2002). *Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 26, 436 -44
- **Gaebel W, Baumann A, Witte A M & Zaeske H.,** (2002). *Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252, 278–287
- **Gaertner S L, Rust M C, Dovidio J F, Bachman B A & Anastasio P A.,** (1996) *The contact hypothesis: The role of a common ingroup identity on reducing intergroup bias among majority and minority group members*, in J.L. Nye & A.M. Bower (eds) *What's social about social cognition?* (pp. 230–260).
- **Goffman, E.** (2001). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- **Hayward P, Bright J.,** (1997). *Stigma and mental illness: a review and critique*, Journal of Mental Health, 6: 345–354
- **Huxley P.,** (1993). *Location and stigma: A survey of community attitudes to mental illness F Part I. Enlightenment and stigma*, Journal of Mental Health, 2, 73–80
- **Jorm A F.,** (2000). *Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders*, British Journal of Psychiatry, 177:396-401
- **Jorm A F, Korten A E, Jacomb P A, Christensen H & Henderson S.,** (1999). *Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 77-83.
- **Kolodziej M E & Johnson B T.,** (1996). *Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: A research synthesis*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35,359–367.
- **Larson E B, Yao X.,** (2005). *Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*, Journal of the American Medical Association, 293, 1100–1106.
- **Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Economou, M., et al.,** (2012). *Global pattern of experienced and*

anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a crosssectional survey. The Lancet. 381(9860):55-62.

- **Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J.,** (2001). *Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness.* Psychiatric Services. 52:1621–1626.
- **Lee E, Kaltreider N, Crouch J.,** (1995). *Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty,* Am J Psychiatry, 152:1066–1069.
- **Lemert E M.,** (1951). *Social pathology,* New York: MacGraw Hil.
- **Madianos M, Economou M, Hatzianeou M, Papageorgiou A & Rogakou E.,** (1998). *Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1978/1980–1994),* Acta Psychiatrica Scandinavica, 99, 73–78..
- **Madianos M.,** (2002). *Deinstitutionalization and the closure of public mental hospitals,* International Journal of Mental Health, 31, 66-75.
- **Morgan J F, Killoughery M.,** (2003). *Hospital doctors' management of psychological problems – Mayou & Smith revisited,* British Journal of Psychiatry, 182, 153-157.
- **Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K & Surgenor T.,** (2002). *The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital.* Psychiatric Bulletin 26, 178-181.
- **Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C.,** (2002). *Factors influencing stigma: a comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in North London,* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37: 430–435
- **Phelan J C & Link B G.,** (1998). *The growing belief that people with mental illnesses are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment,* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33 (Suppl. 1), 7–12.
- **Phelan J C, Link B G, Stueve A & Pescolido B.,** (1997). *Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: Has stigma declined?,* Paper presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association, Toronto.
- **Phipps L.** (1997). *Psychiatric evaluation and outcomes in candidates for heart transplantation,* Clinical and Investigative Medicine, 20, 388–395.
- **Pidd S.,** (2003). *Recruiting and retaining psychiatrists,* Advances in Psychiatric Treatment, 9: 405-411.

- **Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., Landry, S.,** (2007). *The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness*,. Journal of Mental Health. 16(3):415-429.
- **Reddy J P, Tan S M K, Azmi M T, Shaharom M H, Rosdinom R, Maniam T, Ruzanna Z, Minas I H.,** (2005). *The effect of a clinical posting in Psychiatry on the attitudes of medical students towards Psychiatry and Mental Illness in a Malaysian School*, Ann Acad Med Singapore, 34: 505-10
- **Reinke,** (2004). *Internalized stigma of mental illness: sychrometric properties of a new measure*, Psychiatry Research, 121:31–49.
- **Sartorius N.,** (2002). *Iatrogenic stigma of mental illness*, British Medical Journal, 324, 1470-147.
- **Sartorius, N., Schulze, H.,** (2005). *Reducing the stigma of mental illness*, New York: Cambridge University Press.
- **Sayre J.,** (2000). *The patient's diagnosis: Explanatory models of mental illness*, Qualitative Health Research, 10(1), p. 71-83.
- **Thompson A H, Stuart H, Bland R C, Arboleda-Florez J, Warner R & Dickson R A.,** (2002). *Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia*, Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 37, 475-482.
- **Thornicroft G, Rose D, Kassam A et al.,** (2007). *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?*, British Journal of Psychiatry, 190, p. 192–193.
- **Wolff G.,** (1997). *Attitudes of the media and the public*, in Leff J (Ed.) *Care in the community: Illusion or reality?* (pp. 145–163). London: Wiley.
- **Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J.** (2000). *Deinstitutionalization, social rejection, and the selfesteem of former mental patients*, Journal of Health and Social Behaviour. 41:68–90.
- **Zartaloudi, A., Madianos, M.** (2010). *Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional*, Health Science Journal. 4(2):77-83.
- **Zissi A.,** (2006). *Community Perceptions of Mental Disorders: A Greek Perspective*, Journal of Community & Applied Social Psychology, 16: 136–148.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Μαδιάνος Μ.,** (1997). *Η ψύχωση στη κοινότητα: Σχέδιο για ένα πρότυπο κοινοτικής ψυχοθεραπείας*. Τετράδια Ψυχιατρικής 55:10
- **Μαδιάνος Μ.,** (2000). *Εισαγωγή στη Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα, Εκδόσεις:Καστανιώτη.
- **Μαγριπλής Δ.,** (2000). *Το στίγμα και ο κοινωνικός στιγματισμός από την αρχαιότητα και το βυζάντιο έως σήμερα*. Κοινωνική εργασία 59, 197-213.
- **Μαγριπλής Δ.,** (2002). *Η στάση του υποκείμενου ως απαραίτητη προϋπόθεση απαλείφει του κοινωνικού στιγματισμού*. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 80, 67-71.
- **Σακελλαρόπουλος Π.,** (2003). *Εισαγωγή στις εφαρμογές μια σύγχρονης Ψυχιατρικής*. Αθήνα, Εκδόσεις: Παπαζήση.
- **Σκαπινάκης Π.,**(2012). *Το στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη*. <https://stressgr.wordpress.com/2012/10/28/166878015/retrievedin:20/11/2014>.
- **Τρωϊανός Σπ.,** (2001). *Εγκλημα και τιμωρία στο Βυζάντιο*. Αθήνα, Εκδόσεις: Γουλανδρή Χορν.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες σχεδιάστηκε για να εξακριβώσουμε τις στάσεις και τις αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο. Αφού διαβάσετε και κατανοήσετε την κάθε ερώτηση, βαθμολογήστε την, βάση των παρακάτω απαντήσεων, με τον τρόπο που σας αντιπροσωπεύει. Παρακαλούμε, απαντήστε όλες τις ερωτήσεις. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ:

- 1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ☐
_____ ☐
1.2. ΙΑΤΡΙΚΗ ☐
_____ ☐

2) ΦΥΛΟ:

- 2.1. ΑΝΔΡΑΣ
2.2. ΓΥΝΑΙΚΑ

3) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- 3.1. ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐
_____ ☐
3.2. ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐
_____ ☐
3.3. ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐
_____ ☐
3.4. ΧΗΡΟΣ/Η ☐
_____ ☐

4) ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ:

- 4.1. ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΔΕΚΑ
4.2. 10-20
4.3. 20-30
4.4. 30+

5) ΗΛΙΚΙΑ:

- 5.1. 18-27 ☐
5.2. 28-37 ☐
5.3. 38-47 ☐
5.4. 48-57 ☐
5.5. 58-67 ☐

6) ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΤΙΤΛΟΣ:

- 6.1. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ☐
6.2. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.Ι. ☐
6.3. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.Ε.Ι. ☐
6.4. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ☐
6.5. ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ☐

7) ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: _____

8) ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : _____

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις που βασίζονται σχετικά με το πώς θα ανταποκριθείτε όταν έρθετε σε επαφή με ψυχικά ασθενείς σε διάφορες καταστάσεις; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Θα δεχόμουν ευχαρίστως έναν πρώην ψυχικά ασθενή ως στενό μου φίλο	0	1	2	3	4
2. Πιστεύω ότι ένα πρόσωπο που ζούσε σ' ένα ψυχιατρείο είναι εξίσου ευφυές με τον μέσο άνθρωπο.	0	1	2	3	4
3. Πιστεύω ότι ένας πρώην ψυχικά ασθενής είναι εξίσου αξιόπιστος με τον μέσο πολίτη.	0	1	2	3	4
4. Θα μπορούσα να αποδεχθώ πρώην ψυχικά ασθενή ως δάσκαλο παιδιών σε ένα δημόσιο σχολείο.	0	1	2	3	4
5. Πιστεύω ότι η εισαγωγή σ' ένα ψυχιατρείο είναι ένα σημάδι προσωπικής αποτυχίας.	0	1	2	3	4
6. Δεν θα προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή να φροντίζει τα παιδιά μου, ακόμη και αν αυτός/αυτή ήταν καλά για κάποιο χρονικό διάστημα.	0	1	2	3	4
7. Σκέφτομαι λιγότερο από ένα πρόσωπο το οποίο ζούσε σε ψυχιατρική κλινική.	0	1	2	3	4
8. Αν ήμουν εργοδότης, θα ήθελα να προσλάβω έναν πρώην ψυχικά ασθενή εάν αυτός/αυτή διαθέτει τα προσόντα για τη δουλειά.	0	1	2	3	4
9. Θα εφαρμόσω τη θεραπεία σε έναν πρώην ψυχικά ασθενή όπως ακριβώς θα αντιμετώπιζα οποιονδήποτε.	0	1	2	3	4
10. Θα ήμουν απρόθυμος να βγω ραντεβού με έναν άνθρωπο ο οποίος έχει νοσηλευτεί για μια σοβαρή ψυχική διαταραχή.	0	1	2	3	4
11. Αν ήξερα ένα πρόσωπο που ήταν σε ψυχιατρείο, θα λάμβανα τις απόψεις του λιγότερο σοβαρά.	0	1	2	3	4

Μια ψυχική διαταραχή ή ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Παρακαλώ κρατήστε τον ορισμό αυτό στο μυαλό σας, να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις. Παρακαλώ διαβάστε κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις προσεκτικά και τοποθετήστε έναν έλεγχο από κάθε δήλωση που ισχύει για εσάς.

1. Έχω παρακολουθήσει μια ταινία ή τηλεοπτική εκπομπή στην οποία ένας χαρακτήρας απεικονίζει ένα άτομο με ψυχική ασθένεια.	NAI	OXI
2. Η δουλειά μου περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών / θεραπείας για άτομα με ψυχική ασθένεια.	NAI	OXI
3. Έχω παρατηρήσει, εν παρόδω, ένα άτομο που πιστεύω ότι μπορεί να είχε μια ψυχική ασθένεια.	NAI	OXI
4. Έχω παρατηρήσει άτομα με ψυχική ασθένεια σε συχνή βάση.	NAI	OXI
5. Έχω μια ψυχική ασθένεια	NAI	OXI
6. Έχω συνεργαστεί με ένα άτομο που είχε μια ψυχική ασθένεια στην εργασία μου	NAI	OXI
7. Δεν έχω παρατηρήσει ένα άτομο που είχε μια ψυχική ασθένεια	NAI	OXI
8. Ένας φίλος της οικογένειας έχει μια ψυχική ασθένεια.	NAI	OXI
9. Έχω ένα συγγενή που έχει μια ψυχική ασθένεια.	NAI	OXI
10. Έχω παρακολουθήσει ντοκιμαντέρ στην τηλεόραση για τη ψυχική ασθένεια.	NAI	OXI
11. Ζω με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια	NAI	OXI

Παρακαλώ απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις, αναφέροντας το βαθμό προθυμίας σας ή απροθυμία σας να συμμετάσχετε στα σενάρια που περιγράφονται, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

	ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ ΑΠΡΟΘΥΜΟΣ	ΠΙΘΑΝΩΣ ΑΠΡΟΘΥΜΟΣ	ΠΙΘΑΝΩΣ ΠΡΟΘΥΜΟΣ	ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ ΠΡΟΘΥΜΟΣ
1. Πώς θα αισθανόσασταν για την ενοικίαση δωματίου στο σπίτι σας σε κάποιον με ψυχική ασθένεια;	1	2	3	4
2. Πώς θα αισθανόσασταν αν εργαζόσασταν με κάποιον με ψυχική ασθένεια;	1	2	3	4
3. Πώς θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια σαν γείτονα;	1	2	3	4
4. Πώς θα αισθανόσασταν αν είχατε κάποιον με ψυχική ασθένεια για επιστάτη των παιδιών σας;	1	2	3	4
5. Πώς θα αισθανόσασταν αν τα παιδιά σας παντρευόταν κάποιον με ψυχική ασθένεια;	1	2	3	4
6. Πώς θα αισθανόσασταν αν γνωρίζατε κάποιον με ψυχική ασθένεια στους φίλους σας;	1	2	3	4
7. Πώς θα αισθανόσασταν αν συνιστούσατε για μια δουλειά κάποιον με ψυχική ασθένεια που θα εργάζεται με κάποιον που γνωρίζετε;	1	2	3	4

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 12/6-6-2017 (Θ.18) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ.
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

ΘΕΜΑ 18: «Έγκριση διεξαγωγής μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακού της κ.Πάκου Ηλιάνας»

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η προφορική εισήγηση του Προέδρου του Δ.Σ. και Διοικητή του ΠΓΝΙ κ. Φωτίου Βάββα, που έχει ως εξής:

Σας θέτω υπόψη το αριθμ. πρωτ. 7941/28-3-2017 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου που έχει ως εξής:

ΣΧΕΤ: Το από 13-3-2017 έγγραφο της κ.Πάκου Ηλιάνας με την επισυναπτόμενη αλληλογραφία

Σας θέτουμε υπόψη το παραπάνω σχετικό έγγραφο και σας κάνουμε γνωστό ότι το Δ.Σ. με την αριθμ.4/16-3-2017 (Θ.17) απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής Έρευνας, εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίων για τη διεξαγωγή μελέτης, στα πλαίσια εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Πάκου Ηλιάνας Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας ΠΜΣ του Τμήματος Νοσηλευτικής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο» και θα διεξαχθεί με τη διανομή ερωτηματολογίου σε Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου μας. Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί υπό την επίβλεψη του κ.Πετρίκη Πέτρου Επίκουρου Καθηγητή Ψυχιατρικής.

Η μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει αν οι επαγγελματίες υγείας είναι εξειδικευμένοι με τους ψυχικά πάσχοντες. Στόχος είναι η μελέτη της επίδρασης της ιατρικής και νοσηλευτικής εκπαίδευσης στις στάσεις και αντιλήψεις του σιγματος απέναντι στην ψυχική νόσο και τους ψυχικά πάσχοντες. Το απόρρητο θα τηρηθεί για όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Η διεξαγωγή της έρευνας αναμένεται ότι θα έχει διάρκεια 6 μηνών.

Εξετάστηκε και εγκρίνεται:

1. Το Πρωτόκολλο του Ερευνητικού Πρωτοκόλλου
2. Το Έγγραφο συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη
3. Τα Ερωτηματολόγια της μελέτης

Από τη διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο μας.

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής. Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. ΔΥΓ3(α) οικ. 18910/19-2-2013 (ΦΕΚ 390/τΒ/21-2-2013) Υπουργική απόφαση.

Στην συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος:
Πρόεδρος: Κυρίτσας Αθανάσιος Καθηγητής Νευρολογίας

Μέλη: Γιαννόπουλος Σωτήριος Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Κιτσανού Μαργαρίτα Διευθύντρια Παθολογίας ΕΣΥ, Μαρκούλα Σοφία Επιμελήτρια Α ΕΣΥ Νευρολογίας, και Υφαντή Ελένη ΤΕ Νοσηλευτικής.

**Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση
Αποφασίζει ομόφωνα**

Εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίων για τη διεξαγωγή μελέτης, στα πλαίσια εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Πάκου Ηλιάνας Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας ΠΜΣ του Τμήματος Νοσηλευτικής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που έχει τίτλο: «Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο», σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα στην ανωτέρω απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας και την αριθμ. ΔΥΤ3(α) οικ. 18910/19-2-2013 υπουργική απόφαση, (ΦΕΚ 390/21-2-2013).

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΦΩΤΙΟΣ ΒΑΒΒΑΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ
Η. ΓΚΕΣΟΥΛΗΣ
Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ
Ν.**

**ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ**

**Β. ΓΙΑΠΡΟΣ
Χ. ΓΙΩΤΙΤΣΑΣ
Κ. ΧΟΛΕΒΑΣ**

Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.

ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ