

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

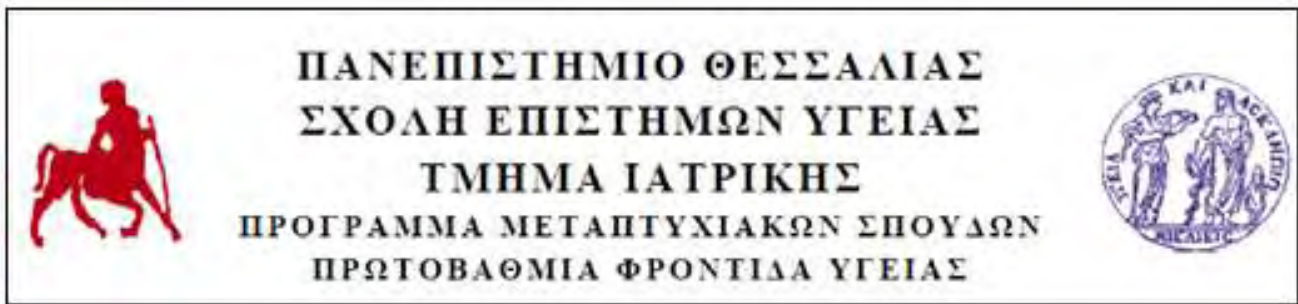
**Διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών  
υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα ασθενή**

**ΚΥΠΑΡΙΣΣΗ ΕΛΕΝΗ**  
Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μαλλιαρού Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπων Καθηγητής  
Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
Παραλίκας Θεοδόσιος, Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς  
Επιτροπής

**Λάρισα, 2019**



## **Attitudes of healthcare professionals towards the mentally ill patients**

**Larisa, 2019**

# Πίνακας Περιεχομένων

## Περιεχόμενα

Λίστα Πινάκων .....	v
Λίστα Γραφημάτων.....	vi
Ευχαριστίες .....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii
ABSTRACT.....	ix
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	2
1.1 Οι έννοιες της ψυχικής υγείας-ασθένειας.....	2
1.2 Αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών .....	4
1.3 Ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών.....	6
1.4 Η ψυχική ασθένεια ως διαχρονική πραγματικότητα .....	7
1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα των ψυχικών διαταραχών.....	9
1.6 Μύθοι και πραγματικότητα για την ψυχική ασθένεια .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	14
2.1 Ιστορικά στοιχεία σχετικά με το στίγμα .....	14
2.2 Κοινωνικό στίγμα (γενικά ) .....	14
2.3 Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή.....	15
2.4 Συνέπειες του στίγματος στην κοινωνικότητα και την ψυχική υγεία του ασθενούς .....	16
2.5 Το στίγμα της Ψυχιατρικής.....	17
2.6 Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός.....	19
2.7 Η απεικόνιση της ψυχικής νόσου στα ΜΜΕ και στον κινηματογράφο .....	19
2.8 Η αντιμετώπιση του στίγματος . Βέλτιστες πρακτικές.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	22

3.1 Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.....	22
3.2 Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την στάση των νοσηλευτών και των ιατρών απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.....	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	26
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	26
4.1.1. Επιμέρους στόχοι.....	26
4.1.2. Ερευνητικές υποθέσεις.....	26
4.2 Μεθοδολογία έρευνας.....	27
4.3 Δειγματοληψία.....	28
4.4 Δείγμα μελέτης.....	29
4.5 Διαδικασία μελέτης.....	29
4.6 Περιγραφή εργαλείου.....	29
4.7 Ανάλυση.....	33
4.8 Ηθικά θέματα.....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b> 33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	34
5.1. Οικειότητα και εξοικείωση με την ψυχική νόσο.....	34
5.2 Γνώμη για την ψυχική αρρώστια (ΓΨΑ) – Opinion about Mental Illness (OMI).....	36
5.3 Κλίμακα Αυταρχικότητας.....	39
5.4 Εξέταση συσχετίσεων.....	41
5.5. Εξέταση διαφορών των μέσων τιμών.....	42
Νοσηλευτική υπηρεσία.....	46
Προϋπηρεσία.....	46
5.6. Πολλαπλή παλινδρόμηση.....	50
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> .....	52
6.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	52

6.2 Συμπεράσματα .....	55
6.3 Περιορισμοί μελέτης.....	56
Βιβλιογραφία.....	57
Παράρτημα.....	62
Μέρος Α – Ερωτηματολόγιο .....	62
Μέρος Β – Άδειες .....	70
Άδεια διεξαγωγής έρευνας. ....	70
Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου ΟΜΙ.....	72
Μέρος Γ- Αποτελέσματα .....	73
Opinion About mental Illness .....	73
Εξέταση μέσω των τιμών .....	73
Φύλο.....	73
Ηλικία .....	74
Οικογενειακή κατάσταση .....	74
Ειδικότητα.....	75
Νοσηλευτική Υπηρεσία .....	75
Θέση εργασίας .....	75
Προϋπηρεσία.....	75

## Λίστα Πινάκων

<b>Πίνακας 4.1.</b> Αξιοπιστία εργαλείου και επιμέρους ερωτηματολογίων.....	32
<b>Πίνακας 5.01.</b> Συχνότητα και ποσοστό θετικών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου της οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο (N=115).	34
<b>Πίνακας 5.02.</b> Μέτρα θέσης και διασποράς του συνολικού δείκτη εξοικείωσης με την ψυχική νόσο. ....	35
<b>Πίνακας 5.03.</b> Παρουσίαση των τριών ερωτήσεων του ΟΜΙ με την υψηλότερη και την χαμηλότερη μέση βαθμολογία (αντεστραμμένη αρχική κλίμακα). ....	37
<b>Πίνακας 5.04.</b> Βασικά μέτρα θέσης και διασποράς των 5 παραγόντων του ερωτηματολογίου ΟΜΙ. ....	37
<b>Πίνακας 5.05.</b> Μέτρα θέσης και διασποράς της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας αυταρχικότητας. ....	39
<b>Πίνακας 5.06.</b> Βασικά μέτρα θέσης κι διασποράς των μέσων βαθμολογιών των 4 παραγόντων της κλίμακας αυταρχικότητας (AS). ....	40
<b>Πίνακας 5.07.5.7.</b> Πίνακας συσχετίσεων μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των τριών ερωτηματολογίων και των παραγόντων τους. ....	42
<b>Πίνακας 5.08.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Φύλο. ....	43
<b>Πίνακας 5.09.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Ηλικία. ....	44
<b>Πίνακας 5.10.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Επίπεδο εκπαίδευσης. ....	44
<b>Πίνακας 5.11.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Οικογενειακή κατάσταση. ....	45
<b>Πίνακας 5.12.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Ειδικότητα. ....	46
<b>Πίνακας 5.13.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Νοσηλευτική υπηρεσία. ....	47
<b>Πίνακας 5.14.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Προϋπηρεσία. ....	47
<b>Πίνακας 5.15.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Τμήμα Εργασίας. ....	48
<b>Πίνακας 5.16.</b> Μέσες βαθμολογίες για τον παράγοντα Τμήμα Εργασίας στις στατιστικά σημαντικές περιπτώσεις. ....	49
<b>Πίνακας 5.17.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Συχνότητα επαφής στην εργασία. ....	50
<b>Πίνακας 5.18.</b> Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Συχνότητα επαφής στην οικία. ....	51

## Λίστα Γραφημάτων

<b>Γράφημα 5.1.</b> Ραβδόγραμμα του πλήθους των θετικών απαντήσεων στις επιμέρους ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για την οικειότητα και την εξοικείωση με την ψυχική νόσο. ....	35
<b>Γράφημα 5.2.</b> Ιστόγραμμα συχνοτήτων και θηκόγραμμα του δείκτη εξοικείωσης με την ψυχική νόσο.....	36
<b>Γράφημα 5.3.</b> Φθίνουσα διάταξη μέσω των τιμών των παραγόντων του ερωτηματολογίου OMI. ....	38
<b>Γράφημα 5.4.</b> Θηκογράμματα των 5 παραγόντων της κλίμακας OMI. ....	38
<b>Γράφημα 5.5.</b> Ιστόγραμμα συχνοτήτων και θηκόγραμμα της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας αυταρχικότητας. ....	40
<b>Γράφημα 5.6.</b> Φθίνουσα διάταξη μέσω των τιμών των παραγόντων του ερωτηματολογίου AS.....	40
<b>Γράφημα 5.7.</b> Μέσες βαθμολογίες των στατιστικά σημαντικών διαφορών του παράγοντα Επίπεδο εκπαίδευσης.....	45
<b>Γράφημα 5.8.</b> Μέσες βαθμολογίες των στατιστικά σημαντικών διαφορών του παράγοντα Συχνότητα επαφής στην εργασία. ....	50

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Μαλλιαρού για τις πολύτιμες συμβουλές και κατευθύνσεις καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου, Κατερίνα και Δημήτρη το πιο πολύτιμο αγαθό της ζωής μου.

*Ex Nihilo o nihil fit*



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψυχική νόσος αποτελεί ακόμη και σήμερα μια ασθένεια που αντιμετωπίζεται με καχυποψία και μπορεί να επιφέρει τον στιγματισμό τόσο των ψυχικά πασχόντων όσο και του στενότερου οικογενειακού περιβάλλοντος τους. Μύθοι που ενοχοποιούν το οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με τον τρόπο διαπαιδαγώγησης του ψυχικά πάσχοντα, υποψίες για παραβατικότητα ή και χρήση ουσιών του ψυχικά ασθενή μπορεί να στιγματίσουν τον κοινωνικό του περίγυρο μέσα από έναν κοινωνικό αποκλεισμό. Η έλλειψη πληροφόρησης και ο φόβος αποτελούν τα βασικότερα στοιχεία απέναντι σε αυτού του είδους την κακή αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Η αρνητική αντιμετώπιση είναι πιθανόν να συναντηθεί και σε επαγγελματίες υγείας, καθώς ήταν αρκετές περιπτώσεις όπου επαγγελματίες υγείας έδειξαν να υιοθετούν κάποιες από τις κοινές αρνητικές απόψεις για τον ψυχικά ασθενή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια των κλιμάκων OMI και AS έδειξαν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές του γενικού νοσοκομείου Κατερίνης έχουν θετικές απόψεις για τον ψυχικά πάσχοντα αλλά και ότι υιοθετούν και αυτοί, κάποιους από τους κοινούς μύθους. Η συχνότητα επαφής βρέθηκε ότι επηρεάζει τα αποτελέσματα συγκεκριμένων ερωτήσεων της κλίμακας εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια μεταξύ των εργαζομένων με συχνότητα επαφής έως 5 ημερών την εβδομάδα και *Η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια* ( $X^2=24.406$ , d.f.=7,  $p=0.001$ ) και περισσότερων των 5 ημερών και *Παρέχω υπηρεσίες σε ανθρώπους με ψυχική αρρώστια* ( $X^2=39.213$ , d.f.=7,  $p<0.001$ ). Η εκτέλεση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες της κλίμακας OMI έδειξε ότι ( $F=7,908$ , d.f.=1,109,  $p=0.006$ ) αύξηση μίας μονάδας της κλίμακας αυταρχικότητας σημαίνει σημαντική αύξηση κατά 17 μονάδες της κλίμακας OMI. Επίσης παρατηρήθηκε ότι η αύξηση του βαθμού αυταρχικότητας συνεπάγεται και πιο αρνητικές απόψεις σχετικά με τον ψυχικά ασθενή ( $\rho=0,260$ ).

*Λέξεις κλειδιά:* Αντιλήψεις, ψυχικά ασθενείς, Νοσηλευτικό προσωπικό, κλίμακα OMI, κλίμακα AS.

## ABSTRACT

Mental illness is still a disease that is being treated with suspicion and can cause the stigma of both the mentally ill and their closest family environment. Myths that incriminate the family environment with regard to how to educate the mentally ill, suspicions of delinquency or the use of substances of the mentally ill can stigmatize its social environment through a social exclusion.

Lack of information and fear are the most important in dealing with this kind of ill-treatment of mental patients. The negative treatment one might encounter also in health professionals, as there were several instances where health professionals showed to adopt some of the common negative views about the mentally ill.

The results of the research carried out with the help of the OMI and AS scales have shown that the doctors and nurses of the General Hospital of Katerini have positive opinions about the mental sufferer and that they also adopt some of the common myths. The frequency of contact has been found to affect the effects of specific questions on the mental illness familiarization scale among workers with a contact frequency of up to 5 days a week. My work includes services to people with mental illness ( $X^2 = 24.406$ ,  $df = 7$ ,  $p = 0.001$ ) and more than 5 days and I provide services to people with mental illness ( $X^2 = 39.213$ ,  $df = 7$ ,  $p < 0.001$ ). Multiple regression with dependent variable, the scores of the OMI scale showed that ( $F = 7,908$ ,  $d.f. = 1,109$ ,  $p = 0,006$ ) that an increase in a unit of the authoritarian scale signifies a significant increase by 17 units of the OMI scale. It has also been observed that increasing the degree of authoritarianism implies even more negative views about the mentally ill ( $p = 0.260$ ).

**Key words:** *Perceptions, mentally ill, Nursing staff, OMI scale, AS scale.*

## Εισαγωγή

Οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν μία ομάδα του πληθυσμού που κατεξοχήν υφίσταται στιγματισμό κι αυτό είναι φαινόμενο που διατηρήθηκε μέσα από τους αιώνες (Byrne, 2010). Στα πλαίσια των θρησκευτικών προκαταλήψεων αλλά και της άγνοιας τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν ότι κατέχονται από κακά πνεύματα, δαίμονες ή ακόμη ότι και οι ίδιοι αντιπροσώπευαν το κακό που ήρθε στη Γη για να πραγματοποιήσει παλαιότερες προφητείες. Κατά τους μεσαιωνικούς χρόνους, δεν υπήρχε σαφής διαχωρισμός μεταξύ ενός ψυχικά ασθενούς και ενός ηθικού παραβάτη ή παραβάτη του νόμου. Οι πιο μοντέρνες αντιλήψεις του 19ου αλλά και του 20ου αιώνα αντιμετώπιζαν τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές με μακροχρόνιους μαζικούς εγκλεισμούς σε άσυλα για τον περιορισμό τους από το κοινωνικό σύνολο χωρίς τη στοιχειώδη αντιμετώπιση και λόγω της έλλειψης κατάλληλων φαρμάκων αλλά και της θεώρησης τους ως ελαττωματικά προϊόντα [1](Αρβανίτη, 2008). Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι εκείνη η περίοδος είχε άμεση σχέση με τη βιομηχανική επανάσταση και την αντιμετώπιση του ανθρώπου ως μέρος ενός συστήματος παρά ως μονάδα.

Μόνο σχετικά πρόσφατα, (δεύτερο μισό του 20ου αιώνα) και με την ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, δημιουργήθηκαν υπηρεσίες και μηχανισμοί που ευαισθητοποίησαν την κοινή γνώμη όσον αφορά στις ανάγκες και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Παρ' όλες τις εξελίξεις όμως στον τομέα της Ψυχιατρικής, οι μελέτες στο σύγχρονο κόσμο φανερώνουν ότι ο γενικός πληθυσμός διατηρεί επιφυλακτικότητα και αρνητικές στάσεις απέναντι σε αυτούς που αναγνωρίζει ως ψυχικά πάσχοντες πάντοτε σε συνάρτηση με τα κοινωνικά και ηθικά πρότυπα της εποχής αλλά και της κουλτούρας, της τοπικής ή ευρύτερης ανθρώπινης κοινότητας. [2] (Boisvert & Faust D, 2008). Το στίγμα της ψυχικής νόσου σίγουρα αποτελεί ένα αίτιο κοινωνικής διάκρισης. Αυτό το φαινόμενο επηρεάζει τους ψυχικά πάσχοντες αλλά και το συγγενικό τους περιβάλλον και προβληματίζει τους επαγγελματίες υγείας. Έχουν παρουσιαστεί αρκετές περιπτώσεις όπου οι ασθενείς και οι οικείοι τους αντιμετωπίζουν την απομόνωση και παρουσιάζουν συναισθήματα φόβου που βασίζονται στην έλλειψη γνώσης για την ψυχική ασθένεια αλλά και σε προκαταλήψεις. Οι μελέτες σε όλο τον κόσμο δείχνουν ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού υιοθετεί στιγματιστικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

## 1.1 Οι έννοιες της ψυχικής υγείας-ασθένειας

Η έννοια της υγείας έχει απασχολήσει το σύνολο της ακαδημαϊκής κοινότητας περικλείοντας τόσο θετικούς όσο και αρνητικούς ορισμούς. Αυτό οφείλεται, κατόπιν ερευνών, στο ότι αποτελεί επακόλουθο της διαφορετικής αντίληψης που έχει διαμορφώσει κάθε άτομο για την έννοια της υγείας.[3],[4]. Ωστόσο, ως επικρατέστερος ορισμός παραμένει αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ). κατά τον οποίο υγεία είναι η «Κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας».[3] Περαιτέρω, υπεισερχόμενοι στην ψυχική υγεία, ο ίδιος οργανισμός αναφέρει ότι, «...ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα»[5].

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας αποτελεί το κύριο αντικείμενο του κλάδου της Ψυχιατρικής και της Ψυχολογίας αλλά και συνοδό αντικείμενο μελέτης της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών χωρίς όμως κοινούς προσδιορισμούς σε κάθε περίπτωση, καθιστώντας αναγκαία την κατανόηση του γενικού ορισμού της.

Καθώς δεν ισχύουν οι ίδιοι ορισμοί για κάθε επιστήμη, χώρα, χρονική περίοδο, πολιτισμό αλλά ακόμη και σε ατομικό ή οικογενειακό επίπεδο, αυτός ο μεταβαλλόμενος τρόπο προσδιορισμού της έννοιας της ψυχικής ασθένειας θα πρέπει να γίνει πιο αυστηρός ή τουλάχιστον να ακολουθεί κάποια συγκεκριμένα διεθνή πρότυπα. Οι οδηγίες που θα περιέχονται σε μια τέτοιου είδους περιγραφή είναι σημαντικό να περιλαμβάνει όλο το φάσμα των πνευματικών δραστηριοτήτων, να αξιολογεί και να αιτιολογεί την απόκλιση ανά περίπτωση και να έχει την αποδοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Ένας άνθρωπος χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα, τη σκέψη και την προσωπικότητά του. Αυτές οι τρεις διαστάσεις, μπορεί να χαρακτηρίζονται από

μεγάλη ποικιλομορφία και να περιγράψουν έντονες ή και ενδιάμεσες καταστάσεις της ψυχοσύνθεσης του. Η ψυχική ασθένεια παρουσιάζει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής ή νοητικής διαταραχής ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία και κατ' επέκταση την υγεία και πιθανότητα και την ασφάλεια ενός ατόμου.

Αν και ο προσδιορισμός του τι είναι φυσιολογικό και τι το υπερβαίνει ώστε να θεωρείται ως ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα δύσκολο και ασαφές έργο, η Ψυχιατρική επιστήμη αναπτύσσει συνεχώς κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία για την ευκολότερη αξιολόγηση αυτών των περιπτώσεων. Κάποια από αυτά είναι οι εξειδικευμένες κλίμακες μέτρησης ψυχικών παθήσεων όπως π.χ. την κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη, την κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung και διαγνωστικά και ταξινομητικά συστήματα (DSM-IV, ICD-10) ενώ η βελτίωση αυτών των συστημάτων είναι διαρκής.

Ενδεικτικό της έλλειψης κοινών προσδιορισμών, είναι οι πολιτείες των Η.Π.Α. που έχουν δικούς τους προσδιορισμούς της ψυχικής ασθένειας Έτσι στην πολιτεία της Ν. Υόρκης η ψυχική ασθένεια αναφέρεται ως η διαταραχή στη συμπεριφορά, ή στη σκέψη, ή στην κρίση, ή στα συναισθήματα σε βαθμό που να χρήζει νοσηλευτικής φροντίδας ή θεραπείας. Αντίθετα, η πολιτεία του Connecticut, χαρακτηρίζει ένα άτομο ως ψυχικά ασθενές με βάση την μειωμένη λειτουργικότητα του από αίτιες διαφορετικές της εξάρτησης, από αλκοόλ και ουσίες διαχωρίζοντας έτσι τους ψυχικά ασθενείς από τους εθισμένους. Άξιο επισήμανσης και για τις επόμενες παραγράφους τις έρευνας είναι ότι πολλές πολιτείες δεν συμπεριλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση ή τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών στον ορισμό τους για την ψυχική ασθένεια.

Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί πως η έννοια της ψυχικής ασθένειας δεν είναι συνώνυμη με εκείνη της ψυχολογικής διαταραχής. Έτσι, η διάγνωση κατά το DSM-IV δεν σημαίνει απαραίτητα πως το άτομο πληρεί και τα κριτήρια για μια ψυχολογική διαταραχή. Υπάρχει μία ασάφεια αναφορικά με το τι συνιστά ψυχική κατάσταση ή για το ποιες είναι οι δυσμενείς επιδράσεις στην ικανότητα λειτουργίας του ατόμου. Κάτι τέτοιο επιτρέπει την ευελιξία στην διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ατομικό

επίπεδο ενώ παράλληλα διατηρεί και την πιθανότητα να επιδράσουν η υποκειμενική αντίληψη και η προκατάληψη στη διαμόρφωση αυτών των αποφάσεων.

Όπως θα φανεί και στην συνέχεια της εργασίας, για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής ασθένειας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κριτήρια που έχουν άμεσες αναφορές στο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του εξεταζόμενου όπως και σε πιο αυστηρά κριτήρια π.χ. στατιστικής. Ένα σύνθετο κριτήριο αποτελεί το λεγόμενο στατιστικό κριτήριο ή κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς, όπου η αποκλίνουσα συμπεριφορά από την μέση τιμή π.χ.  $\mu \pm 2\sigma$  συναφών μετρήσεων, θεωρείται ως ψυχική διαταραχή ενώ άλλο κριτήριο, εντελώς διαφορετικής αντίληψης, αποτελεί το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής δίνει έμφαση στις κοινωνικές επιπτώσεις της συμπεριφοράς του ατόμου.

Εκτός από τα προηγούμενα κριτήρια υπάρχουν και ορισμένα άλλα που αναφέρονται ως ατομικά χαρακτηριστικά (προσδιοριστικά) του τρόπου ζωής του ατόμου στον εκάστοτε κοινωνικό του χώρο και χρόνο :

- Η ενεργητική προσαρμογή ενός ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, που θα του επιτρέψει να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες, δηλαδή τις βιολογικές, ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές ανάγκες.
- Η επίγνωση της προσωπικής του ταυτότητας και του σκοπού της ζωής του, των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις και του κοινωνικού και φυλετικού του ρόλου.
- Η αντοχή στο στρες που του δημιουργεί το περιβάλλον του.[6]

## **1.2 Αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών**

Η ψυχική και η σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένες καθώς «*νοῦς ὑγίης ἐν σώματι ὑγιεῖ*». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας-ΠΟΥ, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές, καταστάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας. Έχει εκτιμηθεί ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες Ευρωπαίους αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια μορφή ψυχικής νόσου κάθε χρόνο. Στην πρώτη θέση βρίσκεται η μονοπολική κατάθλιψη και ακολουθούν οι διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ, η σχιζοφρένεια, η διπολική συναισθηματική

διαταραχή και η άνοια. Στον κατάλογο αναφέρονται, επίσης, η απώλεια ακοής στους ενήλικες και το AIDS, που συνοδεύονται από ψυχολογικά προβλήματα και τα τροχαία ατυχήματα που πιθανότατα αποτελούν απόπειρες αυτοκτονίας. [7]

Από τα αποτελέσματα των μελετών σε οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένους, έχει παρατηρηθεί η καθοριστική επίδραση των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια των μείζονων ψυχικών διαταραχών, αλλά και των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εκδήλωσή τους. Επιπλέον η εφαρμογή εξελιγμένων μοριακών τεχνικών αναμένεται να αποκαλύψει μια σύνδεση των διαταραχών με ειδικούς γενετικούς δείκτες.

Η συνεχής εξέλιξη είναι πιθανό να οδηγήσει στην ανακάλυψη της καταλληλότερης φαρμακοθεραπείας και της αποτελεσματικότερης δοσολογίας, στο πλαίσιο της προσανατολισμένης ιατρικής σε κάθε ασθενή [8]. Τέλος, η πληρέστερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αναμένεται ότι θα βοηθήσει στην ασφαλέστερη αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου και στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των μείζονων ψυχικών διαταραχών συντελώντας τόσο στην αύξηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ψυχιατρικής γενετικής και συμβουλευτικής για τον οικογενειακό προγραμματισμό των ιδίων των ασθενών και των οικείων τους όσο και στην εξάλειψη του στίγματος που, όπως διαπιστώνεται και από τα αποτελέσματα του δεύτερου κεφαλαίου, συνοδεύει ακόμη και σήμερα την εκδήλωση της ψυχικής νόσου. [8]

#### **Τι δεν ισχύει στις ψυχικές διαταραχές**

- Ότι οφείλονται στην αδυναμία του χαρακτήρα ενός ατόμου και ότι ο καθένας μπορεί να απαλλαγεί από τα συμπτώματα αν το θέλει.
- Ότι είναι το αποτέλεσμα λάθους (κακής) διαπαιδαγώγησης.
- Ότι προκαλούνται από κακά πνεύματα ή έλλειψη θρησκευτικής-πίστης ή από κατάρτες όντας τιμωρία του Θεού για ατομικά παραπτώματα.
- Ότι δεν υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- Ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί από το ίδιο το άτομο.
- Ότι η επίσκεψη σε επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι αδυναμία.

- Ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να συμμετέχουν σε αποφάσεις για τη θεραπεία τους .
- Ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν βίαιη ή και παραβατική συμπεριφορά.
- Ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να εργαστούν.
- Ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική κατάσταση στους ηλικιωμένους.
- Ότι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές δεν επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους.
- Ότι είναι μεταδοτικές.
- Ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιο επικίνδυνα και βίαια περισσότερο από τον μέσο γενικό πληθυσμό. [9]

### 1.3 Ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών

Σκοπός της ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών είναι [10]

1. Η διευκόλυνση της καταγραφής των Ψυχικών διαταραχών και της οργάνωσης τους σε ένα ενιαίο σύστημα.
2. Η διευκόλυνση της λήψης ορθολογικών αποφάσεων στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.
3. Η δημιουργία ερευνητικού πλαισίου για την αιτιολογία την φύση και την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών .
4. Η απλοποίηση και βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ επιστημόνων από πολλούς τομείς με διαφορετικές προσεγγίσεις από διαφορετικά μέρη του κόσμου.
5. Η παροχή πληροφοριών για την πρόγνωση, δηλαδή για την πρόβλεψη της πορείας μιας διαταραχής.

Η διεθνής ταξινόμηση των νόσων International Classification of Diseases (ICD-10) περιέχει την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με την δέκατη αναθεώρηση της και την επισκόπηση τα κυριότερα είδη διαταραχής της προσωπικότητας είναι [11],[12]

- **Η παρανοϊκή διαταραχή** που χαρακτηρίζεται από την έντονη καχυποψία και δυσπιστία.



- **Η σχιζοειδής διαταραχή** που έχει ως βασικό γνώρισμα την αποσύνδεση του ατόμου από τις κοινωνικές σχέσεις.
- **Η σχιζότυπη διαταραχή** που χαρακτηρίζεται από την κοινωνική και διαπροσωπική ανεπάρκεια.
- **Η ναρκισσιστική διαταραχή** που έχει σαν κυρίαρχο στοιχείο τις ιδέες μεγαλείου (στην φαντασία του ατόμου ή στην ίδια τη συμπεριφορά του), την ανάγκη για θαυμασμό και την έλλειψη συναισθηματικής κατανόησης.
- **Η έμμονη παθολογική διαταραχή** που χαρακτηρίζεται από την έντονη ενασχόληση του ατόμου με την τάξη.
- **Η αποφευκτική διαταραχή** που χαρακτηρίζεται από κοινωνική αναστολή, αισθήματα ανεπάρκειας και υπερευαίσθησία στην αρνητική κριτική.
- **Η υποκριτική διαταραχή** που έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την υπερβολική συναισθηματικότητα και την επιζήτηση προσοχής.
- **Η εξαρτημένη διαταραχή** που περιγράφεται κυρίως από την έντονη ανάγκη του ατόμου για φροντίδα.
- **Η αντικοινωνική διαταραχή** και έχει ως αποτέλεσμα την περιφρόνηση και την παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων.
- **Η οριακή διαταραχή** που έχει σαν κυρίαρχο χαρακτηριστικό την αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα που έχουν τα άτομα για τον εαυτό τους, στη συναισθηματική τους διάθεση και στον έλεγχο των παρορμήσεών τους.

#### **1.4 Η ψυχική ασθένεια ως διαχρονική πραγματικότητα**

Σίγουρα δεν είναι εύκολο να οριστεί κάποιο σημείο έναρξης αναφοράς των ψυχικών ασθενειών καθώς δεν είναι δυνατός ο χρονικός προσδιορισμός της εμφάνισης του πρώτου ψυχιατρικού ασθενή. Πιθανώς να παρουσιάστηκαν αποκλίνουσες συμπεριφορές από τους πρώτους σχηματισμούς μικρών κοινωνιών. Κατά την αρχαιότητα και τον μεσαίωνα παρατηρείται η πρώτη περιγραφή των **πνευματικών μεταβολών** στην Παλαιά Διαθήκη. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφονται οι πνευματικές διαταραχές του Σαούλ που μόνο η λύρα του Δαβίδ μπορούσε να καταπραΰνει.[13]

Στην αρχαία Αίγυπτο γύρω στο 1200 π.Χ., περιγράφεται η πνευματική κατάσταση του ηλικιωμένου ανθρώπου: «η καρδιά γίνεται βαριά και ο άνθρωπος δεν μπορεί να

θυμηθεί το χτες». Επίσης παρουσιάζονται παραδείγματα της μελαγχολίας του Οιδίποδα και της κρίσης του μητροκτόνου Ορέστη, ενώ φαίνεται ότι δεν ήταν άγνωστη στους αρχαίους και η προσποιητή ψυχική διαταραχή, καθώς στην Ιλλιάδα περιγράφεται το περιστατικό όπου ο πολυμήχανος Οδυσσέας υποκρίθηκε τον φρενοβλαβή για να αποφύγει τη συμμετοχή του στην εκστρατεία της Τροίας.

Επίσης ανακαλύφθηκαν αρχαιολογικά ευρήματα επεμβάσεων που είχαν υποστεί τρυπανισμό, πιθανότατα, σε μια προσπάθεια να απελευθερωθεί ο άρρωστος από το πνεύμα που τον κατείχε. Επίσης βρέθηκαν κρανία με περισσότερους από έναν τρυπανισμούς, γεγονός που μας κάνει να πιστεύουμε ότι αυτοί οι άρρωστοι επιβίωσαν του πρώτου τρυπανισμού, που όμως δεν στάθηκε ικανός να τους ανακουφίσει από τη νόσο.

Σύμφωνα με την Πολιτεία του Πλάτωνα αναγράφεται ότι *«κάποιος που είναι πνευματικά ασθενής, δεν θα πρέπει να εμφανίζεται δημόσια στην πόλη. Οι συγγενείς του οφείλουν να τον κρατούν μέσα στο σπίτι, να τον περιποιούνται και να τον προστατεύουν. Εάν εγκαταλείψουν τον ασθενή να τιμωρηθούν με χρηματικό πρόστιμο»* δείχνοντας ότι οι προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια προϋπήρχαν ακόμη και σε αναπτυγμένους πολιτισμούς όπως ο Αρχαίος Ελληνικός.

Οι θρησκευτικές, δαιμονικές και μαγικές ιδέες επικρατούσαν στην ψυχιατρική αντίληψη του μεσαίωνα καθώς πίστευαν, ότι οι πνευματικά ασθενείς κατέχονταν από κακά πνεύματα, που έπρεπε να καταστραφούν. Αυτή η διαφορετική αντίληψη είχε δυσάρεστες συνέπειες στην αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων καθώς η θεϊκή δύναμη, η πειθώ, η προσευχή και η ικεσία πρέπει να επικολληθούν, με σκοπό την καταστροφή του δαίμονα που κατέλαβε τον ασθενή, απαιτούνται «δραστικά» μέτρα που επιτρέπουν στον, χωρίς υπερβολές, «μάγο-γιατρό» ή εξορκιστή, κάθε είδους βαναυσότητα προς τον ασθενή χωρίς, φυσικά, να υπάρχει χώρος για την αντίληψη μιας επιεικούς μεταχείρισης του ασθενούς

Αυτή ήταν η κυρίαρχη άποψη της Παπικής Εκκλησίας στον 6ο με 7ο αιώνα μ.Χ. ενώ η άποψη αυτή παρουσιάζεται κωδικοποιημένη στις σελίδες της συγγραφής των Γερμανών μοναχών Sprenger και Kremer, που δημοσιεύτηκε το 1487 με τον τίτλο *Malleus Maleficarum* (η σφύρα των Μαγισσών). Αυτό το βιβλίο αποτέλεσε για την

Ιερή Εξέταση, τον «οδηγό για την αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές». Οι εξορκιστές, αποτελούσαν μια ιδιαίτερη τάξη από ιερείς και ιατρούς και είχαν ως αποστολή την απελευθέρωση των ασθενών από τον κακό δαίμονα. Οι ψυχικά ασθενείς εγκλείονταν σε φυλακές ή καίγονταν σαν μάγοι ή και τα δύο.

Στο Βυζάντιο, η αντίστοιχη περίοδος υπήρξε λιγότερο σκοτεινή καθώς η ελληνιστική παράδοση επέτρεψε μια πιο ιατρική αντιμετώπιση των αποκλινουσών συμπεριφορών πριν και αυτή καθοδηγηθεί στη δαιμονολογία. Σύμφωνα με το έργο του φιλόσοφου Μιχαήλ Ψελλού (1018-1078), οι δαίμονες παρενοχλούν τη λειτουργία της ψυχής και η δαιμονολογία καλύπτει τον Χριστιανικό κόσμο. Κατά τον Διαφωτισμό, αν και παρατηρήθηκαν προσπάθειες για πιο επιστημονική προσέγγιση της ψυχικής νόσου, η θεραπεία πρακτικά παρέμεινε στα ίδια επίπεδα. Η θεραπευτική αγωγή γίνονταν με απομορφίνη, κρύο νερό και θεραπεία με πείνα [13].

### **1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα των ψυχικών διαταραχών**

Δεν έχει παρατηρηθεί ότι οι ψυχικές διαταραχές καθώς και οι διαταραχές συμπεριφοράς προσβάλλουν κάποιες συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Άνθρωποι διαφόρων περιοχών, χωρών και κοινωνιών, είναι πιθανό να παρουσιάσουν σε κάποια φάση της ζωής τους μια ψυχική ασθένεια ανεξαρτήτως φύλο ή άλλων δημογραφικών παραγόντων [14] ακόμη και τύπου κατοικίας, καθώς το αστικό τοπίο θεωρείται πιο επιβαρυντικός παράγοντας άποψη που έχει αποδειχθεί λανθασμένη [15].

Σύγχρονες διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή που ανέρχεται περίπου στο 7% του συνολικού πληθυσμού. Παρόλα αυτά μόνο μια μικρή μειοψηφία (πολιτών του Δυτικού κόσμου) λαμβάνει έστω και την ελάχιστη απαραίτητη θεραπεία [16] [17] [18] [19]. Καθώς αυξάνεται η φτώχεια, ανεργία η οικονομική μετανάστευση αλλά και γενικά τα κοινωνικά προβλήματα γίνονται πιο έντονα στον μέσο πληθυσμό και καθώς παρατηρείται γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού αναμένεται αύξηση στο προηγούμενο ποσοστό [21].

Η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός και οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές κατατάσσονται στα 10 πρώτα βασικά αίτια αναπηρίας [20]. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ

σχετικά με τη διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 1 στους 4 ασθενείς εμφανίζει τουλάχιστον μια ψυχολογική διαταραχή, σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10. Οι διαταραχές με τον μεγαλύτερο επιπολασμό ήταν οι καταθλιπτικές (12,5%) και ακολουθούσαν οι αγχώδεις (12%) [22].

Στην Ελλάδα, αποτελέσματα μελέτης του 2004 έδειξαν ότι από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περίπου 750.000 άτομα. Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρουσιάζεται με αυξητική τάση, όπου οι αγχώδεις εμφανίζονται ως και στο ¼ του πληθυσμού [23]. Σημαντικό στοιχείο των αποτελεσμάτων της πλειοψηφίας των μελετών είναι ότι η αναγνώριση των συνήθων ψυχικών διαταραχών από τους ιατρούς της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν καλύτερη στις χώρες με καλά αναπτυγμένο σύστημα ΠΦΥ [24].

### **1.6 Μύθοι και πραγματικότητα για την ψυχική ασθένεια**

Δεν θα ήταν άτοπο να ειπωθεί ότι για την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς επικρατεί μια άγνοια στο κοινό σύνολο αλλά και μία σειρά από ευρέως διαδεδομένους μύθους-λανθασμένες αντιλήψεις. Οι προκαταλήψεις και το στίγμα που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια συνεπάγεται για τους ψυχικά ασθενείς κοινωνικές διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό και για τα μέλη των οικογενειών τους την κοινωνική κριτική, την κοινωνική απομόνωση και την απόκρυψη των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. [25]. Το πρόβλημα της διατήρησης των μύθων αποκτά ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα δεδομένου ότι σε διάστημα ενός έτους 1 στους 4 ανθρώπους θα εμφανίσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Κατά την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου η πιθανότητα

- Να πάθει κατάθλιψη ή να υποφέρει από αγχώδη διαταραχή είναι 10%,
- Μιας γυναίκας να εμφανίσει προβλήματα πρόσληψης της τροφής είναι 5%.

Επιπλέον χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια, αντιμετωπίζει το 1% των ανθρώπων, που σε απόλυτους αριθμούς για την Ελλάδα σημαίνει ότι αυτή την στιγμή 100.000 άνθρωποι αντιμετωπίζουν χρόνιες ψυχικές διαταραχές [26].

Οι συνήθεις μύθοι για την ψυχική ασθένεια είναι:

- **Οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να βρίσκονται υπό καθεστώς εγκλεισμού.** Αν και υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις, που είναι απαραίτητο να νοσηλευθούν (όταν οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων δηλαδή σε κρίση), σε ένα Ψυχιατρικό Τμήμα μετά το πέρας της νοσηλείας μπορούν να επιστρέψουν σε κανονικούς ρυθμούς ζωής. Ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών έχει επιβαρυντικά αποτελέσματα στη κατάστασή της υγείας τους αλλά και στην κοινωνική τους ζωή καθώς σχετίζεται με:
  - Στίγμα.
  - Απόσυρση από κοινωνικούς ρόλους.
  - Περιορισμό των κοινωνικών προσδοκιών.
  - Ρήξη των οικογενειακών δεσμών.
  - Ρήξη με το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης.
  - Εξάρτηση και -αποπροσωποποίηση των ψυχικά ασθενών.
- **Οι ψυχικά ασθενείς είναι απρόβλεπτοι και ακατανόητοι.** Αν και η συμπεριφορά και οι πράξεις των ψυχικά ασθενών είναι απρόβλεπτες και ακατανόητες σε ένα, πρώτο, επιφανειακό επίπεδο, αν μελετηθούν πιο προσεκτικά αποκτούν σημασία. Συνήθως, η συμπεριφορά και οι πράξεις των ψυχικά ασθενών είναι προβλέψιμες αν οι άμεσες και έμμεσες προειδοποιήσεις τους λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.
- **Δεν υπάρχει θεραπεία στην ψυχική νόσο.** Τα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας θεραπεύονται και οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζονται επαρκώς, καθώς υπάρχουν πλέον διαθέσιμες, κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπείες [26]. Ακόμα και οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές θεραπεύονται, πχ. στην περίπτωση της σχιζοφρένειας το 25% των ασθενών γίνονται εντελώς καλά, ενώ ένα άλλο 25% των ασθενών συνεχίζει να έχει μόνον ορισμένα συμπτώματα αλλά μπορεί να έχει ικανοποιητική ζωή με επαρκή κοινωνική λειτουργικότητα. Υπάρχουν διαθέσιμα ασφαλή και συνήθως αποτελεσματικά φάρμακα για κάθε είδος ψυχικής ασθένειας ενώ υπάρχουν ψυχολογικές θεραπείες που συμπληρώνουν ή ακόμα και αντικαθιστούν την φαρμακοθεραπεία.
- **Οι ψυχικά ασθενείς είναι συνήθως άτομα βίαια και επικίνδυνα** κάτι που δεν ισχύει καθώς μόνο το 3% των φαινομένων βίας αποδίδονται σε ψυχική

ασθένεια. Η πιθανότητα δολοφονίας από ψυχωσικό άτομο είναι ίδια με αυτήν που έχει ένας κεραυνός να σκοτώσει έναν άνθρωπο (περίπου 1 προς 10.000.000). Αντίθετα, οι ψυχικά ασθενείς γίνονται θύματα βίαιης σωματικής κακοποίησης από τον γενικό πληθυσμό, καθώς δε μπορούν να αντιδράσουν αλλά και χλευασμού (λεκτικής κακοποίησης) λόγω της ιδιαίτερης συμπεριφοράς τους.

- **Οι ψυχικά ασθενείς είναι νοητικά καθυστερημένοι.** Οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι νοητικά καθυστερημένοι. Η ψυχική ασθένεια αποτελεί μια εντελώς διαφορετική κατάσταση από την νοητική καθυστέρηση που οφείλεται συνήθως σε γενετικούς παράγοντες ή οργανικές αιτίες και συνοδεύεται από σοβαρές μαθησιακές αναπηρίες.
- **Ο ψυχικά ασθενής δεν μπορεί να εργαστεί.** οι ψυχικά ασθενείς στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παραγωγικοί ακόμα και όταν αντιμετωπίζουν συμπτώματα της ασθένειας, και μπορούν να είναι δημιουργικοί και αποτελεσματικοί.
- **Για την εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας ευθύνονται οι γονείς του ασθενή.** Η ψυχική ασθένεια δεν οφείλεται στους γονείς, από συμπεριφορικής άποψης, καθώς η κληρονομικότητα αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό παράγοντα εμφάνισης νόσου της ψυχικής υγείας. Τα προβλήματα στην οικογένεια ή στην ανατροφή δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν σοβαρές ψυχικές διαταραχές αλλά λόγω αυτών των αντιλήψεων οι συγγενείς ψυχικά ασθενών είναι πολύ πιθανό να στιγματίζονται.
- **Οι ψυχικά ασθενείς είναι τεμπέληδες.** Οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι τεμπέληδες. Η παθητικότητα και η έλλειψη ενεργητικότητας που εμφανίζουν είναι μέρος των αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας τα οποία είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν με την κατάλληλη θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Ο σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών είναι η διαδικασία της ενδυνάμωσης τους και αφορά στην συνειδητοποίηση ότι τους αξίζει να ικανοποιούνται οι ανάγκες τους. Ότι είναι ικανοί να αποφασίζουν για την ζωή τους και να την ορίζουν όπως και να έχουν επίγνωση του πότε και πώς να χρησιμοποιούν αυτό το δικαίωμα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup> ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

### 2.1 Ιστορικά στοιχεία σχετικά με το στίγμα

Ο όρος στίγμα κατά του αρχαίους Έλληνες συμβόλιζε τα σημάδια στο σώμα ενός ανθρώπου για την κατάδειξη όσον αφορά την κατάσταση, την κοινωνική θέση ή την ηθική υπόσταση του φορέα τους. Το στίγμα γινόταν είτε με κάψιμο του δέρματος είτε με την τομή του κάνοντας γνωστό στους περίγυρους ότι ο φορέας ήταν δούλος ή εγκληματίας ή προδότης και γενικά ένα μολυσμένο ηθικά ή κατώτερο άτομο. Σκοπός ήταν η αποφυγή του σε δημόσιους χώρους και η αποκλεισμός του από τον δημόσιο βίο. Σε αρκετές περιοχές του αρχαίου Ελληνικού κόσμου, ο κοινωνικός στιγματισμός μπορεί να συνεπαγόταν και την διαπόμπευση ενός ατόμου, με σκοπό την ακόμη μεγαλύτερη προσβολή του φέροντα και αλλά και τον παραδειγματισμό των υπολοίπων [27].

Στον μεσαίωνα το στίγμα έχασε τη αρνητική του σημασία καθώς ο στιγματισμός γινόταν με την αποκοπή ολόκληρου του μέλους του σώματος που διέπραξε το αδίκημα π.χ. το χεριού στην περίπτωση της κλοπής . Ο παραδειγματισμός πλέον γινόταν με πιο βάρβαρες μεθόδους όπως η σταύρωση ο απαγχονισμός και η περιφορά μελών χωρίς να είναι υποχρεωτικό ότι αφορούσαν ένα άτομο που έκανε κάτι κακό στο κοινωνικό σύνολο αλλά πιθανότατα ένα πολιτικό αντίπαλο ή τον ηττημένο μιας μάχης.

Το στίγμα έγινε αναγνωριστικό σημάδι θάρρους και ανδρείας ή μιας ομάδας-φατριάς ενώ στην εποχή μας αποτελεί και διακοσμητικό στοιχείο με την πλέον γνωστή του μορφή, το τατουάζ. Παρόλα αυτά η ερμηνεία της λέξης παραμένει αρνητική αναφέροντας ένα νοητό χαρακτηριστικό που επιφέρει ντροπή και κοινωνικό αποκλεισμό.

### 2.2 Κοινωνικό στίγμα (γενικά )

Το κοινωνικό στίγμα, όπως αναφέρεται στον Goffman, σημαίνει την απώλεια της κοινωνικής υπόστασης ενός ατόμου. αναφέρεται στη σχέση μεταξύ ενός ατόμου και ενός ανεπιθύμητου κοινωνικά χαρακτηριστικού και έχει ως αποτέλεσμα την



διαφοροποίηση του από την υπόλοιπη κοινωνία [27]. Κάτι τέτοιο οδηγεί στην απώλεια των ανθρώπινων χαρακτηριστικών ή την ταυτότητα του. Πλέον το κοινωνικό σύνολο ταυτίζει αυτό το άτομο με το (αποδιδόμενα αρνητικό) χαρακτηριστικό του γνώρισμα και όχι με την προσωπικότητα – ταυτότητα του. Πρόκειται για μια ανεπιθύμητη και δυσφημιστική ιδιότητα από την στιγμή που θα αποδοθεί σε ένα άτομο (δικαίως ή αδικώς) του στερεί το δικαίωμα της κοινωνικής αποδοχής και το αναγκάζει στην απόκρυψη οποιασδήποτε αναφοράς στην αιτία που προκάλεσε αυτή την αρνητική αντιμετώπιση.

### **2.3 Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή**

Σύμφωνα με τον Goffman «*Ο πιο τυχερός των φυσιολογικών είναι πιθανόν να έχει ένα μισοκρυμμένο ελάττωμα, και για κάθε μικρό ελάττωμα υπάρχει μια κοινωνική περίσταση που θα του δώσει απειλητικές διαστάσεις*»[27]. Σύμφωνα με τον Goffman η ταυτότητα του κάθε ατόμου και η αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο αποτελεί ένα συνδυασμό παραμέτρων που ορίζονται από ένα κανονιστικό πρότυπο και στηρίζεται στην επιθυμία του κοινωνικού συνόλου να αποδεχθεί ένα αποκλίνων άτομο στις καθημερινές δραστηριότητες του.

Αν και συμπεριφορές που ομοιάζουν εγκληματικές δεν γίνονται αποδεκτές από έναν κοινωνικό σύνολο εν γένει, παρατηρήθηκαν εξαιρέσεις μαζικής αποδοχής αποκλινουσών συμπεριφορών από μοντέρνες κοινωνίες όπως η Γερμανία του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Το στίγμα αποτελεί κοινωνική κατασκευή αλλά η ψυχική ασθένεια όχι. Από την αρχαία Ρώμη έως και σήμερα έχουν παρουσιαστεί αναρίθμητες περιπτώσεις ανοχής και αποδοχής επικίνδυνα ψυχικά ασθενών ατόμων ως πολιτικούς ή πνευματικούς ηγέτες.

Παρόλα αυτά σε μικρότερα κοινωνικά σύνολα όπως π.χ. ένα χωριό, του σχετικά πρόσφατου παρελθόντος, ένα άτομο με διαφορετικό χαρακτήρα π.χ. πιο εύθυμο ή πιο ανοικτού, από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο θα αντιμετωπιζόνταν ως ο τρελός του χωριού. Η στιγματοποίηση δεν αποτελεί «προνόμιο» μόνο των ψυχικά ασθενών. Κάθε πολίτης θα μπορούσε να στιγματιστεί ανάλογα με την εποχή και τον τόπο στον οποίο ζει ή ζούσε.

Από στατιστικής άποψης οποιαδήποτε απόκλιση ενός ατόμου από την κανονική καμπύλη  $\mu \pm 2\sigma$  που περιγράφει το 95% ενός πληθυσμού σε σχέση με τις περισσότερες ατομικές ιδιότητες του, είναι πολύ πιθανό να στιγματιστεί με κάποιο χαρακτηριστικό επίθετο που σχεδόν πάντα περιγράφεται από την λέξη τρελός. Με βάση αυτόν τον κανόνα δεν προκαλεί εντύπωση εάν ένας χορτοφάγος χαρακτηριζόταν ως τρελός ή επικίνδυνος σε μια φυλή κανιβάλων. Εκτός όμως από αυτό το ακραίο παράδειγμα μεγάλες ιδιοφυίες της επιστήμης όπως ο Γαλιλαίος ή της τέχνης όπως ο Βαν Γκονγκ στιγματίστηκαν από την κοινωνία.

Πέρα όμως από τον ατομικό στιγματισμό υπάρχει και η περίπτωση του στιγματισμού ιδεών με βάση τις πεποιθήσεις της εκάστοτε κοινωνίας. Μια γυναίκα μέχρι τον 17<sup>ο</sup> που θα ήθελε να σπουδάσει στο πανεπιστήμιο σίγουρα θα στιγματιζόταν ως ψυχικά αποκλίνουσα ή δαιμονισμένη. Η μοντέρνα κοινωνία, μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο έχει παρουσιάσει μεγάλη ωριμότητα ως προς την αποδοχή νέων ιδεών σε όλες τις δραστηριότητες της και ο στιγματισμός πλέον αφορά μικρότερες πληθυσμιακά κοινότητες που διατηρούν παρελθοντικά στερεότυπα χωρίς να επιτρέπουν ιδιαίτερες αλλαγές. Χωρίς την είσοδο σε περαιτέρω κοινωνική ανάλυση των αιτιών που οδηγούν σε αυτού του είδους την αρνητική αντιμετώπιση, είναι ξεκάθαρο ότι ο το στίγμα αποτελεί κοινωνική κατασκευή με τις συνέπειες του να συζητούνται στην επόμενη παράγραφο.

#### **2.4 Συνέπειες του στίγματος στην κοινωνικότητα και την ψυχική υγεία του ασθενούς**

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ στην *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*, το στίγμα συνοδεύει ένα άτομο και υπονομεύει ριζικά την κοινωνική του θέση. Το σημάδι που αφήνει είναι ντροπής και απαξίωσης από το κοινωνικό σύνολο. Πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές (σοβαρές και μη) φαίνονται διαφορετικά στην αντίληψη των συμπολιτών τους εξαιτίας των συμπτωμάτων τους ή των παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής [26].

Οι συνέπειες του στίγματος στον ψυχικά ασθενή είναι άμεσες στην ποιότητα της ζωής του με τον εμφανή ή μη εξοστρακισμό του από το κοινωνικό σύνολο. Η αυτοαντίληψη προέρχεται ή συνδέεται άμεσα από το κοινωνικό σύνολο το οποίο

επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και την αυτό εικόνα, δυο βασικές συνιστώσες της αυτό-εκτίμησης [28]. Η αρνητική επιρροή του κοινωνικού συνόλου σε αυτές τις συνιστώσες οδηγεί τον ασθενή να αισθάνεται αμέτοχος σε ότι συμβαίνει γύρω του μετατρέποντας τον σε έναν παθητικό αποδέκτη των, συνήθως αρνητικών μηνυμάτων που λαμβάνει καθημερινά.

Με αυτό τον τρόπο ο ψυχικά ασθενής πείθεται και συνειδητά ότι είναι ανίκανος, αντιπαραγωγικός, αναξιόπιστος και γενικά ένα βάρος για την κοινωνία. Κάτι τέτοιο σίγουρα δρα επιβαρυντικά και στην διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του εαυτού του αλλά και στην επιθυμία για συνέχιση της αυτοδιαχείρισης του εαυτού του παραχωρώντας το δικαίωμα αυτό σε οικεία πρόσωπα ή στον γιατρό τους.

Αυτή όμως η μεταβίβαση ουσιαστικά δρα αρνητικά και στο οικογενειακό περιβάλλον που πλέον αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή ως βάρος αλλά και στον ίδιο τον ασθενή που ουσιαστικά παραιτείται από το δικαίωμα του στην ζωή. Παρόμοια η μεταβίβαση ευθυνών στον γιατρό, του αποκλείει την διεκδίκηση καλύτερων όρων περίθαλψης που να είναι αντιπροσωπευτικοί και της κατάστασης του αλλά και της προσωπικότητας του αλλά και την πιθανότητα βελτίωση της κατάστασης του μέσα από προσωπική προσπάθεια [29].

Οι συνέπειες του στίγματος είναι πολλές και σημαντικές αλλά με σιγουριά η έννοια κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζει όλες αυτές. Με τακτικές παρόμοιες με αυτές της αντιμετώπισης των ατόμων που διέπραξαν εγκληματικές ενέργειες, οι ψυχικά ασθενείς είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα οδηγηθούν σε κοινωνικό αποκλεισμό, οι συνέπειες του οποίου αναφέρονται στη συνέχεια της εργασίας.

## **2.5 Το στίγμα της Ψυχιατρικής**

Ο στιγματισμός της Ψυχιατρικής επιστήμης ξεκίνησε με την ταύτιση της θεραπείας και του εγκλεισμού στα πλαίσια της διαμόρφωσης μιας οργανωμένης κοινωνίας μετά τον 16<sup>ο</sup> αιώνα. Εκείνη την περίοδο εμφανίστηκε η συστηματική καταδίωξη και εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών [30] , ενώ παλαιότερες αναφορές παρουσίασαν μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η ψυχική ασθένεια οφείλονταν στην ανισορροπία μεταξύ των τεσσάρων χυμών του ανθρώπινου σώματος, το αίμα, το φλέγμα την κίτρινη χολή και την

μέλαινα χολή. Οι θεραπευτικές μέθοδοι είχαν στόχο την επαναφορά αυτής της ισορροπίας μέσω της ολιστικής αντιμετώπισης και περιλάμβανε τη Διαιτητική, τη Φαρμακευτική και τη Χειρουργική αντιμετώπιση, αλλά σίγουρα όχι τον εγκλεισμό [31].

Η μετατροπή της ψυχιατρικής επιστήμης από θεραπευτική, παρόμοια της αντιμετώπισης σωματικής παθήσεων, σε συνένοχο ή βοηθό του εγκλεισμού των μη παραγωγικών ατόμων στο πρώτο, μεγάλο κύμα εγκλεισμού των «αδύναμων/ ανίκανων προς εργασία» [30] στιγμάτισε την επιστήμη καθώς πλέον απομακρύνθηκε και πρακτικά αλλά και ως κοινή αντίληψη από την θεραπεία στην καταστολή ή ακόμη χειρότερα ως μέσο καταστολής. Πλέον η αναφορά στην Ψυχιατρική γινόταν ως χαρακτηριστικό του εγκλεισμού ενός ατόμου και της εφαρμογής της βίας ως μέσο αντιμετώπισης αλλά και ταύτιση των απασχολούμενων με την ψυχική υγεία με αρνητικές έννοιες που σίγουρα δεν την χαρακτήριζαν ως επιστήμη και οι οποίες παραμένουν ακόμη και σήμερα στην αντίληψη του μέσου πολίτη. Μπορεί να ακούγεται αρκετά απόμακρο από την σημερινή εποχή αλλά η επιβλαβής χρήση της Ψυχιατρικής επιστήμης έως δικαιολογία για την αποτελεσματική απομάκρυνση προβληματικών πολιτών ήταν υπαρκτή μέχρι και το 1945 σύμφωνα με τον νόμο για την αποτροπή απογόνων με κληρονομικές ασθένειες (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*) [32]. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμη και στην τωρινή εποχή η ειδικότητα του ψυχολόγου είναι ταυτόσημη με την επίλυση προβλημάτων και του ψυχιάτρου με την καταστολή αυτών. Αυτός ο στιγματισμός της Ψυχιατρικής επιστήμης άρχισε να απομακρύνεται ή τουλάχιστον να γίνεται πιο επιεικής από την μέση αντίληψη, μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο με την βοήθεια της εξέλιξης της φαρμακευτικής επιστήμης, της παθολογικής προσέγγισης των ψυχικών διαταραχών αλλά και της εμφάνισης και ανάπτυξης της επιστήμης της ψυχολογίας.

Η λαϊκή αντίληψη του ότι «όταν δουλεύεις με τρελούς γίνεσαι και συ ο ίδιος» ή ότι «οι ψυχίατροι πρέπει να είναι τρελοί για να μπορούν ν' ασχολούνται με τρελούς» [33], την οποία ενστερνίζονται και αρκετοί επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων επιτρέπει τον χαρακτηρισμό των συναδέλφων τους, που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, ως αναποτελεσματικοί, ακατανόητοι και ανασφαλείς [34]. Σε έρευνα όπου ιατροί άλλων 18 ειδικοτήτων χαρακτήρισαν τους συναδέλφους τους ψυχιάτρους οι περισσότεροι χαρακτηρισμοί περιείχαν τις λέξεις συναισθηματικά ασταθείς και

νευρωτικούς [35]. Αντίθετα, θετικές φαίνεται να είναι οι γνώμες όταν ερωτώνται άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι.

## **2.6 Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός**

Ο κοινωνικός αποκλεισμός του ψυχικά ασθενούς είναι άμεσο αποτέλεσμα του στιγματισμού του ως αποκλίνοντα από το κοινωνικό σύνολο. Ακόμη και εάν δεν υπήρχε έμπρακτος κοινωνικός αποκλεισμός, ο ίδιος ασθενής θα απέκλειε τον εαυτό του από τις συνήθεις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις νοιώθοντας διαφορετικός από τους υπολοίπους και θεωρώντας τον εαυτό του ως παραφωνία στην κοινωνική δομή που συγκαταλέγεται και ο ίδιος.

Ως το αποτέλεσμα ενός είδους μοντέρνου ρατσισμού, ο ψυχικά ασθενής βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό χωρίς ουσιαστικά να έχει διαπράξει κάτι επιζήμιο ως προς τους άλλους ή τον εαυτό του. Τα αποτελέσματα αυτού του αποκλεισμού είναι πολυδιάστατα. Το bullying σε έναν ψυχικά ασθενή είναι πιο ανεκτό από το κοινωνικό σύνολο αλλά πιθανότητα και από τον ίδιο τον ασθενή που πλέον δικαιολογεί αυτή την συμπεριφορά.

Αυτή η συμπεριφορά και η εξίσωση των ψυχικά ασθενών με παραβάτες του κοινού ποινικού δικαίου δυσκολεύει και την άντληση πόρων για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας αλλά και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών ώστε να αποτελούν παραγωγικά και ισότιμα μέλη της κοινωνίας. Ιδίως στην εποχή της οικονομικής κρίσης, αυτή η εξίσωση δυσκολεύει σημαντικά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στερώντας τους τα απαραίτητα μέσα για την επίτευξη αυτού του στόχου [29].

## **2.7 Η απεικόνιση της ψυχικής νόσου στα ΜΜΕ και στον κινηματογράφο**

Η εικόνα που συντηρείται από τα ΜΜΕ και τον κινηματογράφο ελαίω τηλεθέασης και αύξησης της πώλησης των εισιτηρίων συνδυάζεται με υπερβολική βία, κανιβαλισμό και γενικά αποκλίνουσα επιθετική συμπεριφορά. Σίγουρα προτιμώνται αυτές οι εικόνες στα πλαίσια σεναρίων ενός κακού και ενός καλού (συνήθως και υπερήρωα) , κάτι που μας έχει συνηθίσει εδώ και δεκαετίες το Hollywood.

Φυσικά δεν προτιμώνται εικόνες στις οποίες ο ψυχικά ασθενείς προσπαθεί να κάνει κακό στον εαυτό του μέσα από καθημερινές προσπάθειες αυτοκτονίας, τον συνεχή φόβο που ζει από κάτι που δεν μπορεί να συλλάβει το μυαλό του αλλά και τον φόβο από ξένη ανθρώπινη παρουσία. Ταινία ορόσημο αποτελεί **Η σιωπή των αμνών** (IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0102926/>) στην οποία ο πρωταγωνιστής παρουσιάζεται με τον ρόλο ενός ψυχικά ασθενούς ψυχολόγου. Και ο πρωταγωνιστής αλλά και οι ασθενείς του εμφανίζονται ως ανθρωποφάγα τέρατα αμφίβολης σεξουαλικότητας με τάση προς την ομοφυλοφιλία, κάτι που την ίδια χρονιά ξεσήκωσε τις αντιδράσεις των ομοφυλοφιλικής κοινότητας του Λος Άντζελες με την ένσταση ότι άτομα αυτού του σεξουαλικού προσανατολισμού δεν σημαίνει ότι έχουν και τάση προς την βία.

Παρόλα αυτά δεν έγινε καμία διορθωτική παρέμβαση από την παραγωγή αν και στην ταινία γίνονται διακριτικές αναφορές στο ότι οι ψυχικά ασθενείς που παρουσιάζονται στην ταινία αποτελούν ένα ελάχιστο μέρος του συνόλου του ιδρύματος, που φυλάσσονται στον υπόγειο χώρο του ιδρύματος με μόλις 5 κελιά, αλλά είναι αμφίβολο εάν η πλειονότητα των θεατών κατάλαβε αυτή την διαφορά ή και εάν ενδιαφερόταν να την καταλάβει.

Μετά από αυτή την ταινία ένα μεγάλο πλήθος ταινιών ακολούθησε την σύνδεση ψυχικά ασθενών με την υπέρμετρη βία είτε ως θύτες (Seven-1995) είτε ως θύματα (Fight Club-1999). Η ταινία αυτή βασίζεται στην αντιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών του πρωταγωνιστή της ταινίας το Κουρδιστό Πορτοκάλι του Stanley Kubrick (Clockwork Orange-1971) και της αγωνίας της ταινία του Milos Forman στην φωλιά του Κούκου (One Flew Over the Cuckoo's Nest-1975) όπου και πάλι ο πρωταγωνιστής εμπνέει τον φόβο. Τέλος υπάρχουν και εξαιρέσεις όπου ο ψυχικά ασθενής εμπνέει την συμπάθεια του κοινού (Εγώ, αυτή και ο εαυτός μου - Me, Myself & Irene-2000). Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι ταινίες με ψυχικά ασθενείς πρωταγωνιστές αναφέρονται από το 1909 (D. W. Griffith: The Maniac Cook) όμως μετά την δεκαετία του 1990 υπήρξε στιγματοποίηση των ψυχικά ασθενών από το Hollywood (Steven & Hiller, 2003).

## **2.8 Η αντιμετώπιση του στίγματος . Βέλτιστες πρακτικές**

Σύμφωνα με τον Lehman η αντιμετώπιση του στίγματος στον ψυχικά ασθενή μπορεί να γίνει μόνο εάν οι επαγγελματίες [υγείας] κατεβάσουν τις μύτες τους και οι παθόντες βαδίζουν όρθιοι [37]. Η προσπάθεια αντιμετώπισης του στίγματος γίνεται και οργανωμένα από το κράτος αλλά και από ανεξάρτητες κινήσεις μη κρατικών οργανισμών. Κύριος στόχος αυτών των προσπαθειών είναι η ενημέρωση του κοινού με την βοήθεια των ΜΜΕ σε συνεργασία με ενώσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Χαρακτηριστική είναι η προσπάθεια του Ελληνικού Προγράμματος για την Καταπολέμηση του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών γνωστοί και ως «Κυνηγοί Στίγματος». Μέσα από αυτή την ανεξάρτητη δράση γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης και καταγγελίας της λεκτικής και ψυχολογικής κακοποίησης των ατόμων με ψυχική ασθένεια [29]. Οι προσπάθειες αυτές έχουν επίσης σκοπό την ενημέρωση των οικογενειών των ψυχικά ασθενών σχετικά με την αντιμετώπιση του στίγματος αλλά και του κοινού ενθαρρύνοντας την ανοχή και τον σεβασμό στην διαφορετικότητα.

Η υλοποίηση αυτών των προσπαθειών γίνεται και με την βοήθεια κατάλληλων νομοθετικών διατάξεων που προασπίζουν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών στην ζωή με χαρακτηριστικό το διάταγμα 46/119 των Ηνωμένων Εθνών στην προσπάθεια εξασφάλισης στην περίθαλψη, την ελευθερία και τα δικαιώματα των πασχόντων, στην προστασία των δεδομένων και του απορρήτου των πληροφοριών που τους αφορούν και στην ύπαρξη κατάλληλων ελεγκτικών μηχανισμών [36]. Πέρα όμως από αυτές τις προσπάθειες είναι απαραίτητη η συνολική αλλαγή της αντίληψης του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον ψυχικά ασθενή χωρίς πλέον να τον αντιμετωπίζει με φόβο που είναι ίσως ο πιο βασικός παράγοντας των αρνητικών επιπτώσεων στην καθημερινότητα του ψυχικά ασθενούς.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ**

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται αποτελέσματα πρόσφατων αλλά και παλαιότερων ερευνών και αφορούν αποτελέσματα μελετών σχετικά με την στάση ιατρών, νοσηλευτών και του γενικού πληθυσμού απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.

### **3.1 Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα**

Σε έρευνα 846 ενηλίκων ατόμων σε αστικές και αγροτικές περιοχές της Κένυας το 2017 με την βοήθεια της κλίμακας OMI παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των απόψεων των κατοίκων αστικών και αγροτικών περιοχών με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών να έχουν θετικότερη άποψη από τους κατοίκους αστικών περιοχών. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες ανεξαρτήτως περιοχής κατοικίας είχαν πιο θετικές απόψεις από τους άντρες, αλλά η διαφορά αυτή δεν ήταν σημαντική σε επίπεδο  $p=0.05$  [45].

Σε δείγμα 62 μαθητών στην αρκετά περιεκτική έρευνα των Martinez et al., το 2013 διαπιστώθηκε ότι η πληροφόρηση συμβάλλει στην θετική άποψη σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε 62 μαθητές ηλικίας 14-16 ετών στην Βαρκελώνη με την βοήθεια της κλίμακας OMI που συμπληρώθηκε δύο φορές, μια φορά πριν την ενημέρωση των μαθητών και μια φορά μετά την ενημέρωσή τους σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι οι παράγοντες της κλίμακας OMI μεταβλήθηκαν στατιστικά σημαντικά σε στάθμη σημαντικότητας  $p<0.05$  μετά την ενημέρωση των μαθητών. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι ο παράγοντας φύλο επηρεάζει τις απόψεις των μαθητών με τα κορίτσια να έχουν περισσότερο θετικές απόψεις από τα αγόρια απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα [46]. Η έρευνα αυτή είχε ως στόχο, και απέδειξε, την θετική συνεισφορά της παρέμβασης στην αλλαγή των αντιλήψεων και της στάσης του κοινού απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Με βασικό παράγοντα την άγνοια, το κοινό θα επηρεαστεί αρνητικά απέναντι στην διαχείριση του ψυχικά ασθενούς ενώ αντίθετα θα έχει πιο θετικές απόψεις εάν γνωρίζει έναν ψυχικά πάσχοντα, όχι υποχρεωτικά στον οικογενειακό ή



συγγενικό κύκλο. Σε κάθε περίπτωση όμως, είναι γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο φιλικά διακείμενες προς τον ψυχικά πάσχοντα ανεξαρτήτως των γνώσεων τους για την ψυχική ασθένεια [47],[48],[49].

Η αυταρχικότητα ενός ατόμου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για πολλές απόψεις συμπεριλαμβανομένου και την άποψη του για τον ψυχικά πάσχοντα. Παλαιότερες έρευνες [50] αλλά και πιο πρόσφατες [51] έδειξαν ότι η αυταρχικότητα επηρεάζει αρνητικά την άποψη του ατόμου για τον ψυχικά ασθενή. Όσο παράδοξο και εάν ακούγεται φόβος και αυταρχικότητα μπορεί να σημαίνουν το ίδιο ή και να αλληλοεπιδρούν στην άποψη ενός ατόμου για την ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχοντα η οποία μάλιστα περιγράφεται ως πολυδιάστατο μέγεθος [51]. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η προσπάθεια παρέμβασης σε άτομα με υψηλή βαθμολογία αυταρχικότητας δεν επιφέρει βελτίωση των απόψεων τους σε σχέση με τον ψυχικά ασθενή.

### **3.2 Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την στάση των νοσηλευτών και των ιατρών απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα**

Για την διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα παρατίθενται τα συμπεράσματα από την μελέτη 15 σχετικών και πρόσφατων ερευνών. Τα συμπεράσματα αυτά αναφέρονται σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη (8 έρευνες) στην Ασία (5 έρευνες) και στην Μέση Ανατολή (3 έρευνες) με την βοήθεια (και) των κλιμάκων OMI και AS [52].

#### **Διαφορές αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα του τμήματος στο οποίο εργάζεται**

Τα αποτελέσματα αυτής της συστηματικής μελέτης έδειξαν ότι το τμήμα είναι ανεξάρτητο των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι αντιλήψεις έδειξαν ότι αποτελούν μια συνέχεια των προσωπικών απόψεων που έχουν οι εργαζόμενοι και όχι του τμήματος όπου εργάζονται. Έτσι παρουσιάστηκαν έρευνες όπου το νοσηλευτικό προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής να παρουσιάζει αρνητικότερες απόψεις από το προσωπικό των υπόλοιπων τμημάτων υποστηρίζοντας τον εγκλεισμό αλλά και τον διαχωρισμό όμως αναγνωρίζοντας την μη επικινδυνότητα του ψυχικά πάσχοντα.

Αντίθετα παρουσιάστηκε περισσότερο ευαίσθητο στην κοινωνική φροντίδα των ψυχικά ασθενών τόσο σε σύγκριση με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό όσο και σε σύγκριση με το ιατρικό προσωπικό και του εκπαιδευόμενους ιατρούς. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στους σχιζοφρενείς ασθενείς όπου παρατηρήθηκαν αρνητικές αντιλήψεις σε όλα τα τμήματα, ενώ αντίθετα στην περίπτωση ασθενών με κατάθλιψη το νοσηλευτικό προσωπικό είχε θετικότερη άποψη σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ιατρικά τμήματα αλλά χαμηλότερη σε σύγκριση με συμβουλευτικό μη ιατρικό προσωπικό π.χ. ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσίασαν μεγάλη μεταβλητότητα με 3 έρευνες να παρουσιάζουν θετικές αντιλήψεις 4 αρνητικές και οι υπόλοιπες 8 να παρουσιάζουν έναν συνδυασμό αρνητικών και θετικών απόψεων. Σε σχέση με την αυταρχικότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτικού προσωπικού, παρουσιάστηκαν χαμηλές βαθμολογίες, χαμηλή αυταρχικότητα.

Η σύνοψη των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων

- Έχει καλύτερη και πιο σαφή εικόνα της ψυχικής ασθένειας ανεξαρτήτως των αντιλήψεων σε σχέση με τον περιορισμό ή μη των ασθενών.
- Μεταβάλλει τις αντιλήψεις του σε σχέση με την σοβαρότητα της πάθησης και κάνει σαφή διάκριση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης.
- Παρουσιάζει περιπτώσεις υιοθέτησης στερεοτύπων αλλά δεν χαρακτηρίζεται από αυτές τις αντιλήψεις.

### **Αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σύγκριση με κοινές αντιλήψεις (στερεότυπα)**

Τα αποτελέσματα της επισκόπησης των ερευνών έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό (σε σχέση με του ψυχικά ασθενείς)

- Πιστεύει στην τιμωρία των πράξεων παρόμοια με τους ψυχικά υγιείς.
- Διαφωνεί με την ανάκληση της άδειας οδήγησης τους.
- Συμφωνεί στο δικαίωμα ψήφου.
- Διαφωνούν στην άποψη ότι μπορούν να εργαστούν όπως και οι ψυχικά υγιείς.

- Διαφωνεί στην πατρότητα ή μητρότητα σε αναλογία 7:3.

Η συγκριτική μελέτη των απόψεων ιατρικού προσωπικού και συγγενών, ατόμων με ψυχική ασθένεια, έδειξε ότι έχουν θετικότερες απόψεις στην κοινωνική ολοκλήρωση των ψυχικά ασθενών αλλά και καλύτερη αντίληψη της ψυχικής ασθένειας σε σύγκριση με τους συγγενείς τους. [53] . Είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι η σύγκριση ιατρών και συγγενών [53] και νοσηλευτών και συγγενών [52] έδειξε ότι οι απόψεις του προσωπικού στηρίζονται στις γνώσεις και την εμπειρία και ίσως φαίνονται πιο αυστηρές είτε σε σύγκριση με άλλα τμήματα είτε σε σύγκριση με τους ασθενείς. Η εργασία αυτή θεωρεί ότι εκτός της σοβαρότητας της νόσου, η συνεχής τριβή (η καθημερινότητα) ενός ψυχικά πάσχοντα στο οικογενειακό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης προσωπικής άποψης ενός ατόμου για την ψυχική ασθένεια. Έτσι αυτή η άποψη (θετική ή αρνητική) θα επεκταθεί και θα περιλαμβάνει την σύνολο των ψυχικά σθενών, ίσως και για αυτό να βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα των εξεταζόμενων ερευνών [52] και [53].

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **4.1 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα ασθενή. Αυτό έγινε με την δημιουργία των εξής επιμέρους στόχων και ερευνητικών υποθέσεων.

##### **4.1.1 Επιμέρους στόχοι**

- Διερεύνηση της αντίληψης του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τα ψυχικά νοσήματα.
- Διερεύνηση της στάσης του ιατρικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα σε σχέση με την αυταρχικότητα του χαρακτήρα τους.
- Διερεύνηση πιθανών διαφορών στις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας στις αντιλήψεις και στις συμπεριφορές τους, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

##### **4.1.2 Ερευνητικές υποθέσεις**

- Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα ψυχικά νοσήματα επηρεάζονται από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.
- Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ της αυταρχικότητας του χαρακτήρα των επαγγελματιών και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας υπέρ των ψυχικών ασθενών.
- Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ του βαθμού εξοικείωσης με την ψυχική νόσο και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας.

## 4.2 Μεθοδολογία έρευνας

Η έρευνα αφορούσε την περιγραφική μελέτη διερεύνησης των στάσεων και των αντιλήψεων των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε συλλογή ποσοτικών δεδομένων μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων, από επαγγελματίες υγείας από το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης και η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια ένταξης

- Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό προέρχεται από τις επιλεγμένες κλινικές για την μελέτη.
- Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό έχει εμπειρία στην φροντίδα ασθενών με ψυχικά νοσήματα.
- Η συχνότητα επαφής του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι τουλάχιστον 2 ημέρες τον μήνα.

## 4.3 Δειγματοληψία

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο η εφαρμοζόμενη δειγματοληψία ήταν η ευκολίας, για την συλλογή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού απαντήσεων. Για την αδειοδότηση της έρευνας και τη διανομή των ερωτηματολογίων κατατέθηκε και εγκρίθηκε αίτηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου οποία παρουσιάζεται στο παράρτημα της εργασίας.

Μετά την εξασφάλιση της γραπτής άδειας από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, πραγματοποιήθηκε η διανομή ορίζοντας ως υπεύθυνο της συλλογής των ερωτηματολογίων τον προϊστάμενο της κάθε κλινικής. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα εξής τμήματα και κλινικές:

- Αιματολογικό τμήμα
- Ακτινολογικό τμήμα
- Γυναικολογική κλινική
- Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Εξωτερικά Ιατρεία

- Μικροβιολογικό τμήμα
- Ορθοπαιδική κλινική
- Παθολογική κλινική
- Παιδιατρική κλινική
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Χειρουργική κλινική
- Ψυχιατρική κλινική

#### 4.4 Δείγμα μελέτης

Το τελικό δείγμα περιλάμβανε συνολικά 115 παρατηρήσεις. Από το σύνολο των 115 συμμετεχόντων στην έρευνα 28 (N%=24,60%) ήταν άνδρες και 86 γυναίκες (N%=75,40%). Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (N=72,N%=67,30%) ήταν απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με περισσότερο από 12 έτη εκπαίδευσης. Το 65,80% (N=75) του δείγματος είναι έγγαμοι και το 24,60% (N=28) άγαμοι. Η ειδικότητα των γιατρών με την μεγαλύτερη συχνότητα ήταν εργαστηριακή (N%=53,30%) και παθολογική (N%=40%). Η κύρια νοσηλευτική υπηρεσία των νοσηλευτών του δείγματος ήταν η ΤΕ (N=52,N%=54,20%) και ακολουθούσε η ΔΕ (N=39, N%=40,60%).

Η μέση ηλικία των νοσηλευτών ήταν τα 47 έτη και η μέση προϋπηρεσία τους τα 18 έτη με εύρος 35 (23-58) και 34 (1-35) έτη αντίστοιχα. Η κατηγορία ηλικίας και εμπειρίας με την μεγαλύτερη συχνότητα ήταν η μεγαλύτερη των 50 ετών (N=47, N%=42,30%) και μεγαλύτερη των 25 ετών (N=36, N%=32,40%) αντίστοιχα. Τέλος, η μέση συχνότητα επαφής του δείγματος με ψυχικά πάσχοντα ήταν 2,5 την εβδομάδα στον εργασιακό χώρο και σχεδόν μηδενική στον οικογενειακό χώρο. Επίσης παρατηρήθηκε ότι περίπου το 40,40% (N=45) του δείγματος, έχει από μίας έως δύο ημέρες την εβδομάδα επαφή με τον ψυχικά ασθενή στον εργασιακό του χώρο και το 19,50% (N=22) έχει επαφή 5 ημέρες την εβδομάδα. Τέλος η επαφή στον οικογενειακό χώρο με ψυχικά ασθενή παρατηρήθηκε μόνο σε δύο περιπτώσεις.

#### **4.5 Διαδικασία μελέτης**

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Από όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη ελήφθη προφορική συναίνεση προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη πληροφορήθηκαν για το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των προσωπικών τους δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας όπως περιγράφονται στην συνέχεια.

#### **4.6 Περιγραφή εργαλείου**

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της έρευνας αποτελείται από 4 μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται η καταγραφή των βασικών δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων του δείγματος. Στα υπόλοιπα τρία μέρη παρατίθενται τυποποιημένα ερωτηματολόγια ως εξής:

##### **A. Βαθμός Αναφερόμενης εξοικείωσης (BAE)-Level of Contact Report (LCR)**

Η κλίμακα αυτή μετρά την εξοικείωση με την ψυχική διαταραχή. Δώδεκα καταστάσεις βαθμολογούνται ανάλογα με την εξοικείωση που δημιουργείται από την επαφή με ψυχικά ασθενή. Τα θέματα για τη δημιουργία αυτής της κλίμακας υιοθετήθηκαν από άλλες κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες για το στίγμα της ψυχικής νόσου. Ο βαθμός οικειότητας κυμαίνεται μεταξύ 1 και 12 με το 12 να δείχνει το μέγιστο βαθμό εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί την μεταφορά στην Ελληνική γλώσσα του πρωτότυπου [38] από τον Δρ. Λειβαδίτη [39].

##### **B. Γνώμη για την ψυχική αρρώστια (ΓΨΑ)-Opinion about Mental Illness (OMI).**

Η κλίμακα αυτή επιλέχθηκε ως το κύριο ψυχομετρικό εργαλείο για τη μέτρηση των διαστάσεων των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο. Η Ελληνική έκδοση του ΓΨΑ [40],[41] αποτελεί την μεταφορά στα Ελληνικά του πρωτότυπου ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε από τους Cohen and Struening το 1962 [42] και θεωρούνταν ένα ευρείας χρήσης και έγκυρο εργαλείο προσδιορισμού και διάκρισης των αντιλήψεων της κοινότητας απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Η μέτρηση με τη μέθοδο Likert συνίσταται στη διατύπωση του βαθμού συμφωνίας με

μια σειρά από θετικές και αρνητικές προτάσεις-απόψεις που αφορούν το αντικείμενο της στάσης. Η βαθμολογία 1 αποτελεί το ένα άκρο: *Συμφωνώ απόλυτα* και η βαθμολογία 6 το άλλο άκρο: *Διαφωνώ απόλυτα*. Το διάστημα μεταξύ των άκρων θεωρείται ότι είναι συνεχές και αποτελείται από τις βαθμολογίες: 2 (Συμφωνώ), 3 (Μάλλον συμφωνώ), 4 (Μάλλον διαφωνώ), 5 (Διαφωνώ). Το κάθε θέμα βαθμολογείται με τον αριθμό που δίνεται ως απάντηση. Δεν υπάρχουν αρνητικές απαντήσεις. Το εργαλείο περιέχει 5 παράγοντες αξιολόγησης:

#### **i) Κοινωνική διάκριση**

που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 4-6,7,9,11,14-17,19,21,24,35,42,45 και 48. Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στα θέματα που αποδίδουν ιδιαίτερα αρνητικά χαρακτηριστικά στους ψυχικά πάσχοντες και στα οποία περιγράφονται ως κατώτεροι σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

#### **ii) Κοινωνικός περιορισμός**

που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 26,29,31,32,34,36,37,39,40,43,46,49 και 51. Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στα θέματα που περιγράφουν την απόρριψη απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και την ανάγκη για προληπτικά, περιοριστικά μέτρα κατά τη διάρκεια και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

#### **iii) Κοινωνική φροντίδα**

που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 12,18,22,23,28,33,38 και 47. Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στα θέματα που περιγράφουν μια θετική στάση απέναντι στην ιδεολογία της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, προτείνοντας βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και κοινωνική υποστήριξη.

#### **iv) Κοινωνική ενσωμάτωση**

που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 2,3,8,13,27,41,44 και 50. Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στα θέματα που περιγράφουν την ανάγκη ενθάρρυνσης για ισοτιμία στην κοινωνική συμμετοχή και ενσωμάτωση σε κάθε πτυχή της ζωής στην κοινότητα.

#### **v) Αιτιολογία**

που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1,5,10,20,25 και 30. Ο παράγοντας αυτός διαφοροποιείται από τους άλλους 4 παράγοντες καθώς αναφέρεται στα θέματα που



περιγράφουν αντιλήψεις σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας στην αιτιολογία της ψυχικής νόσου.

### **Γ. Κλίμακα αυταρχικότητας (KA)-Authoritarianism Scale (AS)**

Η κλίμακα αυτή αποτελεί την μεταφορά στα Ελληνικά από το Δρ. Λειβαδίτη [39] του αρχικού ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε το 1950 από τον Adorno και συνεργάτες [43] ως μέτρο αυταρχικής προσωπικότητας με πιθανά φασιστικά στοιχεία. Τα θέματα βαθμολογούνται με απαντήσεις τύπου Likert από το 1-5 ως εξής: 1. διαφωνώ πολύ 2. μάλλον διαφωνώ 3. σε μερικές περιπτώσεις 4. μάλλον συμφωνώ 5. συμφωνώ πολύ. Η μορφή των 35 θεμάτων βαθμολογείται με το άθροισμα της βαθμολογίας που έχει σημειώσει ο ερωτηθείς ως απάντηση. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται με τον αριθμό που έχει απαντήσει ο ερωτηθείς εκτός των ερωτήσεων 5-9, 12-14, 22-24 και 31 όπου γίνεται αντίστροφη βαθμολόγηση. Η ανάλυση των δεδομένων μετά τις τέσσερις μελέτες που προαναφέρθηκαν και δημοσιεύθηκαν από τον Heaven το 1987 [44] και απεκάλυψε τέσσερις παράγοντες

#### 1. Ηγεσία-υπεροχή (7 θέματα: 1,2,4,5,12,13,14).

που αναφέρεται στην αυταρχικότητα λόγω ανάγκης ή επιθυμίας προβολής αρχηγικού χαρακτήρα είτε ως γνώρισμα του χαρακτήρα είτε ως ανάγκη για την εκπλήρωση στόχων.

#### 2. Επίτευξη κινήτρου (5 θέματα: 7,19,20,21,23).

Όπως και στην προηγούμενη περίπτωση μόνο που αυτός ο παράγοντας αναφέρεται κυρίως σε μη προσωπικά χαρακτηριστικά αλλά ερμηνεύει την αυταρχικότητα ως το αποτέλεσμα προσπάθειας εκπλήρωσης ενός στόχου.

#### 3. Διαπροσωπική σύγκρουση (5 θέματα: 25,27,28,29,30).

που αναφέρεται στην τάση του ατόμου για αντιπαράθεση και αποτελεί κυρίως προσωπικό γνώρισμα κι όχι μέσο επίτευξης στόχου.

#### 4. Λεκτική επιθετικότητα (3 θέματα: 32,33,34).

Όπως και στην προηγούμενη περίπτωση αυτός ο παράγοντας αναφέρεται στην τάση του ατόμου για επικράτηση μέσω της λεκτικής διαφωνίας.

Η μορφή των 35 θεμάτων βαθμολογείται με το άθροισμα της βαθμολογίας που έχει σημειώσει ο ερωτηθείς ως απάντηση.

## Αξιοπιστία

Για την εξέταση της αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  για κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια που το συνθέτουν όπως και για το συνολικό ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα του πίνακα 4.1 έδειξαν ότι, εκτός από το ερωτηματολόγιο της οικειότητας-εξοικείωσης με την ψυχική νόσο, σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις παρουσιάστηκε σημαντική αξιοπιστία με τιμές μεγαλύτερες του 0,7 κρίνοντας το εργαλείο ως αξιόπιστο και κατάλληλο για την πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών.

**Πίνακας 4.1.** Αξιοπιστία εργαλείου και επιμέρους ερωτηματολογίων

	Cronbach's Alpha	N of Items
Οικειότητα - Εξοικείωση με την ψυχική νόσο	,308	12
OMI	,791	51
AS	,705	35
Εργαλείο	,704	98

## 4.7 Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές περιεγράφηκαν με την χρήση απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Σε όλες τις συνεχείς μεταβλητές έγινε αναφορά των μέσων τιμών ενώ επιπλέον έγινε και κατάλληλη κατηγοριοποίηση με βάση την κατανομή των τιμών.

Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής του εργαλείου και των επιμέρους ερωτηματολογίων που τον συνθέτουν χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$ . Για την διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων και των μέσων βαθμολογιών πραγματοποιήθηκε εξέταση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Για τη σύγκριση συνεχών μεταβλητών ανά κατηγορία παράγοντα πραγματοποιήθηκε t-test για δυο κατηγορίες και ANOVA για περισσότερες, καθώς οι μεταβλητές του δείγματος ακολουθούσαν κανονική κατανομή.

Για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών, πραγματοποιήθηκε  $X^2$  test όπου κάτι τέτοιο κρίθηκε σκόπιμο. Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ . Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το

στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) V23, και του jamovi V0.9.6.9 σε στάθμη σημαντικότητας  $p=0.05$ .

#### **4.8 Ηθικά θέματα**

Κάθε συμμετέχοντας στην έρευνα είχε στη διάθεση του αρκετό χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αλλά και σε κάθε περίπτωση, του δόθηκε επιπλέον περαιτέρω χρονικό περιθώριο επιστροφής του ερωτηματολογίου. Μέσω της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων έμπρακτα αλλά διαβεβαιώνοντας τους συμμετέχοντες ότι τα στοιχεία θα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διενέργεια της συγκεκριμένης μελέτης στα πλαίσια ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και, τόσο πριν όσο και, κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ο ερευνητής ήταν παρών για της διευκόλυνση του δείγματος σε τυχόν απορίες ή επεξηγήσεις ή άλλα συναφή θέματα.

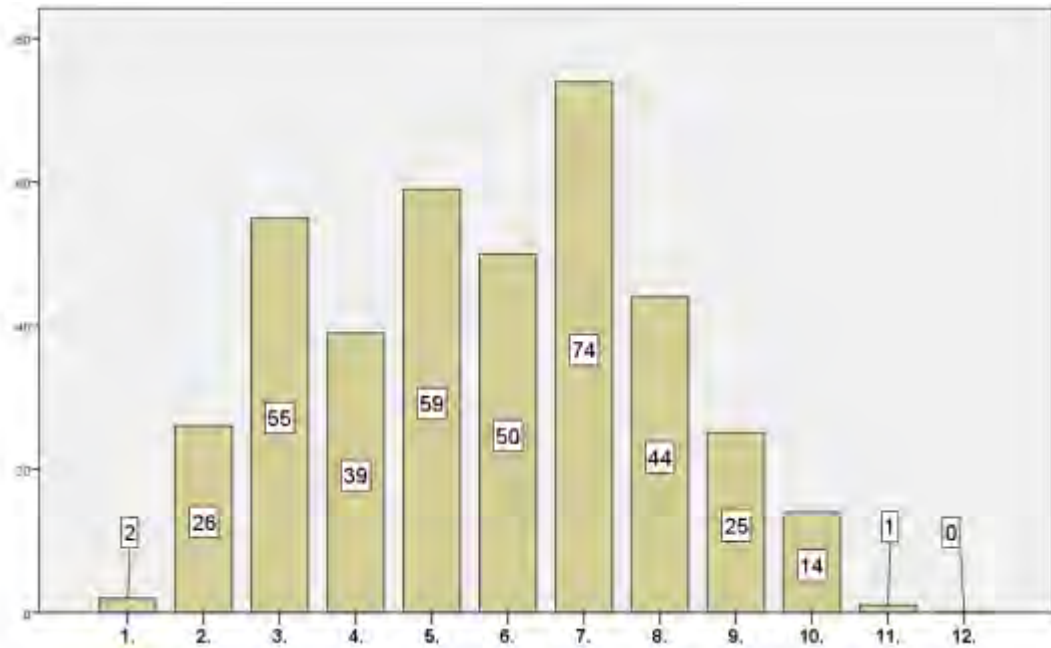
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1. Οικειότητα και εξοικείωση με την ψυχική νόσο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.1 και του γραφήματος 5.1 που περιγράφουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων του δείγματος στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, μεγαλύτερη συμφωνία απόψεων παρατηρήθηκε στην ερώτηση 7 «Η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια» (N=80, N%=70%). Οι ερωτήσεις 7 και 8 βρέθηκαν επιπλέον ότι παρουσιάζουν ότι επηρεάζονται από την συχνότητα επαφής με τον ψυχικά πάσχοντα. Το  $\chi^2$  τεστ ανεξαρτησίας έδειξε ότι η πιθανότητα επιλογής της απάντησης 7 είναι μεγαλύτερη στους εργαζόμενους που η συχνότητα επαφής στον εργασιακό χώρο είναι έως 5 ημέρες την εβδομάδα ( $\chi^2=24.406$ , d.f.=7,  $p=0.001$ ) και της 8 στους εργαζόμενους με περισσότερες από 5 ημέρες ( $\chi^2=39.213$ , d.f.=7,  $p<0.001$ ).

**Πίνακας 5.1.** Συχνότητα και ποσοστό θετικών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου της οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο (N=115).

	Πλήθος συμφωνιών	Ποσοστό συμφωνιών
1. Ποτέ δεν έπεσε στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια	2	2%
2. Τυχαία έπεσε στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια	26	23%
3. Έχω παρακολουθήσει φιλμ με θέμα που αφορούσε ψυχική αρρώστια	55	48%
4. Έχω παρακολουθήσει ντοκιμαντέρ με θέμα που αφορούσε τη ψυχική αρρώστια	39	34%
5. Συχνά έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια	59	51%
6. Έχω εργαστεί με κάποιον που έπασχε από ψυχική αρρώστια	50	43%
7. Η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια	80	70%
8. Παρέχω υπηρεσίες σε ανθρώπους με ψυχική αρρώστια	44	38%
9. Κάποιος οικογενειακός φίλος πάσχει από ψυχική αρρώστια	25	22%
10. Κάποιος συγγενής πάσχει από ψυχική αρρώστια	14	12%
11. Ζω μαζί με κάποιον που πάσχει από ψυχική αρρώστια	1	1%
12. Έχω μια σοβαρή ψυχική αρρώστια	0,0	0%



**Γράφημα 5.1.** Ραβδόγραμμα του πλήθους των θετικών απαντήσεων στις επιμέρους ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για την οικειότητα και την εξοικείωση με την ψυχική νόσο.

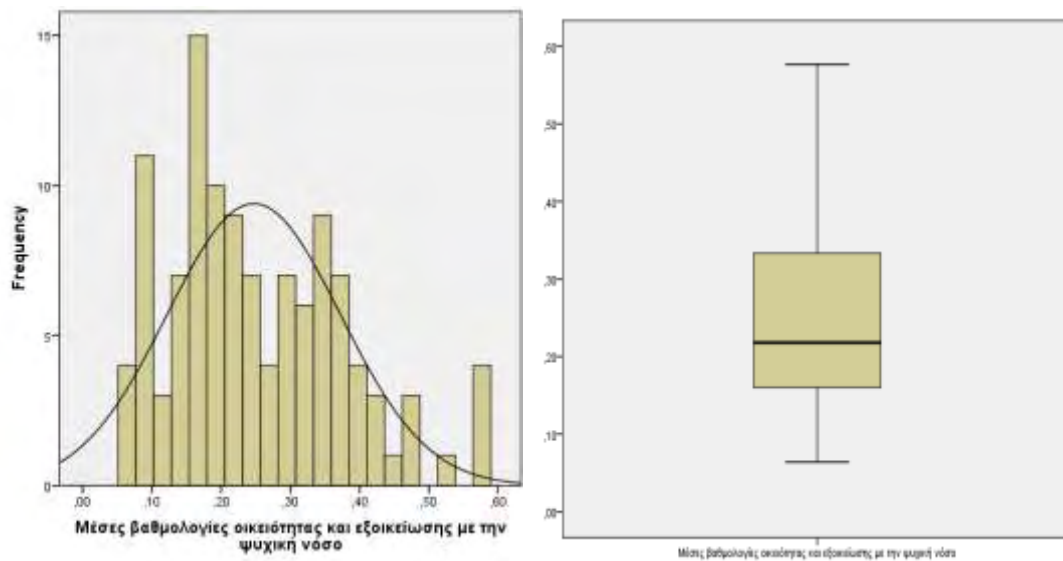
Για τον υπολογισμό των μέσων βαθμολογιών αυτού του ερωτηματολογίου έγινε

χρήση του τύπου  $\frac{\sum_{i=1}^{12} x_i}{78}$  όπου  $x_i$  συμβολίζει την βαθμολογία σε κάθε μια από τις 12 απαντήσεις και 78 είναι το άθροισμα όλων των απαντήσεων. Με αυτό τον τρόπο κατασκευάστηκε δείκτης με εύρος από 0 έως 1 όπου υψηλότερες τιμές δείχνουν και υψηλότερη εξοικείωση με την ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα του πίνακα 5.2 έδειξαν χαμηλή εξοικείωση του δείγματος με την ψυχική νόσο καθώς παρουσίασαν μέση τιμή ίση με 0,24 και μέγιστη τιμή ίση με 0,58.

**Πίνακας 5.2.** Μέτρα θέσης και διασποράς του συνολικού δείκτη εξοικείωσης με την ψυχική νόσο.

Πλήθος τιμών							
Έγκυρες	Απουσίες	M.T.	Διάμεσος	T.A.	Εύρος	Ελ. τιμή	Μέγ. τιμή
115	0	,2470	,2179	,12524	,51	,06	,58

Τα αποτελέσματα του γραφήματος 5.2 έδειξαν ότι η κατανομή του δείκτη της εξοικείωσης δεν είναι συμμετρική και αποκλίνει της κανονικής κατανομής με συγκέντρωση των βαθμολογιών σε τιμές μικρότερες του 0,4. Επιπλέον το θηκόγραμμα έδειξε την απουσία έκτοπων τιμών (outliers) δηλαδή βαθμολογιών εκτός του διαστήματος εμπιστοσύνης της μέσης τιμής.



*Γράφημα 5.2. Ιστογράμμο συχνοτήτων και θηκόγραμμο του δείκτη εξοικείωσης με την ψυχική νόσο.*

## 5.2 Γνώμη για την ψυχική αρρώστια (ΓΨΑ) – Opinion about Mental Illness (OMI).

Η εξέταση των επιμέρους ερωτήσεων στο δεύτερο ερωτηματολόγιο του ερευνητικού εργαλείου, την γνώμη για την ψυχική ασθένεια, έγινε με την παρουσίαση των τριών μεγαλύτερων συμφωνιών και διαφωνιών του δείγματος (πίνακας 5.3). Για την εξέταση των επιμέρους απόψεων έγινε αντιστροφή των βαθμολογιών ώστε υψηλότερη βαθμολογία να σημαίνει και υψηλότερη συμφωνία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν στο ότι η ψυχική ασθένεια δεν θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο κοροϊδίας (ερ. 12), ότι η προσπάθεια των ασθενών να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις της ασθένειας τους αξίζουν τον σεβασμό όλων (ερ. 22) και ότι οι ψυχιατρικές κλινικές και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα πρέπει να είναι οργανωμένες σε ένα πιο φιλικό, ζεστό και οικείο περιβάλλον (ερ. 47). Αντίθετα, έδειξαν ότι διαφωνούν έντονα στην άποψη ότι η ψυχική ασθένεια δεν εμφανίζεται σε επιτυχημένους επαγγελματίες (ερ. 15), διαφωνούν με τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών (ερ. 31) όπως και ότι ψυχική ασθένεια σημαίνει και αποτυχία στην ζωή (ερ. 32).

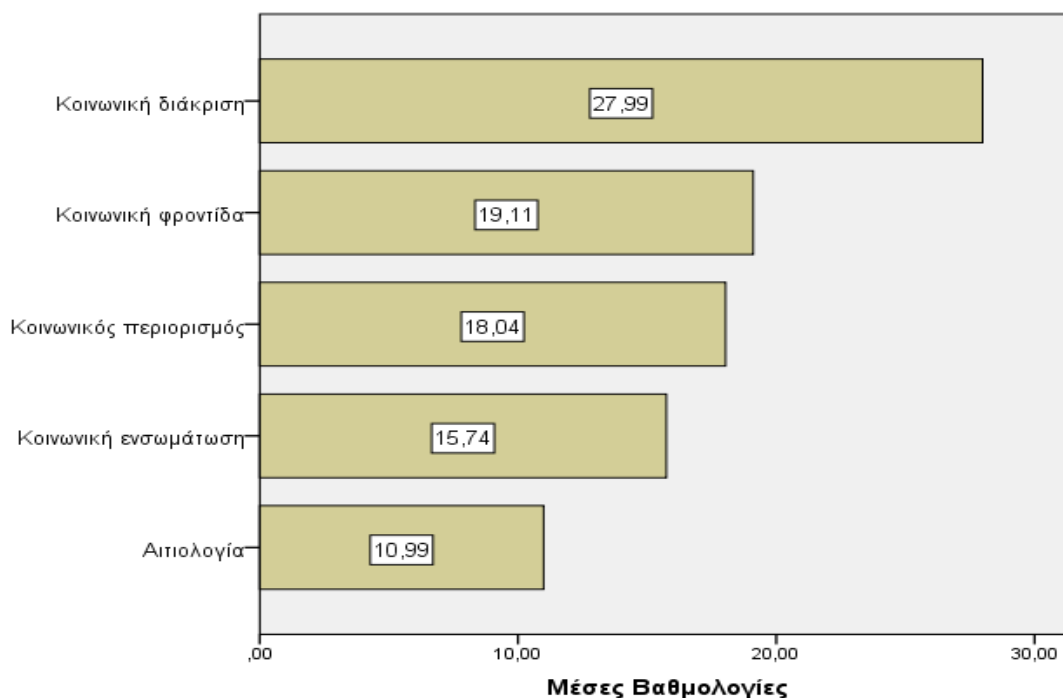
**Πίνακας 5.3.** Παρουσίαση των τριών ερωτήσεων του ΟΜΙ με την υψηλότερη και την χαμηλότερη μέση βαθμολογία (αντεστραμμένη αρχική κλίμακα).

	<b>M.T.</b>	<b>T.A.</b>
12.Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.	5,54	1,066
22.Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερέψει τον εαυτό του αξίζει το σεβασμό των άλλων.	5,37	1,007
47.Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να ...	5,03	1,208
15.Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά	2,37	1,298
31.Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.	2,25	1,327
32. Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.	2,10	1,219

Η εξέταση των 5 παραγόντων του ερωτηματολογίου ΟΜΙ παρουσιάζεται στον πίνακα 5.4 όπου υψηλότερες βαθμολογίες σημαίνουν και μεγαλύτερη διαφωνία, σύμφωνα με την αρχική κλίμακα του ερωτηματολογίου και τον τρόπο κωδικοποίησης των βαθμολογιών. Ο παράγοντας με την μεγαλύτερη διαφωνία ήταν η Κοινωνική διάκριση (M.T.=28,05, T.A=9,185) αν και παρουσίασε υψηλό εύρος, το υψηλότερο από όλους του υπολοίπους παράγοντες. Σε φθίνουσα διάταξη ακολουθούν οι παράγοντες Κοινωνική φροντίδα (M.T.=19,11), Κοινωνικός περιορισμός (M.T.=18,14), Κοινωνική ενσωμάτωση (M.T.=15,74) και Αιτιολογία (11,01) όπως παρουσιάζεται και στο γράφημα 5.3.

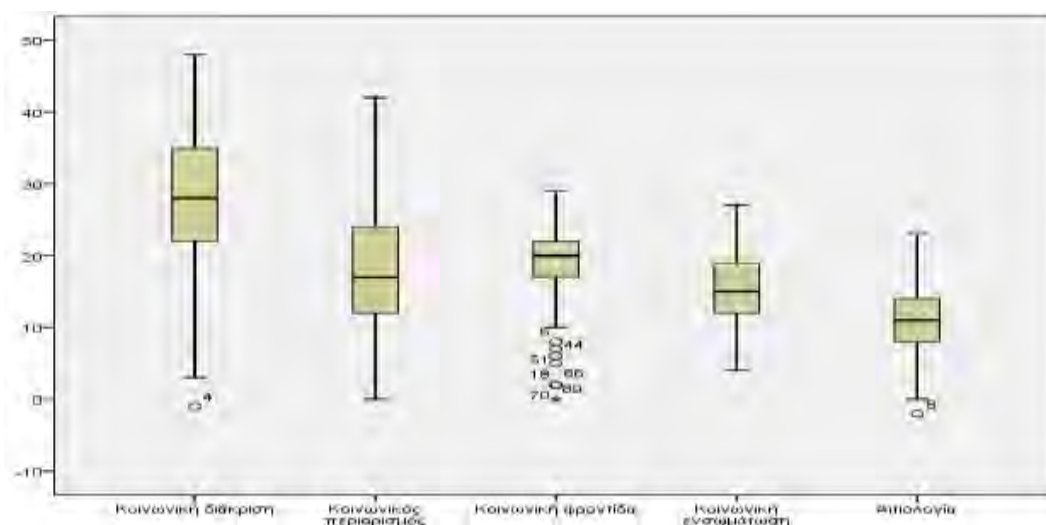
**Πίνακας 5.4.** Βασικά μέτρα θέσης και διασποράς των 5 παραγόντων του ερωτηματολογίου ΟΜΙ.

	<b>N</b>	<b>M.T.</b>	<b>T.A.</b>	<b>Ελ. Τιμή</b>	<b>Μεγ. Τιμή</b>	<b>Εύρος</b>
Κοινωνική διάκριση	114	28,05	9,185	-1	48	49
Κοινωνικός περιορισμός	114	18,14	9,285	0	42	42
Κοινωνική φροντίδα	114	19,11	5,397	0	29	29
Κοινωνική ενσωμάτωση	113	15,74	4,886	4	27	23
Αιτιολογία	114	11,01	4,986	-2	23	25



*Γράφημα 5.3. Φθίνουσα διάταξη μέσων τιμών των παραγόντων του ερωτηματολογίου OMI.*

Η εξέταση της κατανομής των μέσων βαθμολογιών των 5 παραγόντων παρουσιάζεται με την βοήθεια των θηκογραμμάτων του γραφήματος 5.4. Σε αυτό, φαίνεται ότι παρουσιάζεται μεγάλη διασπορά στους παράγοντες κοινωνική διάκριση και κοινωνικός περιορισμός. Επίσης παρουσιάστηκε μεγάλος αριθμός έκτοπων τιμών (συμφωνίας) στον παράγοντα κοινωνική φροντίδα και μια έκτοπη τιμή στον παράγοντα κοινωνική διάκριση.



*Γράφημα 5.4. Θηκογράμματα των 5 παραγόντων της κλίμακας OMI.*



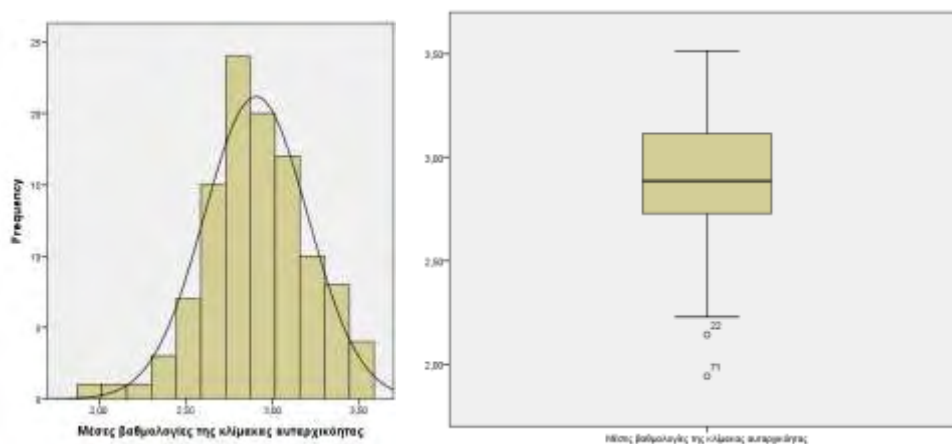
### 5.3 Κλίμακα Αυταρχικότητας

Η εξέταση της συνολική μέσης βαθμολογίας της κλίμακας αυταρχικότητας (AS) παρουσιάζεται στον πίνακα 5.5. Τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης έδειξαν ότι το δείγμα παρουσίασε μέτριες τιμές αυταρχικότητας (M.T.=2,90) αλλά και αρκετά χαμηλή μεταβλητότητα των απόψεων τους (T.A.=0,298). Οι μέσες βαθμολογίες τους κυμαίνονταν μεταξύ 1,94 και 3,51 σε ένα εύρος ίσο με 1,57, δείχνοντας ότι σε καμία μέση βαθμολογία δεν υπήρχε υπέρβαση της 4<sup>ης</sup> κατηγορίας απαντήσεων συχνά δηλώνοντας εξουσιαστική συμπεριφορά ανώτερη του μετρίου.

**Πίνακας 5.5.** Μέτρα θέσης και διασποράς της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας αυταρχικότητας.

Πλήθος τιμών							
Έγκυρες	Απούσες	M.T.	Διάμεσος	T.A.	Εύρος	Ελ. τιμή	Μέγ. τιμή
111	4	2,90	2,88	,298	1,57	1,94	3,51

Επιπλέον παρατηρήθηκε (γράφημα 5.5) με καλή προσαρμογή στην κανονική κατανομή, αν και λοξή προς τα αριστερά όπως και η παρουσία δύο έκτοπων τιμών που αναφέρονται σε βαθμολογίες εκτός του αριστερού άκρου του 95% του διαστήματος εμπιστοσύνης της μέσης τιμής (χαμηλότερες βαθμολογίες).



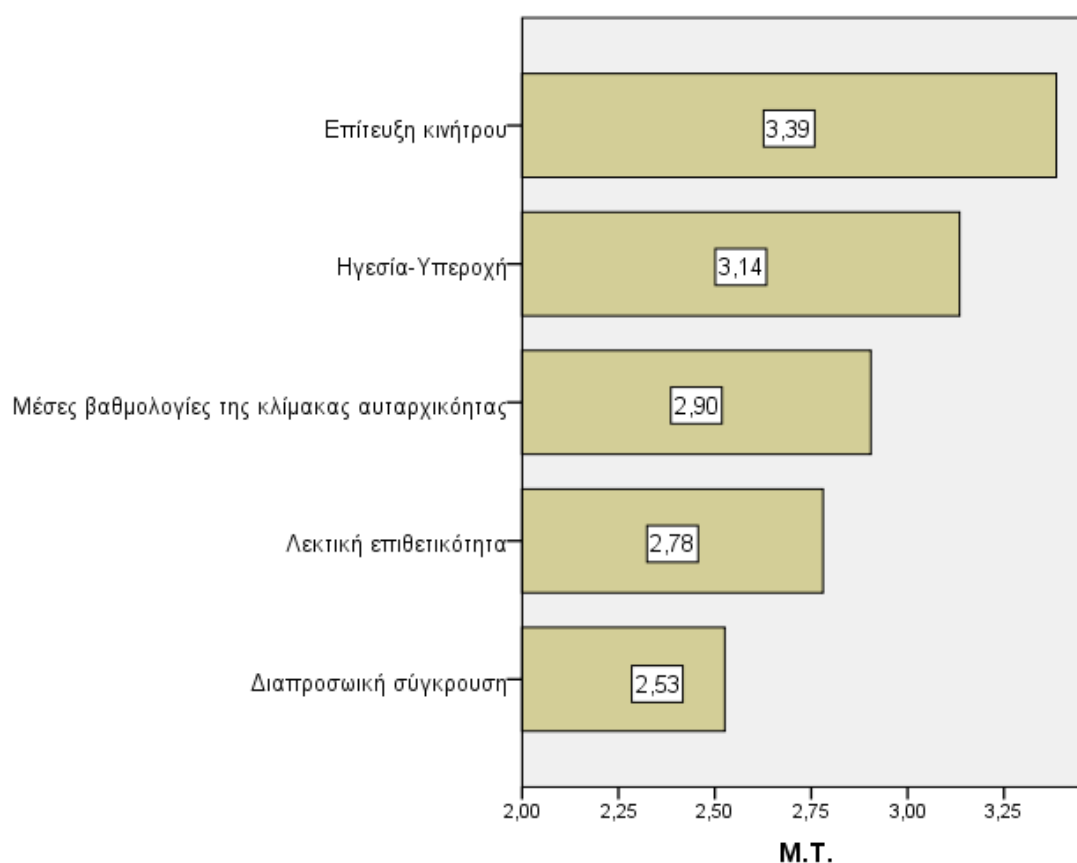
**Γράφημα 5.5.** Ιστόγραμμα συχνοτήτων και θηκόγραμμα της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας αυταρχικότητας.

Η επιμέρους εξέταση των 4 παραγόντων της κλίμακας αυταρχικότητας (πίνακας 5.6 και γράφημα 5.6) έδειξε ότι ο βασικός παράγοντας αυταρχικότητας του δείγματος είναι η Επίτευξη κινήτρου (M.T.=3,39) και η Ηγεσία Υπεροχή (M.T.=3,14)

δείχνοντας ότι οι υψηλότερες τιμές αυταρχικότητας παρουσιάζονται στα πλαίσια της επαγγελματικής συμπεριφοράς του δείγματος και όχι λόγω ατομικής συμπεριφοράς καθώς η Λεκτική επιθετικότητα (Μ.Τ=2,78) και η Διαπροσωπική σύγκρουση (Μ.Τ.=2,53) παρουσίασαν τις χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες.

**Πίνακας 5.6.** Βασικά μέτρα θέσης κι διασποράς των μέσων βαθμολογιών των 4 παραγόντων της κλίμακας αυταρχικότητας (AS).

	Μ.Τ.	Τ.Α.	Εύρος	Ελ. τιμή	Μέγ. τιμή
Ηγεσία-Υπεροχή	3,13	,519	3,14	1,86	5,00
Επίτευξη κινήτρου	3,38	,533	2,60	2,00	4,60
Διαπροσωπική σύγκρουση	2,52	,531	3,40	1,60	5,00
Λεκτική επιθετικότητα	2,78	,775	4,00	1,00	5,00
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	2,90	,298	1,57	1,94	3,51



*Γράφημα 5.6.* Φθίνουσα διάταξη μέσων τιμών των παραγόντων του ερωτηματολογίου AS.

#### 5.4 Εξέταση συσχετίσεων

Η εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των βαθμολογιών των 3 ερωτηματολογίων και των παραγόντων τους έδειξε ότι (πίνακας 5.7)

- Μόνο οι παράγοντες Κοινωνική διάκριση, Κοινωνικός περιορισμός και Αιτιολογία συνεισφέρουν (σχετίζονται) στην συνολική βαθμολογία της κλίμακας των απόψεων για την ψυχική ασθένεια (OMI). Και στις 3 περιπτώσεις η συνεισφορά είναι θετική και δυνατή.
- Η συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας αυταρχικότητας (AS) συσχετίζεται θετικά και από τους 4 παράγοντες της αλλά μόνο από τον πρώτο παράγοντα (AS1: Ηγεσία – Υπεροχή ) σε δυνατό βαθμό. Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις η συσχέτιση είναι μέτριου βαθμού.
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων των κλιμάκων OMI και AS εκτός της σχέσης μεταξύ του παράγοντα κοινωνικός περιορισμός (OMI2) και διαπροσωπική σύγκρουση (AS3) αλλά σε αδύναμο βαθμό.
- Ο βαθμός εξοικείωσης του δείγματος δεν επηρεάζει τις βαθμολογίες τους σε καμία από τις δύο κλίμακες (OMI και AS) αλλά ούτε και στους παράγοντες τους.
- Οι παράγοντες κοινωνική διάκριση και κοινωνική φροντίδα συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την μέση βαθμολογία της κλίμακας αυταρχικότητας σε θετικό και αδύναμο βαθμό.
- Οι μέσες βαθμολογίες μεταξύ των δύο κλιμάκων (OMI και AS) συσχετίζονται θετικά σε αδύναμο βαθμό.
- Οι παράγοντες της κλίμακας OMI κοινωνική φροντίδα (OMI3) και κοινωνική ενσωμάτωση (OMI4) συσχετίζονται αρνητικά με τον παράγοντα κοινωνική διάκριση (OMI2).
- Οι παράγοντες της κλίμακας AS, Διαπροσωπική σύγκρουση (AS3) και Λεκτική επιθετικότητα (AS4) συσχετίζονται αδύναμα αρνητικά αλλά όχι στατιστικά σημαντικά με τον παράγοντα Επίτευξη κινήτρου (AS2)

**Πίνακας 5.7.** Πίνακας συσχετίσεων μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των τριών ερωτηματολογίων και των παραγόντων τους.

	ΟΜΙ1	ΟΜΙ2	ΟΜΙ3	ΟΜΙ4	ΟΜΙ5	ΟΜΙ	ΑΣ1	ΑΣ2	ΑΣ3	ΑΣ4	ΑΣ
<b>BAE</b>	-0.151	-0.100	0.140	-0.068	-0.004	-0.093	0.103	0.088	-0.055	-0.017	0.034
<b>ΟΜΙ1</b>		0.544**	0.097	-0.120	0.589**	0.873**	0.039	0.083	0.069	0.036	0.224*
<b>ΟΜΙ2</b>			-0.314**	-0.242**	0.368**	0.671**	-0.041	-0.102	0.194*	0.027	0.094
<b>ΟΜΙ3</b>				0.292**	-0.027	0.238*	0.319	0.152	0.025	0.001	0.249**
<b>ΟΜΙ4</b>					-0.113	0.131	-0.029	0.105	-0.122	-0.031	-0.031
<b>ΟΜΙ5</b>						0.671**	0.012	-0.024	0.026	0.100	0.188*
<b>ΟΜΙ</b>							0.079	0.066	0.104	0.055	0.260**
<b>ΑΣ1</b>								0.209*	0.233*	0.150	0.722**
<b>ΑΣ2</b>									-0.163	-0.016	0.423**
<b>ΑΣ3</b>										0.203*	0.495**
<b>ΑΣ4</b>											0.425**

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

### 5.5. Εξέταση διαφορών των μέσων τιμών

Στη συνέχεια της παραγράφου γίνεται εξέταση των διαφορών των μέσων βαθμολογιών σε σχέση με τις κατηγορίες των δημογραφικών μεταβλητών του δείγματος.

#### Φύλο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.8 το φύλο βρέθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας στην κοινωνική διάκριση ( $p=0.030$ , Μ.Τ.(Άνδρες)= 24,78, ΜΤ.(Γυναίκες)=29,11), στον κοινωνικό περιορισμό ( $p=0.029$ , Μ.Τ.(Άνδρες)= 14,82, ΜΤ.(Γυναίκες)=19,22), στην αιτιολογία ( $p=0.031$ , Μ.Τ.(Άνδρες)= 9,25, ΜΤ.(Γυναίκες)=11,58) και στο σύνολο των μέσων βαθμολογιών της κλίμακας ΟΜΙ ( $p=0.035$ , Μ.Τ.(Άνδρες)= 85,21, ΜΤ.(Γυναίκες)=94,10). Στην κλίμακα αυταρχικότητας βρέθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας στην επίτευξη κινήτρου ( $p < 0.001$ , Μ.Τ.(Άνδρες)= 3,17, ΜΤ.(Γυναίκες)=3,12) και στην συνολική μέση βαθμολογία ( $p=0.003$ , Μ.Τ.(Άνδρες)= 3,04, ΜΤ.(Γυναίκες)=2,85). Σε αυτές τις περιπτώσεις βρέθηκε ότι οι υψηλότερες μέσες βαθμολογίες ανήκαν στις γυναίκες στην κλίμακα ΟΜΙ και στους άνδρες στην κλίμακα ΑΣ.

**Πίνακας 5.8.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω των βαθμολογιών για τον παράγοντα Φύλο.

	t	df	p
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	0.618	112	0.538
Κοινωνική διάκριση	-2.204	112	0.030
Κοινωνικός περιορισμός	-2.215	112	0.029
Κοινωνική φροντίδα	0.636	112	0.526
Κοινωνική ενσωμάτωση	1.170	111	0.245
Αιτιολογία	-2.185	112	0.031
Σύνολο μέσω των βαθμολογιών της κλίμακας OMI	-2.130	112	0.035
Ηγεσία-Υπεροχή	0.510	109	0.611
Επίτευξη κινήτρου	3.626	109	< .001
Διαπροσωπική σύγκρουση	1.773	109	0.079
Λεκτική επιθετικότητα	0.601	109	0.549
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	3.046	109	0.003

### Ηλικία

Ο παράγοντας ηλικίας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός (πίνακας 5.9).

**Πίνακας 5.9.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω των βαθμολογιών για τον παράγοντα Ηλικία.

	F	df1	df2	p
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	1.1248	2	66.5	0.331
Κοινωνική διάκριση	1.2023	2	62.7	0.307
Κοινωνικός περιορισμός	1.3888	2	67.1	0.256
Κοινωνική φροντίδα	0.3626	2	69.1	0.697
Κοινωνική ενσωμάτωση	1.1433	2	62.3	0.325
Αιτιολογία	0.6010	2	67.0	0.551
Σύνολο μέσω των βαθμολογιών της κλίμακας OMI	1.0169	2	65.4	0.367
Ηγεσία-Υπεροχή	0.1478	2	65.8	0.863
Επίτευξη κινήτρου	0.5970	2	64.9	0.553
Διαπροσωπική σύγκρουση	0.0169	2	55.6	0.983
Λεκτική επιθετικότητα	0.1583	2	63.2	0.854
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	0.0304	2	65.7	0.970

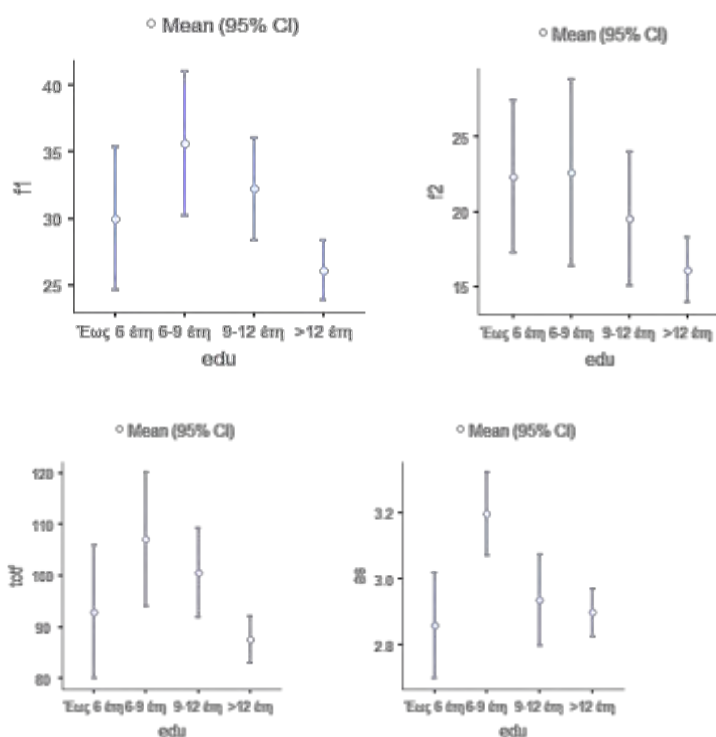
### Επίπεδο εκπαίδευσης

Ο παράγοντας επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε στατιστικά σημαντικός στην κοινωνική διάκριση ( $p=0.005$ ), τον κοινωνικό περιορισμό ( $p=0.046$ ) και στο σύνολο των μέσω των βαθμολογιών της κλίμακας OMI ( $p=0.010$ ). Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντικός στις μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας-AS ( $p<0.001$ ; πίνακας 5.10).

Σε όλες τις αυτές περιπτώσεις η κατηγορία 6-9 έτη εκπαίδευσής παρουσίασε τις υψηλότερες μέσες βαθμολογίες και η κατηγορία >12 ετών εκπαίδευσης τις χαμηλότερες εκτός της περίπτωση της συνολική μέσης βαθμολογίας της κλίμακας αυταρχικότητας όπου οι χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες παρουσιάστηκαν στην κατηγορία έως 6 έτη (γράφημα 5.7).

**Πίνακας 5.10.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Επίπεδο εκπαίδευσης.

	F	df1	df2	p
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	2.564	3	19.8	0.084
Κοινωνική διάκριση	5.703	3	21.8	0.005
Κοινωνικός περιορισμός	3.156	3	20.9	0.046
Κοινωνική φροντίδα	1.004	3	20.2	0.411
Κοινωνική ενσωμάτωση	1.862	3	23.0	0.164
Αιτιολογία	3.079	3	19.9	0.051
Σύνολο μέσων βαθμολογιών της κλίμακας OMI	4.930	3	20.6	0.010
Ηγεσία-Υπεροχή	0.401	3	20.9	0.754
Επίτευξη κινήτρου	2.947	3	21.2	0.056
Διαπροσωπική σύγκρουση	0.567	3	20.9	0.643
Λεκτική επιθετικότητα	0.735	3	20.3	0.543
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	7.673	3	23.3	<.001



*Γράφημα 5.7. Μέσες βαθμολογίες των στατιστικά σημαντικών διαφορών του παράγοντα Επίπεδο εκπαίδευσης.*

### **Οικογενειακή κατάσταση**

Ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε καμία από τις εξεταζόμενες βαθμολογίες (πίνακας 5.11).

**Πίνακας 5.11.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω βαθμολογιών για τον παράγοντα Οικογενειακή κατάσταση.

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	0,400	3	110	0,753
Κοινωνική διάκριση	1,215	3	109	0,308
Κοινωνικός περιορισμός	1,134	3	109	0,339
Κοινωνική φροντίδα	1,770	3	109	0,157
Κοινωνική ενσωμάτωση	0,283	3	108	0,838
Αιτιολογία	0,878	3	109	0,455
Σύνολο μέσω βαθμολογιών της κλίμακας OMI	0,820	3	109	0,485
Ηγεσία-Υπεροχή	0,627	3	106	0,599
Επίτευξη κινήτρου	0,457	3	106	0,713
Διαπροσωπική σύγκρουση	1,280	3	106	0,285
Λεκτική επιθετικότητα	0,771	3	106	0,513
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	0,674	3	106	0,570

### **Ειδικότητα**

Ο παράγοντας ειδικότητα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε καμία από τις εξεταζόμενες βαθμολογίες (πίνακας 5.12).

**Πίνακας 5.12.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω βαθμολογιών για τον παράγοντα Ειδικότητα.

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	0,150	2	12	0,862
Κοινωνική διάκριση	1,231	2	12	0,326
Κοινωνικός περιορισμός	0,906	2	12	0,430
Κοινωνική φροντίδα	0,618	2	12	0,556
Κοινωνική ενσωμάτωση	0,497	2	12	0,620
Αιτιολογία	0,547	2	12	0,593
Σύνολο μέσω βαθμολογιών της κλίμακας OMI	0,806	2	12	0,470
Ηγεσία-Υπεροχή	0,285	2	12	0,757
Επίτευξη κινήτρου	0,388	2	12	0,687

Διαπροσωπική σύγκρουση	0,264	2	12	0,772
Λεκτική επιθετικότητα	1,158	2	12	0,347
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	0,456	2	12	0,644

### Νοσηλευτική υπηρεσία

Ο παράγοντας νοσηλευτική υπηρεσία βρέθηκε στατιστικά σημαντικός στην κοινωνική ενσωμάτωση ( $p=0.009$ ,  $M.T.(ΠΕ)=14$ ,  $M.T(ΤΕ)=15,13$ ,  $M.T.(ΔΕ)=16,44$ ) σύμφωνα με τον πίνακα 5.13 και παρατηρήθηκαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κατηγορία ΥΕ και υψηλότερες στην ΔΕ.

**Πίνακας 5.13.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω βαθμολογιών για τον παράγοντα Νοσηλευτική υπηρεσία.

	F	df1	df2	p
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	0.400	3	3.54	0.762
Κοινωνική διάκριση	0.593	3	5.79	0.643
Κοινωνικός περιορισμός	0.549	3	3.65	0.677
Κοινωνική φροντίδα	0.385	3	3.74	0.771
Κοινωνική ενσωμάτωση	12.074	3	5.25	0.009
Αιτιολογία	0.243	3	3.88	0.863
Σύνολο μέσω βαθμολογιών της κλίμακας OMI	1.206	3	4.54	0.405
Ηγεσία-Υπεροχή	0.755	3	3.42	0.582
Επίτευξη κινήτρου	0.152	3	3.87	0.923
Διαπροσωπική σύγκρουση	1.149	3	3.93	0.433
Λεκτική επιθετικότητα	0.696	3	4.33	0.598
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	0.344	3	3.41	0.797

### Προϋπηρεσία

Ο παράγοντας προϋπηρεσία βρέθηκε στατιστικά σημαντικός στην κοινωνική διάκριση ( $p=0.044$ ,  $M.T.<5 \text{ \acute{e}t\eta} =25.73$ ,  $M.T.(6-10 \text{ \acute{e}t\eta}) =27,7$ ,  $M.T.(11-15 \text{ \acute{e}t\eta}) =32,90$ ,  $MT.(16-20 \text{ \acute{e}t\eta}) =31,22$ ,  $MT.>25 \text{ ετών} =28,66$ ), σύμφωνα με τον πίνακα 5.14, και παρατηρήθηκαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κατηγορία 0-5 έτη προϋπηρεσία και υψηλότερες στην κατηγορία 11-15 έτη.

**Πίνακας 5.14.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω βαθμολογιών για τον παράγοντα Προϋπηρεσία.

	F	df1	df2	p
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	1.196	5	34.3	0.332
Κοινωνική διάκριση	2.567	5	34.8	0.044



Κοινωνικός περιορισμός	1.744	5	34.7	0.151
Κοινωνική φροντίδα	0.290	5	31.9	0.915
Κοινωνική ενσωμάτωση	0.268	5	30.8	0.927
Αιτιολογία	0.575	5	34.0	0.718
Σύνολο μέσων βαθμολογιών της κλίμακας OMI	1.782	5	35.9	0.141
Ηγεσία-Υπεροχή	0.453	5	33.7	0.808
Επίτευξη κινήτρου	0.505	5	32.0	0.770
Διαπροσωπική σύγκρουση	1.084	5	33.6	0.387
Λεκτική επιθετικότητα	0.487	5	33.6	0.783
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	0.432	5	32.4	0.823

### Τμήμα Εργασίας

Ο παράγοντας Τμήμα Εργασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντικός στην εξοικείωση με την ψυχική νόσο ( $p=0.023$ ), στην κοινωνική διάκριση ( $p=0.019$ ), στον κοινωνικό περιορισμό ( $p=0.033$ ), στην κοινωνική ενσωμάτωση ( $p=0.006$ ) και στην συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας OMI ( $p=0.012$ : πίνακας 5.15). Για αυτές τις διαφορές παρατηρήθηκε ότι (πίνακας 5.16) η Ψυχιατρική κλινική σημείωσε τις χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες στην κοινωνική διάκριση και στο συνολικό μέσο σκορ της κλίμακας OMI και αν και είχε την υψηλότερη μέση βαθμολογία της εξοικείωσης είχε αρκετά υψηλή βαθμολογία στον κοινωνικό περιορισμό και την κοινωνική ενσωμάτωση. Σε αυτούς τους δύο παράγοντες οι χαμηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στα τμήματα ορθοπεδικό και γυναικολογικό αντίστοιχα.

**Πίνακας 5.15.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσων βαθμολογιών για τον παράγοντα Τμήμα Εργασίας.

	F	df1	df2	p
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	2.696	11	21.8	0.023
Κοινωνική διάκριση	2.780	11	22.4	0.019
Κοινωνικός περιορισμός	2.470	11	22.9	0.033
Κοινωνική φροντίδα	1.295	11	22.9	0.288
Κοινωνική ενσωμάτωση	3.551	11	21.8	0.006
Αιτιολογία	2.089	11	22.1	0.068
Σύνολο μέσων βαθμολογιών της κλίμακας OMI	3.014	11	23.6	0.012
Ηγεσία-Υπεροχή	1.612	11	21.9	0.164
Επίτευξη κινήτρου	0.925	11	21.2	0.536
Διαπροσωπική σύγκρουση	-	11	-	-
Λεκτική επιθετικότητα	1.354	11	21.5	0.263
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	1.711	11	21.6	0.138

**Πίνακας 5.16.** Μέσες βαθμολογίες για τον παράγοντα Τμήμα Εργασίας στις στατιστικά σημαντικές περιπτώσεις.

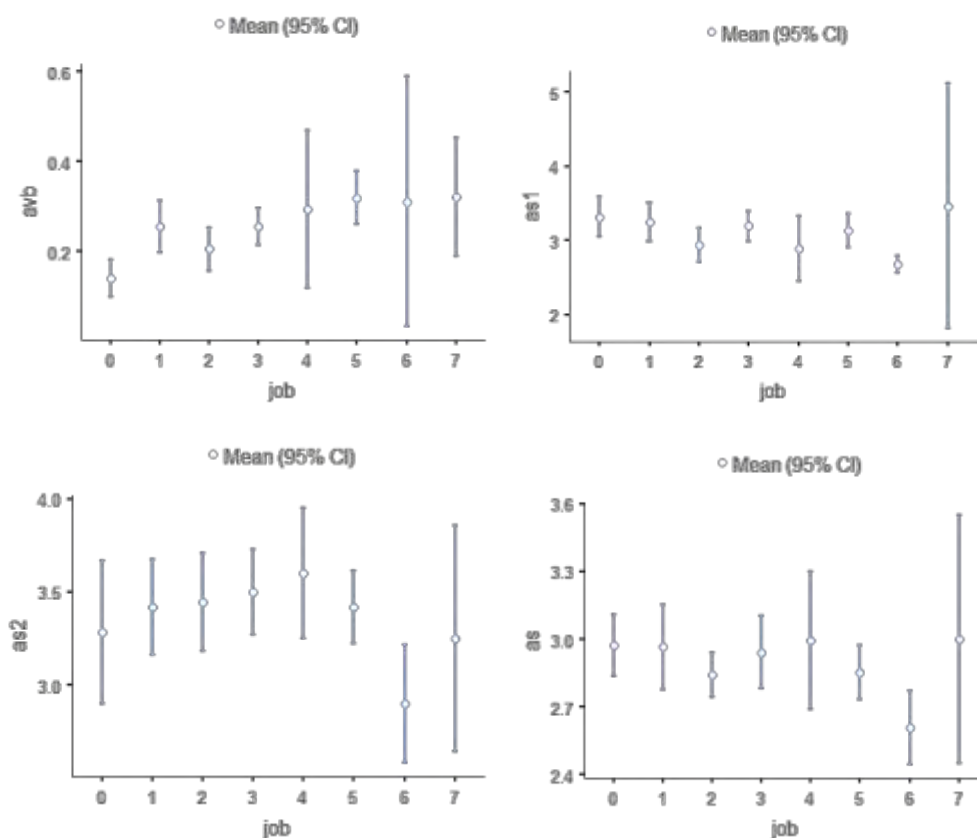
Τμήμα εργασίας	Μέσες βαθμολογίες εξοικείωσης	Κοινωνική διάκριση	Κοινωνικός περιορισμός	Κοινωνική ενσωμάτωση	Μέσες βαθμολογίες OMI
Αιματολογικό	,17	29,17	17,17	14,50	89,00
Ακτινολογικό	,23	29,57	19,29	15,00	92,57
Γυναικολογική	,18	34,25	20,75	13,13	102,13
Δ.Ν.Υ.	,22	31,00	19,50	17,50	99,00
Εξ. Ι.	,24	27,67	22,67	16,13	93,20
Μικροβιολογικό	,26	32,60	22,20	11,20	96,40
Ορθοπαιδικό	,17	24,67	7,33	18,67	79,67
Παθολογική	,27	27,75	17,25	14,75	90,35
Παιδιατρική	,21	32,40	23,80	19,50	105,40
ΤΕΠ	,22	30,00	19,00	15,60	97,30
Χειρουργική	,14	31,25	12,75	20,50	98,75
Ψυχιατρική κλινική	,37	19,06	12,82	17,12	75,88
Σύνολο	,25	28,05	18,14	15,74	91,92

### Συχνότητα επαφής στην εργασία

Ο παράγοντας συχνότητα επαφής με τον ψυχικά ασθενή στην εργασία βρέθηκε στατιστικά σημαντικός στην εξοικείωση με την ψυχική νόσο ( $p=0.002$ ) και στους παράγοντες της κλίμακας αυταρχικότητας Ηγεσία-Υπεροχή ( $p<0.001$ ) και Επίτευξη κινήτρου ( $p=0.013$ ) όπως και στην συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας αυταρχικότητα ( $p=0.007$ : πίνακας 5.17). Για αυτές τις διαφορές παρατηρήθηκε ότι (γράφημα 5.8) η συχνότητα επαφής από 4-6 ημέρες την εβδομάδα αποτελεί διαχωριστικό παράγοντα των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων. Οι εργαζόμενοι που έχουν περισσότερες από τρεις ημέρες την εβδομάδα επαφή με τον ψυχικά ασθενή, στην εργασία, έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση με την ψυχική νόσο και λιγότερο αυταρχική συμπεριφορά. Οι εργαζόμενοι που έχουν επαφή όλη την εβδομάδα αποτελούν μια ανεξάρτητη κατηγορία που παρουσίασε υψηλότερες μέσες βαθμολογίες αυταρχικότητας μόνο στην κλίμακα Ηγεσία – Υπεροχή.

**Πίνακας 5.17.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω βαθμολογιών για τον παράγοντα Συχνότητα επαφής στην εργασία.

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	5.127	7	20.2	0.002
Κοινωνική διάκριση	2.338	7	19.9	0.065
Κοινωνικός περιορισμός	1.305	7	19.9	0.298
Κοινωνική φροντίδα	0.463	7	19.6	0.849
Κοινωνική ενσωμάτωση	1.333	7	20.2	0.286
Αιτιολογία	1.218	7	21.1	0.337
Σύνολο μέσω βαθμολογιών της κλίμακας OMI	1.921	7	20.3	0.119
Ηγεσία-Υπεροχή	8.379	7	24.5	< .001
Επίτευξη κινήτρου	3.387	7	22.4	0.013
Διαπροσωπική σύγκρουση	0.996	7	21.0	0.461
Λεκτική επιθετικότητα	0.957	7	20.2	0.487
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	3.855	7	21.7	0.007



*Γράφημα 5.8. Μέσες βαθμολογίες των στατιστικά σημαντικών διαφορών του παράγοντα Συχνότητα επαφής στην εργασία.*

### **Συχνότητα επαφής στην οικία**

Ο παράγοντας Συχνότητα επαφής στην οικία δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός (πίνακας 5.18).

**Πίνακας 5.18.** Αποτελέσματα εξέτασης διαφορών μέσω βαθμολογιών για τον παράγοντα Συχνότητα επαφής στην οικία.

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο	1,482	2	109	,232
Κοινωνική διάκριση	0,104	2	109	,902
Κοινωνικός περιορισμός	0,104	2	109	,901
Κοινωνική φροντίδα	1,788	2	109	,172
Κοινωνική ενσωμάτωση	2,932	2	109	,058
Αιτιολογία	2,123	2	109	,125
Σύνολο μέσω βαθμολογιών της κλίμακας OMI	0,061	2	109	,941
Ηγεσία-Υπεροχή	1,934	2	109	,150
Επίτευξη κινήτρου	0,729	2	109	,485
Διαπροσωπική σύγκρουση	0,036	2	109	,965
Λεκτική επιθετικότητα	0,673	2	109	,512
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	2,154	2	109	,121

### **5.6. Πολλαπλή παλινδρόμηση**

Η εξέταση της πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το σύνολο μέσω βαθμολογιών της κλίμακας OMI και ανεξάρτητες μεταβλητές τις μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο και μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας παρουσιάζονται στον πίνακα 5.19. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα μόνο η κλίμακα αυταρχικότητας είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας των απόψεων για την ψυχική ασθένεια με θετική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή.

Το μοντέλο αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ( $F=7,908$ ,  $d.f.=1,109$ ,  $p=0.006$ ) έχει μηδενική ερμηνευτικότητα  $R^2=0,068$  και δείχνει ότι αύξηση μίας μονάδας της κλίμακας αυταρχικότητας σημαίνει σημαντική αύξηση κατά 17 μονάδες της κλίμακας OMI.

**Πίνακας 5.19.** Στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές.

	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
Σταθερά	42,636	2,419	,017
Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας	16,974	2,812	,006

**Μέθοδος:** Stepwise regression (βηματική παλινδρόμηση)

**Ανεξάρτητες μεταβλητές** που εισήχθησαν αρχικά στο μοντέλο: Μέσες βαθμολογίες της κλίμακας αυταρχικότητας και Μέσες βαθμολογίες οικειότητας και εξοικείωσης με την ψυχική νόσο.

## Κεφάλαιο 6ο

### 6.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσίασαν συμφωνία με τις εξεταζόμενες παρόμοιες μελέτες. Πριν την ανάπτυξη του θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά την εξέταση της αυταρχικότητας σε παλαιότερες ή πιο πρόσφατες έρευνες παρατηρήθηκε μια στενή σύνδεση με πολιτικούς και εθνικιστικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί αναφερόταν σε συγκεκριμένες πολιτικές πεποιθήσεις και όχι με βάση τον χαρακτήρα του ατόμου. Το γεγονός αυτό δεν επέτρεψε την εξέταση του ατόμου ως μονάδα καθώς στις εξεταζόμενες έρευνες για την αυταρχικότητα το άτομο συναθροιζόταν ως μέρος μιας ομάδας πεποιθήσεων και οι αναφορές των αποτελεσμάτων είχαν ως σημείο αναφοράς αυτή ή αυτές τις ομάδες.

Το δείγμα της έρευνας παρουσιάστηκε υψηλά έμπειρο και ίσως είναι αρκετά πιθανό ότι η συμφωνία των απόψεων του δείγματος με τα αποτελέσματα των εξεταζόμενων ερευνών να οφείλονται σε αυτόν ακριβώς το λόγο. Το δείγμα είχε εργασιακή εμπειρία μεγαλύτερη των 15 ετών σε αναλογία 6:10 και το ένα τρίτο είχε μεγαλύτερη των 25 ετών. Παρόλα αυτά δεν παρουσιάστηκε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα εξοικείωσης με την ψυχική νόσο καθώς αποδείχθηκε ότι μόνο η συχνότητα επαφής επηρεάζει την βαθμολογία αυτή και ποιο συγκεκριμένα η συχνότητα έως 5 ημερών την εβδομάδα ώστε ο συμμετέχον στην έρευνα να δηλώσει ότι *Η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια* ( $X^2=24.406$ , d.f.=7,  $p=0.001$ ) περισσότερων των 5 ημερών για να θεωρήσει ότι παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους με ψυχική αρρώστια ( $X^2=39.213$ , d.f.=7,  $p<0.001$ ).

Τα αποτελέσματα της γνώμης για την ψυχική νόσο έδειξαν ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίασαν παρόμοιες απόψεις με παρόμοιες έρευνες όπως των de Jacq Norful & Larson ([52] και των Sun et al., [53]) καθώς διαφωνούν στην κοινωνική διάκριση και σε μικρότερο βαθμό την κοινωνική φροντίδα και στον κοινωνικό περιορισμό. Για μια πλήρη σύμπτωση απόψεων με τις προηγούμενες έρευνες θα αναμενόταν η αιτιολογία να βρίσκεται σε υψηλότερα μέσα επίπεδα καθώς η σειρά των παραγόντων έδειξε την ταξινόμηση κοινωνική διάκριση, ενσωμάτωση και αιτιολογία ακολουθούμενη από τον κοινωνικό περιορισμό και την

κοινωνική φροντίδα. Παρόλα αυτά, και με εξαίρεση την βαθμολογία της αιτιολογίας παρουσιάστηκαν σχετικά αναμενόμενες απόψεις.

Το δείγμα έδειξε ότι υιοθετεί κοινές απόψεις όπως *Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων ανατρεφόταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δε θα αρρώσταιναν ψυχικά* (M.T.=3,51) και *εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους, Θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια* (M.T.=3,62). Όμως, και προς υπεράσπιση των απόψεων του δείγματος, ο παράγοντας αιτιολογία περιέχει και την ερώτηση *Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά* (M.T.=4,30) που σημείωσε την μεγαλύτερη συμφωνία και με σημαντική διαφορά από τις υπόλοιπες ερωτήσεις του παράγοντα ( $\approx 0,70$ ). Αυτός είναι ένα πιθανός λόγος για την παρουσία σημαντικής συμφωνίας του δείγματος καθώς εμπεριέχει και τον εργασιακό παράγοντα, κάτι που διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει σημαντικά τις απόψεις του δείγματος.

Η κλίμακα αυταρχικότητας παρουσίασε μέση βαθμολογία κάτω του μετρίου με σημαντικότερο παράγοντα την επίτευξη κινήτρου ακολουθούμενη από την ηγεσία υπεροχή. Σε συμφωνία με τις έρευνες των Furr, Usui & Hines-Martin και των Kenny, Bizumic & Griffiths [50] και [51] αποδείχθηκε ότι η κλίμακα αυταρχικότητας επηρεάζει τις απόψεις του δείγματος για τον ψυχικά ασθενή. Επιπλέον παρατηρήθηκε, μέσα από ένα στατιστικά σημαντικό μοντέλο παλινδρόμησης ( $F=7,908$ , d.f.=1,109,  $p=0.006$ ) ότι αύξηση μίας μονάδας της κλίμακας αυταρχικότητας σημαίνει σημαντική αύξηση κατά 17 μονάδες της κλίμακας OMI την άποψη για τον ψυχικά ασθενή, χωρίς να επηρεάζεται από την κλίμακα εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια. Και πάλι, παρατηρήθηκε ότι οι δύο πιο σημαντικοί παράγοντες της κλίμακας αυταρχικότητας αφορούν περισσότερο την επίτευξη στόχου κι όχι τον χαρακτήρα του εργαζόμενου. Για μια ακόμη φορά, λοιπόν, παρατηρείται η βαρύτητα του παράγοντα εργασία στις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Η εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων και των συνολικών βαθμολογιών έδειξε ότι ο συμμετέχοντας στην έρευνα που θα είναι θετικός στην κοινωνική διάκριση θα είναι θετικός και στον κοινωνικό περιορισμό ( $\rho=0,544$ ) και κατά επέκταση θα έχει μεγαλύτερη συμφωνία και στον παράγοντα αιτιολογία ( $\rho=0,589$ ) και η βαθμολογία θα αποτελέσει ένα σημαντικό μέρος της συνολικής

βαθμολογίας ( $\rho=0,873$ ). Και γενικά αυτοί οι τρεις παράγοντες έχουν την μεγαλύτερη επιρροή στην συνολική βαθμολογία.

Το γεγονός ότι μεγαλύτερη αυταρχικότητα συσχετίζεται και με την κοινωνική διάκριση ( $\rho=0,224$ ) και με την κοινωνική φροντίδα ( $\rho=0,249$ ) αλλά και το γεγονός ότι η μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας αυταρχικότητας και της συνολικής βαθμολογίας της αυταρχικότητας προέρχεται από τον παράγοντα ηγεσία-υπεροχή, ενισχύει την πεποίθηση ότι η αυταρχικότητα του δείγματος έχει άμεση σχέση με τις συνθήκες εργασίας και το τελικό αποτέλεσμα. Σε επίπεδο συνολικών βαθμολογιών επιβεβαιώνεται και πάλι το αποτέλεσμα των ερευνών των Furr, Usui & Hines-Martin και των Kenny, Bizumic & Griffiths [50] και [51] καθώς αύξηση της κλίμακας αυταρχικότητας αναμένεται να επιφέρει και αύξηση της βαθμολογίας της κλίμακας για την άποψη για τον ψυχικά ασθενή ( $\rho=0,260$ ). .

Σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό βρέθηκε ότι μεγαλύτερη εξοικείωση με τον ψυχικά ασθενή αναμένεται να επιφέρει χαμηλότερη συμφωνία στην κοινωνική διάκριση, τον περιορισμό και την αιτιολογία, μεγαλύτερη συμφωνία στην κοινωνική φροντίδα ( $\rho=0,140$ ) του ασθενούς αλλά και υψηλότερη αυταρχικότητα των παραγόντων Ηγεσία-υπεροχή ( $\rho=0,103$ ) και Επίτευξη κινήτρου ( $\rho=0,068$ ). Αντίθετα μεγαλύτερη εξοικείωση με τον ψυχικά ασθενή αναμένεται να επιφέρει χαμηλότερη βαθμολογία στην Διαπροσωπική σύγκρουση ( $\rho=-0,055$ ) και λεκτική επιθετικότητα ( $\rho=-0,017$ ).

Παρόμοια με τα αποτελέσματα των ερευνών των Martínez-Zambrano et al., Vila Badia et al., Morrisno και Sevrun et al., [46-49] οι γυναίκες του δείγματος έδειξαν μεγαλύτερη διαφωνία από τους άνδρες στην κοινωνική διάκριση και περιορισμό και στην αιτιολογία αλλά και χαμηλότερη αυταρχικότητα. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα και η συχνότητα επαφής με το ψυχικά ασθενή στο σπίτι δεν αποτελούν παράγοντες διαφοράς των απόψεων του δείγματος. Αντίθετα ο παράγοντας συχνότητα επαφής με τον ψυχικά ασθενή στην εργασία βρέθηκε ότι επηρεάζει και τον βαθμό εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια και τον βαθμό αυταρχικότητας ενός εργαζομένου. Έτσι, εργαζόμενοι με συχνότητα επαφής περισσότερο των 4 ημερών θα παρουσιάσουν λιγότερο αυταρχικά στοιχεία για την επίτευξη του στόχου τους από τους εργαζόμενους με μικρότερη συχνότητα επαφής.



Αυτά τα αποτελέσματα και σε συνδυασμό με το ότι εργαζόμενοι ελάχιστης εμπειρίας έχουν πιο θετικές απόψεις στην διάκριση των ψυχικά ασθενών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μικρότερη επαφή με τον ψυχικά ασθενή είναι πιθανό να συνεπάγεται και αδυναμία καθοδήγησης του είτε εξαιτίας ελλιπών εμπειρικών τεχνικών ή χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ή ακόμη και φόβου απέναντι στον ασθενή.

Τέλος, όπως και στις προηγούμενες έρευνες των de Jacq, Norful & Larson E και των Sun et al., ([52],[53]) παρατηρήθηκε ότι οι απόψεις του προσωπικού των διάφορων τμημάτων δεν παρουσίασαν κάποιο μοτίβο αποτελεσμάτων αλλά χαρακτηρίζονται από τις προσωπικές πεποιθήσεις των εργαζομένων σε αυτά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ότι παρατηρήθηκαν μεγαλύτερες συμφωνίες της κοινωνικής ενσωμάτωσης από το μικροβιολογικό τμήμα αν και το ψυχιατρικό τμήμα ήταν αυτό που σημείωσε τον μεγαλύτερο βαθμό εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια.

## **6.2 Συμπεράσματα**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα διαπιστώθηκε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος έδειξε ότι είναι υπέρ της κοινωνικοποίησης των ψυχικά ασθενών και της κοινωνικής φροντίδας τους. Διαφωνούν στον εγκλεισμό και τον περιορισμό τους αλλά έδειξαν ότι συμφωνούν με κάποιες τριτομμένες απόψεις όπως και ότι παρουσιάζουν σημάδια εργασιακής κόπωσης.

Η διαφορά μεταξύ του βαθμού αυταρχικότητας για την επίτευξη ενός στόχου και του βαθμού αυταρχικότητας των γνωρισμάτων του χαρακτήρα τους, το γερασμένο προσωπικό αλλά και οι περιπτώσεις 7 ημερών συνεχούς επαφής με τον ψυχικά ασθενή έδειξε ότι αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα διαφοροποίησης των απόψεων του δείγματος. Και ενώ παρατηρήθηκαν τριτομμένες διαφορές μεταξύ του φύλου των εργαζομένων δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι αυταρχικότητα που γεννιέται μέσα από την ανάγκη επίτευξης των εργασιακών στόχων δεν επηρεάζει αρνητικά τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις

- Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών απέναντι στα ψυχικά νοσήματα επηρεάζονται από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Πράγματι βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων του δείγματος με κύριο δημογραφικό χαρακτηριστικό το φύλο όμως πιο έντονο χαρακτηριστικό διαφοροποίησης ήταν η επαφή με τον ψυχικά ασθενή στον χώρο της εργασίας.

- Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ της αυταρχικότητας του χαρακτήρα των επαγγελματιών και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας υπέρ των ψυχικών ασθενών.

Πράγματι, παρατηρήθηκε σχέση αυτού του είδους και με την βοήθεια της εξέτασης της συσχέτισης και μέσω της γραμμικής παλινδρόμησης.

- Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ του βαθμού εξοικείωσης με την ψυχική νόσο και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας.

Αυτή η σχέση διαπιστώθηκε αλλά σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό. Οι σχεδόν μηδενικές συσχετίσεις δεν επέτρεψαν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

### **6.3 Περιορισμοί μελέτης**

Ο κύριος περιορισμός της μελέτης ήταν το μέγεθος και η κατανομή του δείγματος. Είναι πολύ πιθανό κάποιες από τις συσχετίσεις της κλίμακας αυταρχικότητας να εμφανιζόταν διαφορετικά σε ένα δείγμα που περιέχει μια κατανομή των ετών εμπειρίας με περισσότερες παρατηρήσεις σε εργαζόμενους με λιγότερα από 25 έτη εμπειρίας.

## Βιβλιογραφία

- [1] Αρβανίτη Α. Στάσεις έναντι των ψυχικά ασθενών σε ομάδες γενικού πληθυσμού. Ερευνητική διδακτορική διατριβή του τμήματος Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, 2008
- [2] Boisvert CM, Faust D. Effects of the label “Schizophrenia” on causal attributions of violence. *Schizophrenia Bulletin* 2008;25 (3): 479-491.
- [3] Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μαντή Π. Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Εκδ., ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.
- [4] Pilgrim D, Rogers A. Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας. Εκδ., Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα, 2004.
- [5] Economou M, Kokkosis M , Triantafilloou E, Christodoulou G. Quality of and mental health. Conceptual approaches and clinical and assessment issues. *Archives Hellenic Medicine* 2001;18(3):239- 253.
- [6] Δασκαλόπουλος Θ. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας. Ημερομηνία πρόσβασης 16/4/2019 από [http://psi-gr.tripod.com/psychiatric\\_disease.html](http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html)
- [7] Παπαδημητρίου ΝΓ. Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. *Ψυχιατρική*. 2008; 19(3)
- [8] Παπαδημητρίου Γ. Γενετική των Ψυχικών διαταραχών. Στο Ψυχική υγεία Σύγχρονες προσεγγίσεις-προβληματισμοί. Αθήνα, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2011
- [9] Ψυχικές διαταραχές αίτια & παράγοντες. Ημερομηνία πρόσβασης 1/2/2019 από <http://blogs.sch.gr/lykkastk/files/2014/02/mlb2.pdf>
- [10] Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Διαφάνεια μαθήματος. Ημερομηνία πρόσβασης 20/3/2019 από <http://tiny.cc/0n7k6y>
- [11] ΠΟΥ. Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας Δέκατη Αναθεώρηση. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010.
- [12] Onmed.gr, 2013. Τα κυριότερα είδη διαταραχών της προσωπικότητας. Ημερομηνία πρόσβασης 10/3/2019 από <http://tiny.cc/sd8k6y>
- [13] Τζαβέλλας Η, Καραΐσκος Δ. Ιστορία της Ψυχιατρικής. Βιολογική Ψυχιατρική & Νευρολογία, 2010, 3:1-8
- [14] Christodoulou GN. Prevention of psychopathology with early interventions. *Psychother Psychosom*. 1991; 55, pp. 201-207.

- [15] Ζήση Α, Στυλιανίδης Σ. Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος - Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 2004; 41(1), σελ. 27-35.
- [16] Garralda ME, Bowman FM, Mandalia S. Children with psychiatric disorders who are frequent attenders to primary care. *Europ Child Adoles Psychiatry*. 1999; 8, pp. 34-44.
- [17] Cockburn, K., Bernard, P. Child and Adolescent Mental Health within Primary Care: A study of general practitioners' perceptions. *Child Adoles Ment Health*. 2004; 9(1), pp. 21-24.
- [18] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18(2), CD001271.
- [19] Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiol*. 2010; 45, pp. 201-210.
- [20] Watt GW. General practice and the epidemiology of health and disease in families. *Br J Gen Pract*. 2004; 54, pp. 939–944.
- [21] Green LA, Phillips RL, Fryer GE. “The nature of primary medical care”, In Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 1, pp. 3–10, 2004.
- [22] Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M., et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78(1), pp. 49-55.
- [23] Φωτιάδου Α, Πρίφτης Φ, Κυπριανός Σ. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος - Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*. 2004; 41(1).
- [24] Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet*. 2004; 364, pp. 1004–1006.
- [25] Ασημόπουλος Χ. Κοινωνική Εργασία στην υγεία και ψυχική υγεία. Ενότητα 1: Ψυχική υγεία - Εννοιολογική προσέγγιση - Μύθοι και αλήθειες - Αντιμετώπιση στο παρελθόν. Έκδοση: 1.0. Αθήνα 2014. Διαθέσιμο από τη δικτυακή διεύθυνση: [ocp.teiath](http://ocp.teiath.gr).

- [26] ΠΟΥ (2003). Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία. Ημερομηνία πρόσβασης 10/3/2019 από [https://www.who.int/mental\\_health/policy/Advocacy\\_module\\_Greek.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/Advocacy_module_Greek.pdf)
- [27] Goffman E. ΣΤΙΓΜΑ Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας. Μετάφραση από το πρωτότυπο (Prentice Hall, 1963) Μακρυγιώτη. Δ. Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, 2011. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/Advocacy\\_module\\_Greek.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/Advocacy_module_Greek.pdf)
- [28] Μακρή-Μπότσαρη, Ε. Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2001.
- [29] Καλογερόπουλου Μ. Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών της ψυχικής υγείας στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος Ημερομηνία πρόσβασης 20/4/2019 από [http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/16/12/654.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/16/12/654.pdf)
- [30] Φουκό Μ. Η ιστορία της τρέλας στην κλασική εποχή. Μετάφραση από το πρωτότυπο 1965 Random House Publications. Μπουρλάκης Π. Αθήνα, Εκδόσεις Καλέντης, 2007
- [31] Μορέλ Π, Μπουρζερών Ζ, Ρουντινιέσκo Ε. Πέρα από το συνειδητό, Εικονογραφημένη Ιστορία της Ψυχιατρικής και της Ψυχανάλυσης, Μετάφραση από το πρωτότυπο Αλεξανδρή Ν, Μόλαρη Ε, Πίγκου Α, Σπυράκου Α. Αθήνα: Εξάντας, 2004..
- [32] Νόμοι για την αποτροπή απογόνων με κληρονομικές ασθένειες. Ημερομηνία πρόσβασης 1/4/2019 από [https://www.1000dokumente.de/pdf/dok\\_0136\\_ebn\\_de.pdf](https://www.1000dokumente.de/pdf/dok_0136_ebn_de.pdf)
- [33] Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA, Wright LL, Pica AG, Masters SR, Graham MJ. Discrediting the notion *working with 'crazies' will make you 'crazy'*: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education.. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009 ;14(4):487-502. doi: 10.1007/s10459-008-9132-4.
- [34] Fink PJ, Tasman A. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. *Psychiatr Ann.* 1983; 13:669-90.
- [35] Dewan, M.J., Levy, B.F., Donnelly, M.P. (1988) A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry.* 1988 29:523-31.
- [36] UN. Resolution 46/119 The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. Ημερομηνία πρόσβασης 13/4/2019 από <https://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>
- [37] Lehman P. Επιζώντες της Ψυχιατρικής. Ημερομηνία πρόσβασης 12/4/2019 από <http://www.selfhelp.gr/wp-content/uploads/Lehmann-vol3.pdf>

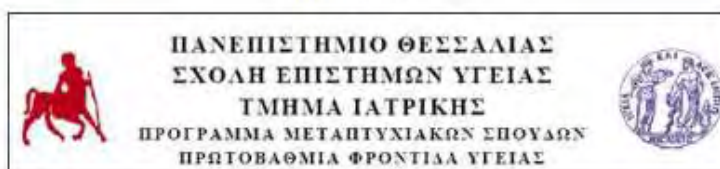
- [38] Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, et al. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25:447-56.
- [39] Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Aug;44(8):658-65. Epub 2008 Dec 12.
- [40] Madianos MG, Economou M, et al. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area ( 1979/1980-1994). 1999; *Acta Psych. Scand* 99, 73-78.
- [41] Madianos MG, Madianou D, et al. Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psych. Scand*. 1987; 75, 158-165.
- [42] Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of abnormal and Social Psychology* 1962; Vol. 64(5), 349-360
- [43] Adorno TW, Frenkel Brunswik E, Levinson DJ, Stanford RN. *The authoritarian personality*. New York,:Harper publications, 1950.
- [44] Heaven PCL Construction and validation of a Measure of Authoritarian Personality. *Journal of Personality Assessment* . 1985;49 pp545-551.
- [45] Mutiso VN, Musyimi CW, Tomita A, Loeffen L, Burns JK, Ndeti DM. Epidemiological patterns of mental disorders and stigma in a community household survey in urban slum and rural settings in Kenya. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;64(2):120–129. doi:10.1177/0020764017748180
- [46] Martínez-Zambrano F, García-Morales E, García-Franco M, et al. Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. 2013;3(2):18–24. doi:10.5498/wjp.v3.i2.18
- [47] Vila-Badia R, Martínez-Zambrano F, Arenas O, et al. Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. *World J Psychiatry*. 2016;6(2):239–247. Published 2016 Jun 22. doi:10.5498/wjp.v6.i2.239
- [48] Morrison R *Nursing Students Attitudes toward People with Mental Illness: Do they change after instruction and clinical exposure* University of South Florida, College of Nursing, 2011
- [49] Savrun BM, Arikan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz BC, Aksoy C, Bayar MR. Gender effect on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44:57–61. [PubMed] [Google Scholar]

- [50] Furr L A, Usui W, Hines-Martin V. Authoritarianism and Attitudes Toward Mental Health Services. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2003;73(4), 411-418.
- [51] Kenny A, Bizumic B, Griffiths KM. The Prejudice towards People with Mental Illness (PPMI) scale: structure and validity. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):293. Published 2018 Sep 12. doi:10.1186/s12888-018-1871-z
- [52] de Jacq K, Norful AA, Larson E. The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):788–796. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.004
- [53] Sun B, Fan N, Nie S, et al. Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:26. Published 2014 Jul 3. doi:10.1186/1752-4458-8-26

## Παράρτημα

### Μέρος Α – Ερωτηματολόγιο

#### Ερωτηματολόγιο



#### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητέ/η,

Η παρούσα μελέτη αφορά την **διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα ασθενή**. Η μελέτη αυτή διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά.

Σημειώστε με X στα κενά τετράγωνα που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας.

ΚΥΠΑΡΙΣΣΗ ΕΛΕΝΗ  
Τηλέφωνο επικοινωνίας  
6976073665  
Email: elkyparissi@gmail.com



### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Βάλε σε κύκλο την πρόταση που σε αντιπροσωπεύει ή συμπλήρωσε το κενό

**Φύλο:** Άνδρας  Γυναίκα

**Ηλικία:**.....

**Εκπαίδευση:** έως 6 έτη  6-9 έτη  9-12 έτη  >12 έτη

**Οικογενειακή κατάσταση**

1. έγγαμος
2. άγαμος
3. διαζευγμένος
4. χήρος

**Απασχόληση:**

1. Γιατρός- ειδικότητα: παθολογική  χειρουργική  εργαστηριακή
2. Νοσηλευτική υπηρεσία: ΠΕ  ΤΕ  ΔΕ  ΥΕ

**Έτη προϋπηρεσίας:**.....

**Τμήμα εργασίας:**.....

**Θέση εργασίας:**

1. Προϊστάμενος/η
2. Διευθυντής/ρια
3. Αναπληρωτής Προϊστάμενος
4. Αναπληρωτής Διευθυντής/ρια
5. Άλλο.....

Συχνότητα επαφής με ψυχικά πάσχοντα (παρακαλώ συμπληρώστε ημέρες ανά εβδομάδα π.χ. 0,1,2 έως 7)

1. Στον εργασιακό χώρο (ως ασθενή).....
2. Στην οικογένεια.....

**Οικειότητα - Εξοικείωση με την ψυχική νόσο**

Βάλε σε κύκλο την πρόταση που σε αντιπροσωπεύει. Μπορείς να σημειώσεις περισσότερες από μια προτάσεις.

1. Ποτέ δεν έλεσε στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια
2. Τυχαία έλεσε στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια
3. Έχω παρακολουθήσει φιλμ με θέμα που αφορούσε ψυχική αρρώστια
4. Έχω παρακολουθήσει ντοκιμαντέρ με θέμα που αφορούσε τη ψυχική αρρώστια
5. Συχνά έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια
6. Έχω εργαστεί με κάποιον που έπασχε από ψυχική αρρώστια
7. Η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια
8. Παρέχω υπηρεσίες σε ανθρώπους με ψυχική αρρώστια
9. Κάποιος οικογενειακός φίλος πάσχει από ψυχική αρρώστια
10. Κάποιος συγγενής πάσχει από ψυχική αρρώστια
11. Ζω μαζί με κάποιον που πάσχει από ψυχική αρρώστια
12. Έχω μια σοβαρή ψυχική αρρώστια

### Η ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

ΟΜΙ (Opinion about mental illness)-J. Cohen,E.Struening,1962

Μετάφραση-στάθμιση Μ. Γ. Μαδιανός 1977.

Οι παρακάτω ερωτήσεις αποτελούν γνώμες ή ιδέες γύρω από την ψυχική αρρώστια και τους ψυχικά αρρώστους. Ψυχική αρρώστια εννοούμε την αρρώστια του φέρνει τον ασθενή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή στην ψυχιατρική κλινική και ψυχικά αρρώστους εννοούμε τους αρρώστους των ψυχιατρικών νοσοκομείων ή κλινικών. Υπάρχουν πολλές διαφορές στη γνώμη γύρω από αυτό το θέμα.. Με άλλα λόγια πολλοί άνθρωποι συμφωνούν με μια ορισμένη απάντηση, ενώ άλλοι διαφωνούν με αυτή την απάντηση. Θα θέλαμε να μας πείτε τη δική σας γνώμη.

Κάθε ερώτηση ακολουθείται από έξι απαντήσεις ως εξής:

1=Συμφωνώ απόλυτα

2=Συμφωνώ

3=Μάλλον συμφωνώ

4=Μάλλον διαφωνώ

5=Διαφωνώ

6=Διαφωνώ εντελώς

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που αντιστοιχεί στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση. Να είστε βέβαιοι ότι πολλοί, ανάμεσα σε αυτούς και γιατροί, θα συμφωνήσουν με τη γνώμη σας. Δεν υπάρχει λόγος να δώσετε λανθασμένες απαντήσεις. Μας ενδιαφέρει μόνο η γνώμη σας.

Μη παραλείψετε καμία απάντηση.

	1	2	3	4	5	6
1.Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά.						
2.Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες.						
3.Οι περισσότεροι άνθρωποι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι.						
4.Έστω και αν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται εντάξει, δε θα πρέπει να παντρεύονται.						
5.Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους, Θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια.						
6.Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
7.Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κατευθύνουν. Τα κανονικά άτομα ελέγχουν τη συμπεριφορά τους.						
8.Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.						
9.Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα, ή μια στενοχώρια, το καλύτερο είναι να μη το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα.						
10.Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινότητας.						
11.Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.						
12.Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.						
13.Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργαστούν.						
14.Δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία να τους επισκέπτονται.						
15.Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.						
16.Οι άνθρωποι δε θα αρρώσταιναν ψυχικά αν αποφεύγαν τις κακές σκέψεις.						
17.Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.						
18.Από τον κρατικό -προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται περισσότερα χρήματα για τη φροντίδα και τη θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
19.Ένας καρδιοπαθής έχει μια μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους.						
20.Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.						
21.Οι ψυχικά άρρωστοι δε θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.						
22.Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερέψει τον εαυτό του αξίζει το σεβασμό των άλλων.						
23.Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές, πολλοί από τους αρρώστους θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.						

24.Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από σοβαρή ψυχική αρρώστια, έστω και αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.									
25.Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων ανατρεφόταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δε θα αρρώσταναν ψυχικά.									
26.Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.									
27.Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και αν είναι, κατά κάποιο τρόπο, ψυχικά διαταραγμένοι.									
28.Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.									
29. Οποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δε θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.									
30.Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους στην παιδική ηλικία.									
31.Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.									
32. Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.									
33.Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.									
34. Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον, θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.									
35. Εάν τα παιδιά υγιών γονέων ανατρεφόταν από ψυχικά άρρωστους γονείς, θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.									
36. Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελο και να έχει φύλακες.									
37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια.									
38.Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργαστούν εξ' αιτίας μιας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.									
39. Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.									
40. Όπως και να το δει κανείς, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.									
41. Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευθούν να προσέχουν μικρά παιδιά (μπέμπυ σίτες).									
42. Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους.									
43. Οι άνθρωποι των γραμμάτων έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.									
44. Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο									



είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους.						
45. Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.						
46. Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.						
47. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να χάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σα να ζει στο σπίτι του.						
48. Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.						
49. Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.						
50. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν χαλά ακόμη κι αν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες.						
51. Όλοι οι άρρωστοι που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με μια ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).						

#### Κλίμακα αυταρχικότητας (KA)-Authoritarianism Scale (AS)

Βαθμολόγησε κάθε θέμα, (πρόταση-ερώτηση) ανάλογα με το πόσο συμφωνείς με το περιεχόμενο του σύμφωνα με την κλίμακα

1=Σχεδόν ποτέ 2=Σπάνια 3=Σε μερικές περιπτώσεις 4=Συχνά 5=Σχεδόν πάντα

	1	2	3	4	5
1. Σας αρέσει η ιδέα να είστε αρχηγός;					
2. Συνήθως νιώθετε αρκετή αυτοπεποίθηση όταν καθοδηγείτε τις ενέργειες των άλλων;					
3. Προσπαθείτε να αποκτήσετε εξουσία όταν σας δίνεται η δυνατότητα;					
4. Νομίζετε ότι θα γινόσασταν καλός/ή αξιωματικός στο στρατό;					
5. Νομίζετε ότι θα γινόσασταν ένας κακός στρατιωτικός ηγέτης;					
6. Δεν θα ψήφιζα ένα κόμμα που υποστηρίζει φυλετικές διακρίσεις.					
7. Τα να νιώθετε άνετα είναι πιο σημαντικό για σας από το να έχετε επιτυχίες;					
8. Νιώθετε ικανοποιημένος/η ακόμα και αν η θέση σας δεν είναι καλλίτερη από αυτή των συναδέλφων σας ή των ανθρώπων που έχουν ίδια απασχόληση με εσάς;					
9. Πείθομαι εύκολα από τις γνώμες των άλλων.					
10. Συμφωνώ με την άποψη ότι τα παιδιά των τσιγγάνων και των μεταναστών πρέπει να φοιτούν σε ξεχωριστά σχολεία από τα άλλα ελληνόπουλα.					

11.Έχετε την τάση να κάνετε το αφεντικό στους άλλους γύρω σας;					
12.Σας είναι δυσάρεστο να λέτε στους άλλους γύρω σας τι πρέπει να κάνουν;					
13.Θα σας έκανε να αισθάνεστε άβολα αν σας έλεγαν να πάρετε την ευθύνη μιας κατάστασης;					
14.Προτιμάτε να παίρνετε εντολές από το να δίνετε;					
15.Έχετε την τάση να είστε αυτός που παίρνει τις αποφάσεις στο σπίτι;					
16.Σας αρέσει να έχετε την τελευταία λέξη σε μια λογομαχία ή σε μια συζήτηση;					
17.Αν η πατρίδα μου μπλεκόταν σε έναν πόλεμο θα ζητάγα να προσφέρω εθελοντικά τις υπηρεσίες μου στο στρατό.					
18.Το χαίρομαι και αισθάνομαι όμορφα όταν φοράω στρατιωτική στολή.					
19.Έχετε την τάση να σχεδιάζετε από πριν τη δουλειά σας ή την καριέρα σας;					
20.Είναι σημαντικό για σας να ξεπερνάτε τις δυσκολίες στη ζωή;					
21.Είστε φιλόδοξος;					
22.Έχετε την τάση μάλλον να μαθαίνετε για τις επιτυχίες των άλλων παρά να εργάζεστε για τη δική σας επιτυχία;					
23.Έχετε την τάση να παίρνετε τη ζωή όπως έρθει χωρίς να χάνετε πολλά σχέδια;					
24.Θα με αναστάτωνε πολύ να δω ένα παιδί ή ένα ζώο να υποφέρει.					
25.Έχω εχθρούς που θέλουν να με βλάψουν.					
26.Έχετε την τάση να κυριαρχείτε στις συζητήσεις;					
27.Είστε μαχητικός στις απόψεις σας;					
28.Υπάρχουν αρκετοί άνθρωποι που προσπαθούν να με αποφύγουν.					
29.Διαπιστώνω ότι διαφωνώ συχνά με τους άλλους.					
30.Δεν μπορώ παρά να μπλεχτώ σε λογομαχίες όταν οι άλλοι διαφωνούν μαζί μου.					
31.Ακόμη κι όταν θυμώνω, δε χρησιμοποιώ σκληρή γλώσσα.					
32.Αν κάποιος με ενοχλεί, συνήθως του λέω τι σκέφτομαι γι' αυτόν.					
33.Όταν οι άνθρωποι μου βάζουν τις φωνές, τους βάζω τις φωνές κι εγώ.					
34.Όταν λέω τη γνώμη μου έχω την τάση να υψώνω τη φωνή μου.					
35.Σας αρέσει να σας φοβούνται οι άλλοι άνθρωποι;					

## Μέρος Β – Άδειες

### Άδεια διεξαγωγής έρευνας.



#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

#### ΠΡΑΚΤΙΚΟ 2<sup>ο</sup>

Στην Κατερίνη σήμερα την 22-2-2019 ημέρα Παρασκευή και ώρα 12:00 συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης που συστάθηκε με την αριθμ. 6802/20-4-2018 Απόφαση του Διοικητή του ΓΝΚ.

Κατά τη συνεδρίαση παρέστησαν:

1. Παπαδοπούλου Μαργαρίτα, Συντονίστρια Διευθύντρια Αιματολογίας, ως Πρόεδρος
2. Φιλίπποβιτς Σνεζάνα, Διευθύντρια Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ως Αντιπρόεδρος
3. Μπιστανίτης Ιωάννης, Επιμελητής Α' Καρδιολογίας, ως τακτικό μέλος
4. Κακαμιάδα Δημήτρα, ΤΕ Νοσηλευτικής, ως τακτικό μέλος
5. Ουζούνη Στανουόλα, ΤΕ Φυσικοθεραπευτών, ως τακτικό μέλος

Δεν παρέστησαν:

1. Δημητριάδης Γεώργιος, Επιμελητής Β' Καρδιολογίας, ως τακτικό μέλος
2. Πέτσα Αθηνά, Ειδικευόμενη Χειρουργικής, ως τακτικό μέλος

Γραμματέας του Συμβουλίου παρέστη η κ. Πατσιαλή Σταματία, ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων.

Το Ε.Σ. ευρισκόμενο σε απαρτία εισήλθε στην εξέταση των θεμάτων Ημερήσιας Διάταξης.

#### ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ:

**ΘΕΜΑ 9<sup>ο</sup>:** Έγκριση για την άδεια συλλογής στοιχείων από το Γ.Ν.Κ στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής της υπαλλήλου Ψ.Τ του Γ.Ν.Κ κ.Κυπαρίσση Ελένης.

Το Ε.Σ. λαμβάνοντας υπόψη την αρ. πρωτ. 1181/19-2-2019 εισήγηση της κ. Καρέλη Αικατερίνης, Προϊσταμένης Τμήματος Προσωπικού Ψ.Τ. του Γ.Ν. Κατερίνης, στην οποία αναφέρονται τα εξής:

Έχοντας υπόψη :

1. Την αρ. πρωτ. 1181/21-01-2019 υποβαλλόμενη αίτηση της μονίμου υπαλλήλου Ψ.Τ. ΓΝΚ κ. Κυπαρίσση Ελένης, φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» για έγκριση διενέργειας έρευνας μέσω διανομής και συμπλήρωσης ανώνυμου ερωτηματολογίου, στο προσωπικό Ψυχιατρικού Τομέα του ΓΝΚ, με θέμα : «Διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα» .
2. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο της Διπλωματικής της εργασίας έτος 2019, το οποίο προσκόμισε συνημμένα με την αίτησή της με τον τίτλο εργασίας της και το όνομα της επιβλέπουσας καθηγήτριας κ. Μαρία Μαλλιαρού.
3. Τα έντυπα συναίνεσης των επαγγελματιών υγείας που θα συμπληρώσουν το συνημμένο ερωτηματολόγιο της διπλωματικής της εργασίας μαζί με το σχετικό έντυπο δημογραφικά στοιχεία εργαζομένων στο ΓΝΚ-Ψ.Τ, τα οποία προσκομίζει ως δικαιολογητικά απαιτούμενα για την εξέταση της αίτησής της από το Ε.Σ. του ΓΝΚ.
4. Ότι όπως αναφέρεται στην αίτηση της εν λόγω υπαλλήλου και στον τρόπο συλλογής των δεδομένων στο ερευνητικό της πρωτόκολλο «τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα των δεδομένων» .
5. Ότι σύμφωνα με το αριθμ. Πρωτ. Φ.900/ΕΚΕΠΥ/878/24-02-2009 έγγραφο του ΕΚΕΠΥ, σχετικά με τις άδειες εκπόνησης εργασιών κ.λ.π, προσκόμισε η αιτούσα φοιτήτρια τα απαραίτητα δικαιολογητικά για συλλογή στοιχείων από την Υπηρεσία :
  1. αίτηση .
  2. άδεια του επιβλέποντος καθηγητή και το όνομα του εκπαιδευτικού ιδρύματος.
  3. τίτλος της εργασίας.
  4. σκοπός της εργασίας
  5. ερωτηματολόγιο.

Εισηγούμαστε

Την λήψη θετικής απόφασης αναφορικά με την αρ. πρωτ. 1181/21-01-2019 υποβαλλόμενη αίτηση της μονίμου υπαλλήλου Ψ.Τ. ΓΝΚ κ. Κυπαρίσση Ελένης, φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» για έγκριση διενέργειας έρευνας μέσω διανομής και συμπλήρωσης ανώνυμου ερωτηματολογίου, στο προσωπικό του ΓΝΚ- Ψ.Τ, με θέμα : «Διερεύνηση στάσεων



και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα», λαμβάνοντας υπόψη :  
1.Οτι σύμφωνα με το αριθμ. Πρωτ. Φ.900/ΕΚΕΠΥ/878/24-02-2009 έγγραφο του ΕΚΕΠΥ, σχετικά με τις άδειες εκπόνησης εργασιών κ.λ.π, προσκόμισε η αιτούσα φοιτήτρια τα απαραίτητα δικαιολογητικά για συλλογή στοιχείων από την Υπηρεσία.

2. Οτι όπως προκύπτει από τον τίτλο της εργασίας και τον σκοπό της έρευνας που ζητά να πραγματοποιήσει, πρόκειται να παρασχεθούν στοιχεία που αφορούν την «Διευρέυνση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα» στο προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης-Ψ.Τ », επομένως σύμφωνα με το αρ. πρ. έγγραφο Φ.900/ΕΚΕΠΥ/878/24-2-2009, απαιτείται η εξέταση των δικαιολογητικών από το Νοσοκομείο μας και η λήψη απόφασης από το Επιστημονικό Συμβούλιο.

3. Το υποβαλλόμενο από την ανωτέρω υπάλληλο ερωτηματολόγιο καταγραφής «Διευρέυνση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα» , το Ερευνητικό Πρωτόκολλο της Διπλωματικής της εργασίας έτος 2019, το οποίο προσκόμισε συνημμένα με την αίτησή της με τον τίτλο εργασίας της και το όνομα της επιβλέπουσας καθηγήτριας κ. Μαρία Μαλλιαρού.

4. Τα έντυπα συναίνεσης των επαγγελματιών υγείας που θα συμπληρώσουν το συνημμένο ερωτηματολόγιο της διπλωματικής της εργασίας μαζί με το σχετικό έντυπο δημογραφικά στοιχεία εργαζομένων στο ΓΝΚ-Ψ.Τ , τα οποία προσκομίζει ως δικαιολογητικά απαιτούμενα για την εξέταση της αίτησής της από το Ε.Σ. του ΓΝΚ.

5. Οτι όπως αναφέρεται στην αίτηση της εν λόγω υπαλλήλου και στον τρόπο συλλογής των δεδομένων στο ερευνητικό της πρωτόκολλο, «τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα των δεδομένων» .

6.Την εφαρμογή του άρθρου 9 παρ. 2 περ. ι του Κανονισμού (Ε.Ε.) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, όπου «η επεξεργασία είναι απαραίτητη και για σκοπούς στατιστικούς», οι οποίοι είναι ανάλογοι προς τον επιδιωκόμενο στόχο, σέβονται την ουσία του δικαιώματος στην προστασία των δεδομένων και προβλέπουν κατάλληλα και συγκεκριμένα για τη διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και συμφερόντων του υποκειμένου των δεδομένων».

και έπειτα από διαλογική συζήτηση ομόφωνα

#### **αποφασίζει**

την έγκριση για την άδεια συλλογής στοιχείων στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής της υπαλλήλου του Ψ.Τ.Γ.Ν.Κατερίνης κ.Κυπαρίσση Ελένης, φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με θέμα: «Διευρέυνση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα», σύμφωνα με την ανωτέρω εισήγηση.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Παπαδοπούλου Μαργαρίτα

ΤΑ ΜΕΛΗ

Φιλίπποβιτς Σνεζάνα

Μποστανίτης Ιωάννης

Κακαμούκα Δήμητρα

Ουζούνη Σταυρούλα

Ακριβές απόσπασμα  
Η Γραμματέας του Ε.Σ.α/α



**Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου OMI**

----- Forwarded message -----

From: **Michalis Madianos** <[madianos@nurs.uoa.gr](mailto:madianos@nurs.uoa.gr)>

Date: Δευ, 15 Δεκ 2014 στις 11:34 π.μ.

Subject: Re: OMI SCALE

To: Dr Maria Malliarou <[mmalliarou@gmail.com](mailto:mmalliarou@gmail.com)>

Κυρία

Μαλλιαρού,

Σας επισυνάπτω την OMI Scale καθώς και το κλειδί ανάλυσής της και σας παρέχω τη δυνατότητα χρήσης της.

Καθηγητής Μιχάλης Γ. Μαδιανός

## Μέρος Γ- Αποτελέσματα

### Opinion About mental Illness

Κώδικας SPSS για την δημιουργία παραγόντων στο ερωτηματολόγιο Opinion About Mental Illness

#### Παράγοντας Α

```
COMPUTE f1=82-(q12.4 + q12.6 + q12.7 + q12.9 + q12.11 + q12.14 +  
q12.15 + q12.16 + q12.17 + q12.19  
+ q12.21 + q12.24 + q12.35 + q12.42 + q12.45 + q12.48).  
EXECUTE.
```

#### Παράγοντας Β

```
COMPUTE f2=74-(q12.26 + q12.29 + q12.31 + q12.32 + q12.33 + q12.34 +  
q12.36 + q12.37 + q12.39 +  
q12.40 + q12.43 + q12.46 + q12.49 + q12.51).  
EXECUTE.
```

#### Παράγοντας Γ

```
COMPUTE f3=38-(q12.12 + q12.18 + q12.22 + q12.23 + q12.28 + q12.33 +  
q12.38 + q12.47).  
EXECUTE.
```

#### Παράγοντας Δ

```
COMPUTE f4=41-(q12.2 + q12.3 + q12.8 + q12.13 + q12.27 + q12.41 +  
q12.44 + q12.50).  
EXECUTE.
```

#### Παράγοντας Ε

```
COMPUTE f5=32-(q12.1 + q12.5 + q12.10 + q12.20 + q12.25 + q12.30).  
EXECUTE.
```

## Εξέταση μέσων τιμών

### Φύλο

Independent Samples T-Test

		statistic	df	p
avb	Student's t	0.618	112	0.538
f1	Student's t	-2.204	112	0.030
f2	Student's t	-2.215	112	0.029
f3	Student's t	0.636	112	0.526
f4	Student's t	1.170	111	0.245

Independent Samples T-Test

		<b>statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
f5	Student's t	-2.185	112	0.031
totf	Student's t	-2.130	112	0.035
as1	Student's t	0.510	109	0.611
as2	Student's t	3.626	109	< .001
as3	Student's t	1.773	109	0.079
as4	Student's t	0.601	109	0.549
as	Student's t	3.046	109	0.003

### Ηλικία

One-Way ANOVA (Welch's)

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
f1	1.2023	2	62.7	0.307
f2	1.3888	2	67.1	0.256
f3	0.3626	2	69.1	0.697
f4	1.1433	2	62.3	0.325
f5	0.6010	2	67.0	0.551
totf	1.0169	2	65.4	0.367
as1	0.1478	2	65.8	0.863
as2	0.5970	2	64.9	0.553
as3	0.0169	2	55.6	0.983
as4	0.1583	2	63.2	0.854
as	0.0304	2	65.7	0.970

### Οικογενειακή κατάσταση

One-Way ANOVA (Welch's)

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
f1	5.703	3	21.8	0.005
f2	3.156	3	20.9	0.046
f3	1.004	3	20.2	0.411
f4	1.862	3	23.0	0.164
f5	3.079	3	19.9	0.051
totf	4.930	3	20.6	0.010
as1	0.401	3	20.9	0.754

One-Way ANOVA (Welch's)

---

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
as2	2.947	3	21.2	0.056
as3	0.567	3	20.9	0.643
as4	0.735	3	20.3	0.543
as	7.673	3	23.3	< .001

---

## **Ειδικότητα**

## **Νοσηλευτική Υπηρεσία**

## **Θέση εργασίας**

One-Way ANOVA (Welch's)

---

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
f1	0.593	3	5.79	0.643
f2	0.549	3	3.65	0.677
f3	0.385	3	3.74	0.771
f4	12.074	3	5.25	0.009
f5	0.243	3	3.88	0.863
totf	1.206	3	4.54	0.405
as1	0.755	3	3.42	0.582
as2	0.152	3	3.87	0.923
as3	1.149	3	3.93	0.433
as4	0.696	3	4.33	0.598
as	0.344	3	3.41	0.797

---

## **Προϋπηρεσία**

One-Way ANOVA (Welch's)

---

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
f1	2.567	5	34.8	0.044

---

One-Way ANOVA (Welch's)

---

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
f2	1.744	5	34.7	0.151
f3	0.290	5	31.9	0.915
f4	0.268	5	30.8	0.927
f5	0.575	5	34.0	0.718
totf	1.782	5	35.9	0.141
as1	0.453	5	33.7	0.808
as2	0.505	5	32.0	0.770
as3	1.084	5	33.6	0.387
as4	0.487	5	33.6	0.783
as	0.432	5	32.4	0.823

---