

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΜΟΥΖΑΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

ΛΑΡΙΣΑ 2010

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΜΟΥΖΑΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΠΟΝΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ 5

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.	Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....6
1.1	ΙΣΤΟΡΙΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ.....6
1.2	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....6
1.3	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....6
1.4	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....7
1.5	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....8
1.6	ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....10
1.7	ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....10
2.	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....12
2.1	ΟΡΙΣΜΟΙ –ΣΤΟΧΟΙ.....12
2.2	ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....13
3.	ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ14
3.1	ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....14
4.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (Μ.Μ.Ε).....18
4.1	ΓΕΝΙΚΑ.....18
4.2	ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΣΤΑ ΜΜΕ.....19
4.2.1	ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΒΙΑ – ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....19
4.2.2	ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΜΕ.....20
4.2.3	Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ ΟΡΟΣ ΤΗΣ «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ».....21

4.2.4	Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	21
5.	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ – ΣΤΙΓΜΑ.....	23
5.1	ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	23
5.2	ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	24
5.3	Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	25
5.4	Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
5.5	ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	30
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	33
	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	93
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	99
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	114

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον εισηγητή της διπλωματικής μου εργασίας Καθηγητή Κο Μουζά Οδυσσέα για την εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπό μου αναλαμβάνοντας την επίβλεψη της εργασίας, για την βοήθεια και για την επιστημονική καθοδήγησή του στην ολοκλήρωση της εργασίας.

Ευχαριστώ τους: Καθηγητή Ψυχιατρικής Κο Αγγελόπουλο Νικηφόρο και Λέκτορα Ψυχιατρικής Κο Μπονώτη Κωνσταντίνο, για την τιμή να συμμετέχουν στην τριμελή επιτροπή.

Επίσης, το προσωπικό του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας (ΓΝΑ) για την ανταπόκριση και ένθερμη συμμετοχή του στην έρευνα.

Τέλος θα ήθελα ευχαριστήσω το σύζυγό μου για τη υπομονή και την συμπαράστασή του και να του αφιερώσω την εργασία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια ως ιδιόμορφη και διαφορετική συμπεριφορά, από τα συνηθισμένα αποδεκτά μέσα έκφρασης, αποτελεί πάντα μια πρόκληση για τα κοινωνικά πλαίσια. Μία από τις πλέον διαδεδομένες αντιλήψεις σε όλες τις κοινωνίες των ανθρώπων είναι η στενή σχέση μεταξύ εγκλήματος και σχιζοφρένειας.

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή που ένα μικρό μόνο μέρος του πληθυσμού έρχεται σε άμεση και συχνή επαφή μαζί της. Επομένως, ο αντίκτυπος που έχουν τα ΜΜΕ στη διαμόρφωση της κοινωνικής εικόνας της και κατά συνέπεια, στις αρνητικές στάσεις που υιοθετούνται απέναντι στους ασθενείς, είναι καθοριστικός.

Μ' αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, καθώς ο ασθενής, προσπαθώντας να αποφύγει το στίγμα, απορρίπτει τη φαρμακευτική αγωγή, με συνέπεια την εμφάνιση εκείνων των συμπεριφορών που οδηγούν στην επιβεβαίωση του στιγματιστικού στερεοτύπου που τον εμφανίζει ως ανισόρροπο, βίαιο και επικίνδυνο.

Οι επαγγελματίες υγείας σε Γενικό Νοσοκομείο είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία πολιτών. Οι περισσότεροι έχουν βασικές σπουδές ψυχιατρικής που είναι εστιασμένες στην πρόληψη ενώ τη γνώση τους, τις αντιλήψεις τους και τη στάση τους έχουν πολλές ευκαιρίες να τις βελτιώσουν. Η αρνητική στάση τους στιγματίζει τον ψυχικά άρρωστο, στη «μικρή κοινότητα του Νοσοκομείου». Όμως και ως πολίτες γενικότερα, δείχνουν την αρνητική στάση τους και στην «μεγάλη κοινότητα της γειτονιάς» επηρεάζοντας ως πιο ειδικοί, τους συμπολίτες τους. Επίσης είναι ξεχωριστή κατηγορία γιατί με το εκπαιδευτικό – διδακτικό τους έργο επηρεάζουν πολλούς νέους επαγγελματίες

Το ερέθισμά μου γι' αυτή την εργασία ήταν η έρευνα της Καθηγήτριας Οικονόμου Μαρίας (Economou et als, 2009) που μελετώντας τον γενικό πληθυσμό, σε μια μοναδική έρευνα στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, αναρωτήθηκα αν εμείς οι επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία, αφού θεωρητικά έχουμε καλύτερο επίπεδο γνώσεων λόγω σπουδών, αν έχουμε και θετικότερη και μη στιγματική στάση απέναντι στον σχιζοφρενή, αφού το επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να συνδέεται με τη στάση. Άλλη έρευνα σε γενικό νοσοκομείο έγινε στην Ελλάδα (Arvaniti et als, 2009) με παρεμφερή προσανατολισμό.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος “Σχιζοφρένεια” δηλαδή «σχίσιμο» των φρενών (νεολογισμός), προτάθηκε από τον Ελβετό Ψυχίατρο Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1852) ο Βέλγος Ψυχίατρος Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια (dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin, ο πατέρας της σύγχρονης ψυχιατρικής νοσολογίας (1896) το διέδωσε σ' όλο τον κόσμο.

Ο όρος Σχιζοφρένεια, που δυστυχώς έχει καθιερωθεί και χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα, αποτελεί από μόνος του πηγή ετικετοποίησης του ατόμου που πάσχει από αυτή τη νόσο. Το θέμα απασχολεί την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία, που ένα από τα κύρια έργα της είναι η διαμόρφωση εκπαιδευτικού υλικού για την «καταπολέμηση του στίγματος της σχιζοφρένειας».

Η Σχιζοφρένεια είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, δηλαδή την απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. Ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας παρουσιάζεται με διαταραχές στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην συμπεριφορά και προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά τους. Η διαταραχή έχει μια πρόδρομη φάση, μια ενεργό φάση, με παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μια υπολειμματική φάση. (Μαδιανός, 2006)

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από 1950-1999 μελέτες σε ΗΠΑ και Ευρώπη έδωσαν ποσοστά πραγματικής επικράτησης από 0,05% έως 2,38%. Στη χώρα μας τα ποσοστά πραγματικής επικράτησης κυμαίνονται από 0,5% έως 1,9%.

Η νόσος εμφανίζεται κατά 50% μεταξύ 16-34 ετών, χωρίς διαφορές στο φύλο, τη φυλή και την κοινωνική τάξη. Έχει βρεθεί μια αυξημένη επίπτωση σε άτομα που γεννήθηκαν (υπόθεση των ιώσεων) από Ιανουάριο-Μάρτιο (στο βόρειο ημισφαίριο) και από Ιούλιο- Σεπτέμβριο (στο νότιο ημισφαίριο). (Μαδιανός, 2006)

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος έγινε αντικείμενο πολλών ερευνών για την εξακρίβωση της αιτίας ή των αιτιών της. Έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες:

Περιγεννητικές επιπλοκές π.χ εργώδης τοκετός, νεογνά με χαμηλό βάρος σώματος

Ιώσεις κατά την κύηση π.χ γεννήσεις από Ιανουάριο-Μάρτιο (στο βόρειο ημισφαίριο)

Νευροαπεικονιστικά ευρήματα π.χ διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου σε αξονική και μαγνητική τομογραφία.

Η υπόθεση της ντοπαμίνης: Παρά τις αμφισβητήσεις πιστεύεται ότι στη νόσο υπάρχει αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στο ΚΝΣ. Αυτό προκύπτει από τη δράση των νευροληπτικών (αντιψυχωτικών) φαρμάκων, που δρουν αποκλείοντας τους D2 υποδοχείς της ντοπαμίνης, άρα μειώνουν τη παραγωγή της ντοπαμίνης.

Γενετικοί παράγοντες

Μελέτες διδύμων και υιοθεσιών δείχνουν την αύξηση της επικράτησης της νόσου όσο αυξάνει ο βαθμός της συγγένειας με άρρωστο συγγενή (Μαδιανός, 2006)

Πληθυσμός	Επικράτηση
Γενικός Πληθυσμός	0,50-1,9%
Συγγενής α' βαθμού (αδελφός, παιδί)	10-15%
Συγγενής β' βαθμού	5-7%
Παιδί με δύο σχιζοφρενικούς γονείς	40%
Διζυγωτικός δίδυμος	11-15%
Μονοζυγωτικός δίδυμος	45-60%

1.4 Συμπτώματα

Η Σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης κ.ά.

Σκέψη

Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. π.χ. παραληρητικές ιδέες δίωξης, ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, τοποθέτησης σκέψης από άλλους. Παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου και σωματικές είναι λιγότερο συχνές .

Συχνά στη σχιζοφρένεια είναι παρούσα και διαταραχή του ειρμού της σκέψης. Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική σαλάτα.

Αντίληψη

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον

σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά .

Συναίσθημα

Συχνά στη Σχιζοφρένεια παρατηρούμε αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα . Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό (πρόσωπο ακίνητο σαν μάσκα, ανόητο γέλιο) δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι και δύσκολο να προσδιορισθεί ακριβώς.

Βούληση - Ψυχοκινητικότητα

Σχεδόν πάντα υπάρχει κάποιου βαθμού διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιακή, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα. Εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη. Συχνά παρατηρείται και η αμφιθυμία που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης.

Εκτός από την έντονη διέγερση μπορούν να εμφανισθούν κατατονικά συμπτώματα: στερεοτυπίες, ηχολαλία, ηχοπραξία, εμβροντησία.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες : σε θετικά συμπτώματα, που προέρχονται από αύξηση ή διαστρέβλωση των φυσιολογικών ψυχικών λειτουργιών π.χ παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη σκέψη, διέγερση και σε αρνητικά συμπτώματα που προέρχονται από μείωση ή απώλεια των φυσιολογικών ψυχικών λειτουργιών π.χ έλλειψη βούλησης ή πρωτοβουλίας, κοινωνική απόσυρση, απάθεια, έλλειψη ή αμβλύτητα συναισθηματικής ανταποκρισιμότητας

1.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Παρανοϊκός Τύπος

Παρατηρείται έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Δεν προεξάρχει κανένα από τα παρακάτω: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού συνήθως παραβλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί μπορεί να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές /

επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται.

Αποδιοργανωμένος Τύπος

Προεξάρχουν αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

Πρόκειται για τον τύπο της Σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός. Λείπουν οι συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες, μπορεί όμως να υπάρχουν διασπασμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση.

Κατατονικός Τύπος

Στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

- (1) κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία ή με εμβροντησία (stupor)
- (2) υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
- (3) ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία
- (4) ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς
- (5) ηχολαλία ή ηχοπραξία

Αδιαφοροποίητος Τύπος

Τύπος Σχιζοφρένειας στον οποίο δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου, ή Κατατονικού Τύπου.

Υπολειμματικός Τύπος

Ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο Σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα ή εξασθενημένα θετικά.

1.6 Πορεία - Πρόγνωση

Η νόσος μπορεί να έχει ποικίλη πορεία. Μπορεί να έχει οξεία έναρξη με πλήρη ανάρρωση, να παρουσιάζεται με επανειλημμένα οξέα επεισόδια ή ως χρόνια νόσος με επαναλαμβανόμενα οξέα επεισόδια (υποτροπές).

Υποτροπές θεωρούνται η επανεμφάνιση και η επιδείνωση των ενεργών ψυχωσικών συμπτωμάτων. Τα ποσοστά υποτροπών κυμαίνονται μέσα στα δύο χρόνια στο 40% των περιπτώσεων με φαρμακευτική αγωγή και στο 80% χωρίς αγωγή.

Το 16% των αρρώστων αναρρώνει πλήρως, το 32% εμφανίζει πολλαπλά επεισόδια, το 43% εμφανίζει προοδευτική έκπτωση, ενώ το 9% περιπύπτει με σταθερή χρονιότητα.

Σχετικά με την εξέλιξη της πορείας της νόσου και την επανένταξη στην κοινότητα, από διεθνείς έρευνες διαπιστώθηκε ότι η βελτίωση των αρρώστων είναι από 10-46% και η ανάρρωση από 7-45%. Έτσι καταρρίπτεται ο μύθος ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη νόσος. Επίσης αποδεικνύεται ότι αν ο άρρωστος αποφύγει τον εγκλεισμό του στο ψυχιατρείο και συμμετέχει σε ειδικά αποκαταστασιακά προγράμματα, τότε μειώνονται οι πιθανότητες υποτροπών και αυξάνεται η κοινοτική του λειτουργικότητα. (Kaplan, 2007; Μαδιανός, 2006).

1.7 Θεραπεία

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένεια του, το γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή (ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές κ.ά.)

Κατά καιρούς, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι βρήκαν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Καμιά, όμως, δεν αποδείχτηκε αποτελεσματική, γι' αυτό η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Έτσι, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα περιγραφεί κάτω από δύο μεγάλες διαστάσεις: σωματικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Προσεκτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα που συνθέτουν τις δύο διαστάσεις μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη χαμένη τους λειτουργικότητα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών σημαίνει μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στη ζωή τους.

Σωματικές θεραπείες

Αντιψυχωτικά φάρμακα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητα τους να καταστέλλουν την ψυχωτική

διέγερση, όσο και με τη δυνατότητα τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα. Αν και δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστια, μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, την αποδιοργάνωση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, δηλ. τα θετικά συμπτώματα. Με εξαίρεση, ίσως, κάποια νεότερα αντιψυχωτικά, δεν μπορούν, όμως, να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) την απομόνωση, την αβουλία δηλ. τα αρνητικά συμπτώματα. Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο, ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες.

Λόγω των παρενεργειών τους (εξωπυραμιδικές, αντιχολινεργικές και καταστολή) χρησιμοποιείται η μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό (με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων αφενός και τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες αφετέρου). (Μάνος, 1997)

Άλλα φάρμακα Χρησιμοποιούνται ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες), σταθεροποιητές του συναισθήματος και αντικαταθλιπτικά αν συνυπάρχει καταθλιπτική διάθεση.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση /έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του Κατατονικού Τύπου Σχιζοφρένειας . (Μάνος, 1997)

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, ν' αγαπά /ερωτεύεται, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι, πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους - στην κοινότητα - είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο.

Έτσι, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές.

Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η συμπεριφορική θεραπεία, η εργοθεραπεία κ.ά. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία, η ατομική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. (Μάνος, 1997)

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ -ΣΤΟΧΟΙ

Το παλαιό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης είχε δημιουργηθεί άναρχα, αυθαίρετα και χωρίς μακρόπνοο κεντρικό προγραμματισμό. Οι ιδιαιτερότητες των ψυχικών νοσημάτων, δεν αντιμετωπίζονταν με σεβασμό, οι λανθασμένες στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς είχαν υιοθετηθεί από όλους, ενώ η βιαστική υιοθέτηση μη καταξιωμένων θεραπευτικών προτύπων είχε καταστήσει το ψυχιατρικό σύστημα ένα πρόγραμμα άστοχης συσσώρευσης ανθρώπων, καταδικασμένων ισobίως στην απομόνωση, την περιθωριοποίηση και τον στιγματισμό. Τα "κολαστήρια ψυχών" ταλάνισαν πληθώρα αρρώστων έως την εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Από το 1985 και βάσει του Κανονισμού 815/84 του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων άρχισε ένας μετασχηματισμός στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών τόσο από μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και από μέρους της Πολιτείας. Οι νέες αυτές συμβατικές δεσμεύσεις περιλαμβάνουν:

την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών, την κοινωνική τους επανένταξη και την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

την αντικατάσταση των παραδοσιακών Ψυχιατρικών Μονάδων από ένα αποκεντρωμένο κοινοτικό δίκτυο μικρότερων οργανωμένων δομών φροντίδας χρόνιων ψυχικά ασθενών, με κύριο γνώμονα την κατά το δυνατό λειτουργική τους αποκατάσταση

την αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης στα παραδοσιακά ψυχιατρεία

την κατάρτιση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε νέες μεθόδους και πρότυπα περίθαλψης.

Η παλιά άποψη της μακράς ή ασυλικής νοσηλείας με την τυπική εικόνα των αποσυρμένων και παλινδρομημένων - ιδρυματοποιημένων - ασθενών έχει προοδευτικά αντικατασταθεί στις περισσότερες χώρες από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα, από προσπάθειες δηλαδή αποϊδρυματοποίησης.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία προς τις κοινοτικές υπηρεσίες, που θα είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας.

Έτσι, η ιδρυματική πρόνοια δίνει τη θέση της στην κοινοτική φροντίδα, κάποια από τα χαρακτηριστικά της οποίας είναι:

- υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον,
- κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές μέσα στην κοινότητα με δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση,
- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία,

- περίθαλψη σε Γενικά Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών

Οι προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του ΠΟΥ, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά μεταρρύθμισης του συστήματος. Όταν μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας υποστηρίζοντας το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Με τις δομές αυτές στην κοινότητα εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη. (Μαδιανός, 2005)

2.2 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα των ασθενών και των οικογενειών τους. Η φιλοσοφία της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης βασίζεται στο: δικαίωμα στη γνώση, ότι η γνώση είναι δύναμη, ότι η ψυχική νόσος έχει επιπτώσεις στο άτομο και την οικογένεια και πως ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ μεγάλος.

Δίνεται έμφαση στο ρόλο των συγγενών γιατί η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα όταν οι συγγενείς και η οικογένεια γενικά συμμετέχουν στη θεραπεία. Οι συγγενείς πρέπει να θεωρούνται ως «σύμμαχοι» στη θεραπεία και μπορούν να συμβάλλουν θετικά:

- στη μείωση του στρες και επομένως στη μείωση των υποτροπών
- στην τήρηση του προγράμματος θεραπείας
- στη λήψη των φαρμάκων
- στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- στην έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων σημείων της υποτροπής
- στην αντιμετώπιση της κρίσης

Η ενημέρωση για την ψυχική νόσο, η εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων και η υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού, είναι οι βασικοί στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης.

Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της βασικής θεραπείας για τη σχιζοφρένεια (Guidelines for Treatment of Schizophrenia: American Psychiatric

Association; 2004, German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology, 2006).

Με την ψυχοεκπαίδευση και την υποστήριξη του ρόλου της οικογένειας πετυχαίνεται να διευκολυνθεί η κατανόηση της νόσου, να επιτευχθεί συνεργασία στη λήψη των φαρμάκων και στη γενικότερη θεραπεία, να επιτευχθεί η αυτο-αντιμετώπιση, να διορθωθούν οι παρανοήσεις, να αναπτυχθεί θεραπευτική συμμαχία

Συνοδεύονται από μεγαλύτερα επίπεδα «συμμόρφωσης» στη θεραπεία, χαμηλότερα επίπεδα υποτροπών, βελτίωση στο επίπεδο ψυχοπαθολογίας των ασθενών καθώς επίσης και στο φορτίο των συγγενών. (Baum et als, 2006; Magliano et als, 2005; Dixon et als, 2000)

3. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

3.1 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Μία από τις πλέον διαδεδομένες αντιλήψεις σε όλες τις κοινωνίες των ανθρώπων είναι η στενή σχέση μεταξύ εγκλήματος και ψυχικής διαταραχής. Στη βιβλιογραφία, όπως θα αναλύσουμε παρακάτω, υπάρχουν πολλές ερευνητικές μελέτες που μπορεί να υποστηρίξουν κάθε βασική υπόθεση συσχέτισης ψύχωσης και βίας.

Έρευνες που έγιναν πριν τη δεκαετία του '60 δείχνουν μια σχετικά χαμηλή εγκληματικότητα μεταξύ των ψυχωτικών και μάλιστα πολλές φορές μικρότερη του γενικού πληθυσμού. Σε αντίθεση νεώτερες έρευνες φανερώνουν μια αύξηση των σοβαρών εγκλημάτων βίας, που διαπράττονται ιδίως από τους σχιζοφρενείς ασθενείς διότι:.

- ❖ Παραμένουν στην κοινότητα για μεγαλύτερο χρόνο.
- ❖ Η αυξημένη ετοιμότητα του συστήματος υγείας και του συγγενικού περιβάλλοντος του αρρώστου να διακρίνουν την επικινδυνότητα (Αλεβιζόπουλος, 1998)
- ❖ Εξαιτίας της ιδιομορφίας της συμπεριφοράς τους, η πιθανότητα ανακάλυψης των ψυχοπαθών δραστών είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα ανακάλυψης των υπόλοιπων δραστών. Συνεπώς μπορεί το ποσοστό των ψυχοπαθών να είναι μεγαλύτερο μεταξύ των συλλαμβανομένων. (Templin, 1985)
- ❖ Τα εγκλήματα τα οποία διαπράττονται από σχιζοφρενείς διαλευκαίνονται σχεδόν στο σύνολό τους, αποτελώντας έτσι ένα σημαντικό παράγοντα πλασματικής αυξημένης εκπροσώπησης των

σχιζοφρενών μεταξύ του γενικού αριθμού των δραστών. (Αλεβιζόπουλος, 1998)

- ❖ Επίσης κατά το παρελθόν οι ψυχιατρικοί ασθενείς ήταν έγκλειστοι σε ψυχιατρικά τμήματα με υψίστη ασφάλεια και υπερπροβλέψιμοι. (Hamilton, 1982)
- ❖ Τέλος ένας άλλος παράγοντας αποτελεί η αύξηση της χρήσης κοκαΐνης και άλλων απαγορευμένων ουσιών τις τελευταίες δεκαετίες. (Αλεβιζόπουλος, 1998)

Οι αναλογίες των βίαιων ψυχιατρικών περιπτώσεων μεταβάλλονται ανάλογα με τη χώρα όπου διεξάγεται η μελέτη. Έτσι σε μία χώρα όπως είναι οι ΗΠΑ όπου η βία είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο, τα ποσοστά βίαιων πράξεων που διαπράττονται από ψυχικά διαταραγμένα άτομα είναι συγκριτικά χαμηλά, όχι περισσότερο από 5%. Ενώ αντίθετα σε χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία όπου η επίπτωση της βίας είναι χαμηλή, τα ποσοστά βίαιων πράξεων που οφείλονται σε ψυχική νόσο ανευρίσκονται ιδιαίτερα αυξημένα. (Walsh et als, 2001)

Τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα, τα οποία είναι παράλληλα και δράστες κάποιου σχετικά σοβαρού εγκλήματος δεν υπερβαίνουν το 4-6% του συνόλου των ψυχιατρικών ασθενών που αντιμετωπίζονται από ψυχιατρικές νοσηλευτικές μονάδες είτε είναι νοσοκομεία είτε είναι ψυχιατρεία φυλακών. (Αλεβιζόπουλος, 1998)

Ο πιο αυξημένος κίνδυνος βιαιότητας στους σχιζοφρενικούς ασθενείς, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ψυχιατρική διάγνωση, σημειώθηκε σε έρευνες των (Eronen et als, 1996; Hodgins et als, 1996; Wesselly et als, 1994)

Η βία στους ψυχωτικούς ασθενείς πριν την εισαγωγή τους σε ψυχιατρικές κλινικές κυμαίνεται από 9.9% σε 22% (Mitchell, 1999)

Οι ψυχωτικοί παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν ένα έγκλημα βίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό αν και αυτό είναι συνήθως ελάσσονος σοβαρότητας. (Αλεβιζόπουλος, 1998)

Η κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, είτε ως αυτόνομη ψυχιατρική διαταραχή είτε ως συνυπάρχουσα διαταραχή με κάποια άλλη ψυχική νόσο, αυξάνει σημαντικά την επίπτωση της βίας και της εγκληματικότητας στο πληθυσμό των ψυχικά ασθενών. (Rasmussen et als, 2002; Tardiff et als, 1997; Adler, 1995)

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε δείγμα 21 δολοφόνων που είχαν διαπράξει επαναλαμβανόμενους φόνους έδειξε ότι η πλειοψηφία έπασχαν από διαταραχή της προσωπικότητας. Αρκετοί ήταν εξαρτημένοι από αλκοόλ ή ουσίες και το 10 % έπασχε από σχιζοφρένεια. (Adler, 1995).

Παρομοίως, περίπου 8% όσων έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία στο Ηνωμένο Βασίλειο (περίπου 40 άτομα κάθε χρόνο) είχαν κάποια επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το προηγούμενο έτος. Στις περισσότερες περιπτώσεις επρόκειτο για κάποια διαταραχή προσωπικότητας ή για κατάχρηση ουσιών, ενώ οι περιπτώσεις που αφορούσαν άτομα με πρωταρχική διαταραχή αυτής της σχιζοφρένειας ήταν λιγότερες από 10 το χρόνο. (Geddes, 1999)

Μελέτη της βίας στην κοινότητα κατέληξε στα εξής ενδιαφέροντα συμπεράσματα, όσο αφορά την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα : (Steadman et als, 1998)

- ❖ Άτομα με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή χωρίς διάγνωση από χρήση ουσιών εκδηλώνουν μικρότερη βία από αυτά που έχουν και τις δύο διαγνώσεις.
- ❖ Ψυχικά πάσχοντες και ο γενικός πληθυσμός χωρίς διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες έχουν τα ίδια ποσοστά εκδήλωσης βίας.
- ❖ Η επίπτωση της βίας μεταξύ των ανθρώπων που έχουν συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής από χρήσης ουσιών είτε πρόκειται για το γενικό πληθυσμό είτε για ψυχικά πάσχοντες είναι υψηλότερη. Τα άτομα που έχουν πάρει εξιτήριο από ψυχιατρική κλινική είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής από χρήση ουσιών από ότι ο γενικός πληθυσμός. Τα ψυχικά πάσχοντα παρουσιάζουν δηλαδή συχνότερα διπλή διάγνωση.

Σε μία ανασκόπηση άρθρων αναφορικά με τη βία και τη σχιζοφρένεια που έγινε το 2001, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αναλογία της βίας στην κοινότητα που αποδίδεται στη σχιζοφρένεια είναι μικρή και συγκεκριμένα κάτω από 10%. (Walsh et als, 2001)

Στις υπό ανάπτυξη χώρες η επιθετική συμπεριφορά είναι πιο συχνή από τις αναπτυγμένες πιθανόν διότι η πρώιμη θεραπευτική αντιμετώπιση με νευροληπτικά φάρμακα, που γίνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, να επηρεάζει τη συνολική πορεία και εξέλιξη της νόσου. Από την άλλη πλευρά πάλι τα περισσότερα αναπτυγμένα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να είναι αυτά που λειτουργούν ανασταλτικά στην εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς. Αναμφίβολα η καλύτερη περιθαλψη συνεπάγεται λιγότερη βία. (Αλεβιζόπουλος, 1998)

Κατά καιρούς η οξεία ψυχωτική συμπτωματολογία έχει θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Από όλα τα συμπτώματα της ψύχωσης οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις έχουν ενοχοποιηθεί περισσότερο για τη βία των ψυχωτικών. Τα προϋπάρχοντα στοιχεία της προσωπικότητας παίζουν ρόλο άλλοτε ανασταλτικό και άλλοτε ευοδωτικό στην εκδήλωση της βιαιότητας. (Swanson, 1997; Swanson et als, 1994)

Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε βίαιες εξάρσεις είτε με το να κάνουν το άτομο να πιστεύει ότι οι άλλοι θέλουν να τον βλάψουν (Link et als, 1998) ή γιατί νιώθουν ντροπιασμένοι και τρομαγμένοι από τρίτους . (Wessely et als, 1993)

Οι παραληρητικές ιδέες είναι η κινητήρια δύναμη προς τη βία. Ο συνδυασμός όμως των παραληρητικών ιδεών με τις ψευδαισθήσεις έχει σαφώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην έξαρση της βίας, ενώ βρέθηκε ότι οι ψευδαισθήσεις από μόνες τους ελάχιστα σχετίζονται με το έγκλημα. (Taylor, 1998; Wessely et als, 1993)

Η συντριπτική πλειοψηφία (86%) των βίαιων πράξεων που διαπράττονται από τους ψυχιατρικούς ασθενείς λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο οικογένειας και φιλικών υποστηρικτικών δικτύων. Μάλιστα στα άτομα του γενικού πληθυσμού παρατηρήθηκε μεγαλύτερη πιθανότητα ο στόχος της επιθετικότητας τους να είναι άγνωστα γι' αυτούς άτομα (22%), ενώ στο πληθυσμό των ψυχιατρικών αρρώστων το ποσοστό ήταν 11%. (Estroff et als, 1994)

Σε ψυχιατρική κλινική της Virginia οι ασθενείς που αρνήθηκαν τη θεραπεία ήταν πιο βίαιοι, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να μπουν σε απομόνωση και περιορισμό και νοσηλεύονταν για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Kasper et als, 1997) Άλλοι ερευνητές συμπέραναν ότι η θεραπεία είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό θέμα για την δημόσια ασφάλεια (Taylor et als, 1998)

Μελετήθηκαν ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο που ζούσαν στην κοινότητα, γι' αυτούς που ήταν συμμορφωμένοι στην προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή και ακολουθούσαν ένα πρόγραμμα τακτικών κλινικών επισκέψεων, η πιθανότητα οποιασδήποτε βίαιης συμπεριφοράς είχε μειωθεί στο μισό, συγκεκριμένα από 47% στο 24%. (Swartz et als, 2000)

Στην πραγματικότητα, το ποσοστό των εγκλημάτων βίας που έχουν διαπραχθεί από άτομα με ψυχική διαταραχή δεν απέχει αισθητά από αυτό που αποδίδεται στο γενικό πληθυσμό (Stuart et als, 2001; Monahan, 1997; Eronen et als, 1996) και ότι η πλειοψηφία των πράξεων βίας που διαπράττονται από ψυχικά ασθενείς εντοπίζονται σε περιπτώσεις ελλιπούς θεραπευτικής αντιμετώπισης (Walsh et als, 2002; Swanson, 1997) ενώ η αποτελεσματική θεραπεία μειώνει την επιθετική και σεξουαλική συμπεριφορά (Economidou et als, 2005)

Ας συνοψίσουμε όλες τις παραπάνω αναφορές:

- ❖ Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δε χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.
- ❖ Τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.
- ❖ Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.
- ❖ Οι παράγοντες που θεωρείται ότι ενισχύουν τη χρήση βίας τόσο στον υγιή πληθυσμό όσο και στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι η κοινωνική απόρριψη και η απομόνωση και η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ.
- ❖ Οι παραληρητικές ιδέες, που το περιεχόμενό τους είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενή, αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.

Συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.

- ❖ Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος.
- ❖ Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής καθώς και η ψυχοκοινωνική στήριξη.

Συμπερασματικά, τα περισσότερα βίαια εγκλήματα δεν γίνονται από ασθενείς με σχιζοφρένεια, και ότι οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια ουδέποτε εγκληματούν.

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (Μ.Μ.Ε)

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της δυτικής κουλτούρας, με την «πανταχού παρουσία» τους να διέπει τη σύγχρονη καθημερινότητα και να καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική ζωή και αλληλεπίδραση.

Τα ΜΜΕ, στην ιδεατή μορφή τους, καλούνται να προσφέρουν δίκαιη και αξιόπιστη ενημέρωση σε δημόσια ζητήματα, να παρέχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε διάφορες «φωνές» της κοινωνίας που επιθυμούν να εκφραστούν μέσω αυτών και να διευκολύνουν κατ' αυτόν τον τρόπο τους πολίτες να συμμετέχουν στη δημόσια σφαίρα. (McQuail ,2003)

Τα ΜΜΕ έχουν πολύ εύστοχα χαρακτηριστεί ως καθρέφτης της κοινωνίας. αλλά ένας καθρέφτης πολύ συχνά παραμορφωτικός. Η ανάγκη εμπορικότητας των ειδήσεων επιβάλλει η επιλογή και παρουσίαση των θεμάτων να γίνεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να προβάλλονται η ακρότητα και η υπερβολή (Luhman, 2000). Κατασκευάζουν στις προσλήψεις του δέκτη μία επίφαση πραγματικότητας, συχνά δραματοποιημένη ή αποσπασματική και συνεπώς διαστρεβλωμένη (Bennett, 1999).

Επιδρούν στις συνειδήσεις του κοινού κατευθύνοντάς το στην υιοθέτηση συγκεκριμένων πεποιθήσεων, οι οποίες επηρεάζουν τις μελλοντικές συμπεριφορές και δράσεις του.

4.2 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΣΤΑ ΜΜΕ

4.2.1 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΒΙΑ - ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ψυχική ασθένεια, ιδίως στις σοβαρές μορφές της, είναι ένα θέμα με το οποίο ένα μικρό μόνο μέρος του πληθυσμού έρχεται σε άμεση και συχνή επαφή. Επομένως, ο αντίκτυπος που έχουν τα ΜΜΕ στη διαμόρφωση της κοινωνικής εικόνας της και, κατά συνέπεια, στις στάσεις που υιοθετούνται απέναντι στους ασθενείς είναι καθοριστικός.

Κατά γενική ομολογία, τα ΜΜΕ αποτελούν την πρωταρχική πηγή από την οποία ο μέσος πολίτης παίρνει πληροφορίες για το θέμα (Wahl, 2003; Coverdale et al., 2002; Wahl, 1996)

Η ακρότητα, η υπερβολή, η ένταση και οι συγκρούσεις είναι τα προαπαιτούμενα που καθιστούν ένα θέμα δημοσιογραφικά ενδιαφέρον, ενεργοποιώντας την άμεση συναισθηματική εμπλοκή του κοινού (Wahl, 1996). Ως εκ τούτου, βίαια ή ακραία περιστατικά, που συνδέουν την ψυχική ασθένεια είτε με την επικινδυνότητα και το έγκλημα, είτε με τη θυματοποίηση του ψυχικά ασθενή, είναι αυτά που αποτελούν είδηση, με σκοπό πάντα τη συγκινησιακή διέγερση του κοινού.

Η τηλεόραση έχει αναμφισβήτητα κρίσιμη επίδραση ως προς είδος και τα χαρακτηριστικά των αναπαραστάσεων της ψυχικής ασθένειας που υιοθετούνται από το κοινό και βρέθηκε να είναι η κατ' εξοχήν πηγή πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού για το θέμα. (Economou et al., 2009)

Παρά τις εκστρατείες ευαισθητοποίησης, τόσο της κοινής γνώμης, όσο και των επαγγελματιών των ΜΜΕ (Sartorius et al., 2005), η στερεοτυπική και ως εκ τούτου στιγματιστική απεικόνιση των ψυχικών διαταραχών συνεχίζει να αποτελεί βασικό στοιχείο των αναπαραστάσεων που επικοινωνούνται από τα μέσα.

Η απεικόνιση του σχιζοφρενή ως βίαιου, απρόβλεπτου, επικίνδυνου και εν δυνάμει εγκληματία, κυρίως λόγω της σοβαρότητας της διαταραχής και του «σκοτεινού» χαρακτήρα που της αποδίδεται, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα «δημοφιλής» στο χώρο. (Corrigan et al., 2005; Levin, 2005; Magli et al., 2004; Wahl, 2003; Coverdale et al., 2002; Cutcliffe et al., 2001; Wahl, 1996; Wahl, 1992) Το ίδιο επιβεβαιώνεται και στην Ελλάδα (Economou et al., 2009). Στην καλύτερη περίπτωση απεικονίζονται ως αντικείμενα χλευασμού (Barnes, 1993).

Τα τελευταία χρόνια, η δραστηριοποίηση ομάδων υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, “Stigma-busters” (“Κυνηγοί Στίγματος”), έχει ασκήσει πιέσεις στους επαγγελματίες των μέσων, συμβάλλοντας έτσι σταδιακά στη μείωση της συχνότητας των αναφορών στην βία και επικινδυνότητα και, σε κάποιο βαθμό, στη μετατόπιση του κέντρου βάρους του δημοσιογραφικού ενδιαφέροντος από το έγκλημα στις αιτίες της ψυχικής διαταραχής και την αντιμετώπισή της (Arboleda Florez et al., 2008)

Τα ευρήματα πρόσφατων σχετικά ερευνών επισημαίνουν ότι, αν και ο αριθμός των καταφανών στιγματιστικών απεικονίσεων της ψυχικής ασθένειας έχει μειωθεί σε σχέση με παλαιότερες καταγραφές, η βία και η επικινδυνότητα συνεχίζουν να αποτελούν το πιο συχνό πλαίσιο παρουσίας της στα ΜΜΕ (Philo, 1996; Corrigan et al., 2005; Levin, 2005)

Το γεγονός ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με τη βία και την επικινδυνότητα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της δημοσιογραφικής κάλυψης εγκληματικών πράξεων έχει ως αποτέλεσμα η ακραία βία να αντιμετωπίζεται ως προϊόν ψυχικής ασθένειας και η εικόνα του ψυχικά ασθενή να παραπέμπει κατ' εξοχήν σε σοβαρά εγκλήματα (Coverdale et als, 2002; Cutcliffe et als, 2001)

4.2.2 ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΜΕ

Ακόμα και όταν η δημοσιογραφική προσέγγιση του θέματος δεν πραγματοποιείται στο πλαίσιο της βίας και της επικινδυνότητας, η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται στα ΜΜΕ σχεδόν πάντα με έμφαση σε άλλες αρνητικές και εξίσου στερεοτυπικές πτυχές της.

Οι αναπαραγόμενες εικόνες του ψυχικά ασθενή επικεντρώνονται στη δυσλειτουργικότητά του, την ανικανότητα να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ζωής, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, την εξαθλίωση στην οποία μπορεί να οδηγήσει η ασθένεια, την ευαλωτότητά του, που τον καθιστά επιρρεπή στη θυματοποίηση, ή τις συχνά άθλιες συνθήκες εγκλεισμού του (Levin, 2005; Wahl, 2003)

Η ανθρώπινη δυστυχία επίσης αποτελεί είδηση, «πουλάει». Η εικόνα του «τρελού» δίνεται με τρόπο που, όταν δεν προκαλεί το φόβο και την απέχθεια, προκαλεί τη λύπηση, τον οίκτο της κοινής γνώμης, ενισχύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τον «προστατευτισμό» και τις πατερναλιστικές τάσεις της κοινωνίας απέναντί τους.

Πολύ λίγα δημοσιεύματα επικεντρώνονται σε πιο θετικές παραμέτρους της ασθένειας, που θα μπορούσαν να αναδείξουν ελπιδοφόρες διαστάσεις του θέματος. Η βελτίωση των συνθηκών ζωής των χρόνιων ασθενών και οι δυνατότητες ένταξής τους με τη δημιουργία ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, η πρόοδος στον τομέα της φαρμακοθεραπευτικής αντιμετώπισης, τα επιτεύγματα ατόμων που κατάφεραν να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους και να διακριθούν σε διάφορους τομείς, είναι θέματα που βλέπουν το φως της δημοσιότητας με απογοητευτικά μικρή συχνότητα (Wahl, 2003; Coverdale et als, 2002)

Άλλη μια διάσταση που συστηματικά παραμελείται ως προς την παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ είναι η οπτική γωνία τόσο των ίδιων των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Σχεδόν ποτέ δεν δίνεται ο λόγος στους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι την ψυχική ασθένεια, που θα μπορούσαν να δώσουν στη δημοσιότητα το προσωπικό τους βίωμα για τη νόσο, την καθημερινότητά της, τον αγώνα για μια φυσιολογική ζωή, τις προσπάθειες, τις επιτυχίες ή τις ματαιώσεις τους (Nairn et als, 2005; Wahl et als, 2002). Ο λόγος των ασθενών δεν ακούγεται παρά σπάνια και μόνο μετά από επιστροφή στην «κανονικότητα».

Το γεγονός αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την κοινωνική διάσταση στην οποία τοποθετείται η ψυχική ασθένεια, γιατί η προσωπική οπτική γωνία των ασθενών, ανατρέποντας τα στερεότυπα, θα μπορούσε να προβάλει μια πολύ πιο θετική και κοινωνικά προσιτή εικόνα και να συνεισφέρει σημαντικά στη γεφύρωση

της κοινωνικής απόστασης που διαχωρίζει τους πάσχοντες από ψυχικά προβλήματα και το γενικό πληθυσμό (Coverdale et als, 2002).

Οι αναφορές σε επιστημονικά δεδομένα και στη γνώμη ειδικών ψυχικής υγείας, που θα συνέβαλλαν στην αναίρεση των μύθων και των στερεοτύπων, είναι μάλλον σποραδικές και περιορίζονται σε μια συγκεκριμένη μερίδα των ΜΜΕ. Απόψεις ειδικών σχετικά με την ψυχοκοινωνική διάσταση της ασθένειας και τις παρεμβάσεις στην κοινότητα θα μπορούσαν επίσης να προωθήσουν μια πιο θετική αντιμετώπιση της θέματος (Wahl, 2003).

4.2.3 Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ ΟΡΟΣ ΤΗΣ «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ»

Άλλη μια παράμετρος της αναπαράστασης της ψυχικής ασθένειας και ειδικότερα της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ που ελκύει το ερευνητικό ενδιαφέρον είναι η χρήση της ως σχήμα λόγου, με μεταφορική σημασία δηλαδή. Η μεταφορική χρήση, όχι μόνο της ψυχικής παθολογίας αλλά της ασθένειας γενικότερα, συνδέεται στενά με το στιγματισμό της. Η ασθένεια ως σχήμα λόγου, παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιείται για λόγους εκφραστικότητας, χωρίς σαφή στιγματιστική διάθεση, έχει, ωστόσο, πάντα αρνητική χροιά. (Sontag, 1978)

Η «σχιζοφρένεια» αποδίδεται ως επί το πλείστον σε καταστάσεις που, είτε σχετίζονται με παράξενη ή βίαιη συμπεριφορά, είτε (σε μεγαλύτερη συχνότητα) χαρακτηρίζονται από το στοιχείο της αντίφασης, της εσωτερικής σύγκρουσης. (Οικονόμου και συν, 2006, Duckworth et als, 2003)

Από σχετική έρευνα (Duckworth et als, 2003), στην οποία έγινε σύγκριση της συχνότητας μεταφορικής χρήσης του όρου «σχιζοφρένεια» και του όρου «καρκίνος» στον τύπο, προέκυψε ότι το 28% των δημοσιευμάτων που περιείχαν τη λέξη «σχιζοφρένεια» αναφέρονταν σε αυτή με μεταφορικό τρόπο, σε αντίθεση με τα δημοσιεύματα για τον καρκίνο, από τα οποία μόνο το 1% έκανε χρήση του όρου με μεταφορική σημασία. Η διαφορά αυτή είναι, αν μη τι άλλο, ενδεικτική της φόρτισης που προσάπτεται στον όρο «σχιζοφρένεια» στις συλλογικές αναπαράστάσεις.

Σε έρευνα στην οποία έγινε σύγκριση της κυριολεκτικής και μεταφορικής χρήσης του όρου «σχιζοφρένεια» στον ελληνικό ημερήσιο τύπο, η συχνότητα με την οποία βρέθηκε ότι απαντάται σε μεταφορικό πλαίσιο είναι, αν μη τι άλλο, εντυπωσιακή (ανέρχεται στο 73% του συνόλου των δημοσιευμάτων), πράγμα που, όπως φαίνεται, οφείλεται στην ετυμολογία της λέξης, που είναι οικεία στον ελληνικό πληθυσμό. (Οικονόμου και συν, 2005)

4.2.4 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η εικόνα που δίνει η ελληνική πραγματικότητα ως προς την παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ ακολουθεί τις διεθνείς τάσεις. Σύμφωνα με τα ευρήματα έρευνας για τις αναπαράστασεις που αναπαράγονται στον ελληνικό τύπο (Economidou et als, 2009), οι στιγματιστικές απεικονίσεις του ψυχικά ασθενή, με επικρατέστερη αυτή που τον εμφανίζει βίαιο και επικίνδυνο, είναι και στον ελληνικό χώρο αυτές που σχεδόν μονοπωλούν το δημοσιογραφικό ενδιαφέρον. Μάλιστα, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται να καταλαμβάνει με διαφορά

την πρώτη θέση ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές ως προς στην αναπαραγωγή στιγματιστικών στερεοτύπων.

Ως προς τις άλλες πιθανές προσεγγίσεις του θέματος, και εδώ παρουσιάζεται αξιοσημείωτη έλλειψη δημοσιευμάτων επικεντρωμένων σε θετικές πτυχές της ασθένειας και μικρή συμμετοχή ειδικών ψυχικής υγείας, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αναίρεση των στερεοτύπων και των μύθων που επικρατούν, ειδικά στο θέμα της βίας και της επικινδυνότητας. Ο λόγος των ίδιων των ασθενών ή των οργανώσεων που τους εκπροσωπούν επίσης απουσιάζει σε μεγάλο βαθμό.

Βασική πηγή πληροφόρησης του κοινού για το θέμα βρέθηκε να είναι η τηλεόραση (σε ποσοστό 66%), στην οποία όμως κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές, που συνδέουν τη σχιζοφρένεια με τη βίαιη ή επικίνδυνη συμπεριφορά (σε ποσοστό 74,6%). Η επίδραση των τηλεοπτικών αναπαραστάσεων στις πεποιθήσεις του κοινού διαφαίνεται από το γεγονός ότι, από τις στάσεις που καταγράφηκαν απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, που γενικά ήταν ιδιαίτερα αρνητικές, ο μεγαλύτερος βαθμός στιγματισμού εντοπίστηκε σε άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, κατοίκους αγροτικών περιοχών, έγγαμους, ανέργους, συνταξιούχους και νοικοκυρές, στις πληθυσμιακές ομάδες δηλαδή που είναι περισσότερο εκτεθειμένες στις τηλεοπτικές αναπαραστάσεις.

Εντυπωσιακό είναι επίσης το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (65,8%) ανέφερε ότι δεν είχε ακούσει ή πληροφορηθεί κάτι σχετικό με τη σχιζοφρένεια, σαν το θέμα να απουσίαζε παντελώς από τις δημόσιες συζητήσεις και το ενδιαφέρον των ΜΜΕ. Το θέμα ψυχικής υγείας – ασθένειας καταλαμβάνει πολύ μικρή έκταση στα ΜΜΕ σε σχέση με τη σοβαρότητα και τη συχνότητα του φαινομένου, πράγμα που δεν αποτελεί βέβαια ελληνική αποκλειστικότητα, αλλά σημειώνεται και από ξένους ερευνητές (Cutcliffe et al., 2001; Wahl, 1996).

Η αναφορά της ψυχικής ασθένειας και ιδιαίτερα της σχιζοφρένειας, που αφορά το 1% του πληθυσμού, στα ΜΜΕ είναι σποραδική και υπολείπεται σημαντικά σε σύγκριση με άλλες σοβαρές και χρόνιες παθήσεις, όπως ο καρκίνος ή η νόσος Alzheimer (Wahl, 1996).

Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι η σχέση μεταξύ των ήδη διαμορφωμένων αντιλήψεων και στάσεων της κοινής γνώμης με το είδος και τη χροιά των μηνυμάτων που επικοινωνούνται από τα ΜΜΕ είναι πολύπλοκη. Αυτό που φαίνεται να διαφοροποιεί την ψυχική ασθένεια στην παρουσίασή της από τα μέσα, είναι το ότι αποτελεί για την κοινή γνώμη ένα θέμα – ταμπού. Οι ήδη αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια ανατροφοδοτούνται και ενδυναμώνονται περαιτέρω από την έμφαση που δίνουν τα μέσα στις αρνητικές πτυχές του θέματος. Ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται μεταξύ κοινωνικών στάσεων και των σχετικών αναπαραστάσεων από τα ΜΜΕ δικαιολογεί την ανθεκτικότητα των μύθων και των προκαταλήψεων που επικρατούν σχετικά το θέμα. (Cutcliffe et al., 2001)

5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ – ΣΤΙΓΜΑ

5.1 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την ύπαρξη ενός φάσματος διαφορετικών κοινωνικών ταυτοτήτων και της σημασίας, της θετικής ή αρνητικής αξίας που τους αποδίδεται (Donidio, 2000). Η διαδικασία του στιγματισμού αφορμείται από την αναγνώριση της ύπαρξης ενός χαρακτηριστικού που κάνει τον κάτοχό του να ξεχωρίζει από το σύνολο και που υποδηλώνει μια απαξιωμένη κοινωνική ταυτότητα.

Αυτή η λογική αποκλεισμού του διαφορετικού πηγάζει από την άρρητη συγκρότηση ενός κοινωνικού μέσου όρου, σε σχέση με τον οποίο ορίζεται το τι θεωρείται φυσιολογικό, άρα επιθυμητό ή, έστω, ανεκτό από μια κοινωνία. Όπως αναφέρει ο Goffman «στιγματίζονταν διαταραχές που είτε ήταν ορατές είτε όχι, θεωρούνταν ανυπόληπτες και εξευτελιστικές» (Goffman, 1963)

Η έννοια του στίγματος σχετίζεται λοιπόν με τις έννοιες της παρέκκλισης και της περιθωριακότητας και τις εμπεριέχει. Ωστόσο, ένα φαινόμενο μπορεί να θεωρηθεί παρεκκλίνον ή περιθωριακό εξαιτίας χαρακτηριστικών του που ξεφεύγουν από το μέσο όρο, από το κανονικό, το σύνηθες, χωρίς αυτά να προσλαμβάνονται κατ' ανάγκη ως αρνητικά (Frable, 1993). Το στίγμα, αντίθετα, φέρει σαφώς αρνητικές αξιολογήσεις για την οντότητα στην οποία επισυνάπτεται.

Το στίγμα κατά κανόνα καθιστά το άτομο που το φέρει στόχο προκαταλήψεων, αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων που επάγουν ανάλογες συμπεριφορές, οι οποίες βασίζονται σε στερεότυπα: υπεραπλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για άτομα και ομάδες. (Corrigan et als, 2003; Corrigan et als, 2001)

Η προκατάληψη είναι μια συναισθηματική αντίδραση που αντικατροπτίζει την ετοιμότητα του κοινού να αντιδρά θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάζει αν υπάρχει δικαιολογία γι' αυτή του την συμπεριφορά.

Οι διακρίσεις είναι προκατειλημμένες συμπεριφορές που προβάλλουν ως μια αρνητική συνέπεια του στίγματος και των προκαταλήψεων. Άτομα ή ομάδες σε μια κοινωνία ενεργούν σε βάρος άλλων και τους αποστερούν από τα δικαιώματά τους ως ισότιμα μέλη αυτής της κοινωνίας π.χ η κοινωνία συχνά αρνείται σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένεια τα δικαιώματα και τα οφέλη που θα είχαν εάν δεν είχαν τη συγκεκριμένη διάγνωση. (WPA 1998)

Η διαδικασία του στιγματισμού εμπεριέχει την προκατάληψη και τη στερεοτυποποίηση, όπως και την έννοια της κοινωνικής παρέκκλισης και της περιθωριοποίησης, αλλά επεκτείνεται και πέρα από αυτές, ορίζοντας το σύνολο της ταυτότητας του ατόμου. Ο Goffman (1963) ερμηνεύει την έννοια του στίγματος ως υποβάθμιση της ίδιας της ανθρώπινης ποιότητας του στιγματιζόμενου. Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, είναι η αντανάκλαση του ιδίου του πολιτισμού μιας κοινωνίας και όχι μια ιδιότητα των ατόμων. Η ταυτότητα του ανθρώπου που φέρει το στίγμα εκλαμβάνεται ως κατά κάποιο

τρόπο «χαλασμένη», κατεστραμμένη, έτσι ώστε θεωρείται ότι αξίζει λιγότερο από τους άλλους.

Το χαρακτηριστικό που εκλαμβάνεται ως σημάδι της διαφορετικότητας, ως στίγμα, σημασιοδοτείται ως απειλή (Blascovich et als, 2000) και αυξάνει τα επίπεδα άγχους στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Η απαξίωση της ταυτότητας των ατόμων που εκλαμβάνονται ως διαφορετικά, άρα απειλητικά, η οποία εκδηλώνεται μέσω πρακτικών «ειδικής» αντιμετώπισης, όπως η συστηματική αποφυγή τους, ο διαχωρισμός από αυτά και, τελικά, η περιθωριοποίησή τους, επιτρέπει τη νοητική (αλλά και, σε ένα βαθμό, πραγματική) εξουδετέρωση αυτής της απειλής.

Το στίγμα είναι ένα παγκόσμιο και διαχρονικό φαινόμενο, παρά τις διαφορετικές μορφές και αποχρώσεις που εκλαμβάνει ανά πλαίσιο, και παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλους τους πολιτισμούς. Η οικουμενικότητα του φαινομένου υποδηλώνει ότι το στίγμα ενέχει λειτουργική αξία όχι μόνο για το άτομο ή την ομάδα που αποδίδει σε άλλους στιγματιστικούς χαρακτηρισμούς, αλλά και για την κοινωνική ζωή γενικότερα (Crocker et als, 1998).

5.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας αποτελεί μια δεύτερη νόσο, που έρχεται να προστεθεί στις ήδη αρνητικές συνθήκες που προδιαγράφει η ιατρικά προσδιορισμένη παθολογία (Schulze et als, 2003). Το στίγμα μένει ανεξίτηλο πάνω στον άνθρωπο που το φέρει, είναι ένα σημάδι που παγιώνεται εφ' όρου ζωής. Ακόμα και αν τα συμπτώματα υποχωρήσουν, ακόμα και αν ο άνθρωπος με ψυχική ασθένεια αποδείξει ότι μπορεί να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο, να εργαστεί και να έχει μια ομαλή κοινωνική ζωή, η δυσπιστία, ο φόβος, η αποφυγή, η απόρριψη και οι συμπεριφορές διακρίσεων εναντίον του τον ακολουθούν (Sartorius et als, 2005).

Ιδιαίτερα η σχιζοφρένεια φέρει το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο κάτω από το βάρος της ετυμολογίας της αλλά και λόγω της φύσης των συμπτωμάτων της. (Sartorius et als, 2005)

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια στιγματίζονται ως απρόβλεπτοι και επικίνδυνοι. (Jackowska, 2009; Angermeyer et als, 2004; Crisp et als, 2000) Στο Σάο Πάολο πιστεύουν ότι είναι επικίνδυνοι κατά 74,2% (Peluso et als, 2010)

Και εκτός από επικίνδυνοι, σχεδόν κατά 50% ότι έχουν διχασμένη προσωπικότητα (Leiderman et als, 2010) Στη ίδια έρευνα η γνώση για τη σχιζοφρένεια στο γενικό πληθυσμό ήταν μέτρια και συνδέθηκε με την ηλικία και την εκπαίδευση. Η κοινωνική απόσταση ήταν μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους. Η γνώση συσχετίστηκε αδύναμα με την κοινωνική απόσταση. Αντιλήψεις σχετικές με την επικινδυνότητα και την απρόβλεπτη συμπεριφορά, την κοινωνική δυσλειτουργικότητα, την ανικανότητα να ανταποκριθεί κανείς στις εργασιακές απαιτήσεις και στις απαιτήσεις της οικογενειακής ζωής ανακινούνται αυτόματα στον κοινό νου με το άκουσμα της λέξης «σχιζοφρένεια». (Crisp et als, 2000)

5.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Οι πρώτες απόπειρες διερεύνησης των στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε άτομα με ψυχική ασθένεια, που πραγματοποιήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1950 [Cumming & Cumming, 1957 (στο Hayward & Bright, 1997)], απέδωσαν τις ακραία στιγματιστικές πεποιθήσεις εκείνης της εποχής στην παντελή έλλειψη αντικειμενικής ενημέρωσης ως προς τη φύση, τα συμπτώματα και τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας, την οποία υποκαθιστούσε η παραπληροφόρηση και οι ευρέως διαδεδομένοι μύθοι και που επικρατούσαν.

Βαθμιαία, οι ιδιαίτερα απαξιωτικές και άκαμπτες πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια που καταγράφονται σε αυτές τις πρώτες έρευνες εμφανίζονται να υποχωρούν σε μεταγενέστερες καταγραφές (Roman et al, 1981; Betz et al, 1971), ενώ η εγγύτητα και η εξοικείωση με το φαινόμενο φαίνεται να επηρεάζει θετικά τις στάσεις του γενικού πληθυσμού.

Θετικότερες στάσεις έχουν καταγραφεί μεταξύ των νέων και των ατόμων με τα πιο υψηλά εκπαιδευτικά επίπεδα. (Adewuya et al, 2008 ;Bjorkman et al, 2008 ;Chong et al, 2007 ;Addison et al, 2004 ;Angermeyer et al, 2004)

Η επαφή με τους ψυχικά ασθενείς μπορεί να βελτιώσει τη στάση (Kohlbauer et al, 2010) Επίσης αναφέρουν μια βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια εξαιτίας της αντικειμενικής πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού σε θέματα που αφορούν τις αιτίες ή τις πραγματικές διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών και, πιο συγκεκριμένα της σχιζοφρένειας. (Thomson et al, 2002; Gaebel et al, 2002; Stuart et al, 2001)

Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τις συνθήκες που φαίνεται να επικρατούν ως προς τις δυνατότητες για κοινωνική ενσωμάτωση που παρέχονται στα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή, ως προς τις ευκαιρίες για επαγγελματική απασχόληση και στέγαση (Corrigan et al, 2005). Οι διακρίσεις σε βάρος των ψυχικά ασθενών αντανakλούν το γεγονός ότι οι στάσεις της κοινής γνώμης συνεχίζουν να είναι ιδιαίτερα αρνητικά φορτισμένες απέναντί τους, παρά τη διάχυση της επιστημονικής γνώσης σε ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού και τις συντονισμένες προσπάθειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που έχουν πραγματοποιηθεί σε πολλές χώρες (Sartorius et al, 2005). Μάλιστα, οι στιγματιστικές στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια όχι απλώς δεν υποχωρούν, αλλά συχνά ενδυναμώνονται, όπως χαρακτηριστικά υποδεικνύουν τα ευρήματα έρευνας των (Phelan et al, 2000), στην οποία παρατηρήθηκε ότι οι πιθανότητες να υιοθετηθούν στιγματιστικές στάσεις από μια ομάδα ατόμων ήταν μεγαλύτερες το 1996 από ότι το 1956!

Η διαπίστωση αυτή αντανakλά την ανθεκτικότητα των προκαταλήψεων, κυρίως στο θέμα της σύνδεσης της ψυχικής ασθένειας με τη βία και την επικινδυνότητα, την απρόβλεπτη συμπεριφορά, αλλά και τη δυσλειτουργικότητα, την ανικανότητα για εργασία και τον κοινωνικό παρασιτισμό των ατόμων με ψυχική ασθένεια (Angermeyer et al, 2006). Η αντικειμενική πληροφόρηση δεν φαίνεται να είναι επαρκής συνθήκη για τη ριζική αλλαγή των στάσεων απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Είναι αναμενόμενο σε ένα βαθμό οι συμμετέχοντες στις έρευνες να εκφράζουν στάσεις που συγκλίνουν προς αυτό που προβάλλεται ως κοινωνικά επιθυμητό, ενώ οι στάσεις και οι συμπεριφορές που θα υιοθετούσαν σε

πραγματικές συνθήκες πιθανότατα διαφέρουν (Smith, 2004). Η τάση για συμμόρφωση στο «κοινωνικά επιθυμητό» διαφαίνεται από το γεγονός ότι, παρά τις μάλλον θετικές στάσεις που καταγράφηκαν, οι συμμετέχοντες θεωρούσαν τα άτομα με σχιζοφρένεια πιο επικίνδυνα από το γενικό πληθυσμό σε ένα σημαντικό ποσοστό, που, ειδικά στην έρευνα των (Thompson et als, 2002), κυμάνθηκε από 20 έως 40%, ανάλογα με την ομάδα του δείγματος.

Επίσης, παρά τις ιδιαίτερα θετικές στάσεις που εκφράστηκαν σε συνθήκες που δεν προϋπέθεταν στενή επαφή ή συναναστροφή με άτομα με σχιζοφρένεια, η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα άτομα αυτά φάνηκε να αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση του βαθμού εγγύτητας που απαιτούνταν σε κάθε περίπτωση (Gaebel et als, 2002). Το φαινόμενο αυτό, το ονομαζόμενο “NIMBY” (“Not-In-My-Backyard” - «Όχι στη γειτονιά μου»), αναφέρεται στην τάση των ατόμων να εμφανίζουν ανεκτικές και μάλλον θετικές στάσεις απέναντι σε μειονοτικές ομάδες, όπως τα άτομα με ψυχική ασθένεια, αλλά να αποφεύγουν ή ακόμα και να αντιστέκονται έντονα στην επαφή ή τη συμβίωσή τους με μέλη τέτοιων ομάδων. Μια χαρακτηριστική περίπτωση που αποτυπώνει τη λανθάνουσα τάση για έκφραση κοινωνικά επιθυμητών στάσεων είναι οι σθεναρές αντιδράσεις που εγείρονται από τις τοπικές κοινωνίες στις προσπάθειες δημιουργίας ψυχιατρικών δομών στην κοινότητα στα πλαίσια της αποασυλοποίησης, παρά τη φαινομενική απουσία ιδιαιτέρως στιγματιστικών πεποιθήσεων για τους ψυχικά ασθενείς.

Στην Ελλάδα έγινε μια έρευνα στην περιοχή δύο μεγάλων Δήμων της Αθήνας για να δείξει την τυχόν αλλαγή των στάσεων μετά από 15 χρόνια λειτουργίας στην περιοχή, ενός Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Για το σκοπό αυτό έγινε μια μελέτη το 1979/1980 (Madianos, 1987) και επαναλήφθηκε το 1994. Αυτό που φάνηκε ήταν μια αλλαγή των στάσεων του πληθυσμού προς πιο θετική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Στη δεύτερη έρευνα οι άνθρωποι έδειξαν πιο πρόθυμοι να προσλάβουν έναν ψυχικά ασθενή ή να είναι γείτονες μ' αυτόν. Και στις δύο έρευνες οι νέοι ήταν ευνοϊκότεροι στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Στη δεύτερη φάνηκε ότι τα χαμηλής μόρφωσης άτομα ήταν πιο αυταρχικά στις ιδέες τους, ενώ όσοι είχαν επάγγελμα με μεγαλύτερο κύρος ήταν λιγότερο απορριπτικοί. Σ' αυτή την έρευνα οι γυναίκες εξέφρασαν θετικότερες απόψεις. (Madianos, 1999)

Η προκατάληψη συχνότερα προέρχεται από την άγνοια ή την απροθυμία να βρεθεί η αλήθεια. Η Καναδική Ένωση Ψυχικής Υγείας διαπίστωσε ότι οι πιο επικρατούσες παρερμηνείες για τη ψυχική ασθένεια περιέλαβαν ότι οι ψυχικά ασθενείς ήταν επικίνδυνοι και βίαιοι (88%), ότι είχαν χαμηλό IQ (40%), ότι δεν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν, να κρατήσουν μια εργασία (32%), ήταν αδύνατοι ή οκνηροί (24%), ήταν απρόβλεπτοι (20%). (Canadian Mental Health Association, 1994)

Μερικοί από αυτούς τους μύθους εμφανίζονται επίσης σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκαν στο Κάλγκαρι, Αλμπέρτα, του Καναδά, κατά τη διάρκεια της πειραματικής μελέτης για το πρόγραμμα «Open the Doors» της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Ένωσης «World Psychiatric Association» (WPA). Σε αυτήν την μελέτη, διαπιστώθηκε θεώρησαν ότι τα πρόσωπα με τη σχιζοφρένεια δεν θα μπορούσαν να εργαστούν στις κανονικές εργασίες (72%), είχαν μια διχασμένη

προσωπικότητα (47%), ή ήταν επικίνδυνα στο κοινό λόγω της βίαιας συμπεριφοράς (14%). (Stuart et als, 2001)

Στην Αφρική, οι απόψεις για τη ψυχική ασθένεια επηρεάζονται έντονα από την παραδοσιακή πίστη στις υπερφυσικές αιτίες και τις θεραπείες. Ακόμη και οι φορείς χάραξης πολιτικής υποστηρίζουν συχνά την άποψη ότι η διανοητική ασθένεια είναι συχνά αθεράπευτη. (Gureje et als, 2000) Κατά συνέπεια, τα υψηλά επίπεδα της γνώσης θα μπορούσαν να συνυπάρξουν με τα υψηλά επίπεδα της προκατάληψης και των αρνητικών στερεοτύπων.

Εδώ και μερικά χρόνια, ο περιορισμός του στίγματος άρχισε να απασχολεί σοβαρά τις οργανώσεις υγείας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, με βασικές στρατηγικές του προγράμματός τους: 1. Κινηγοί στίγματος 2. Εκπαίδευση – ευαισθητοποίηση 3. Επαφή 4. Πολιτικός σχεδιασμός (Arboleda Florez, J. et als, 2008)

Στα πλαίσια της διεθνούς αυτής εκστρατείας της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (WPA) και του προγράμματος «Open the Doors», για την καταπολέμηση του στίγματος, διεξήχθη και στην Ελλάδα έρευνα με σκοπό την αποτύπωση των στάσεων που επικρατούν στην ελληνική κοινωνική πραγματικότητα απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια (Economou et als, 2005).

Τα ευρήματα της έρευνας, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο περίπου ερωτηματολόγιο με αυτό που χορηγήθηκε από τους Stuart & Arboleda – Florez (2001) στον Καναδά και από τον Gaebel και του συνεργάτες του (2002) στη Γερμανία. Το πιο χαρακτηριστικό εύρημα της έρευνας ήταν ο μεγάλος βαθμός επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από τα άτομα με σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα σε σύγκριση με το καναδικό και το γερμανικό δείγμα. Οι στάσεις της κοινής γνώμης, μάλιστα, εμφανίστηκαν ιδιαίτερα πολωμένες στο ευαίσθητο θέμα της εγκατάστασης δομών για ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα: Αν και καταγράφηκαν θετικές στάσεις σε σημαντικό ποσοστό (51,8%), οι αρνητικές στάσεις που επίσης σημειώθηκαν (20,2%) συνοδεύονταν από την πρόθεση των ερωτωμένων να αντιταχθούν ενεργά στην δημιουργία ψυχιατρικών δομών στην κοινότητα. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι τα δεδομένα αυτά καταδεικνύουν την ύπαρξη του φαινομένου “NIMBY” (“Not-In-My-Backyard”), το οποίο δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό την ουσιαστική ενσωμάτωση των ατόμων με σχιζοφρένεια στην κοινότητα και την ουσιαστική επίτευξη των στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Άλλη έρευνα σε περιοχή της Ελλάδας μελετά την επίπτωση κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων στις απόψεις περί των ψυχικών νόσων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες της κοινωνικής διάκρισης, του κοινωνικού περιορισμού και της αιτιολογίας επηρεάζονται αρνητικά από τη μεταβλητή της εκπαίδευσης και θετικά από τις μεταβλητές του τόπου διαμονής και της ηλικίας. Ο παράγοντας της κοινωνικής ενσωμάτωσης επηρεάζεται αρνητικά από τη μεταβλητή της εκπαίδευσης και θετικά από τις μεταβλητές του τόπου διαμονής και του αριθμού των μελών της οικογένειας, ενώ ο παράγοντας της κοινωνικής φροντίδας δεν επηρεάζεται από καμία κοινωνικό-δημογραφική μεταβλητή. (Μουζάς και συν, 2008)

5.4 Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και οι οικογένειές τους όχι σπάνια έχουν δοκιμάσει την κοινωνική απόσταση, τον αποκλεισμό και την απόρριψη, όχι μόνο από το ευρύ κοινό αλλά και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Jackowska, 2009)

Οι στιγματισμένες στάσεις λοιπόν δεν είναι σπάνιες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας (Adewuya, 2007; Schulze, 2007; Thornicroft et al., 2007; Jorm et al., 1999)

Ο Sartorius υπογράμμισε ότι οι ψυχίατροι πρέπει να αναθεωρήσουν τη συμπεριφορά τους προκειμένου να πειστούν οι άλλοι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια διατηρούν πολλές από τις ικανότητές τους. Η τοποθέτηση των ψυχιάτρων διαδραματίζει έναν βασικό ρόλο δεδομένου ότι έχει επιπτώσεις επίσης στα άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας, των κατοίκων ή και των σπουδαστών που έχουν την ευθύνη της εκπαίδευσης. (Santorius, 2002)

Υπάρχουν πολλές μελέτες που εξετάζουν τις τοποθετήσεις των ψυχιάτρων. Αν και υπάρχουν δύο μελέτες που ανέφεραν ότι η τοποθέτηση των ψυχιάτρων ήταν σημαντικά πιο θετική από αυτή του γενικού πληθυσμού, (Kingdon et al., 2004; Lauber et al., 2004), η πλειοψηφία των μελετών έδειξε ότι οι ψυχίατροι είχαν τις πιο αρνητικές τοποθετήσεις έναντι αυτής του κοινού (Kua et al., 2000; Jorm et al., 1999)

Μερικές αρνητικές τοποθετήσεις σχετικά με την κοινωνική απόσταση αναφέρθηκαν σε έρευνα: 77% των ψυχιάτρων ανέφερε ότι δεν θα συμμετείχαν σε μια συνομιλία με σχιζοφρενή και 56% δεν θέλουν να ζήσουν σε έναν σπίτι με κάποιον σχιζοφρενή. Εντούτοις, 79% ανέφερε ότι θα είχαν φίλια μαζί του. (Lopez-Ibor et al., 2005)

Ο Lauber μελετώντας πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στιγματίζουν τους ασθενείς τους, αναφέρει ότι θετικές περιγραφές είχαν οι λιγότεροι και συγκρίνοντάς τους με τον γενικό Ελβετικό πληθυσμό, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν περισσότερα θετικά στερεότυπα ή λιγότερα αρνητικά. Τα στερεότυπα επηρεάζονται περισσότερο από το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και λιγότερο από το φύλο και από την ηλικία. (Lauber et al., 2006)

Σχετικά με την πιθανότητα της βίας ή την επιθυμία για την κοινωνική απόσταση δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ψυχιάτρων, των ασθενών με σχιζοφρένεια, των συγγενών και του γενικού πληθυσμού. Οι ασθενείς έτειναν να έχουν τις πιο αρνητικές απόψεις της ασθένειας. (Van Dorn et al., 2005)

Οι ψυχίατροι είχαν πιο αρνητικά στερεότυπα από τους ψυχολόγους, τους νοσηλευτές και το γενικό πληθυσμό. Είχαν τη μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση προς τη σχιζοφρένεια απ' ό, τι προς την κατάθλιψη, αλλά τα αποτελέσματα κοινωνικής απόστασης των ψυχιάτρων και για τις δύο ασθένειες δεν διέφεραν από του γενικού πληθυσμού. (Nordt et al., 2006)

Αν και ο ρόλος των ιατρών παθολόγων στο υγειονομικό σύστημα μπορεί να ποικίλει διεθνώς, έχουν έναν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία των ασθενών με διάγνωση σχιζοφρένεια καθώς επίσης και στα πρώτα στάδια της ψύχωσης. Αυτός ο ρόλος είναι κρίσιμότερος στις χώρες όπου ο αριθμός ψυχιάτρων είναι ανεπαρκής.

Οι ιατροί παθολόγοι στην Ελβετία συμμετέχουν στη θεραπεία 25% περίπου των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια και πιστεύουν ότι η γνώση τους για τα συμπτώματα και την πορεία της ασθένειας είναι αρκετή, αλλά έχουν μερικές δυσκολίες σχετικά με την θεραπεία. (Simon et als, 2005)

Ανάμεσα σε φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής οι ερευνητές δεν βρήκαν οποιαδήποτε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Και οι δύο ομάδες πίστευαν ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια δεν θεραπεύονται ποτέ (50%), ότι ήταν ή θα μπορούσαν να είναι επικίνδυνοι ή βίαιοι (78%).(Lerena et als, 2002)

Οι νοσηλευτές έχουν αρκετή γνώση για την αιτιολογία και τα κλινικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας έχουν όμως αρνητικές τοποθετήσεις για την κοινωνική απόσταση, όπως το πάντρεμα ή την εργασία στο ίδιο γραφείο με τους ασθενείς.(Ozyigit et als, 2004)

Σε φοιτητές νοσηλευτικής η υγειονομική αγωγή και η εμπειρία δεν είχαν σημαντικές επιπτώσεις στη στάση έναντι στη σχιζοφρένεια (Sodow et als, 2003; Taskin et als, 2003)

Εκείνοι που ολοκλήρωσαν την ψυχιατρική εκπαίδευση σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο βρέθηκαν για να έχουν τις πιο απαισιόδοξες απόψεις για την έκβαση της σχιζοφρένειας, και είχαν επίσης τις πιο αρνητικές πεποιθήσεις για «τον κίνδυνο» έναντι των σπουδαστών που δεν εργάστηκαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. (Taskin et als, 2003)

Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχε μια θετικότερη στάση απέναντι στους ασθενείς με ψύχωση. (Tay et als, 2004)

Η εκπαίδευση βρέθηκε ο μόνος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κοινωνική απόσταση στο προσωπικό ψυχικής υγείας. (Grausgruber et als, 2007)

Έρευνα σε προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου στη Ελλάδα, απέναντι σε ψυχικά ασθενείς, κατέγραψε αρνητική στάση ιδιαίτερα στη κοινωνική διάκριση και κοινωνικό περιορισμό των ασθενών. Το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, η μικρή εκπαίδευση, οι νοσηλευτές και όσοι είχαν μεγάλο ποσοστό απολυταρχισμού έδειξαν μεγαλύτερη προκατάληψη. Όσοι είχαν μεγάλο ποσοστό οικειότητας ή εξοικείωσης παρουσίασαν μικρότερη αρνητική στάση. (Arvaniti et als, 2009)

Ιατροί και προπτυχιακοί φοιτητές της Ιατρικής βρέθηκαν να έχουν αρνητική στάση και να στιγματίζουν τους ψυχικά ασθενείς, αλλά οι φοιτητές είχαν περισσότερη αρνητική στάση σε σύγκριση με τους Ιατρούς. (Fernando et als, 2010)

Συγκρίνοντας φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας βρέθηκαν και οι δύο να έχουν αρνητική στάση στους ψυχικά ασθενείς, αλλά στους φοιτητές Ιατρικής η επιρροή των μαθημάτων και η προσωπική επαφή συνδέθηκε αρνητικά με τα στερεότυπα, ενώ συνδέθηκε θετικά μεταξύ των φοιτητών Ψυχολογίας. (Arens et als, 2009)

Συγκρίνοντας νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας και σωματικής υγείας το νοσηλευτικό προσωπικό στη σωματική φροντίδα, σε έναν υψηλότερο βαθμό από το νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχική υγεία, εξέθεσε τις πιο

αρνητικές τοποθετήσεις όσον αφορά τους ανθρώπους με τη σχιζοφρένια ως πιο επικίνδυνους και απρόβλεπτους. (Björkman et als, 2008)

Μελετώντας και συγκρίνοντας τρεις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, παθολόγους (διαφόρων ειδικοτήτων), νοσηλευτές και φοιτητές 3ου και 4ου έτους ιατρικής σχολής: Τα αποτελέσματα δείχνουν την ύπαρξη προκαταλήψεων και στιγματικές τοποθετήσεις και σε στις τρεις ερευνημένες ομάδες. Οι συχνότεροι λόγοι για την τοποθέτηση των σπουδαστών είναι βασισμένοι στο φόβο και την ανεπαρκή γνώση για τους ψυχασθενείς και τη σχιζοφρένια ως ασθένεια, ενώ υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό των θετικών απαντήσεων στις ερωτήσεις για την αποκατάσταση και για την κοινωνική επανένταξη. Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν επίσης έναν υψηλό βαθμό της δυσπιστίας προς τους σχιζοφρενείς ασθενείς και η συνήθης απάντηση «δεν ξέρω», παρουσιάζει κατά συνέπεια τις ανεπαρκώς διαμορφωμένες τοποθετήσεις για τα προαναφερθέντα προβλήματα. Οι παθολόγοι στις απαντήσεις τους επιβεβαιώνουν το φόβο, τη δυσπιστία και τη στιγματική τους στάση απέναντι στο σχιζοφρενή ασθενή. (Filipcić et als, 2003)

Στον Ελλαδικό χώρο ο Μαδιανός μέτρησε τις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια σε 92 φοιτητές του εβδόμου εξαμήνου στη Σχολή Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών πριν και μετά τη συμπλήρωση διδασκαλίας την κλινική ψυχιατρική. Φαίνεται ότι η ολοκλήρωση της κατάρτισης στην ψυχιατρική επηρέασε τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Εξέφρασαν λιγότερο αυταρχισμό και διακρίσεις και περισσότερες θετικές απόψεις για την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών ατόμων. (Madianos et als, 2005)

5.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Οι πολλαπλές επιπτώσεις του στίγματος γίνονται ιδιαίτερα αισθητές όχι μόνο στο άτομο που τις υφίσταται σε πρώτο επίπεδο, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό πεδίο.

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπισή του ατόμου που νοσεί και εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα, ρητά ή άρρητα, τόσο στο επίπεδο των αντιλήψεων που διαμορφώνονται απέναντί του, όσο και στο επίπεδο των συμπεριφορών και των πρακτικών διακρίσεων που υιοθετούνται και που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του (Corrigan et als, 2002).

Η κοινωνική απομόνωση επιδεινώνει τη ήδη βεβαρυμένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και οι συμπεριφορές διακρίσεων τον αποκλείουν από το δικαίωμα στην εργασία και στην κατοικία δυσχεραίνοντας την όποια προσπάθεια για αυτόνομη διαβίωση και ισότιμη ύπαρξη την κοινωνία (Marwaha et als, 2004; Ritsher et als, 2003; Weiss et als, 2001; Wahl, 1999)

Σε κάθε περίπτωση, οι επιπτώσεις του στίγματος επηρεάζουν βαθιά τη ζωή του ασθενή, διαβρώνουν την αυτοεικόνα του και τον κάνουν να αντιμετωπίζει την ασθένειά του με ενοχή και μυστικοπάθεια (Byrne, 2000).

Η ψυχολογική πίεση και οι δυσχερείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητα των ανθρώπων που νοσούν οδηγούν, τελικά, στον αυτοστιγματισμό τους. Η «ταμπέλα» της ψυχικής ασθένειας προδιαγράφει μια αρνητική εικόνα του εαυτού και χαμηλή αυτοεκτίμηση για τον ασθενή. Το στίγμα ενδοβάλλεται ως μέρος της ταυτότητας του ατόμου που, στη συνέχεια, λειτουργεί

κοινωνικά σύμφωνα με αυτή την ιδιότητα, αποκλείοντας τον εαυτό του από την κοινωνική ενσωμάτωση (Angermeyer et als, 2004; Corrigan et als, 2003; Green et als, 2003; Knight et als, 2003; Lai et als, 2000; Schulze et als, 2003; Wright et als, 2000; Ritscher et als, 2003) Πρόκειται για φαινόμενο με σοβαρές διαστάσεις όπως φάνηκε σε έρευνα σε 14 Ευρωπαϊκές χώρες, όπου αναφέρθηκαν μέτρια ή υψηλά επίπεδα αυτοστιγματισμού κατά 41,7% (Brohan et als, 2010)

Το στίγμα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, καθώς αποτρέπει από τη σωστή και έγκαιρη θεραπεία και ειδικά την εφαρμογή φαρμακευτικής αγωγής, επηρεάζοντας δυσμενώς την πορεία της ασθένειας και την ποιότητα ζωής του ασθενή (Franz et als, 2010; Jackowska, 2009; Schulze et als, 2003; Link et als, 2001).

Πιθανότατα δεν υπάρχει καμιά άλλη ασθένεια στη δυτική κοινωνία όπου το « χάσμα» ανάμεσα στη διατιθέμενη και πρέπει να φροντίδα και σε αυτήν που πραγματικά λαμβάνει ο ασθενής, είναι τόσο μεγάλο όσο στην ψυχική διαταραχή. Λίγοι λαμβάνουν θεραπεία οι περισσότεροι παραμελούνται. (Wang et als, 2007) Υπάρχει κενό στη θεραπευτική κάλυψη και στη θεραπευτική στόχευση (Prince et als, 2007)

Η αποφυγή της θεραπείας και ιδίως της φαρμακευτικής αγωγής είναι μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές στην οποία οδηγεί το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Η πλημμελής ή ανύπαρκτη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, με σκοπό την αποφυγή του στιγματισμού, ευθύνεται για τις συχνές υποτροπές, που υπονομεύουν την αυτοεκτίμηση του ασθενή, προκαλούν άγχος και επιδεινώνουν την κατάστασή του. Αυτή η μη – συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή έχει μάλιστα ιδιαίτερη σημασία ως προς τις διαστάσεις που παίρνει το στίγμα, επειδή τα περιστατικά ανάρμοστης ή βίαιης συμπεριφοράς των ατόμων με ψυχική ασθένεια εντοπίζονται κυρίως σε αυτές τις περιπτώσεις όπου δεν ακολουθείται η κατάλληλη θεραπεία (Walsh et als, 2002). Δημιουργείται λοιπόν ένας φαύλος κύκλος, καθώς ο ασθενής, προσπαθώντας να αποφύγει το στίγμα, απορρίπτει τη φαρμακευτική αγωγή, με συνέπεια την εμφάνιση εκείνων των συμπεριφορών που οδηγούν στην επιβεβαίωση του στιγματιστικού στερεοτύπου τον εμφανίζει ως ανισόρροπο, βίαιο και επικίνδυνο.

Όμως, οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που νοσεί. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας επεκτείνεται σε όποιον ή ό,τι σχετίζεται, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, με την ασθένεια:

Η οικογένεια του ασθενή, που συμπάσχει μαζί του, βιώνει ένα μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόρριψης και, παράλληλα, ενοχής και αυτοστιγματισμού (Corrigan et als, 2003; Angermeyer et als, 2003; Gonzalez-Torres et als, 2007).

Το στίγμα πλήττει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα και, γενικότερα, τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών (Cuttcliffe et als, 2001). Το στίγμα εμπλέκεται έτσι στο επίπεδο της λειτουργικότητας των δομών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, αλλά και, στο βαθμό που η κοινή γνώμη επηρεάζει την επίσημη κοινωνική πολιτική, οι συνέπειές του αντανakλώνται και στη θεσμική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Οι στιγματιστικές στάσεις αποδεικνύονται καθοριστικός παράγοντας ως προς τις αντιστάσεις που εγείρονται από τις τοπικές κοινωνίες στις προσπάθειες δημιουργίας θεραπευτικών δομών στην κοινότητα, παρά το σημαντικό ρόλο που οι δομές αυτές διαδραματίζουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την έκβαση της ασθένειας. Παράλληλα, η τάση αποφυγής των ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών από την πλευρά των ασθενών έχει επιπτώσεις και στο επίπεδο λειτουργικότητας των υποστηρικτικών δομών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, οδηγώντας στην ανεπαρκή αξιοποίησή τους, καθώς το στίγμα αποθαρρύνει τους ασθενείς από τη χρήση τους. Οι δομές αυτές, που προσφέρουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επαγγελματικής εκπαίδευσης, έχουν δημιουργηθεί ακριβώς για την καταπολέμηση του στίγματος, βελτιώνοντας τις δυνατότητες για κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση της ευπαθούς ομάδας των ανθρώπων που λόγω της ψυχικής ασθένειας συχνά αποκλείονται από αυτό το δικαίωμα. Εδώ γίνεται λοιπόν σαφές ότι το στίγμα αποτελεί σημαντικό εμπόδιο τόσο στη θεραπεία, όσο και στην αποκατάσταση και την ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικές ασθένειες στην κοινότητα

Η ανέλπιδη και πεσιμιστική προοπτική υπό την οποία αντιμετωπίζεται ο ψυχικά ασθενής έχει ως συνέπεια τη μείωση των κονδυλίων που διατίθενται για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και την απουσία πρωτοβουλιών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και του ψυχιατρικού συστήματος γενικότερα (Cutcliffe et als, 2001).

Η ανεπάρκεια πόρων περιορίζει σημαντικά το εύρος των θεραπευτικών παρεμβάσεων που διατίθενται και τη δυνατότητα επιλογής της συμβατότερης και αποτελεσματικότερης θεραπείας. Η ελλιπής χρηματοδότηση έχει επίσης ως αποτέλεσμα την έκπτωση της ποιότητας της θεραπείας, λόγω ανεπάρκειας υλικοτεχνικής υποδομής, μελών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και των δυνατοτήτων που παρέχονται σε αυτούς να διευρύνουν και να εκσυγχρονίσουν το γνωστικό τους πεδίο με περαιτέρω εκπαίδευση. Παράλληλα, ο στιγματισμός των ειδικοτήτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και οι δύσκολες συνθήκες εργασίας, πέρα από το ατομικό, ψυχολογικό επίπεδο στο οποίο έχουν επιπτώσεις στους ανθρώπους που ήδη εργάζονται στο χώρο, αποτρέπουν τους νέους επαγγελματίες να επιλέξουν να εργαστούν σε μια δομή παροχής τέτοιων υπηρεσιών, αποδυναμώνοντας το χώρο της ψυχικής υγείας από ανθρώπους με ικανότητες και δυνατότητες να προσφέρουν. Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, η οποία αντανakλάται ευθέως στην ποιότητα της θεραπείας και, κατά συνέπεια, στην έκβαση της ασθένειας (Sartorius et als, 2005).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1. Περιγραφή της Έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας (ΓΝΑ) τον Ιούνιο του 2010, μετά από έγκριση του Διοικητή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα είναι το "Alberta Pilot Study Questionnaire Tool Kit" (Thomson et al 2002), που χρησιμοποιείται παγκοσμίως από το πρόγραμμα «Open the Doors» της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Ένωσης (World Psychiatric Association «WPA»), στο πλαίσιο της antistigma εκστρατείας, ώστε τα αποτελέσματα των κρατών που έχουν επιλεγεί πιλοτικά να είναι συγκρίσιμα. Έχει επεξεργασθεί από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Το ινστιτούτο έχει επιπλέον αξιολογήσει το ερωτηματολόγιο ως προς την ποιότητα και την εγκυρότητά του. Χρησιμοποιείται για έρευνες που μελετούν τις ψυχικές ασθένειες και την αντίληψη που υπάρχει για τους ανθρώπους που πάσχουν από αυτές και έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα από (Economou et al 2009). (Gaebel et al 2002) (Stuart & Arboleda – Florez 2001), με δημοσιεύσεις σε διεθνή, έγκυρα περιοδικά.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 31 ερωτήσεις, οι περισσότερες κλιμακωτές, οι οποίες καλύπτουν τις εξής ενότητες:

- Ενημέρωση για την σχιζοφρένεια με έμφαση στην πηγή της πληροφόρησης και την επιρροή από τα Μ.Μ.Ε.
- Γνώσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας γύρω από την ασθένεια αυτή και τις προτεινόμενες λύσεις για την περίθαλψή τους
- Αντιμετώπιση των ασθενών μέσα στην κοινωνία (στάσεις – κοινωνική απόσταση)

Επιπλέον, υπάρχουν 10 ερωτήσεις με αναφορά στα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας, όπως το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική ιδιότητα, κ.α.

Στο ΓΝΑ απασχολούνται συνολικά 485 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων 124 είναι ιατροί με ειδικότητα (26%), 77 ιατροί ειδικευόμενοι (16%) και 284 νοσηλευτές / βοηθοί νοσηλευτών (58%). Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 130 άτομα καλύπτοντας το 27% του πληθυσμού.

Η κατανομή του δείγματος ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, ηλικίας 31-40 χρονών.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των μελών του δείγματος, οι περισσότεροι κατέχουν πτυχίο ΑΕΙ (43,1%) και αρκετοί έχουν κάνει και περαιτέρω σπουδές (32,3%), όπως φαίνεται στον Πίνακα 2. Το επίπεδο μόρφωσης θεωρείται ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην παρούσα έρευνα καθώς αναμένεται να καθορίσει την στάση των ερωτηθέντων απέναντι στους πάσχοντες από σχιζοφρένεια αλλά και την γνώση που τυχόν έχουν γύρω από αυτό το θέμα.

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και οικογενειακή κατάσταση.

Φύλο			Ηλικιακή Ομάδα		
	Συχνότητα	Ποσοστό		Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	65	50.0	21-30	36	27.7
Γυναίκα	65	50.0	31-40	48	36.9
Σύνολο	130		41 κ άνω	39	30.0
Οικογενειακή κατάσταση			Χωρίς απάντηση	7	5.4
			Σύνολο	130	
	Συχνότητα	Ποσοστό			
Έγγαμος / η	77	59.2			
Σε διάσταση	1	0.8			
Χωρισμένος / η	4	3.1			
Άγαμος / η	47	36.2			
Χωρίς απάντηση	1	0.8			
Σύνολο	130				

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανά μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο		
	Συχνότητα	Ποσοστό
ΑΕΙ κ άνω	42	32.3
ΑΕΙ	56	43.1
Διετούς σχολής	25	19.2
Λύκειο	2	1.5
Άλλο (3 ΙΕΚ κ 1 Γυμνάσιο)	4	3.1
Χωρίς απάντηση	1	0.8
Σύνολο	130	

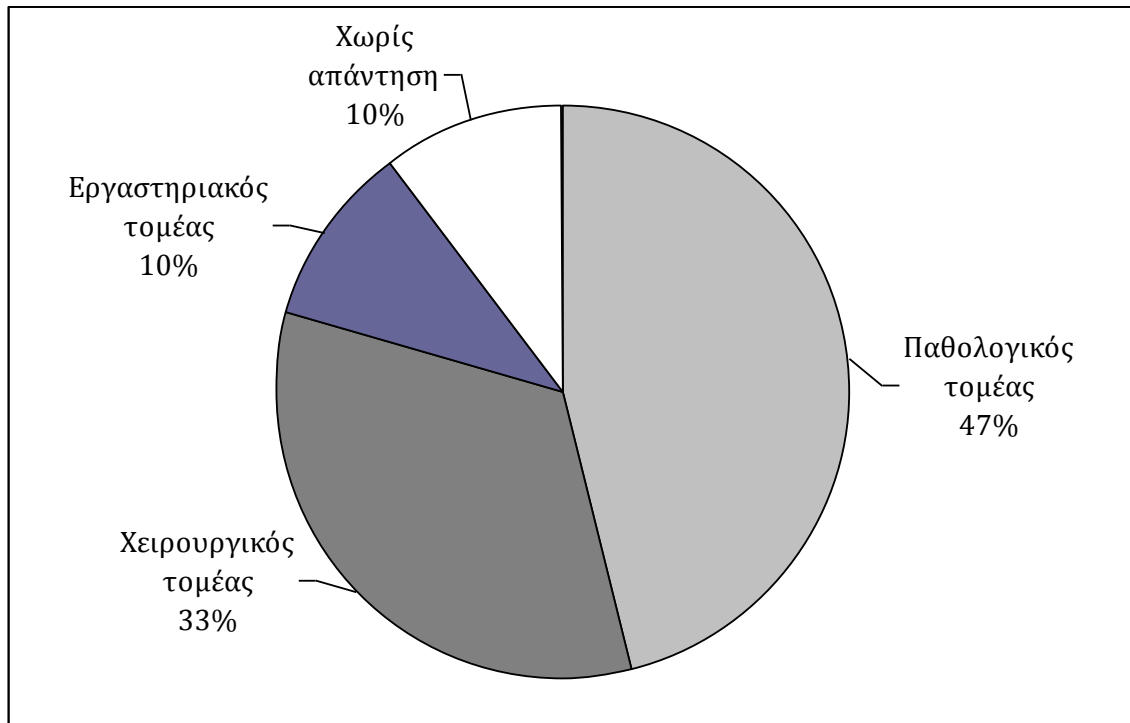
Η κατανομή του δείγματος με βάση την επαγγελματική ιδιότητα των ερωτηθέντων φαίνεται στον Πίνακα 3. Το δείγμα, σε αναλογία και με τον πληθυσμό του νοσοκομείου, αποτελείται κυρίως από γιατρούς με ειδικότητα και νοσηλευτές.

Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος ανά επάγγελμα

Επαγγελματική ιδιότητα		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Γιατρός ειδικός	39	30.0
Γιατρός ειδικευόμενος	20	15.4
Νοσηλεύτης	40	30.8
Βοηθός Νοσηλεύτη	31	23.8
Σύνολο	130	

Η κατανομή των ιατρών με ειδικότητα του δείγματος στους τρεις τομείς απασχόλησης του νοσοκομείου και ανά κλινική παρουσιάζεται στο ακόλουθο γράφημα και στον Πίνακα 4 αντιστοίχως.

Γράφημα 1. Κατανομή ιατρών ανά τομέα απασχόλησης

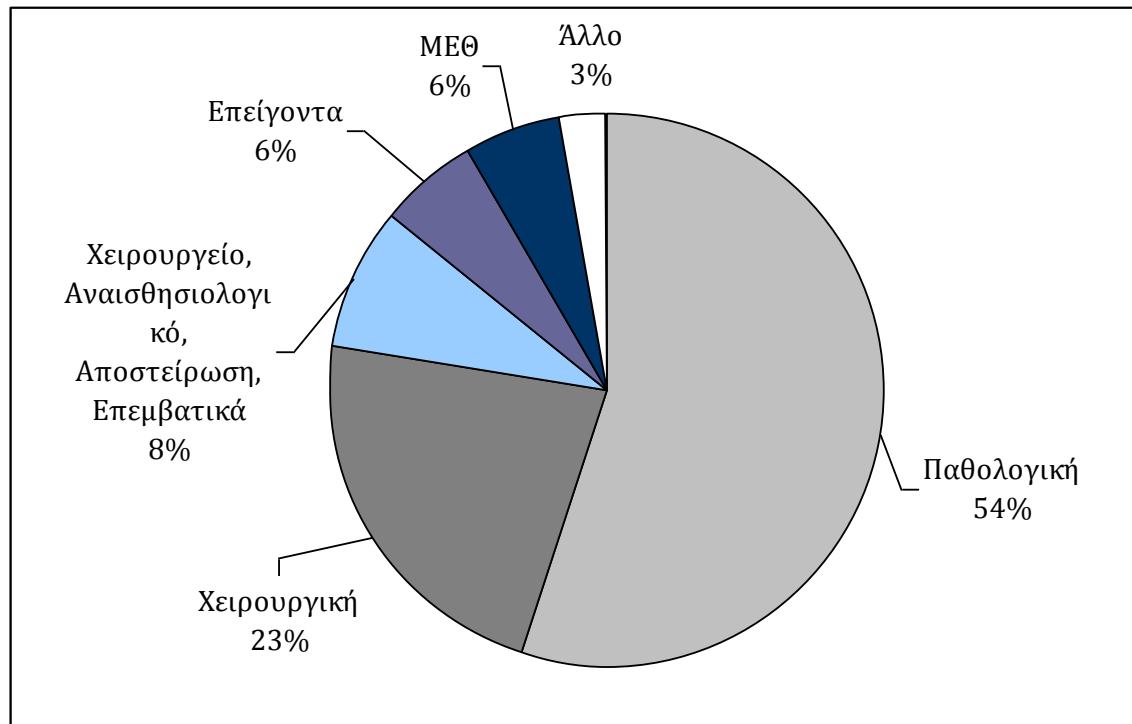


Πίνακας 4. Κατανομή ιατρών ανά κλινική

Κλινικές Παθολογικού Τομέα			Κλινικές Χειρουργικού Τομέα			Κλινικές Εργαστηριακού Τομέα		
Συχνότητα		%	Συχνότητα		%	Συχνότητα		%
Ψυχιατρική	4	22.2	Χειρουργική	5	38.5	Ακτινολόγοι	2	50.0
Παθολογική	2	11.1	Ουρολογική	2	15.4	Βιοπαθολόγοι	2	50.0
Πνευμονολογική	2	11.1	Ορθοπεδική	2	15.4			
Ρευματολογική	2	11.1	Χειρουργική θώρακος	1	7.7			
Νεφρολογική	2	11.1	Αναισθησιολογία - Εντατικολογία	1	7.7			
Καρδιολογική	2	11.1	Ιατρική φυσικής αποκατάστασης	1	7.7			
Νευρολογική	2	11.1	Πλαστική χειρουργική	1	7.7			
Ογκολογική	1	5.6						
Γαστρεντερολογική	1	5.6						
Σύνολο	18		Σύνολο	13		Σύνολο	4	

Αντιστοίχως για τους νοσηλευτές (συμπεριλαμβάνοντας και τους βοηθούς) τα ποσοστά στο δείγμα ανά μονάδα απασχόλησης εμφανίζονται στο Γράφημα 2.

Γράφημα 2. Κατανομή νοσηλευτών ανά μονάδα απασχόλησης



Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της έρευνας δίνοντας έμφαση στις διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ των ιατρών / νοσηλευτών και διαφορετικών επιπέδων μόρφωσης. Σημειώνεται ότι για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιείται το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0 ενώ για την παρουσίαση των πινάκων και γραφικών χρησιμοποιείται το Microsoft Office Excel 2003.

2. Γενικές Ερωτήσεις

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η παρούσα έρευνα μελετά την γνώμη / γνώση που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τις ψυχικές ασθένειες και ειδικά για την σχιζοφρένεια. Ως πρώτη ένδειξη χρησιμοποιείται η αυθόρμητη αναφορά σε ασθένειες που σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα. Το 30% των ερωτηθέντων αναφέρει ως πρώτη ασθένεια την σχιζοφρένεια και το 19% την σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη. Επιπλέον, οι αναφορές στην σχιζοφρένεια, είτε ως το μόνο που έρχεται πρώτο στο μυαλό είτε μαζί με άλλες ασθένειες, φτάνουν το 71% αποδεικνύοντας την άμεση συσχέτιση των ψυχικών ασθενειών με την σχιζοφρένεια.

Ως προς την διαφοροποίηση της σχιζοφρένειας με την κατάθλιψη σημειώνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία (98,5%) θεωρεί ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο

ασθενειών. Εξ αυτούς το 93,8% πιστεύει ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά ενώ το 67,2% θεωρεί την σχιζοφρένεια ως πιο σοβαρή ασθένεια. Σε σχέση με την θεραπεία των ασθενών, οι περισσότεροι θεωρούν ότι η κατάθλιψη θεραπεύεται πιο εύκολα (59,1%) ενώ σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (15,7%) πιστεύει ότι καμία από τις δύο ασθένειες δεν θεραπεύεται εύκολα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. Σύγκριση σχιζοφρένειας - κατάθλιψης

	Ποια από τις δύο εμφανίζεται πιο συχνά		Ποια από τις δύο νομίζετε ότι είναι πιο σοβαρή		Και ποια από τις δύο νομίζετε ότι θεραπεύεται πιο εύκολα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Σχιζοφρένεια	3	2.3	86	67.2	14	11.0
Κατάθλιψη	120	93.8	10	7.8	75	59.1
Το ίδιο	0	0.0	29	22.7	9	7.1
Καμία	0	0.0	0	0.0	20	15.7
ΔΓ/ΔΑ	5	3.9	3	2.3	10	7.9
Σύνολο	128		128		128	

3. Πηγές ενημέρωσης για την σχιζοφρένεια – Επιρροή από τα Μ.Μ.Ε.

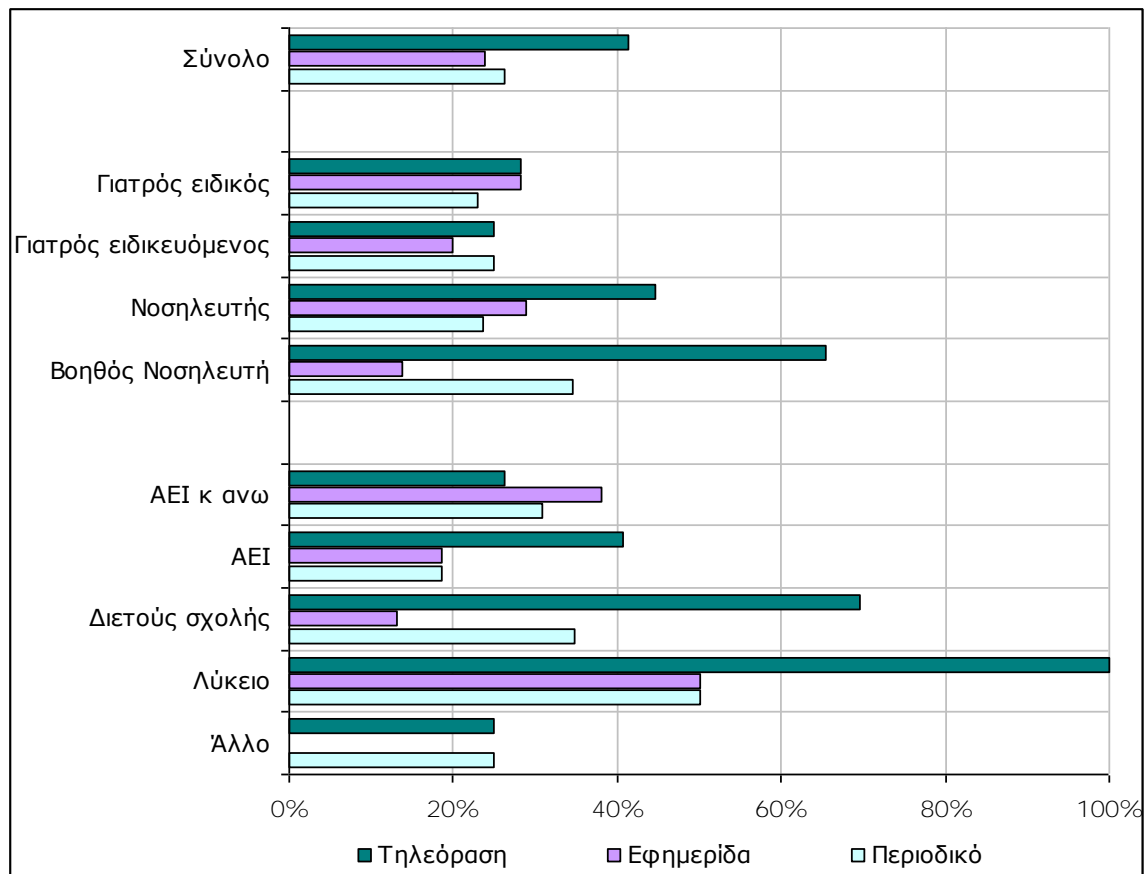
Στην παρούσα έρευνα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η γνώμη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Αρχικά, εξετάζεται η εικόνα που έχει σχηματιστεί από τα Μ.Μ.Ε. και ιδίως από την τηλεόραση.

Τρεις είναι οι βασικές πηγές ενημέρωσης για θέματα σχετικά με τους σχιζοφρενείς. Αυτές είναι η τηλεόραση, η εφημερίδα και το περιοδικό (είτε γενικού περιεχομένου είτε ιατρικού). Στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά ενημέρωσης από τα τρία μέσα (α) στο σύνολο του δείγματος (β) ανά επάγγελμα (γ) ανά μορφωτικό επίπεδο.

Στο σύνολο του δείγματος η τηλεόραση εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά (41,3%), έπεται το περιοδικό (26,2%) και η εφημερίδα (23,8%). Τα ποσοστά των τριών μέσων ενημέρωσης είναι σχεδόν ισοδύναμα στους γιατρούς (ειδικούς κ ειδικευόμενους) ενώ στους νοσηλευτές και ιδιαίτερα στους βοηθούς η τηλεόραση έχει πρωτεύοντα ρόλο (44,7% στους νοσηλευτές και 65,5% στους βοηθούς νοσηλευτών). Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, τα υψηλότερα ποσοστά ενημέρωσης από την τηλεόραση εμφανίζονται στους διετούς φοίτησης και Λυκείου ενώ το 38,1% των ΑΕΙ κ άνω ενημερώνεται από την εφημερίδα.

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (42,1%) δηλώνει ότι δεν έχει ακούσει / διαβάσει κάτι σχετικό για την σχιζοφρένεια τους τελευταίους 6 μήνες. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Παράρτημα.

Γράφημα 3. Μέσα ενημέρωσης σχετικά με την σχιζοφρένεια ανά επάγγελμα και ανά μορφωτικό επίπεδο (%)



Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εικόνα που προβάλλουν τα Μ.Μ.Ε. για τους ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ο Πίνακας 6 δείχνει σε φθίνουσα σειρά εμφάνισης τις αναφορές που γίνονται από τα μέσα για τους σχιζοφρενείς. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται αναφέρονται στο σύνολο του δείγματος δεδομένου ότι δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων ή / και διαφορετικών επιπέδων μόρφωσης. Η πιο συχνή περιγραφή που γίνεται είναι ότι οι σχιζοφρενείς έχουν βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά απέναντι στους άλλους καθώς και ότι ακούν φωνές ή μιλάνε μόνοι τους.

Με σκοπό να αναλύσουμε την επίδραση της τηλεόρασης η δεύτερη στήλη του Πίνακα 6 παρουσιάζει τις περιγραφές που αναφέρθηκαν στην έρευνα από αυτούς που ενημερώνονται από την τηλεόραση. Τα ποσοστά είναι παρόμοια με αυτά του συνολικού δείγματος. Αυτό ήταν αναμενόμενο δεδομένου ότι η τηλεόραση κατέχει την πρώτη θέση στην ενημέρωση.

Πίνακας 6. Περιγραφές που γίνονται από τα Μ.Μ.Ε. και ειδικά από την τηλεόραση για τους σχιζοφρενείς

Τους τελευταίους έξι μήνες είδατε/ ακούσατε στις ειδήσεις ή διαβάσατε στις εφημερίδες κάτι σχετικό με ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια;			
Αν ναι, θα μπορούσατε να μας πείτε πως περιέγραφαν αυτούς τους ανθρώπους;		Σύνολο δείγματος	Ενημέρωση από την τηλεόραση
Να έχουν βίαιη, επικίνδυνη, ή επιθετική συμπεριφορά στους άλλους ανθρώπους	Συχνότητα Ποσοστό	43 62.3%	28 58.3%
Να υποφέρουν από διάφορα συμπτώματα, όπως να ακούνε φωνές ή να μιλάνε μόνοι τους	Συχνότητα Ποσοστό	38 55.1%	30 62.5%
Να διαπράττουν ένα έγκλημα	Συχνότητα Ποσοστό	32 46.4%	19 39.6%
Να έχουν αυτοκτονικές τάσεις	Συχνότητα Ποσοστό	25 36.2%	19 39.6%
Να έχουν την ανάγκη μιας καλύτερης θεραπείας ή μιας καλύτερης υποστήριξης	Συχνότητα Ποσοστό	21 30.4%	17 35.4%
Να έχουν ατημέλητη/ βρώμικη εμφάνιση	Συχνότητα Ποσοστό	18 26.1%	14 29.2%
Να προκαλούν δημόσια ενόχληση	Συχνότητα Ποσοστό	12 17.4%	9 18.8%
Να υποφέρουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (η οποία απαιτεί θεραπεία)	Συχνότητα Ποσοστό	12 17.4%	8 16.7%
Να παρουσιάζονται με κάποια άλλη αρνητική περιγραφή	Συχνότητα Ποσοστό	11 15.9%	7 14.6%
Να είναι άστεγοι	Συχνότητα Ποσοστό	10 14.5%	5 10.4%
Να είναι θύματα εγκληματικής ενέργειας	Συχνότητα Ποσοστό	5 7.2%	3 6.2%
Να παρουσιάζονται με κάποια άλλη θετική εικόνα	Συχνότητα Ποσοστό	4 5.8%	4 8.3%
Να συμμετέχουν σε μια έρευνα	Συχνότητα Ποσοστό	3 4.3%	3 6.2%
ΣΥΝΟΛΟ		69	48

4. Γνώσεις και αντιλήψεις γύρω από την σχιζοφρένεια και τις λύσεις για την περίθαλψη των ασθενών

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται η γνώση που έχουν οι επαγγελματίες υγείας γύρω από τα αίτια εμφάνισης της σχιζοφρένειας, τα ποσοστά θεραπείας των ασθενών, την αντίληψη που έχουν για τους σχιζοφρενείς καθώς και την στάση των ιατρών / νοσηλευτών απέναντι σε προτεινόμενες λύσεις για την περίθαλψή τους. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων γίνεται ανά επάγγελμα και ανά επίπεδο μόρφωσης ώστε να εντοπιστούν οι τυχόν διαφορές μεταξύ των ομάδων του δείγματος.

Επιπλέον, γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των ιατρών / νοσηλευτών που εργάζονται ή όχι σε ψυχιατρική κλινική. Πέρα από τις διαφορές που μπορεί να προκύψουν μεταξύ των δύο ομάδων, ο διαχωρισμός αυτός αποσκοπεί στο να καταγραφεί ξεκάθαρα η γνώση και η αντιμετώπιση των σχιζοφρενών από τους ιατρούς που έρχονται σε καθημερινή επαφή μαζί τους. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας μόλις το 14,6% εργάζεται σε ψυχιατρική κλινική.

Βασικά αίτια της σχιζοφρένειας

Τα αίτια που προκαλούν την σχιζοφρένεια φαίνονται στον Πίνακα 7. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο σύνολο του δείγματος καθώς και ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική.

Οι τρεις πρώτες αιτίες που καταγράφονται από την έρευνα είναι η 'κληρονομικότητα' (70,7%), η 'διαταραχή της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο' (48,8%) και οι 'οργανικές ανωμαλίες του εγκεφάλου' (30,9%). Σημειώνεται επίσης ότι το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (συγκεκριμένα το 35,8%) θεωρεί πως τα ακριβή αίτια είναι άγνωστα.

Συγκρίνοντας τα επαγγέλματα των ερωτηθέντων η ομάδα που φέρεται να διαφοροποιείται περισσότερο είναι οι βοηθοί νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, μόλις το 21,4% θεωρεί την 'διαταραχή της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο' ως αιτία για την σχιζοφρένεια, ενώ στις άλλες κατηγορίες ιατρών το αντίστοιχο ποσοστό ξεπερνά το 50%. Επιπλέον, η 'αδυναμία χαρακτήρα ή ανώμαλη προσωπικότητα', οι 'αντιξοότητες και δυσκολίες στη ζωή' και η 'σωματική κακοποίηση' εμφανίζουν ποσοστά πέρα του 10% σε αντίθεση με τους υπόλοιπους ιατρούς όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι εμφανώς μικρότερα.

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρείται ότι οι ΑΕΙ κ άνω καθώς και οι απόφοιτοι ΑΕΙ εμφανίζουν παρόμοια ποσοστά στις ίδιες κατηγορίες, ενώ οι απόφοιτοι διετούς σχολής διαφοροποιούνται περισσότερο. Αυτό είναι αναμενόμενο καθώς η ομάδα αυτή σχεδόν ταυτίζεται με τους βοηθούς νοσηλευτών. Για τους αποφοίτους των δύο ανώτερων επιπέδων τα ποσοστά σχεδόν συμπίπτουν με το σύνολο του δείγματος. Οι πιο σημαντικές διαφορές με τους βοηθούς νοσηλευτών εμφανίζονται στις 'τραυματικές εμπειρίες', στην 'ασθένεια του εγκεφάλου', στην 'κακή ανατροφή', στην 'αδυναμία χαρακτήρα' και στην 'σωματική κακοποίηση',

όπου τα ποσοστά των βοηθών νοσηλευτών είναι σημαντικά υψηλότερα των αντίστοιχων των άλλων επιπέδων. Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται και στους απόφοιτους Λυκείου και ΙΕΚ (Άλλο). Το ιδιαίτερα χαμηλό δείγμα όμως αυτών των κατηγοριών δεν οδηγεί σε ασφαλή συμπεράσματα.

Πίνακας 7. Αίτια σχιζοφρένειας ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική

Σύμφωνα με όσα γνωρίζετε, τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια;		Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Κληρονομικότητα	Συχνότητα	87	28	11	32	16	27	44	13	1	2	75	12
	Ποσοστό	70.7%	73.7%	61.1%	82.1%	57.1%	67.5%	81.5%	56.5%	50.0%	66.7%	71.4%	66.7%
Διαταραχή της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο	Συχνότητα	60	23	11	20	6	26	27	6	0	0	50	10
	Ποσοστό	48.8%	60.5%	61.1%	51.3%	21.4%	65.0%	50.0%	26.1%	0.0%	0.0%	47.6%	55.6%
Τα ακριβή αίτια είναι άγνωστα	Συχνότητα	44	18	7	14	5	14	25	4	0	1	35	9
	Ποσοστό	35.8%	47.4%	38.9%	35.9%	17.9%	35.0%	46.3%	17.4%	0.0%	33.3%	33.3%	50.0%
Οργανικές ανωμαλίες του εγκεφάλου	Συχνότητα	38	16	4	10	8	15	15	7	1	0	33	5
	Ποσοστό	30.9%	42.1%	22.2%	25.6%	28.6%	37.5%	27.8%	30.4%	50.0%	0.0%	31.4%	27.8%
Τραυματικές εμπειρίες	Συχνότητα	20	3	3	6	8	5	7	5	1	2	18	2
	Ποσοστό	16.3%	7.9%	16.7%	15.4%	28.6%	12.5%	13.0%	21.7%	50.0%	66.7%	17.1%	11.1%
Ασθένεια του εγκεφάλου	Συχνότητα	17	6	1	5	5	6	6	5	0	0	14	3
	Ποσοστό	13.8%	15.8%	5.6%	12.8%	17.9%	15.0%	11.1%	21.7%	0.0%	0.0%	13.3%	16.7%
Κατάχρηση τοξικών ουσιών/ αλκοόλ	Συχνότητα	16	5	3	3	5	6	4	4	1	0	11	5
	Ποσοστό	13.0%	13.2%	16.7%	7.7%	17.9%	15.0%	7.4%	17.4%	50.0%	0.0%	10.5%	27.8%
Κακή ανατροφή (συμπεριφορά γονιών)	Συχνότητα	10	3	3	0	4	2	4	4	0	0	5	5
	Ποσοστό	8.1%	7.9%	16.7%	0.0%	14.3%	5.0%	7.4%	17.4%	0.0%	0.0%	4.8%	27.8%
Αδυναμία χαρακτήρα ή ανώμαλη προσωπικότητα	Συχνότητα	8	1	1	1	5	2	1	3	0	2	7	1
	Ποσοστό	6.5%	2.6%	5.6%	2.6%	17.9%	5.0%	1.9%	13.0%	0.0%	66.7%	6.7%	5.6%
Άλλοι οργανικοί παράγοντες	Συχνότητα	7	3	2	2	0	3	4	0	0	0	5	2
	Ποσοστό	5.7%	7.9%	11.1%	5.1%	0.0%	7.5%	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	11.1%

Σύμφωνα με όσα γνωρίζετε, τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια;		Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Αντιξοότητες και δυσκολίες στη ζωή (όπως απόλυση, κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνικό στρες)	Συχνότητα Ποσοστό	7 5.7%	1 2.6%	1 5.6%	2 5.1%	3 10.7%	0 0.0%	4 7.4%	2 8.7%	0 0.0%	1 33.3%	5 4.8%	2 11.1%
Σωματική κακοποίηση	Συχνότητα Ποσοστό	6 4.9%	2 5.3%	1 5.6%	0 0.0%	3 10.7%	1 2.5%	2 3.7%	3 13.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.7%	0 0.0%
Γενική έλλειψη κοινωνικών/ ηθικών αρχών/ αξιών	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.4%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 7.1%	0 0.0%	1 1.9%	2 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.9%	1 5.6%
Άλλοι παράγοντες	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.4%	1 2.6%	0 0.0%	1 2.6%	1 3.6%	1 2.5%	1 1.9%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.9%	1 5.6%
Φτώχεια	Συχνότητα Ποσοστό	1 0.8%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%	0 0.0%
ΣΥΝΟΛΟ		123	38	18	39	28	40	54	23	2	3	105	18

Τέλος, συγκρίνοντας τους ιατρούς που εργάζονται σε ψυχιατρική κλινική με αυτούς που δεν εργάζονται βλέπουμε πως οι κύριες αιτίες συμπίπτουν. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στην 'κακή ανατροφή', στις 'αντιξοότητες και δυσκολίες στη ζωή' και στους 'άλλους οργανικούς παράγοντες', όπου και οι τρεις αιτίες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά στους ψυχιάτρους σε αντίθεση με τους υπόλοιπους ιατρούς.

Η γνώση των επαγγελματιών υγείας γύρω από θέματα σχετικά με την σχιζοφρένεια μπορεί επίσης να αξιολογηθεί από το ποιον θεωρούν πιο αρμόδιο για να αντιμετωπίσει τους ψυχικά ασθενείς. Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει σε ποιον θα απευθύνονταν οι ερωτώμενοι σε περίπτωση που είτε οι ίδιοι είτε κάποιος δικός τους εμφάνιζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Όλοι οι γιατροί με ειδικότητα θα συμβουλευόνταν στα σίγουρα έναν ψυχίατρο. Το ένα τρίτο αυτών θα επέλεγε το νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων ενώ κάποιοι από αυτούς (15,4%) θα απευθύνονταν σε ψυχολόγο. Αυτές οι τρεις επιλογές είναι οι επικρατέστερες και στα υπόλοιπα επαγγέλματα με μικρές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι το 50% των βοηθών θα επέλεγε κάποιον ψυχολόγο. Από την άλλη, ένα 10% των νοσηλευτών θα συμβουλευόταν κάποιον φίλο.

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, οι επιλογές είναι παρόμοιες ανεξάρτητα του επιπέδου μόρφωσης. Αυτοί που διαφοροποιούνται αισθητά είναι οι απόφοιτοι Λυκείου, οι οποίοι θα συμβουλευόνταν εξίσου έναν ψυχίατρο ή έναν ψυχολόγο ή τον οικογενειακό γιατρό. Εναλλακτικά θα απευθύνονταν σε κάποιο νευρολόγο ή κοινωνικό λειτουργό, δύο επιλογές που σπάνια καταγράφονται στα υπόλοιπα μορφωτικά επίπεδα.

Σημαντικές διαφορές εμφανίζονται μεταξύ αυτών που εργάζονται σε ψυχιατρική κλινική και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας. Και οι δύο ομάδες θα απευθύνονταν πρώτα από όλα σε ψυχίατρο, έπειτα σε ψυχολόγο και μετά στο νοσοκομείο, με τις δύο τελευταίες επιλογές να συναντώνται πιο συχνά στην πρώτη ομάδα. Σημαντική διαφορά φαίνεται στο ότι οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρική κλινική θα συμβουλευόνταν επιπλέον έναν εναλλακτικό γιατρό (σε ποσοστό 10,5%).

Πίνακας 8. Πού θα απευθύνονταν οι επαγγελματίες υγείας σε περίπτωση που οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής;

Πού θα απευθυνόσαστε αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής;		Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ψυχίατρο	Συχνότητα	118	39	18	36	25	42	50	19	2	4	101	17
	Ποσοστό	91.5%	100.0%	90.0%	90.0%	83.3%	100.0%	89.3%	79.2%	100.0%	100.0%	91.8%	89.5%
Ψυχολόγο	Συχνότητα	37	6	4	12	15	8	14	11	2	2	28	9
	Ποσοστό	28.7%	15.4%	20.0%	30.0%	50.0%	19.0%	25.0%	45.8%	100.0%	50.0%	25.5%	47.4%
Νευρολόγο	Συχνότητα	6	1	0	3	2	1	3	1	1	0	6	0
	Ποσοστό	4.7%	2.6%	0.0%	7.5%	6.7%	2.4%	5.4%	4.2%	50.0%	0.0%	5.5%	0.0%
Οικογενειακό γιατρό	Συχνότητα	7	1	1	3	2	2	3	0	2	0	7	0
	Ποσοστό	5.4%	2.6%	5.0%	7.5%	6.7%	4.8%	5.4%	0.0%	100.0%	0.0%	6.4%	0.0%
Ιερωμένο	Συχνότητα	7	2	0	3	2	1	4	2	0	0	6	1
	Ποσοστό	5.4%	5.1%	0.0%	7.5%	6.7%	2.4%	7.1%	8.3%	0.0%	0.0%	5.5%	5.3%
Φίλο	Συχνότητα	6	1	0	4	1	1	4	1	0	0	5	1
	Ποσοστό	4.7%	2.6%	0.0%	10.0%	3.3%	2.4%	7.1%	4.2%	0.0%	0.0%	4.5%	5.3%
Εναλλακτικό γιατρό (ομοιοπαθητική, βελονισμός, κ.ο.κ.)	Συχνότητα	3	0	1	2	0	2	1	0	0	0	1	2
	Ποσοστό	2.3%	0.0%	5.0%	5.0%	0.0%	4.8%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	10.5%
Κοινωνικό λειτουργό	Συχνότητα	3	1	0	1	1	0	2	0	1	0	3	0
	Ποσοστό	2.3%	2.6%	0.0%	2.5%	3.3%	0.0%	3.6%	0.0%	50.0%	0.0%	2.7%	0.0%
Νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων	Συχνότητα	27	12	4	7	4	9	14	3	0	1	21	6
	Ποσοστό	20.9%	30.8%	20.0%	17.5%	13.3%	21.4%	25.0%	12.5%	0.0%	25.0%	19.1%	31.6%
ΣΥΝΟΛΟ		129	39	20	40	30	42	56	24	2	4	110	19

Δεδομένου ότι στην παρούσα έρευνα συμμετέχουν αποκλειστικά επαγγελματίες υγείας, η αξιολόγηση της γνώσης σε θέματα σχετικά με την σχιζοφρένεια αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Τα αποτελέσματα της έρευνας όχι μόνο δίνουν μία εικόνα για το τι πιστεύουν οι γιατροί / νοσηλευτές αλλά μπορούν εξίσου να χρησιμοποιηθούν και ως δείκτες πληροφoρίας για τους σχιζοφρενείς. Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τους ακόλουθους ποσοτικούς δείκτες σχετικά με την σχιζοφρένεια:

(1) % πληθυσμού που υποφέρει από σχιζοφρένεια (το οποίο έχει διαγνωσθεί)

Κατά μέσο όρο το ποσοστό αυτό είναι 7% στο σύνολο του δείγματος. Μεγάλη απόκλιση εμφανίζουν οι βοηθοί νοσηλευτών και οι απόφοιτοι Λυκείου που θεωρούν ότι το 20% του πληθυσμού πάσχει από σχιζοφρένεια.

(2) % πληθυσμού που αναμένεται κάποια στιγμή να υποφέρει από σχιζοφρένεια

Συνολικά, 11% του πληθυσμού αναμένεται κάποια στιγμή να υποφέρει από σχιζοφρένεια. Το ποσοστό αυτό υποεκτιμάται από τους ειδικούς γιατρούς (5%) ενώ αντιθέτως οι νοσηλευτές θεωρούν ότι το 17% του πληθυσμού έχει πιθανότητες να νοσήσει. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, οι αποκλίσεις είναι μικρότερες με εξαίρεση τους αποφοίτους ΙΕΚ κ Γυμνασίου (Άλλο: 40%).

(3) % ασθενών με σχιζοφρένεια που αναμένεται να επανέλθουν στην φυσιολογική τους κατάσταση

Το ποσοστό αυτό φτάνει το 27% κατά μέσο όρο. Σημαντικές αποκλίσεις εμφανίζουν οι ειδικευόμενοι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι απόφοιτοι ΑΕΙ όπου το αντίστοιχο ποσοστό ξεπερνά το 35%.

(4) % ασθενών με σχιζοφρένεια που θα μπορούσαν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές

Το ποσοστό των σχιζοφρενών που θεωρείται ότι μπορούν να εργαστούν κανονικά ξεπερνά το 50%. Ιδιαίτερα για τους ειδικευόμενους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους απόφοιτους ΑΕΙ και άνω το ποσοστό αυτό ξεπερνά και το 60%. Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (90%) δηλώνεται από τους απόφοιτους Λυκείου, όπου όμως σημειώνεται και πάλι ότι το δείγμα αυτής της κατηγορίας είναι πολύ μικρό.

Πίνακας 9. Ποσοτικοί δείκτες σχιζοφρένειας ανά επαγγελματική ιδιότητα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία σε ψυχιατρική κλινική

		Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο				Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
		Σύνολο	Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Λύκειο	Άλλο	Όχι
Σύμφωνα με τα όσα γνωρίζετε, τι ποσοστό περίπου επί τοις εκατό του πληθυσμού υποφέρει από σχιζοφρένεια (έχει διαγνωσθεί);	7%	4%	12%	7%	20%	4%	8%	20%	0%	7%	6%
Στα εκατό άτομα, πόσα υπολογίζετε ότι θα υποφέρουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους;	11%	5%	9%	17%	15%	8%	12%	6%	40%	13%	7%
Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια πόσα νομίζετε ότι θα επανέλθουν στη φυσιολογική τους κατάσταση;	27%	22%	37%	36%	7%	27%	35%	0%	20%	29%	22%
Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια πόσα νομίζετε ότι θα μπορούσαν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές;	58%	45%	66%	68%	45%	60%	56%	90%	0%	58%	55%

Αντίληψη για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια

Παρατηρώντας το σύνολο του δείγματος μπορούμε να δημιουργήσουμε το ακόλουθο προφίλ για τους σχιζοφρενείς:

Σχεδόν πάντα	Χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους (70,8%)
Συχνά	Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών (61,5%) Ακούγουν φωνές που τους λένε τι να κάνουν (63,8%) Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα (40,8%) Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο (65,4%)
Συχνά – Σπάνια	Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές (44,6% - 30,0%) Προκαλούν δημόσια ενόχληση π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά (43,1% - 30,0%)
Σπάνια	Είναι διανοητικά καθυστερημένοι, ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη (56,2%) Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους (50,0%)
Σπάνια – Ποτέ	Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα (36,9% - 40,8%)

Σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα των ερωτώμενων, οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζουν και πάλι τις μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις. Αυτές εντοπίζονται κυρίως σε πέντε διατυπώσεις του Πίνακα 10. Οι διαφορές μεταξύ επιπέδου μόρφωσης εμφανίζονται κυρίως στους αποφοίτους διετούς σχολής, Λυκείου και Άλλου επιπέδου. Τέλος, οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρική κλινική διαφοροποιούνται αισθητά σε δύο διατυπώσεις, την 'διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα' και την 'εργασία σε κανονικές δουλειές'. Όλες οι σημαντικές διαφορές είναι σημειωμένες με πράσινο στον Πίνακα 10 που ακολουθεί.

Πίνακας 10. Αντίληψη για τους σχιζοφρενείς ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική

Γενικά, πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια;			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλευτής	Βοηθός Νοσηλευτή	ΑΕΙ κ ανω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα	24	7	1	8	8	9	7	5	2	1	20	4
		Ποσοστό	18.5%	17.9%	5.0%	20.0%	25.8%	21.4%	12.5%	20.0%	100.0%	25.0%	18.0%	21.1%
	Συχνά	Συχνότητα	80	29	15	27	9	29	41	8	0	1	67	13
		Ποσοστό	61.5%	74.4%	75.0%	67.5%	29.0%	69.0%	73.2%	32.0%	0.0%	25.0%	60.4%	68.4%
	Σπάνια	Συχνότητα	16	2	1	4	9	2	5	8	0	1	14	2
		Ποσοστό	12.3%	5.1%	5.0%	10.0%	29.0%	4.8%	8.9%	32.0%	0.0%	25.0%	12.6%	10.5%
	Ποτέ	Συχνότητα	4	0	0	1	3	0	1	2	0	1	4	0
		Ποσοστό	3.1%	0.0%	0.0%	2.5%	9.7%	0.0%	1.8%	8.0%	0.0%	25.0%	3.6%	0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	6	1	3	0	2	2	2	2	0	0	6	0
		Ποσοστό	4.6%	2.6%	15.0%	0.0%	6.5%	4.8%	3.6%	8.0%	0.0%	0.0%	5.4%	0.0%
Είναι συνήθως διανοητικά καθυστερημένοι, ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Ποσοστό	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Συχνά	Συχνότητα	7	2	1	0	4	0	3	4	0	0	5	2
		Ποσοστό	5.4%	5.1%	5.0%	0.0%	12.9%	0.0%	5.4%	16.0%	0.0%	0.0%	4.5%	10.5%
	Σπάνια	Συχνότητα	73	22	13	26	12	25	36	9	1	2	62	11
		Ποσοστό	56.2%	56.4%	65.0%	65.0%	38.7%	59.5%	64.3%	36.0%	50.0%	50.0%	55.9%	57.9%
	Ποτέ	Συχνότητα	26	9	3	10	4	10	12	4	0	0	24	2
		Ποσοστό	20.0%	23.1%	15.0%	25.0%	12.9%	23.8%	21.4%	16.0%	0.0%	0.0%	21.6%	10.5%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	24	6	3	4	11	7	5	8	1	2	20	4
		Ποσοστό	18.5%	15.4%	15.0%	10.0%	35.5%	16.7%	8.9%	32.0%	50.0%	50.0%	18.0%	21.1%

Γενικά, πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια;			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ ανω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	27 20.8%	8 20.5%	6 30.0%	7 17.5%	6 19.4%	9 21.4%	12 21.4%	5 20.0%	0 0.0%	1 25.0%	22 19.8%	5 26.3%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	83 63.8%	26 66.7%	8 40.0%	30 75.0%	19 61.3%	28 66.7%	36 64.3%	16 64.0%	1 50.0%	2 50.0%	69 62.2%	14 73.7%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	6 4.6%	2 5.1%	3 15.0%	1 2.5%	0 0.0%	2 4.8%	4 7.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.4%	0 0.0%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	1 0.8%	0 0.0%	1 5.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%	0 0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	13 10.0%	3 7.7%	2 10.0%	2 5.0%	6 19.4%	3 7.1%	3 5.4%	4 16.0%	1 50.0%	1 25.0%	13 11.7%	0 0.0%
Χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματα τους	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	92 70.8%	30 76.9%	13 65.0%	28 70.0%	21 67.7%	32 76.2%	39 69.6%	20 80.0%	0 0.0%	1 25.0%	76 68.5%	16 84.2%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	26 20.0%	6 15.4%	6 30.0%	11 27.5%	3 9.7%	8 19.0%	15 26.8%	1 4.0%	1 50.0%	1 25.0%	23 20.7%	3 15.8%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 0.9%	0 0.0%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	11 8.5%	3 7.7%	1 5.0%	1 2.5%	6 19.4%	2 4.8%	2 3.6%	4 16.0%	1 50.0%	1 25.0%	11 9.9%	0 0.0%

Γενικά, πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια;			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ ανω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	3 7.7%	1 5.0%	1 2.5%	3 9.7%	2 4.8%	3 5.4%	2 8.0%	1 50.0%	0 0.0%	8 7.2%	0 0.0%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	48 36.9%	15 38.5%	10 50.0%	17 42.5%	6 19.4%	18 42.9%	24 42.9%	5 20.0%	0 0.0%	1 25.0%	38 34.2%	10 52.6%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	53 40.8%	16 41.0%	7 35.0%	17 42.5%	13 41.9%	17 40.5%	23 41.1%	11 44.0%	0 0.0%	2 50.0%	45 40.5%	8 42.1%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	21 16.2%	5 12.8%	2 10.0%	5 12.5%	9 29.0%	5 11.9%	6 10.7%	7 28.0%	1 50.0%	1 25.0%	20 18.0%	1 5.3%
Προκαλούν δημόσια ενόχληση πχ έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	7 5.4%	2 5.1%	2 10.0%	1 2.5%	2 6.5%	1 2.4%	4 7.1%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.4%	1 5.3%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	56 43.1%	18 46.2%	5 25.0%	21 52.5%	12 38.7%	19 45.2%	25 44.6%	11 44.0%	1 50.0%	0 0.0%	50 45.0%	6 31.6%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	39 30.0%	11 28.2%	11 55.0%	12 30.0%	5 16.1%	14 33.3%	20 35.7%	3 12.0%	0 0.0%	2 50.0%	30 27.0%	9 47.4%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	2 5.1%	0 0.0%	4 10.0%	2 6.5%	3 7.1%	3 5.4%	1 4.0%	0 0.0%	1 25.0%	6 5.4%	2 10.5%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	20 15.4%	6 15.4%	2 10.0%	2 5.0%	10 32.3%	5 11.9%	4 7.1%	8 32.0%	1 50.0%	1 25.0%	19 17.1%	1 5.3%

Γενικά, πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια;			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ ανω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	23 17.7%	7 17.9%	1 5.0%	4 10.0%	11 35.5%	5 11.9%	7 12.5%	8 32.0%	1 50.0%	2 50.0%	20 18.0%	3 15.8%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	53 40.8%	17 43.6%	7 35.0%	23 57.5%	6 19.4%	20 47.6%	27 48.2%	6 24.0%	0 0.0%	0 0.0%	50 45.0%	3 15.8%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	22 16.9%	6 15.4%	9 45.0%	4 10.0%	3 9.7%	8 19.0%	11 19.6%	2 8.0%	1 50.0%	0 0.0%	16 14.4%	6 31.6%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	3 7.7%	0 0.0%	3 7.5%	2 6.5%	3 7.1%	3 5.4%	1 4.0%	0 0.0%	1 25.0%	4 3.6%	4 21.1%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	24 18.5%	6 15.4%	3 15.0%	6 15.0%	9 29.0%	6 14.3%	8 14.3%	8 32.0%	0 0.0%	1 25.0%	21 18.9%	3 15.8%
Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	13 10.0%	2 5.1%	3 15.0%	4 10.0%	4 12.9%	4 9.5%	5 8.9%	3 12.0%	0 0.0%	1 25.0%	10 9.0%	3 15.8%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	85 65.4%	28 71.8%	8 40.0%	30 75.0%	19 61.3%	29 69.0%	37 66.1%	16 64.0%	1 50.0%	2 50.0%	74 66.7%	11 57.9%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	16 12.3%	5 12.8%	5 25.0%	4 10.0%	2 6.5%	5 11.9%	9 16.1%	1 4.0%	0 0.0%	1 25.0%	12 10.8%	4 21.1%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	16 12.3%	4 10.3%	4 20.0%	2 5.0%	6 19.4%	4 9.5%	5 8.9%	5 20.0%	1 50.0%	0 0.0%	15 13.5%	1 5.3%

Γενικά, πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια;			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ ανω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	9 6.9%	2 5.1%	0 0.0%	5 12.5%	2 6.5%	4 9.5%	3 5.4%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 6.3%	2 10.5%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	58 44.6%	21 53.8%	12 60.0%	18 45.0%	7 22.6%	24 57.1%	27 48.2%	5 20.0%	0 0.0%	2 50.0%	45 40.5%	13 68.4%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	39 30.0%	11 28.2%	5 25.0%	14 35.0%	9 29.0%	11 26.2%	19 33.9%	8 32.0%	1 50.0%	0 0.0%	37 33.3%	2 10.5%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	11 8.5%	2 5.1%	0 0.0%	2 5.0%	7 22.6%	0 0.0%	4 7.1%	6 24.0%	0 0.0%	1 25.0%	9 8.1%	2 10.5%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	13 10.0%	3 7.7%	3 15.0%	1 2.5%	6 19.4%	3 7.1%	3 5.4%	4 16.0%	1 50.0%	1 25.0%	13 11.7%	0 0.0%
Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους	Σχεδόν πάντα	Συχνότητα Ποσοστό	9 6.9%	0 0.0%	1 5.0%	0 0.0%	8 25.8%	1 2.4%	0 0.0%	5 20.0%	1 50.0%	2 50.0%	8 7.2%	1 5.3%
	Συχνά	Συχνότητα Ποσοστό	30 23.1%	6 15.4%	3 15.0%	13 32.5%	8 25.8%	7 16.7%	15 26.8%	8 32.0%	0 0.0%	0 0.0%	27 24.3%	3 15.8%
	Σπάνια	Συχνότητα Ποσοστό	65 50.0%	25 64.1%	11 55.0%	20 50.0%	9 29.0%	24 57.1%	32 57.1%	8 32.0%	0 0.0%	1 25.0%	52 46.8%	13 68.4%
	Ποτέ	Συχνότητα Ποσοστό	12 9.2%	5 12.8%	2 10.0%	5 12.5%	0 0.0%	6 14.3%	6 10.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 9.9%	1 5.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	14 10.8%	3 7.7%	3 15.0%	2 5.0%	6 19.4%	4 9.5%	3 5.4%	4 16.0%	1 50.0%	1 25.0%	13 11.7%	1 5.3%
ΣΥΝΟΛΟ			130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

Θεραπεία των σχιζοφρενών και τις λύσεις για την καλύτερη περίθαλψή τους

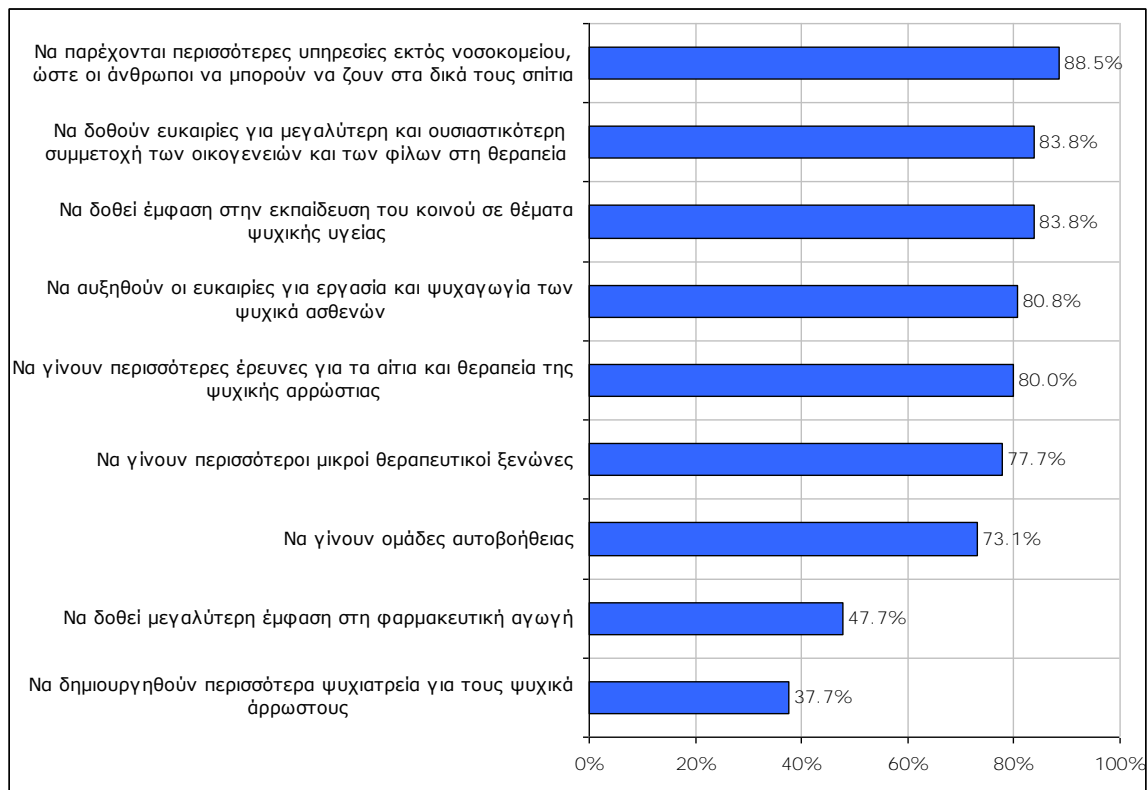
Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τις προτεινόμενες θεραπείες για την σχιζοφρένεια. Ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας θεωρείται από την πλειοψηφία η ιδανική θεραπεία. Παρατηρώντας τις υποομάδες του δείγματος δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι η θεραπεία με φάρμακα και ψυχοθεραπεία επιλέγεται ως η μόνη λύση από τους νοσηλευτές. Επιπλέον, το ένα τέταρτο των αποφοίτων ΙΕΚ δηλώνει πως η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται.

Πίνακας 11. Θεραπεία για την σχιζοφρένεια ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική

Ποια από τις παρακάτω είναι, κατά τη γνώμη σας, η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια;		Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλευτής	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Φάρμακα από γιατρό	Συχνότητα	13	7	4	0	2	6	5	2	0	0	11	2
	Ποσοστό	10.0%	17.9%	20.0%	0.0%	6.5%	14.3%	8.9%	8.0%	0.0%	0.0%	9.9%	10.5%
Ψυχοθεραπεία	Συχνότητα	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
	Ποσοστό	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.9%	0.0%
Συνδυασμός φαρμάκων-ψυχοθεραπείας	Συχνότητα	110	31	15	40	24	35	50	20	1	3	93	17
	Ποσοστό	84.6%	79.5%	75.0%	100.0%	77.4%	83.3%	89.3%	80.0%	50.0%	75.0%	83.8%	89.5%
Τίποτα από τα παραπάνω, η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται	Συχνότητα	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	0
	Ποσοστό	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	25.0%	1.8%	0.0%
ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	4	1	1	0	2	1	1	2	0	0	4	0
	Ποσοστό	3.1%	2.6%	5.0%	0.0%	6.5%	2.4%	1.8%	8.0%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%
ΣΥΝΟΛΟ		130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

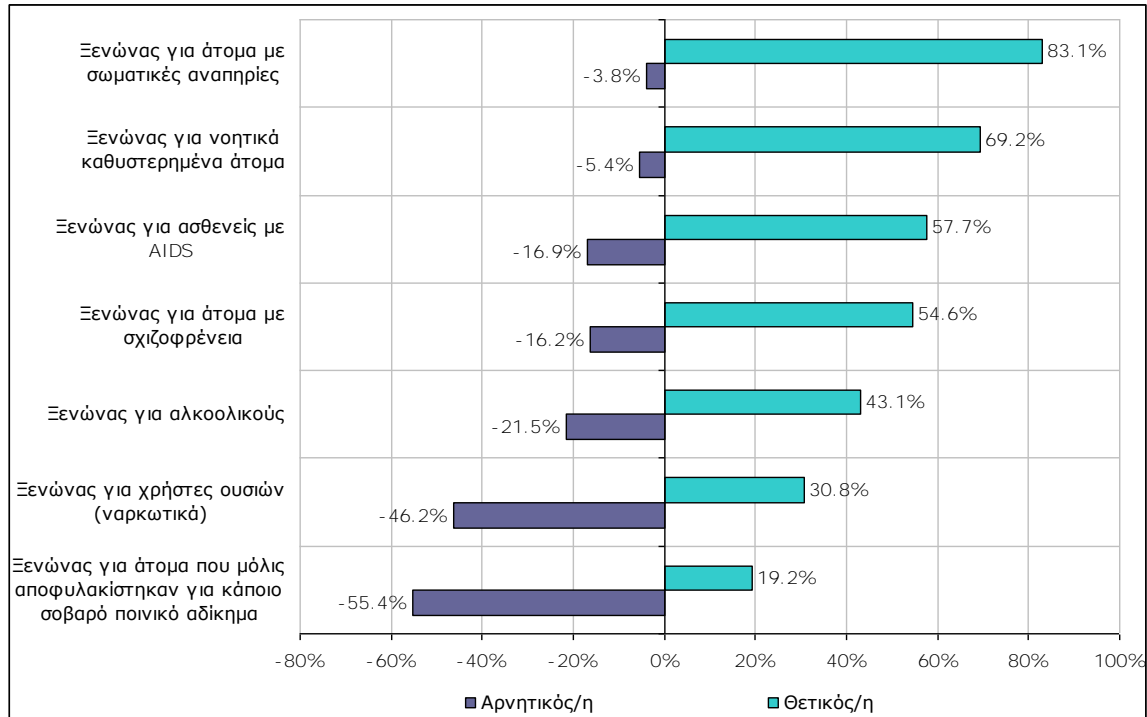
Το Γράφημα 4 παρουσιάζει σε φθίνουσα σειρά τις λύσεις που προτείνονται για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται συμφωνούν με τις περισσότερες προτάσεις. Την μεγαλύτερη αποδοχή έχει η παροχή υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου ώστε οι ασθενείς να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια. Η έμφαση στη φαρμακευτική καθώς και η δημιουργία περισσότερων ψυχιατρικών έρχονται τελευταία στη λίστα με ποσοστά μικρότερα του 50%. Όσο αναφορά τις υποομάδες του πληθυσμού δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές. Τα αναλυτικά αποτελέσματα βρίσκονται στον Παράρτημα.

Γράφημα 4. Προτεινόμενες λύσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας (σύνολο του δείγματος)



Ολοκληρώνοντας αυτήν την ενότητα παρουσιάζουμε τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την δημιουργία ξενώνων στην γειτονιά τους που θα φιλοξενούν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε δύο κλίμακες: θετική στάση (λίγο / πολύ θετικός) και αρνητική στάση (λίγο / πολύ αρνητικός). Το Γράφημα 5 δείχνει τα ποσοστά θετικών και αρνητικών στάσεων στο σύνολο του δείγματος.

Γράφημα 5. Δημιουργία ξενώνων για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού



Παρατηρώντας το γράφημα βλέπουμε ότι η πλειοψηφία (83,1%) βλέπει θετικά την δημιουργία ξενώνα για άτομα με σωματικές αναπηρίες. Έπεται η δημιουργία ξενώνα για νοητικά καθυστερημένα άτομα. Σχετικά με τους σχιζοφρενείς, το 57,7% συμφωνεί με την δημιουργία ξεχωριστού ξενώνα για αυτούς. Χαμηλά ποσοστά αποδοχής εμφανίζουν ο ξενώνας για χρήστες ουσιών (30,8%) και ακόμα περισσότερο ο ξενώνας για άτομα που πρόσφατα αποφυλακίστηκαν (19,2%).

Με σκοπό να εντοπιστούν τυχόν διαφορές μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών και επιπέδων μόρφωσης παρουσιάζουμε στον Πίνακα 12 τα ποσοστά των θετικών / αρνητικών στάσεων απέναντι στην δημιουργία ξενώνων για τις υποομάδες του δείγματος. Παρατηρούμε πάντως ότι δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 12. Δημιουργία ξενώνων για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού

			Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ξενώνας για νοητικά καθυστερημένα άτομα	Αρνητικός/η	Συχνότητα	3	0	1	3	3	1	3	0	0	6	1
		Ποσοστό	7,7%	0,0%	2,5%	9,7%	7,1%	1,8%	12,0%	0,0%	0,0%	5,4%	5,3%
	Θετικός/η	Συχνότητα	23	14	30	23	23	43	18	1	4	77	13
		Ποσοστό	59,0%	70,0%	75,0%	74,2%	54,8%	76,8%	72,0%	50,0%	100,0%	69,4%	68,4%
Ξενώνας για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν για κάποιο σοβαρό ποινικό αδίκημα	Αρνητικός/η	Συχνότητα	23	9	22	18	23	30	14	1	3	60	12
		Ποσοστό	59,0%	45,0%	55,0%	58,1%	54,8%	53,6%	56,0%	50,0%	75,0%	54,1%	63,2%
	Θετικός/η	Συχνότητα	6	4	9	6	6	13	6	0	0	21	4
		Ποσοστό	15,4%	20,0%	22,5%	19,4%	14,3%	23,2%	24,0%	0,0%	0,0%	18,9%	21,1%
Ξενώνας για άτομα με σωματικές αναπηρίες	Αρνητικός/η	Συχνότητα	2	0	0	3	1	1	2	0	1	5	0
		Ποσοστό	5,1%	0,0%	0,0%	9,7%	2,4%	1,8%	8,0%	0,0%	25,0%	4,5%	0,0%
	Θετικός/η	Συχνότητα	34	15	37	22	34	51	18	1	3	92	16
		Ποσοστό	87,2%	75,0%	92,5%	71,0%	81,0%	91,1%	72,0%	50,0%	75,0%	82,9%	84,2%
Ξενώνας για άτομα με σχιζοφρένεια	Αρνητικός/η	Συχνότητα	9	0	7	5	8	8	3	0	2	19	2
		Ποσοστό	23,1%	0,0%	17,5%	16,1%	19,0%	14,3%	12,0%	0,0%	50,0%	17,1%	10,5%
	Θετικός/η	Συχνότητα	18	13	21	19	24	27	16	1	2	58	13
		Ποσοστό	46,2%	65,0%	52,5%	61,3%	57,1%	48,2%	64,0%	50,0%	50,0%	52,3%	68,4%
Ξενώνας για αλκοολικούς	Αρνητικός/η	Συχνότητα	14	1	9	4	11	12	4	0	0	24	4
		Ποσοστό	35,9%	5,0%	22,5%	12,9%	26,2%	21,4%	16,0%	0,0%	0,0%	21,6%	21,1%
	Θετικός/η	Συχνότητα	15	8	19	14	17	25	11	1	2	48	8
		Ποσοστό	38,5%	40,0%	47,5%	45,2%	40,5%	44,6%	44,0%	50,0%	50,0%	43,2%	42,1%

			Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ξενώνας για χρήστες ουσιών (ναρκωτικά)	Αρνητικός/η	Συχνότητα	23	7	18	12	21	26	10	1	1	53	7
		Ποσοστό	59,0%	35,0%	45,0%	38,7%	50,0%	46,4%	40,0%	50,0%	25,0%	47,7%	36,8%
	Θετικός/η	Συχνότητα	10	5	14	11	11	18	9	0	2	32	8
		Ποσοστό	25,6%	25,0%	35,0%	35,5%	26,2%	32,1%	36,0%	0,0%	50,0%	28,8%	42,1%
Ξενώνας για ασθενείς με AIDS	Αρνητικός/η	Συχνότητα	7	1	8	6	8	8	5	1	0	21	1
		Ποσοστό	17,9%	5,0%	20,0%	19,4%	19,0%	14,3%	20,0%	50,0%	0,0%	18,9%	5,3%
	Θετικός/η	Συχνότητα	23	11	24	17	26	31	13	0	4	61	14
		Ποσοστό	59,0%	55,0%	60,0%	54,8%	61,9%	55,4%	52,0%	0,0%	100,0%	55,0%	73,7%

Σε σχέση με την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην δημιουργία συγκεκριμένων προγραμμάτων ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τα αντίστοιχα ποσοστά για το σύνολο και τις υποομάδες του δείγματος.

Η δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με σχιζοφρένεια σε θέσεις εργασίας κοινές με αυτές των ερωτώμενων αντιμετωπίζεται είτε θετικά είτε αρνητικά. Συγκεκριμένα, 25,4% του δείγματος είναι αρνητικό, 29,2% ούτε αρνητικό, ούτε θετικό και 36,9% θετικό. Τα αντίστοιχα ποσοστά στις υποομάδες του δείγματος κυμαίνονται παρόμοια. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι οι ειδικοί ιατροί είναι περισσότερο αρνητικοί σε αντίθεση με τους ειδικευόμενους και τους νοσηλευτές όπου το 50% και το 47,5% αντιστοίχως υποστηρίζει θετικά αυτό το πρόγραμμα. Σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης, τα χαμηλότερα επίπεδα το αντιμετωπίζουν αρνητικά ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι στους αποφοίτους ΑΕΙ κ άνω υπάρχει θετική αντιμετώπιση (42,9% θετικοί έναντι 19% αρνητικών). Ιδιαίτερα θετικοί είναι και όσοι εργάζονται σε ψυχιατρική κλινική (57,9%).

Η διάθεση κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για τους σχιζοφρενείς υποστηρίζεται θετικά από την πλειοψηφία του δείγματος (73,8%). Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στις υποομάδες. Επισημαίνεται όμως ότι το 16,1% των βοηθών νοσηλευτών αντιμετωπίζει αρνητικά αυτήν την κίνηση. Η αρνητική στάση είναι πιο εμφανής και στα χαμηλά επίπεδα μόρφωσης.

Τέλος, το πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών με συγγενείς άτομα που έχουν σχιζοφρένεια υποστηρίζεται θετικά σε όλες τις κατηγορίες και στο σύνολο του δείγματος. Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά, που ξεπερνούν το 90%, εμφανίζονται στους ιατρούς και νοσηλευτές καθώς και στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΑΕΙ κ άνω.

Πίνακας 13. Δημιουργία νέων προγραμμάτων για τους σχιζοφρενείς ανά υποομάδα του δείγματος

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με σχιζοφρένεια σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζεστε και εσείς	Αρνητικός /η	Συχνότητα	33	14	2	8	9	8	15	5	1	3	29	4
		Ποσοστό	25,4%	35,9%	10,0%	20,0%	29,0%	19,0%	26,8%	20,0%	50,0%	75,0%	26,1%	21,1%
	Ούτε αρνητικός/η, ούτε θετικός/η	Συχνότητα	38	13	5	12	8	14	16	8	0	0	35	3
		Ποσοστό	29,2%	33,3%	25,0%	30,0%	25,8%	33,3%	28,6%	32,0%	0,0%	0,0%	31,5%	15,8%
Θετικός / η	Συχνότητα	48	11	10	19	8	18	22	7	0	1	37	11	
	Ποσοστό	36,9%	28,2%	50,0%	47,5%	25,8%	42,9%	39,3%	28,0%	0,0%	25,0%	33,3%	57,9%	
Διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με σχιζοφρένεια	Αρνητικός /η	Συχνότητα	9	1	1	2	5	2	2	2	1	2	8	1
		Ποσοστό	6,9%	2,6%	5,0%	5,0%	16,1%	4,8%	3,6%	8,0%	50,0%	50,0%	7,2%	5,3%
	Ούτε αρνητικός/η, ούτε θετικός/η	Συχνότητα	17	9	1	5	2	6	9	1	0	1	16	1
		Ποσοστό	13,1%	23,1%	5,0%	12,5%	6,5%	14,3%	16,1%	4,0%	0,0%	25,0%	14,4%	5,3%
Θετικός / η	Συχνότητα	96	28	16	32	20	32	43	19	0	1	80	16	
	Ποσοστό	73,8%	71,8%	80,0%	80,0%	64,5%	76,2%	76,8%	76,0%	0,0%	25,0%	72,1%	84,2%	
Πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν σχιζοφρένεια στο σπίτι	Αρνητικός /η	Συχνότητα	3	0	0	1	2	0	1	1	0	1	3	0
		Ποσοστό	2,3%	0,0%	0,0%	2,5%	6,5%	0,0%	1,8%	4,0%	0,0%	25,0%	2,7%	0,0%
	Ούτε αρνητικός/η, ούτε θετικός/η	Συχνότητα	4	3	0	0	1	2	1	1	0	0	4	0
		Ποσοστό	3,1%	7,7%	0,0%	0,0%	3,2%	4,8%	1,8%	4,0%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%
Θετικός / η	Συχνότητα	115	36	19	38	22	40	52	18	1	3	97	18	
	Ποσοστό	88,5%	92,3%	95,0%	95,0%	71,0%	95,2%	92,9%	72,0%	50,0%	75,0%	87,4%	94,7%	

5. Αντιμετώπιση των ασθενών μέσα στην κοινωνία (στάσεις – κοινωνική απόσταση)

Η ενότητα αυτή εξετάζει πως αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μέσα στην κοινωνία. Αρχικά, παρουσιάζεται μία σειρά από διατυπώσεις, με τις οποίες οι ερωτώμενοι είτε συμφωνούν είτε διαφωνούν, με σκοπό να εκτιμήσουμε το στίγμα που έχει δημιουργηθεί γύρω από την σχιζοφρένεια και τους ασθενείς αυτής. Ο Πίνακας 14 παρουσιάζει τα ποσοστά που καταγράφηκαν για τις διατυπώσεις της έρευνας στο σύνολο του δείγματος.

Πίνακας 14. Αντιμετώπιση των ασθενών με σχιζοφρένεια

	Σίγουρα ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	ΔΓ/ΔΑ
Θα δανειζατε κάτι δικό σας σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια;	36.2%	36.2%	15.4%	7.7%	4.6%
Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	31.5%	44.6%	17.7%	2.3%	3.8%
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία πολυκατοικία, όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια;	24.6%	54.6%	15.4%	3.8%	1.5%
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά, όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	24.6%	43.1%	24.6%	6.2%	1.5%
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μια φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;	23.1%	40.0%	25.4%	6.2%	5.4%
Εάν ένα άτομο με σχιζοφρένεια εργαζόταν σε κομμωτήριο/ κουρείο θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;	13.1%	27.7%	24.6%	28.5%	6.2%
Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιον άτομο που γνωρίζετε ότι έχει σχιζοφρένεια;	10.8%	28.5%	38.5%	16.2%	6.2%
Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	10.8%	34.6%	35.4%	13.8%	5.4%
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	9.2%	26.2%	39.2%	21.5%	3.8%
Θα νοιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	7.7%	16.9%	36.2%	36.2%	3.1%
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον με σχιζοφρένεια;	6.2%	2.3%	26.2%	61.5%	3.8%
Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	5.4%	30.0%	42.3%	19.2%	3.1%
Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σχιζοφρένεια;	3.8%	9.2%	39.2%	44.6%	3.1%
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	3.1%	16.2%	39.2%	36.9%	4.6%

Παρατηρούμε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν πρόβλημα να συναναστρέφονται με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ιδιαίτερα θετικοί είναι με το να δανείζουν κάτι δικό τους, να μένουν είτε στην ίδια γειτονιά είτε στην ίδια πολυκατοικία με άτομα με σχιζοφρένεια, να διατηρήσουν φιλία μαζί τους, να τους προτείνουν δουλειά ή να δουλεύουν μαζί τους. Επιπλέον, δεν θα ενοχλούνταν να καθίσουν δίπλα στο λεωφορείο με κάποιον με σχιζοφρένεια ή να πιάσουν κουβέντα μαζί του. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι οι περισσότεροι δεν θα ένιωθαν ντροπή αν κάποιος στην οικογένειά τους είχε σχιζοφρένεια.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά άρνησης απέναντι σε κάποιον με σχιζοφρένεια συγκεντρώνουν οι ακόλουθες περιπτώσεις:

- να μένουν μαζί του
- να ξεκινήσουν φιλία μαζί του
- να του νοικιάσουν το σπίτι τους
- να τον παντρευτούν

Ιδιαίτερα η τελευταία περίπτωση συγκεντρώνει και το μεγαλύτερο ποσοστό (61,5%) αυτών που με σιγουριά δηλώνουν πως δεν θα παντρεύονταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια.

Παρατηρώντας τα ποσοστά σε επίπεδο επαγγέλματος και μόρφωσης βλέπουμε πως εντοπίζονται κάποιες διαφορές, κυρίως μεταξύ βοηθών νοσηλευτών και των υπολοίπων για την πρώτη κατηγορία και μεταξύ αποφοίτων Λυκείου / Άλλου και των ανώτερων επιπέδων μόρφωσης. Οι πιο έντονες διαφορές αφορούν τρεις περιπτώσεις: (α) δίπλα στο λεωφορείο (β) να δεχθούν να τους κουρέψει και (γ) ντροπή για συγγενικά άτομα. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι βοηθοί νοσηλευτών καθώς και οι ερωτώμενοι χαμηλού επιπέδου μόρφωσης εμφανίζονται περισσότερο αρνητικοί απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια.

Τα αναλυτικά αποτελέσματα ανά επάγγελμα, επίπεδο μόρφωσης και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική φαίνονται στο Παράρτημα.

Αντιμετώπιση ειδικών ομάδων του πληθυσμού – Σύγκριση με άτομα που έχουν σχιζοφρένεια

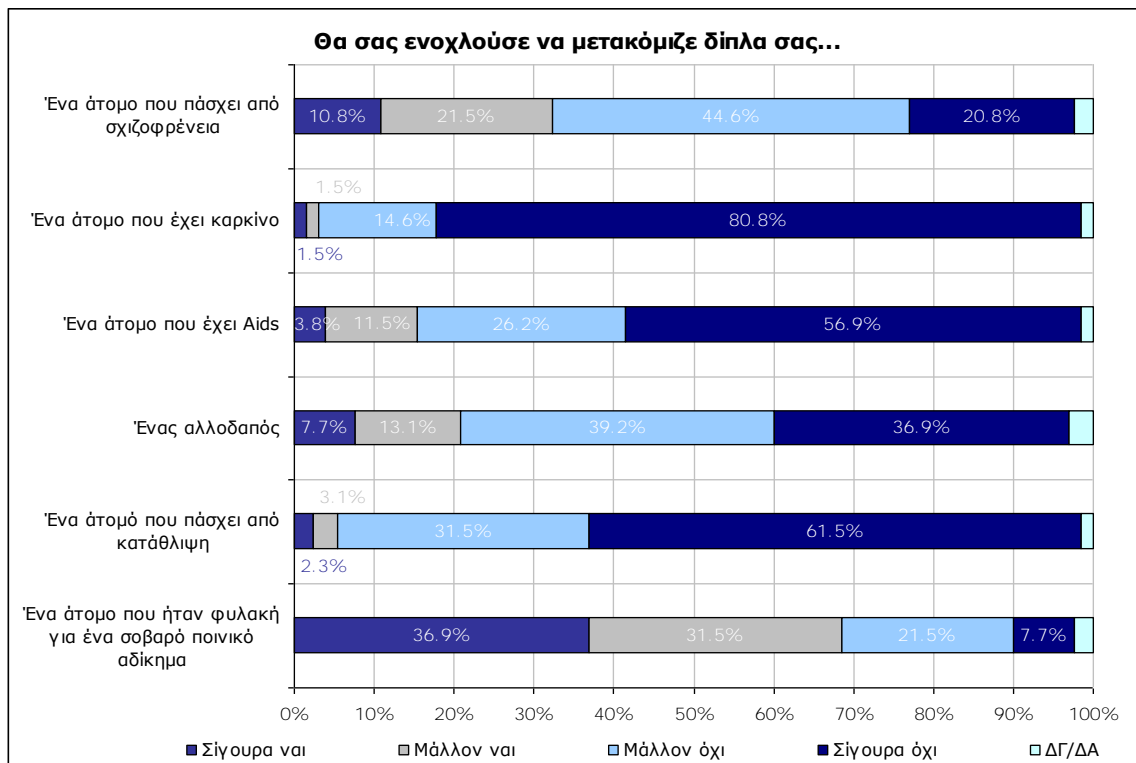
Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε την αντιμετώπιση που έχουν μέσα στην κοινωνία τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια σε σχέση με άλλες ομάδες του πληθυσμού. Συγκεκριμένα εξετάζεται η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε:

- άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια
- άτομα που έχουν καρκίνο
- άτομα που έχουν AIDS
- αλλοδαπούς
- άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη
- άτομα που ήταν φυλακή για κάποιο σοβαρό αδίκημα

Για όλες τις παραπάνω ομάδες εξετάζεται αν οι επαγγελματίες υγείας θα ενοχλούνταν σε περίπτωση που (α) μετακόμιζε δίπλα τους κάποιο άτομο από αυτές τις ομάδες του πληθυσμού και (β) δούλευαν μαζί με κάποιον από αυτούς.

Το Γράφημα 6 παρουσιάζει τα ποσοστά στο σύνολο του πληθυσμού για την (α) περίπτωση. Παρατηρείται ότι οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους δεν έχουν πρόβλημα με το να μετακόμιζε δίπλα τους κάποιο άτομο με καρκίνο (80,8%) ή κάποιος με AIDS (61,5%).

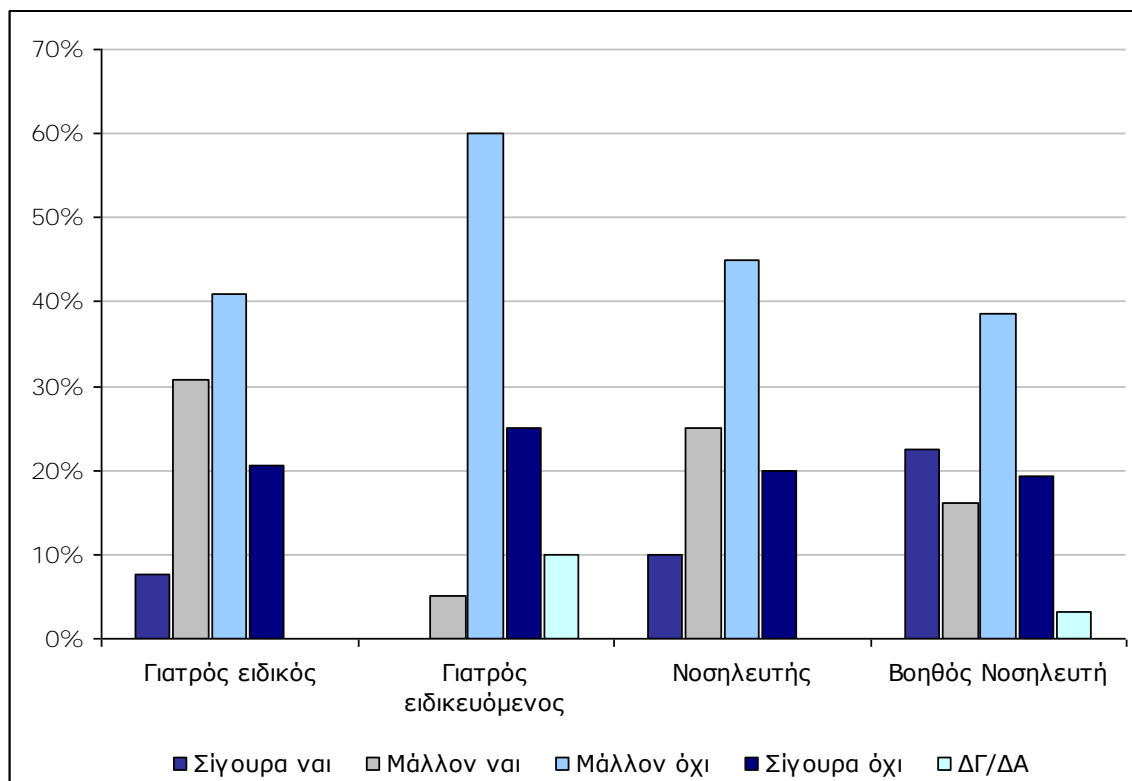
Γράφημα 6. Ενόχληση με το αν μετακόμιζε δίπλα τους



Με τα άτομα των υπόλοιπων ομάδων μάλλον δεν θα είχαν πρόβλημα ενώ την μεγαλύτερη άρνηση επιδεικνύουν απέναντι σε άτομα που ήταν φυλακή. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι αφήνοντας στην άκρη τα άτομα που ήταν φυλακή, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά στις κατηγορίες 'σίγουρα θα με ενοχλούσε' και 'μάλλον θα με ενοχλούσε' εν συγκρίσει με τις υπόλοιπες ομάδες.

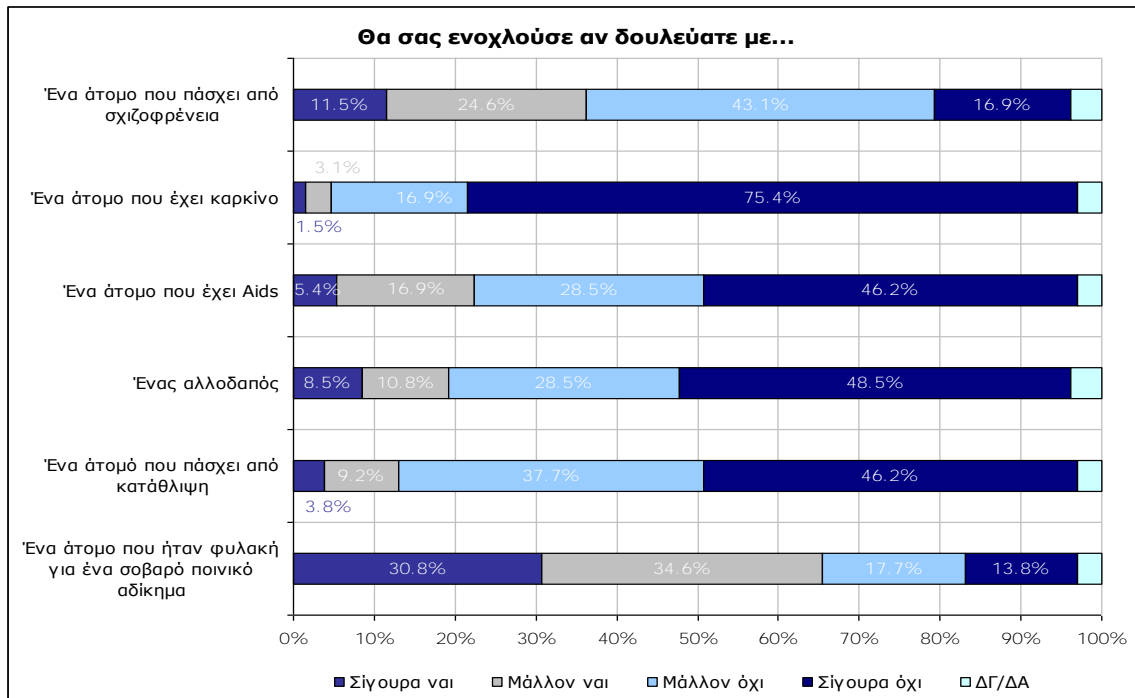
Σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζει ενδιαφέρον να δούμε τα αποτελέσματα και σε επίπεδο επαγγέλματος. Το Γράφημα 7 δείχνει τα ποσοστά για τις 4 κατηγορίες επαγγελμάτων. Παρατηρείται ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί δηλώνουν την μικρότερη ενόχληση απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια και έπονται οι ειδικοί. Αντιθέτως, οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζονται περισσότερο επιφυλακτικοί και αξίζει να σημειωθεί ότι το 22,6% δηλώνει πως σίγουρα θα τον ενοχλούσε αν μετακόμιζε δίπλα του κάποιος με σχιζοφρένεια.

Γράφημα 7. Θα σας ενοχλούσε αν μετακόμιζε δίπλα σας ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;



Στο Γράφημα 8 παρουσιάζεται η αντίστοιχη εικόνα στο σύνολο του δείγματος σε σχέση με την αντιμετώπιση των ατόμων στον χώρο εργασίας. Παρατηρείται και πάλι ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο αρνητικοί απέναντι στα άτομα που ήταν φυλακή. Έπονται τα άτομα με σχιζοφρένεια και μετά οι ασθενείς του AIDS. Την καλύτερη αντιμετώπιση λαμβάνουν κι εδώ τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο.

Γράφημα 8. Ενόχληση με το αν δούλευαν μαζί του



Τα αναλυτικά αποτελέσματα ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική βρίσκονται στο Παράρτημα και για τις δύο κατηγορίες (μετακόμιση – δουλειά).

Στα πλαίσια αυτής της ενότητας και με σκοπό να αξιολογηθεί καλύτερα η αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τα άτομα με σχιζοφρένεια η έρευνα εξετάζει αν οι ερωτώμενοι θα ήταν υπέρ ή κατά της δημιουργίας ενός μικρού ξενώνα (6-8 ατόμων) στην γειτονιά τους για την φροντίδα των σχιζοφρενών. Στο σύνολο του δείγματος, το 44,6% δηλώνει υπέρ του ξενώνα, το 43,8% είναι αδιάφορο / δεν τον πειράζει και μόλις το 7,7% δηλώνει κατά της δημιουργίας του ξενώνα (το 3,9% που υπολείπεται δεν έχει δώσει απάντηση). Ο λόγος για τον οποίο κάποιοι είναι αντίθετοι σε αυτήν την πρόταση είναι κοινός για όλους και αφορά τον φόβο / ανασφάλεια που προκαλεί η ύπαρξη ενός τέτοιου ξενώνα στην γειτονιά τους.

Ολοκληρώνουμε την ενότητα αυτή με την αναφορά στο κατά πόσο ένας ψυχικά ασθενής και ειδικά ένας που πάσχει από σχιζοφρένεια θεωρείται περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από τους υπολοίπους. Επιπλέον, γίνεται σύγκριση μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια και των υπολοίπων ψυχικά ασθενών. Ο Πίνακας 15 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας στο σύνολο του δείγματος και ανά επάγγελμα, επίπεδο μόρφωσης και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική.

Πίνακας 15. Κατά πόσο ένας ψυχικά ασθενής και ειδικά κάποιος που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνος ή όχι

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Κατά τη γνώμη σας ένας ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από κάποιον που δεν έχει καμία ψυχική αρρώστια;	Πολύ λιγότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
		Ποσοστό	0.8%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%
	Λίγο επικίνδυνος	Συχνότητα	10	4	1	3	2	5	3	2	0	0	9	1
		Ποσοστό	7.7%	10.3%	5.0%	7.5%	6.5%	11.9%	5.4%	8.0%	0.0%	0.0%	8.1%	5.3%
	Περίπου το ίδιο επικίνδυνος	Συχνότητα	49	16	8	18	7	20	22	5	0	2	39	10
		Ποσοστό	37.7%	41.0%	40.0%	45.0%	22.6%	47.6%	39.3%	20.0%	0.0%	50.0%	35.1%	52.6%
Και ειδικότερα, ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από ένα άτομο που δεν έχει καμία ψυχική αρρώστια;	Περισσότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	41	14	6	13	8	13	20	7	1	0	37	4
		Ποσοστό	31.5%	35.9%	30.0%	32.5%	25.8%	31.0%	35.7%	28.0%	50.0%	0.0%	33.3%	21.1%
	Πολύ περισσότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	16	2	1	4	9	2	5	8	0	1	13	3
		Ποσοστό	12.3%	5.1%	5.0%	10.0%	29.0%	4.8%	8.9%	32.0%	0.0%	25.0%	11.7%	15.8%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	13	3	3	2	5	1	6	3	1	1	12	1
		Ποσοστό	10.0%	7.7%	15.0%	5.0%	16.1%	2.4%	10.7%	12.0%	50.0%	25.0%	10.8%	5.3%
Ένα άτομο	Πολύ λιγότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	3	0	1	1	1	1	1	1	0	0	3	0
		Ποσοστό	2.3%	0.0%	5.0%	2.5%	3.2%	2.4%	1.8%	4.0%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%
	Λίγο επικίνδυνος	Συχνότητα	9	2	0	4	3	3	3	2	0	1	7	2
		Ποσοστό	6.9%	5.1%	0.0%	10.0%	9.7%	7.1%	5.4%	8.0%	0.0%	25.0%	6.3%	10.5%
	Περίπου το ίδιο επικίνδυνος	Συχνότητα	30	10	8	9	3	13	14	3	0	0	24	6
		Ποσοστό	23.1%	25.6%	40.0%	22.5%	9.7%	31.0%	25.0%	12.0%	0.0%	0.0%	21.6%	31.6%
Ένα άτομο	Περισσότερο επικίνδυνο	Συχνότητα	65	24	8	21	12	24	28	10	1	1	56	9
		Ποσοστό	50.0%	61.5%	40.0%	52.5%	38.7%	57.1%	50.0%	40.0%	50.0%	25.0%	50.5%	47.4%
	Πολύ περισσότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	15	2	1	3	9	0	6	8	0	1	13	2
		Ποσοστό	11.5%	5.1%	5.0%	7.5%	29.0%	0.0%	10.7%	32.0%	0.0%	25.0%	11.7%	10.5%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	8	1	2	2	3	1	4	1	1	1	8	0
		Ποσοστό	6.2%	2.6%	10.0%	5.0%	9.7%	2.4%	7.1%	4.0%	50.0%	25.0%	7.2%	0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από κάποιον που έχει μία άλλη ψυχική αρρώστια;	Λιγότερο επικίνδυνος	Ποσοστό	0.8%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%
	Λίγο επικίνδυνος	Συχνότητα	9	2	2	3	2	2	5	2	0	0	9	0
		Ποσοστό	6.9%	5.1%	10.0%	7.5%	6.5%	4.8%	8.9%	8.0%	0.0%	0.0%	8.1%	0.0%
	Περίπου το ίδιο επικίνδυνος	Συχνότητα	44	10	9	17	8	15	21	8	0	0	34	10
		Ποσοστό	33.8%	25.6%	45.0%	42.5%	25.8%	35.7%	37.5%	32.0%	0.0%	0.0%	30.6%	52.6%
	Περισσότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	49	19	6	15	9	18	22	7	1	1	43	6
		Ποσοστό	37.7%	48.7%	30.0%	37.5%	29.0%	42.9%	39.3%	28.0%	50.0%	25.0%	38.7%	31.6%
	Πολύ περισσότερο επικίνδυνος	Συχνότητα	11	2	0	0	9	1	1	7	0	2	8	3
	Ποσοστό	8.5%	5.1%	0.0%	0.0%	29.0%	2.4%	1.8%	28.0%	0.0%	50.0%	7.2%	15.8%	
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	16	6	2	5	3	5	7	1	1	1	16	0
		Ποσοστό	12.3%	15.4%	10.0%	12.5%	9.7%	11.9%	12.5%	4.0%	50.0%	25.0%	14.4%	0.0%
ΣΥΝΟΛΟ			130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

Ένας ψυχικά άρρωστος θεωρείται το ίδιο (37,7%) ή περισσότερο επικίνδυνος (31,5%) από κάποιον που δεν πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Παρόμοια είναι η εικόνα και ανά επάγγελμα με εξαίρεση και πάλι τους βοηθούς νοσηλευτών. Οι τελευταίοι θεωρούν κατά 22,6% πως είναι το ίδιο επικίνδυνοι, 25,8% περισσότερο επικίνδυνοι και υπάρχει και ένα 29,0% που τους θεωρεί πολύ περισσότερο επικίνδυνους. Τα αποτελέσματα ανά επίπεδο μόρφωσης δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι πως περισσότεροι από τους μισούς (52,6%) που εργάζονται σε ψυχιατρική κλινική δηλώνουν πως οι ψυχικά ασθενείς είναι περίπου το ίδιο επικίνδυνοι με τους υπολοίπους.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια θεωρούνται κατά 50,0% περισσότερα επικίνδυνα από κάποιον που δεν πάσχει από ψυχική αρρώστια. Το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 60% στους ειδικούς ιατρούς. Πολύ περισσότερο επικίνδυνοι κρίνονται από το 29,0% των βοηθών νοσηλευτών. Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια θεωρούνται είτε το ίδιο (33,8%) είτε περισσότερο επικίνδυνα (37,7%) από κάποιον που πάσχει από άλλη ψυχική ασθένεια.

6. Παράρτημα

Πίνακας 16. Ενημέρωση για θέματα σχετικά με την σχιζοφρένεια ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική

Ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια, έχετε δει, ακούσει, ή διαβάσει κάτι σχετικό τους τελευταίους έξι μήνες και, εάν ναι που;		Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
			Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ ανω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Τηλεόραση	Συχνότητα	52	11	5	17	19	11	22	16	2	1	41	11
	Ποσοστό	41.3%	28.2%	25.0%	44.7%	65.5%	26.2%	40.7%	69.6%	100.0%	25.0%	38.0%	61.1%
Ραδιόφωνο	Συχνότητα	10	4	1	2	3	6	1	2	1	0	9	1
	Ποσοστό	7.9%	10.3%	5.0%	5.3%	10.3%	14.3%	1.9%	8.7%	50.0%	0.0%	8.3%	5.6%
Εφημερίδα	Συχνότητα	30	11	4	11	4	16	10	3	1	0	23	7
	Ποσοστό	23.8%	28.2%	20.0%	28.9%	13.8%	38.1%	18.5%	13.0%	50.0%	0.0%	21.3%	38.9%
Περιοδικό	Συχνότητα	33	9	5	9	10	13	10	8	1	1	27	6
	Ποσοστό	26.2%	23.1%	25.0%	23.7%	34.5%	31.0%	18.5%	34.8%	50.0%	25.0%	25.0%	33.3%
Διαφήμιση σε ΜΜΜ	Συχνότητα	3	1	0	1	1	2	0	1	0	0	2	1
	Ποσοστό	2.4%	2.6%	0.0%	2.6%	3.4%	4.8%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	1.9%	5.6%
Διαφήμιση σε στάση	Συχνότητα	4	1	0	2	1	2	1	1	0	0	3	1
	Ποσοστό	3.2%	2.6%	0.0%	5.3%	3.4%	4.8%	1.9%	4.3%	0.0%	0.0%	2.8%	5.6%
Άλλο (Βιβλία, συνέδρια, ίντερνετ συνάδελφοι)	Συχνότητα	12	4	4	2	2	3	7	2	0	0	8	4
	Ποσοστό	9.5%	10.3%	20.0%	5.3%	6.9%	7.1%	13.0%	8.7%	0.0%	0.0%	7.4%	22.2%
Δεν έχω ακούσει κάτι	Συχνότητα	53	20	10	14	9	16	27	6	0	3	49	4
	Ποσοστό	42.1%	51.3%	50.0%	36.8%	31.0%	38.1%	50.0%	26.1%	0.0%	75.0%	45.4%	22.2%
ΣΥΝΟΛΟ		126	39	20	38	29	42	54	23	2	4	108	18

Πίνακας 17. Προτεινόμενες λύσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας ανά επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία ή μη σε ψυχιατρική κλινική

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά άρρωστους	Ναι	Συχνότητα	49	12	8	13	16	15	18	12	1	3	40	9
		Ποσοστό	37.7%	30.8%	40.0%	32.5%	51.6%	35.7%	32.1%	48.0%	50.0%	75.0%	36.0%	47.4%
	Όχι	Συχνότητα	38	13	5	16	4	16	18	4	0	0	33	5
Να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια		Ποσοστό	29.2%	33.3%	25.0%	40.0%	12.9%	38.1%	32.1%	16.0%	0.0%	0.0%	29.7%	26.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	43	14	7	11	11	11	20	9	1	1	38	5
		Ποσοστό	33.1%	35.9%	35.0%	27.5%	35.5%	26.2%	35.7%	36.0%	50.0%	25.0%	34.2%	26.3%
Να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας	Ναι	Συχνότητα	115	35	19	37	24	39	51	19	2	3	96	19
		Ποσοστό	88.5%	89.7%	95.0%	92.5%	77.4%	92.9%	91.1%	76.0%	100.0%	75.0%	86.5%	100.0%
	Όχι	Συχνότητα	6	1	0	1	4	1	1	3	0	1	6	0
Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί		Ποσοστό	4.6%	2.6%	0.0%	2.5%	12.9%	2.4%	1.8%	12.0%	0.0%	25.0%	5.4%	0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	9	3	1	2	3	2	4	3	0	0	9	0
		Ποσοστό	6.9%	7.7%	5.0%	5.0%	9.7%	4.8%	7.1%	12.0%	0.0%	0.0%	8.1%	0.0%
Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί	Ναι	Συχνότητα	104	30	16	32	26	34	43	21	1	4	87	17
		Ποσοστό	80.0%	76.9%	80.0%	80.0%	83.9%	81.0%	76.8%	84.0%	50.0%	100.0%	78.4%	89.5%
	Όχι	Συχνότητα	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0
Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί		Ποσοστό	1.5%	2.6%	0.0%	0.0%	3.2%	2.4%	0.0%	4.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	24	8	4	8	4	7	13	3	1	0	22	2
		Ποσοστό	18.5%	20.5%	20.0%	20.0%	12.9%	16.7%	23.2%	12.0%	50.0%	0.0%	19.8%	10.5%
Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί	Ναι	Συχνότητα	101	31	14	33	23	36	41	20	1	2	83	18
		Ποσοστό	77.7%	79.5%	70.0%	82.5%	74.2%	85.7%	73.2%	80.0%	50.0%	50.0%	74.8%	94.7%
	Όχι	Συχνότητα	5	0	0	2	3	0	2	2	0	1	5	0

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ξενώνες		Ποσοστό	3.8%	0.0%	0.0%	5.0%	9.7%	0.0%	3.6%	8.0%	0.0%	25.0%	4.5%	0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	24	8	6	5	5	6	13	3	1	1	23	1
		Ποσοστό	18.5%	20.5%	30.0%	12.5%	16.1%	14.3%	23.2%	12.0%	50.0%	25.0%	20.7%	5.3%
Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή	Ναι	Συχνότητα	62	22	9	14	17	19	26	15	1	1	52	10
		Ποσοστό	47.7%	56.4%	45.0%	35.0%	54.8%	45.2%	46.4%	60.0%	50.0%	25.0%	46.8%	52.6%
	Όχι	Συχνότητα	31	7	5	12	7	11	13	6	0	1	25	6
		Ποσοστό	23.8%	17.9%	25.0%	30.0%	22.6%	26.2%	23.2%	24.0%	0.0%	25.0%	22.5%	31.6%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	37	10	6	14	7	12	17	4	1	2	34	3
		Ποσοστό	28.5%	25.6%	30.0%	35.0%	22.6%	28.6%	30.4%	16.0%	50.0%	50.0%	30.6%	15.8%
Να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας	Ναι	Συχνότητα	109	32	16	36	25	36	47	20	2	3	91	18
		Ποσοστό	83.8%	82.1%	80.0%	90.0%	80.6%	85.7%	83.9%	80.0%	100.0%	75.0%	82.0%	94.7%
	Όχι	Συχνότητα	4	1	0	1	2	1	1	1	0	1	4	0
		Ποσοστό	3.1%	2.6%	0.0%	2.5%	6.5%	2.4%	1.8%	4.0%	0.0%	25.0%	3.6%	0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	17	6	4	3	4	5	8	4	0	0	16	1
		Ποσοστό	13.1%	15.4%	20.0%	7.5%	12.9%	11.9%	14.3%	16.0%	0.0%	0.0%	14.4%	5.3%
Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών	Ναι	Συχνότητα	105	32	15	37	21	35	48	18	1	2	88	17
		Ποσοστό	80.8%	82.1%	75.0%	92.5%	67.7%	83.3%	85.7%	72.0%	50.0%	50.0%	79.3%	89.5%
	Όχι	Συχνότητα	8	2	0	1	5	2	1	3	0	2	7	1
		Ποσοστό	6.2%	5.1%	0.0%	2.5%	16.1%	4.8%	1.8%	12.0%	0.0%	50.0%	6.3%	5.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	17	5	5	2	5	5	7	4	1	0	16	1
		Ποσοστό	13.1%	12.8%	25.0%	5.0%	16.1%	11.9%	12.5%	16.0%	50.0%	0.0%	14.4%	5.3%
Να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και	Ναι	Συχνότητα	109	33	16	35	25	35	48	20	2	3	92	17
		Ποσοστό	83.8%	84.6%	80.0%	87.5%	80.6%	83.3%	85.7%	80.0%	100.0%	75.0%	82.9%	89.5%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία	Όχι	Συχνότητα	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	0
		Ποσοστό	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	25.0%	1.8%	0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	19	6	4	5	4	7	8	4	0	0	17	2
		Ποσοστό	14.6%	15.4%	20.0%	12.5%	12.9%	16.7%	14.3%	16.0%	0.0%	0.0%	15.3%	10.5%
Να γίνουν ομάδες αυτοβοήθειας	Ναι	Συχνότητα	95	26	13	33	23	29	42	19	1	3	79	16
		Ποσοστό	73.1%	66.7%	65.0%	82.5%	74.2%	69.0%	75.0%	76.0%	50.0%	75.0%	71.2%	84.2%
	Όχι	Συχνότητα	4	2	0	0	2	2	0	1	0	1	3	1
		Ποσοστό	3.1%	5.1%	0.0%	0.0%	6.5%	4.8%	0.0%	4.0%	0.0%	25.0%	2.7%	5.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα	31	11	7	7	6	11	14	5	1	0	29	2
		Ποσοστό	23.8%	28.2%	35.0%	17.5%	19.4%	26.2%	25.0%	20.0%	50.0%	0.0%	26.1%	10.5%
ΣΥΝΟΛΟ			130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

Πίνακας 18. Αντιμετώπιση των ατόμων με σχιζοφρένεια μέσα στην κοινωνία (στίγμα)

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	3 9.7%	0 0.0%	1 1.8%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	3 2.7%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	21 16.2%	6 15.4%	2 10.0%	8 20.0%	5 16.1%	8 19.0%	8 14.3%	4 16.0%	1 50.0%	0 0.0%	20 18.0%	1 5.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	51 39.2%	19 48.7%	5 25.0%	16 40.0%	11 35.5%	14 33.3%	26 46.4%	9 36.0%	1 50.0%	1 25.0%	46 41.4%	5 26.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	48 36.9%	12 30.8%	11 55.0%	16 40.0%	9 29.0%	18 42.9%	20 35.7%	8 32.0%	0 0.0%	1 25.0%	37 33.3%	11 57.9%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	6 4.6%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	3 9.7%	2 4.8%	1 1.8%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	5 4.5%	1 5.3%
Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	7 5.4%	2 5.1%	1 5.0%	1 2.5%	3 9.7%	2 4.8%	2 3.6%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 4.5%	2 10.5%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	39 30.0%	14 35.9%	3 15.0%	12 30.0%	10 32.3%	11 26.2%	17 30.4%	8 32.0%	0 0.0%	2 50.0%	36 32.4%	3 15.8%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	55 42.3%	18 46.2%	8 40.0%	16 40.0%	13 41.9%	16 38.1%	26 46.4%	10 40.0%	2 100.0%	1 25.0%	48 43.2%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	25 19.2%	3 7.7%	6 30.0%	11 27.5%	5 16.1%	10 23.8%	10 17.9%	4 16.0%	0 0.0%	1 25.0%	18 16.2%	7 36.8%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	2 5.1%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 7.1%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μια φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	30 23.1%	6 15.4%	4 20.0%	14 35.0%	6 19.4%	12 28.6%	11 19.6%	5 20.0%	0 0.0%	1 25.0%	23 20.7%	7 36.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	52 40.0%	16 41.0%	9 45.0%	17 42.5%	10 32.3%	16 38.1%	26 46.4%	7 28.0%	1 50.0%	2 50.0%	47 42.3%	5 26.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	33 25.4%	12 30.8%	3 15.0%	7 17.5%	11 35.5%	10 23.8%	12 21.4%	10 40.0%	1 50.0%	0 0.0%	28 25.2%	5 26.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	2 5.1%	2 10.0%	1 2.5%	3 9.7%	1 2.4%	4 7.1%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	7 6.3%	1 5.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	7 5.4%	3 7.7%	2 10.0%	1 2.5%	1 3.2%	3 7.1%	3 5.4%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.4%	1 5.3%
Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	41 31.5%	14 35.9%	4 20.0%	8 20.0%	15 48.4%	12 28.6%	14 25.0%	12 48.0%	1 50.0%	2 50.0%	34 30.6%	7 36.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	58 44.6%	18 46.2%	11 55.0%	21 52.5%	8 25.8%	18 42.9%	31 55.4%	8 32.0%	0 0.0%	0 0.0%	53 47.7%	5 26.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	23 17.7%	5 12.8%	3 15.0%	9 22.5%	6 19.4%	8 19.0%	9 16.1%	4 16.0%	1 50.0%	1 25.0%	16 14.4%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.3%	1 2.6%	0 0.0%	2 5.0%	0 0.0%	2 4.8%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.7%	0 0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	2 6.5%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	1 25.0%	5 4.5%	0 0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	10 7.7%	4 10.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 19.4%	2 4.8%	2 3.6%	5 20.0%	0 0.0%	1 25.0%	9 8.1%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	22 16.9%	6 15.4%	1 5.0%	7 17.5%	8 25.8%	5 11.9%	9 16.1%	5 20.0%	2 100.0%	1 25.0%	16 14.4%	6 31.6%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	47 36.2%	15 38.5%	11 55.0%	16 40.0%	5 16.1%	15 35.7%	27 48.2%	4 16.0%	0 0.0%	1 25.0%	40 36.0%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	47 36.2%	13 33.3%	6 30.0%	17 42.5%	11 35.5%	18 42.9%	17 30.4%	10 40.0%	0 0.0%	1 25.0%	42 37.8%	5 26.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον με σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	3 7.7%	1 5.0%	2 5.0%	2 6.5%	3 7.1%	3 5.4%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.2%	0 0.0%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.3%	1 2.6%	0 0.0%	1 2.5%	1 3.2%	1 2.4%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	1 5.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	34 26.2%	7 17.9%	7 35.0%	14 35.0%	6 19.4%	11 26.2%	17 30.4%	4 16.0%	2 100.0%	0 0.0%	30 27.0%	4 21.1%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	80 61.5%	28 71.8%	10 50.0%	21 52.5%	21 67.7%	25 59.5%	33 58.9%	17 68.0%	0 0.0%	4 100.0%	66 59.5%	14 73.7%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	0 0.0%	2 10.0%	2 5.0%	1 3.2%	2 4.8%	2 3.6%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 4.5%	0 0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	1 2.6%	0 0.0%	1 2.5%	3 9.7%	0 0.0%	2 3.6%	1 4.0%	0 0.0%	2 50.0%	4 3.6%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	12 9.2%	3 7.7%	2 10.0%	2 5.0%	5 16.1%	3 7.1%	4 7.1%	5 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 9.0%	2 10.5%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	51 39.2%	20 51.3%	3 15.0%	19 47.5%	9 29.0%	15 35.7%	27 48.2%	6 24.0%	2 100.0%	1 25.0%	50 45.0%	1 5.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	58 44.6%	14 35.9%	13 65.0%	18 45.0%	13 41.9%	22 52.4%	22 39.3%	12 48.0%	0 0.0%	1 25.0%	43 38.7%	15 78.9%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%
Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	47 36.2%	7 17.9%	7 35.0%	21 52.5%	12 38.7%	14 33.3%	20 35.7%	8 32.0%	1 50.0%	3 75.0%	39 35.1%	8 42.1%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	47 36.2%	21 53.8%	8 40.0%	13 32.5%	5 16.1%	17 40.5%	25 44.6%	5 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	42 37.8%	5 26.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	20 15.4%	8 20.5%	1 5.0%	3 7.5%	8 25.8%	6 14.3%	6 10.7%	7 28.0%	1 50.0%	0 0.0%	18 16.2%	2 10.5%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	10 7.7%	2 5.1%	2 10.0%	1 2.5%	5 16.1%	2 4.8%	3 5.4%	4 16.0%	0 0.0%	1 25.0%	6 5.4%	4 21.1%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	6 4.6%	1 2.6%	2 10.0%	2 5.0%	1 3.2%	3 7.1%	2 3.6%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.4%	0 0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιο άτομο που γνωρίζετε ότι έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	14 10.8%	1 2.6%	4 20.0%	6 15.0%	3 9.7%	7 16.7%	4 7.1%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 9.9%	3 15.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	37 28.5%	11 28.2%	5 25.0%	13 32.5%	8 25.8%	13 31.0%	15 26.8%	7 28.0%	0 0.0%	1 25.0%	33 29.7%	4 21.1%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	50 38.5%	17 43.6%	8 40.0%	17 42.5%	8 25.8%	15 35.7%	27 48.2%	6 24.0%	2 100.0%	0 0.0%	43 38.7%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	21 16.2%	8 20.5%	1 5.0%	3 7.5%	9 29.0%	4 9.5%	8 14.3%	8 32.0%	0 0.0%	1 25.0%	16 14.4%	5 26.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	2 5.1%	2 10.0%	1 2.5%	3 9.7%	3 7.1%	2 3.6%	1 4.0%	0 0.0%	2 50.0%	8 7.2%	0 0.0%
Εάν ένα άτομο με σχιζοφρένεια εργαζόταν σε κομμωτήριο/ κουρείο θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	17 13.1%	5 12.8%	1 5.0%	8 20.0%	3 9.7%	6 14.3%	8 14.3%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	11 9.9%	6 31.6%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	36 27.7%	14 35.9%	9 45.0%	8 20.0%	5 16.1%	13 31.0%	18 32.1%	4 16.0%	0 0.0%	1 25.0%	31 27.9%	5 26.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	32 24.6%	9 23.1%	5 25.0%	11 27.5%	7 22.6%	11 26.2%	13 23.2%	5 20.0%	2 100.0%	0 0.0%	29 26.1%	3 15.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	37 28.5%	9 23.1%	3 15.0%	11 27.5%	14 45.2%	8 19.0%	15 26.8%	12 48.0%	0 0.0%	2 50.0%	32 28.8%	5 26.3%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	2 5.1%	2 10.0%	2 5.0%	2 6.5%	4 9.5%	2 3.6%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.2%	0 0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	12 9.2%	2 5.1%	1 5.0%	8 20.0%	1 3.2%	6 14.3%	5 8.9%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 8.1%	3 15.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	34 26.2%	9 23.1%	7 35.0%	12 30.0%	6 19.4%	11 26.2%	16 28.6%	4 16.0%	1 50.0%	1 25.0%	27 24.3%	7 36.8%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	51 39.2%	20 51.3%	6 30.0%	16 40.0%	9 29.0%	19 45.2%	23 41.1%	7 28.0%	1 50.0%	1 25.0%	48 43.2%	3 15.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	28 21.5%	8 20.5%	4 20.0%	4 10.0%	12 38.7%	5 11.9%	11 19.6%	10 40.0%	0 0.0%	2 50.0%	22 19.8%	6 31.6%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	0 0.0%	2 10.0%	0 0.0%	3 9.7%	1 2.4%	1 1.8%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 4.5%	0 0.0%
Θα δίνετε δουλειά σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	14 10.8%	0 0.0%	1 5.0%	9 22.5%	4 12.9%	4 9.5%	6 10.7%	3 12.0%	0 0.0%	1 25.0%	11 9.9%	3 15.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	45 34.6%	15 38.5%	8 40.0%	17 42.5%	5 16.1%	15 35.7%	24 42.9%	5 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	36 32.4%	9 47.4%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	46 35.4%	18 46.2%	6 30.0%	12 30.0%	10 32.3%	18 42.9%	18 32.1%	8 32.0%	2 100.0%	0 0.0%	42 37.8%	4 21.1%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	18 13.8%	5 12.8%	3 15.0%	1 2.5%	9 29.0%	3 7.1%	6 10.7%	7 28.0%	0 0.0%	2 50.0%	15 13.5%	3 15.8%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	7 5.4%	1 2.6%	2 10.0%	1 2.5%	3 9.7%	2 4.8%	2 3.6%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	7 6.3%	0 0.0%

			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά, όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	32 24.6%	9 23.1%	5 25.0%	12 30.0%	6 19.4%	14 33.3%	12 21.4%	4 16.0%	0 0.0%	2 50.0%	22 19.8%	10 52.6%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	56 43.1%	14 35.9%	12 60.0%	16 40.0%	14 45.2%	15 35.7%	26 46.4%	12 48.0%	1 50.0%	1 25.0%	51 45.9%	5 26.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	32 24.6%	12 30.8%	2 10.0%	10 25.0%	8 25.8%	11 26.2%	13 23.2%	6 24.0%	1 50.0%	1 25.0%	28 25.2%	4 21.1%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	8 6.2%	4 10.3%	0 0.0%	2 5.0%	2 6.5%	2 4.8%	4 7.1%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.2%	0 0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	1 5.0%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	0 0.0%
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία πολυκατοικία, όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια;	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	32 24.6%	9 23.1%	5 25.0%	10 25.0%	8 25.8%	13 31.0%	11 19.6%	7 28.0%	0 0.0%	1 25.0%	25 22.5%	7 36.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	71 54.6%	21 53.8%	13 65.0%	22 55.0%	15 48.4%	22 52.4%	33 58.9%	12 48.0%	2 100.0%	1 25.0%	61 55.0%	10 52.6%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	20 15.4%	8 20.5%	1 5.0%	7 17.5%	4 12.9%	7 16.7%	9 16.1%	3 12.0%	0 0.0%	1 25.0%	19 17.1%	1 5.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	1 2.6%	0 0.0%	1 2.5%	3 9.7%	0 0.0%	2 3.6%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	5 4.5%	0 0.0%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	1 5.0%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%	1 5.3%
ΣΥΝΟΛΟ			130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

Πίνακας 19. Θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας....

Θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας...			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	14 10.8%	3 7.7%	0 0.0%	4 10.0%	7 22.6%	1 2.4%	6 10.7%	5 20.0%	0 0.0%	2 50.0%	12 10.8%	2 10.5%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	28 21.5%	12 30.8%	1 5.0%	10 25.0%	5 16.1%	12 28.6%	11 19.6%	5 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	25 22.5%	3 15.8%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	58 44.6%	16 41.0%	12 60.0%	18 45.0%	12 38.7%	16 38.1%	29 51.8%	9 36.0%	2 100.0%	1 25.0%	51 45.9%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	27 20.8%	8 20.5%	5 25.0%	8 20.0%	6 19.4%	12 28.6%	9 16.1%	5 20.0%	0 0.0%	1 25.0%	20 18.0%	7 36.8%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.3%	0 0.0%	2 10.0%	0 0.0%	1 3.2%	1 2.4%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.7%	0 0.0%
Ένα άτομο που έχει καρκίνο	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	0 0.0%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	1 5.0%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%	1 5.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	19 14.6%	4 10.3%	1 5.0%	5 12.5%	9 29.0%	5 11.9%	5 8.9%	7 28.0%	2 100.0%	0 0.0%	13 11.7%	6 31.6%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	105 80.8%	35 89.7%	16 80.0%	35 87.5%	19 61.3%	36 85.7%	49 87.5%	15 60.0%	0 0.0%	4 100.0%	93 83.8%	12 63.2%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.4%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	0 0.0%

Θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας...			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ένα άτομο που έχει Aids	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	1 2.6%	0 0.0%	1 2.5%	3 9.7%	0 0.0%	2 3.6%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	15 11.5%	4 10.3%	3 15.0%	3 7.5%	5 16.1%	5 11.9%	5 8.9%	4 16.0%	1 50.0%	0 0.0%	14 12.6%	1 5.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	34 26.2%	10 25.6%	3 15.0%	11 27.5%	10 32.3%	10 23.8%	14 25.0%	7 28.0%	1 50.0%	2 50.0%	28 25.2%	6 31.6%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	74 56.9%	24 61.5%	12 60.0%	25 62.5%	13 41.9%	26 61.9%	34 60.7%	11 44.0%	0 0.0%	2 50.0%	63 56.8%	11 57.9%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.4%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	0 0.0%
Ένας αλλοδαπός	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	10 7.7%	0 0.0%	1 5.0%	1 2.5%	8 25.8%	0 0.0%	2 3.6%	7 28.0%	0 0.0%	1 25.0%	9 8.1%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	17 13.1%	2 5.1%	1 5.0%	10 25.0%	4 12.9%	4 9.5%	9 16.1%	3 12.0%	0 0.0%	1 25.0%	14 12.6%	3 15.8%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	51 39.2%	18 46.2%	8 40.0%	12 30.0%	13 41.9%	18 42.9%	20 35.7%	11 44.0%	2 100.0%	0 0.0%	42 37.8%	9 47.4%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	48 36.9%	19 48.7%	8 40.0%	16 40.0%	5 16.1%	18 42.9%	24 42.9%	4 16.0%	0 0.0%	1 25.0%	42 37.8%	6 31.6%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	0 0.0%	2 10.0%	1 2.5%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	4 3.6%	0 0.0%

Θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας...			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 9.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.0%	0 0.0%	1 25.0%	2 1.8%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	0 0.0%	1 2.5%	2 6.5%	1 2.4%	1 1.8%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	41 31.5%	13 33.3%	4 20.0%	10 25.0%	14 45.2%	11 26.2%	15 26.8%	11 44.0%	2 100.0%	1 25.0%	33 29.7%	8 42.1%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	80 61.5%	25 64.1%	14 70.0%	29 72.5%	12 38.7%	29 69.0%	39 69.6%	10 40.0%	0 0.0%	2 50.0%	70 63.1%	10 52.6%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.4%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	0 0.0%
Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	48 36.9%	13 33.3%	5 25.0%	14 35.0%	16 51.6%	11 26.2%	20 35.7%	14 56.0%	0 0.0%	2 50.0%	42 37.8%	6 31.6%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	41 31.5%	16 41.0%	8 40.0%	13 32.5%	4 12.9%	14 33.3%	23 41.1%	2 8.0%	1 50.0%	1 25.0%	35 31.5%	6 31.6%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	28 21.5%	7 17.9%	5 25.0%	9 22.5%	7 22.6%	11 26.2%	10 17.9%	6 24.0%	1 50.0%	0 0.0%	23 20.7%	5 26.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	10 7.7%	3 7.7%	1 5.0%	3 7.5%	3 9.7%	5 11.9%	2 3.6%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.2%	2 10.5%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	3 2.3%	0 0.0%	1 5.0%	1 2.5%	1 3.2%	1 2.4%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	3 2.7%	0 0.0%
ΣΥΝΟΛΟ			130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

Πίνακας 20. Θα σας ενοχλούσε αν δουλεύατε μαζί με...

Θα σας ενοχλούσε αν δουλεύατε μαζί με...			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	15 11.5%	3 7.7%	1 5.0%	2 5.0%	9 29.0%	2 4.8%	4 7.1%	7 28.0%	0 0.0%	2 50.0%	12 10.8%	3 15.8%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	32 24.6%	12 30.8%	2 10.0%	12 30.0%	6 19.4%	9 21.4%	16 28.6%	5 20.0%	1 50.0%	0 0.0%	28 25.2%	4 21.1%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	56 43.1%	18 46.2%	9 45.0%	17 42.5%	12 38.7%	17 40.5%	27 48.2%	10 40.0%	1 50.0%	1 25.0%	51 45.9%	5 26.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	22 16.9%	3 7.7%	6 30.0%	9 22.5%	4 12.9%	10 23.8%	8 14.3%	3 12.0%	0 0.0%	1 25.0%	15 13.5%	7 36.8%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	3 7.7%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 9.5%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 4.5%	0 0.0%
Ένα άτομο που έχει καρκίνο	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	2 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.8%	0 0.0%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	0 0.0%	1 5.0%	1 2.5%	2 6.5%	1 2.4%	1 1.8%	1 4.0%	1 50.0%	0 0.0%	3 2.7%	1 5.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	22 16.9%	6 15.4%	2 10.0%	4 10.0%	10 32.3%	6 14.3%	6 10.7%	8 32.0%	1 50.0%	1 25.0%	15 13.5%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	98 75.4%	32 82.1%	15 75.0%	35 87.5%	16 51.6%	33 78.6%	48 85.7%	13 52.0%	0 0.0%	3 75.0%	87 78.4%	11 57.9%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%

Θα σας ενοχλούσε αν δουλεύατε μαζί με...			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ένα άτομο που έχει Aids	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	7 5.4%	0 0.0%	1 5.0%	1 2.5%	5 16.1%	0 0.0%	2 3.6%	5 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.4%	1 5.3%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	22 16.9%	5 12.8%	3 15.0%	5 12.5%	9 29.0%	5 11.9%	8 14.3%	6 24.0%	2 100.0%	1 25.0%	20 18.0%	2 10.5%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	37 28.5%	12 30.8%	6 30.0%	13 32.5%	6 19.4%	10 23.8%	20 35.7%	5 20.0%	0 0.0%	1 25.0%	32 28.8%	5 26.3%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	60 46.2%	21 53.8%	8 40.0%	21 52.5%	10 32.3%	25 59.5%	25 44.6%	8 32.0%	0 0.0%	2 50.0%	49 44.1%	11 57.9%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%
Ένας αλλοδαπός	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	11 8.5%	0 0.0%	1 5.0%	2 5.0%	8 25.8%	0 0.0%	3 5.4%	7 28.0%	0 0.0%	1 25.0%	11 9.9%	0 0.0%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	14 10.8%	3 7.7%	1 5.0%	6 15.0%	4 12.9%	3 7.1%	7 12.5%	3 12.0%	1 50.0%	0 0.0%	11 9.9%	3 15.8%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	37 28.5%	12 30.8%	5 25.0%	11 27.5%	9 29.0%	13 31.0%	15 26.8%	8 32.0%	1 50.0%	0 0.0%	30 27.0%	7 36.8%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	63 48.5%	23 59.0%	11 55.0%	21 52.5%	8 25.8%	24 57.1%	30 53.6%	5 20.0%	0 0.0%	3 75.0%	54 48.6%	9 47.4%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	2 6.5%	2 4.8%	1 1.8%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 4.5%	0 0.0%

Θα σας ενοχλούσε αν δουλεύατε μαζί με...			Σύνολο	Επαγγελματική ιδιότητα				Μορφωτικό επίπεδο					Εργασία σε ψυχιατρική κλινική	
				Γιατρός ειδικός	Γιατρός ειδικευόμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτη	ΑΕΙ κ άνω	ΑΕΙ	Διετούς σχολής	Λύκειο	Άλλο	Όχι	Ναι
Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	5 3.8%	1 2.6%	1 5.0%	0 0.0%	3 9.7%	1 2.4%	1 1.8%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 4.5%	0 0.0%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	12 9.2%	5 12.8%	1 5.0%	3 7.5%	3 9.7%	5 11.9%	4 7.1%	1 4.0%	2 100.0%	0 0.0%	11 9.9%	1 5.3%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	49 37.7%	16 41.0%	5 25.0%	17 42.5%	11 35.5%	9 21.4%	28 50.0%	9 36.0%	0 0.0%	2 50.0%	43 38.7%	6 31.6%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	60 46.2%	16 41.0%	11 55.0%	20 50.0%	13 41.9%	25 59.5%	22 39.3%	11 44.0%	0 0.0%	2 50.0%	48 43.2%	12 63.2%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	2 10.0%	0 0.0%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%
Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα	Σίγουρα ναι	Συχνότητα Ποσοστό	40 30.8%	11 28.2%	5 25.0%	10 25.0%	14 45.2%	8 19.0%	17 30.4%	12 48.0%	0 0.0%	2 50.0%	36 32.4%	4 21.1%
	Μάλλον ναι	Συχνότητα Ποσοστό	45 34.6%	13 33.3%	6 30.0%	18 45.0%	8 25.8%	13 31.0%	24 42.9%	5 20.0%	2 100.0%	1 25.0%	38 34.2%	7 36.8%
	Μάλλον όχι	Συχνότητα Ποσοστό	23 17.7%	8 20.5%	4 20.0%	8 20.0%	3 9.7%	11 26.2%	9 16.1%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 18.9%	2 10.5%
	Σίγουρα όχι	Συχνότητα Ποσοστό	18 13.8%	6 15.4%	4 20.0%	3 7.5%	5 16.1%	8 19.0%	5 8.9%	4 16.0%	0 0.0%	1 25.0%	12 10.8%	6 31.6%
	ΔΓ/ΔΑ	Συχνότητα Ποσοστό	4 3.1%	1 2.6%	1 5.0%	1 2.5%	1 3.2%	2 4.8%	1 1.8%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%
ΣΥΝΟΛΟ			130	39	20	40	31	42	56	25	2	4	111	19

Έλεγχος χ^2 των ερωτήσεων της έρευνας

Για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων / κατηγοριών κάθε ερώτησης εφαρμόζεται ο έλεγχος χ^2 . Πρόκειται για έναν μη παραμετρικό έλεγχο ο οποίος εξετάζει κατά πόσο οι κατηγορίες κάθε ερώτησης είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες ή όχι. Ο έλεγχος αυτός υπολογίζει την τιμή του στατιστικού και επιπλέον το p-value του ελέγχου για κάθε συνδυασμό μεταβλητών. Αν το p-value είναι πολύ κοντά στο 0 τότε οι δύο μεταβλητές θεωρούνται εξαρτημένες κι επιπλέον οι διαφορές μεταξύ των κατηγοριών αυτών των μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντικές. Με λίγα λόγια, για μικρές τιμές του p-value οι κατηγορίες μιας μεταβλητής παρουσιάζουν διαφορές, οι οποίες κρίνονται στατιστικά σημαντικές.

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι ο χ^2 έλεγχος είναι περισσότερο αξιόπιστος σε μεγάλα δείγματα. Όπως φαίνεται και στους πίνακες των αποτελεσμάτων της έρευνας, υπάρχουν συνδυασμοί κατηγοριών με πολύ μικρή συχνότητα στο δείγμα. Στις περιπτώσεις αυτές το αποτέλεσμα του ελέγχου δεν θεωρείται αξιόπιστο για να κρίνει την στατιστική σημαντικότητα των μεταβλητών.

Ο Πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει την τιμή του ελέγχου, τους β.ε. και το p-value για κάθε ερώτηση της έρευνας ανά επαγγελματική ιδιότητα, μορφωτικό επίπεδο και εργασία σε ψυχιατρική κλινική. Όπου το p-value είναι μικρότερο του 0,05 οι διαφορές μεταξύ των ομάδων είναι στατιστικά σημαντικές, ενώ όταν είναι μεγαλύτερο του 0,05 δεν είναι, κι επομένως οι όποιες διαφορές εμφανίζονται δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Σημειώνεται πάντως πως τα αποτελέσματα του ελέγχου επηρεάζονται από τις χαμηλές συχνότητες που εμφανίζονται σε πολλές κατηγορίες του δείγματος.

Pearson Chi-Square Έλεγχοι			
Μεταβλητές Έρευνας	Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια, έχετε δει, ακούσει, ή διαβάσει κάτι σχετικό τους τελευταίους έξι μήνες και, εάν ναι που; β.ε. p-value	29,328 27 0,345	56,685856 45 0,114	14,849306 9 0,095
Τους τελευταίους έξι μήνες είδατε/ ακούσατε στις ειδήσεις ή διαβάσατε στις εφημερίδες κάτι σχετικό με ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια; Αν ναι, θα μπορούσατε να μας πείτε πως περιέγραφαν αυτούς τους ανθρώπους; β.ε. p-value	40,459 42 0,539	34,497478 56 0,989	14,853313 14 0,388
Πού θα απευθυνόσαστε αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής; β.ε. p-value	38,125 30 0,147	104,6859 50 0	15,261601 10 0,123

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Σύμφωνα με όσα γνωρίζετε, τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	70,562 48 0,019	102,20453 80 0,048	23,203514 16 0,108
Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών	Chi-square β.ε. p-value	33,179 12 0,001	38,514563 20 0,008	2,0212976 4 0,732
Είναι συνήθως διανοητικά καθυστερημένοι, ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη	Chi-square β.ε. p-value	16,397 9 0,059	25,132975 15 0,048	2,184039 3 0,535
Ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν	Chi-square β.ε. p-value	19,633 12 0,074	19,78333 20 0,472	4,090366 4 0,394
Χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους	Chi-square β.ε. p-value	14,07 9 0,12	60,166057 15 0	2,8193869 3 0,42
Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα	Chi-square β.ε. p-value	10,02 9 0,349	22,02353 15 0,107	4,5000675 3 0,212
Προκαλούν δημόσια ενόχληση ηχ έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά	Chi-square β.ε. p-value	21,422 12 0,045	25,424042 20 0,186	5,0941543 4 0,278
Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	Chi-square β.ε. p-value	30,614 12 0,002	28,030093 20 0,109	14,388288 4 0,006
Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο	Chi-square β.ε. p-value	12,292 9 0,197	16,322171 15 0,361	3,2166416 3 0,359

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	Chi-square β.ε. p-value	24,85 12 0,016	36,825436 20 0,012	8,3940268 4 0,078
Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους	Chi-square β.ε. p-value	37,04 12 0	53,107249 20 0	3,1167634 4 0,538
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	17,137 12 0,145	22,197333 20 0,33	5,5964085 4 0,231
Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	15,224 12 0,229	13,337939 20 0,862	7,0211031 4 0,135
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μια φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	12,019 12 0,444	14,672962 20 0,795	2,9057133 4 0,574
Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	16,92 12 0,153	18,747868 20 0,538	7,8503516 4 0,097
Θα νοιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	24,369 12 0,018	28,08035 20 0,108	4,2783576 4 0,37
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον με σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	9,687 12 0,643	11,139633 20 0,943	3,8223208 4 0,431
Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	19,268 12 0,082	37,280074 20 0,011	13,264604 4 0,01

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	26,009 12 0,011	20,480795 20 0,428	7,345722 4 0,119
Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιο άτομο που γνωρίζετε ότι έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	15,927 12 0,195	31,452336 20 0,049	3,7569661 4 0,44
Εάν ένα άτομο με σχιζοφρένεια εργαζόταν σε κομμωτήριο/ κουρείο θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;	Chi-square β.ε. p-value	13,789 12 0,314	20,453757 20 0,43	7,9499243 4 0,093
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	26,061 12 0,011	21,537508 20 0,366	7,0231421 4 0,135
Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	28,007 12 0,006	25,456251 20 0,185	4,1169021 4 0,39
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά, όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες	Chi-square β.ε. p-value	10,865 12 0,541	9,3723533 20 0,978	10,37323 4 0,035
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία πολυκατοικία, όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	10,2 12 0,598	14,533982 20 0,802	5,7116842 4 0,222
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	19,958 12 0,068	20,253653 20 0,442	3,9254011 4 0,416
Ένα άτομο που έχει καρκίνο	Chi-square β.ε. p-value	29,108 12 0,004	29,711726 20 0,075	7,9270723 4 0,094

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Ένα άτομο που έχει Aids	Chi-square β.ε. p-value	19,306 12 0,081	15,104773 20 0,77	1,4720569 4 0,832
Ένας αλλοδαπός	Chi-square β.ε. p-value	36,065 12 0	39,273155 20 0,006	1,528324 4 0,822
Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη	Chi-square β.ε. p-value	29,351 12 0,003	29,354511 20 0,081	2,9439645 4 0,567
Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα	Chi-square β.ε. p-value	10,125 12 0,605	28,091387 20 0,107	1,1537744 4 0,886
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	25,559 12 0,012	27,533975 20 0,121	7,9874594 4 0,092
Ένα άτομο που έχει καρκίνο	Chi-square β.ε. p-value	22,794 12 0,03	34,953364 20 0,02	7,4927623 4 0,112
Ένα άτομο που έχει Aids	Chi-square β.ε. p-value	20,864 12 0,052	32,453046 20 0,039	1,9239443 4 0,75
Ένας αλλοδαπός	Chi-square β.ε. p-value	25,807 12 0,011	32,456801 20 0,039	3,8141006 4 0,432
Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη	Chi-square β.ε. p-value	12,03 12 0,443	36,845683 20 0,012	3,5346894 4 0,473

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα	Chi-square β.ε. p-value	8,596 12 0,737	19,798978 20 0,471	7,0987922 4 0,131
Ποια από τις παρακάτω είναι, κατά τη γνώμη σας, η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια;	Chi-square β.ε. p-value	22,735 12 0,03	85,610227 20 0	1,2664339 4 0,867
Ποια κατάσταση από τις παρακάτω πιστεύετε ότι προκαλεί τη μεγαλύτερη αναπηρία;	Chi-square β.ε. p-value	13,784 12 0,315	26,611875 20 0,147	3,9242634 4 0,416
Κατά τη γνώμη σας ένας ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από κάποιον που δεν έχει καμία ψυχική αρρώστια;	Chi-square β.ε. p-value	21,85 15 0,112	36,711483 25 0,061	3,1537069 5 0,676
Και ειδικότερα, ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από ένα άτομο που δεν έχει καμία ψυχική αρρώστια;	Chi-square β.ε. p-value	24,317 15 0,06	33,761548 25 0,113	3,0477846 5 0,693
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από κάποιον που έχει μία άλλη ψυχική αρρώστια;	Chi-square β.ε. p-value	32,815 15 0,005	42,439002 25 0,016	8,4033619 5 0,135
Στους αρρώστους με σχιζοφρένεια, πιστεύετε ότι η θεραπεία μειώνει το ενδεχόμενο να γίνουν βίαιοι;	Chi-square β.ε. p-value	9,383 9 0,403	39,305127 15 0,001	1,7297612 3 0,63
Να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά άρρωστους	Chi-square β.ε. p-value	7,712 6 0,26	10,365657 10 0,409	0,9249583 2 0,6297205
Να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια	Chi-square β.ε. p-value	7,578 6 0,271	10,522897 10 0,396	2,9024677 2 0,234

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας	Chi-square β.ε. p-value	2,552 6 0,863	6,0742063 10 0,809	1,3509562 2 0,509
Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες	Chi-square β.ε. p-value	7,877 6 0,247	11,685068 10 0,307	3,7875904 2 0,15
Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή	Chi-square β.ε. p-value	4,674 6 0,586	6,8119255 10 0,743	1,9273029 2 0,3814973
Να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας	Chi-square β.ε. p-value	3,952 6 0,683	8,1569337 10 0,614	2,0383974 2 0,361
Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών	Chi-square β.ε. p-value	12,993 6 0,043	20,089281 10 0,028	1,2763659 2 0,528
Να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία	Chi-square β.ε. p-value	7,124 6 0,31	18,230384 10 0,051	0,6809633 2 0,711
Να γίνουν ομάδες αυτοβοήθειας	Chi-square β.ε. p-value	6,708 6 0,349	10,967238 10 0,36	2,3787092 2 0,304
Ξενώνας για νοητικά καθυστερημένα άτομα	Chi-square β.ε. p-value	21,006 15 0,137	27,810587 25 0,317	1,3428169 5 0,93
Ξενώνας για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν για κάποιο σοβαρό ποινικό αδίκημα	Chi-square β.ε. p-value	17,751 15 0,276	30,216564 25 0,216	3,4079816 5 0,637

Pearson Chi-Square Έλεγχοι				
Μεταβλητές Έρευνας		Επαγγελματική Ιδιότητα	Μορφωτικό Επίπεδο	Εργασία σε ψυχιατρική κλινική
Ξενώνας για άτομα με σωματικές αναπηρίες	Chi-square β.ε. p-value	24,019 15 0,065	35,473674 25 0,08	1,7010139 5 0,889
Ξενώνας για άτομα με σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	24,679 15 0,054	39,837016 25 0,03	2,6098589 5 0,76
Ξενώνας για αλκοολικούς	Chi-square β.ε. p-value	25,37 15 0,045	29,102313 25 0,26	1,0498468 5 0,958
Ξενώνας για χρήστες ουσιών (ναρκωτικά)	Chi-square β.ε. p-value	13,374 15 0,573	21,029826 25 0,691	2,171498 5 0,825
Ξενώνας για ασθενείς με AIDS	Chi-square β.ε. p-value	21,051 15 0,135	34,220513 25 0,103	4,2063761 5 0,52
Δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με σχιζοφρένεια σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζεστε και εσείς	Chi-square β.ε. p-value	27,631 15 0,024	47,043463 25 .005	4,7977907 5 0,441
Διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με σχιζοφρένεια	Chi-square β.ε. p-value	23,992 15 0,065	60,147067 25 0	5,0847053 5 0,406
Πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν σχιζοφρένεια στο σπίτι	Chi-square β.ε. p-value	27,303 15 0,026	42,139937 25 0,017	1,5008275 5 0,913

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων, των πηγών πληροφόρησης και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σε Γενικό Νοσοκομείο, σχετικά με την σχιζοφρένεια.

Για το σκοπό αυτό δόθηκαν 130 ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια, καλύπτοντας το 27% του πληθυσμού, σε τέσσερις κατηγορίες προσωπικού (Ιατροί ειδικοί, ιατροί ανειδίκευτοι, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών), με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης (ΑΕΙ και άνω, ΑΕΙ, διετούς φοίτησης, και ΙΕΚ-Γυμνάσιο), οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες κλινικές.

Πέρα από το δημογραφικό ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα το “Alberta Pilot Study Questionnaire Tool Kit” (Thomson et al 2002), που χρησιμοποιείται παγκοσμίως από το πρόγραμμα «Open the Doors» της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Ένωσης (World Psychiatric Association «WPA»), στο πλαίσιο της antistigma εκστρατείας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 31 ερωτήσεις, οι περισσότερες κλιμακωτές, οι οποίες καλύπτουν τις εξής ενότητες: α. Ενημέρωση για την σχιζοφρένεια με έμφαση στην πηγή της πληροφόρησης και την επιρροή από τα Μ.Μ.Ε. β. Γνώσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας γύρω από την ασθένεια αυτή και τις προτεινόμενες λύσεις για την περίθαλψή τους γ. Αντιμετώπιση των ασθενών μέσα στην κοινωνία (στάσεις – κοινωνική απόσταση)

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων:

1. Πηγές ενημέρωσης για την σχιζοφρένεια – Επιρροή από τα Μ.Μ.Ε.

Πηγές ενημέρωσης για την σχιζοφρένεια

Στο σύνολο του δείγματος των επαγγελματιών υγείας η τηλεόραση είναι σημαντικό μέσο ενημέρωσης για την σχιζοφρένεια (41,3%). Επίσης σημαντικές επιλογές ενημέρωσης αποτελούν το περιοδικό (26,2%) και η εφημερίδα (23,8%). Η έρευνα των (Economou et al, 2009) στον γενικό Ελληνικό πληθυσμό, αναφέρει ομοίως την τηλεόραση ως κυρίαρχο μέσο ενημέρωσης (65,9%) και έπονται το περιοδικό (6,9%) και η εφημερίδα (6,7%).

Η πολύπλευρη, ολοκληρωμένη ενημέρωση (τηλεόραση, περιοδικό, εφημερίδα) και σχεδόν ισοδύναμα, αναφέρεται από τους επαγγελματίες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Η τηλεόραση έχει τον κυρίαρχο ρόλο (65,5%) στην ενημέρωση των επαγγελματιών με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Αξιοσημείωτο είναι και το 38,1% των ΑΕΙ κ άνω που ενημερώνεται από την εφημερίδα.

Επίσης οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνά μας (42,1%) δηλώνουν ότι δεν έχουν ακούσει / διαβάσει κάτι σχετικό για την σχιζοφρένεια τους τελευταίους 6 μήνες. Για την απουσία όμως οποιαδήποτε αναφοράς για τη σχιζοφρένεια στα ΜΜΕ, σε σχέση με τη σοβαρότητα και τη συχνότητα του φαινομένου, σημειώνεται και από ξένους ερευνητές (Cutcliffe et al, 2001; Wahl, 1996), ενώ στον Ελληνικό πληθυσμό η απουσία αυτή (65,7%) αναφέρεται στην έρευνα των

(Economou et als, 2009). Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ενημερωθεί για τη σχιζοφρένεια προφανώς λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους, της συχνής επαφής με ασθενείς, της διάθεσης και της ανάγκης τους για συνεχή επιμόρφωση.

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε το δυναμικό ρόλο της τηλεόρασης, γεννώμενη σύμμαχος λόγω της απήχρησής της, στα προγράμματα της σωστής ενημέρωσης του κοινού.

Επιρροή από τα Μ.Μ.Ε.

Ένα μικρό μόνο μέρος των ανθρώπων έρχεται σε άμεση και συχνή επαφή με την σχιζοφρένεια. Επομένως, ο αντίκτυπος που έχει η τηλεόραση, ως κυρίαρχο μέσο ενημέρωσης, στη διαμόρφωση της κοινωνικής εικόνας της και, κατά συνέπεια, στις στάσεις που υιοθετούνται απέναντι στους ασθενείς είναι καθοριστικός. Γι'αυτό ήταν απαραίτητο να μετρηθούν οι απεικονίσεις της σχιζοφρένειας από τα ΜΜΕ.

Η πιο συχνή αρνητική περιγραφή που γίνεται από τα ΜΜΕ βρέθηκε να είναι ότι οι σχιζοφρενείς έχουν βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά απέναντι στους άλλους (62,3%). Το αποτέλεσμα αυτό στην έρευνά μας συμφωνεί με τους (Economou et als, 2009; Corrigan et als, 2005; Levin, 2005; Magli et als, 2004; Wahl, 2003; Coverdale et als, 2002; Cutcliffe et als, 2001; Wahl, 1996; Wahl, 1992)

Εκτός της βίας, εμφανίζονται και άλλες αρνητικές εικόνες εξίσου στερεοτυπικές π.χ η ατημέλητη εμφάνιση (26.1%), η δημόσια ενόχληση (17.4%).

Άξια λόγου είναι η προβολή από τα Μ.Μ.Ε (30,4%) της ανάγκης μιας καλύτερης θεραπείας ή μιας καλύτερης υποστήριξης των ασθενών με σχιζοφρένεια. Την μετατόπιση του κέντρου βάρους του δημοσιογραφικού ενδιαφέροντος, από το έγκλημα στις αιτίες της ψυχικής διαταραχής και την αντιμετώπισή της, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται σε εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των ΜΜΕ, επισημαίνουν και οι (Arboleda Florez et als, 2008)

2. Γνώσεις και αντιλήψεις γύρω από την σχιζοφρένεια και τις λύσεις για την περίθαλψη των ασθενών

Οι επαγγελματίες υγείας θεωρείται ότι έχουν βασικές γνώσεις για τη σχιζοφρένεια από την εκπαίδευσή τους. Βέβαια οι επαγγελματίες με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αναμένεται να έχουν και τις λιγότερες γνώσεις. Όμως θεωρήθηκε σημαντικό να εξετάσουμε αν οι γνώσεις τους είναι επαρκείς.

Αίτια της σχιζοφρένειας

Στο σύνολο του δείγματος, η 'κληρονομικότητα' (70,7%), η 'διαταραχή της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο' (48,8%), δηλαδή βιολογικοί –γενετικοί παράγοντες υπερτερούν έναντι των ψυχοκοινωνικών- περιβατολογικών., γεγονός στο οποίο κατέληξαν και οι (Economou et als, 2009).

Παρόμοια ποσοστά, συμπεριλαμβανόμενων και των άγνωστων αιτιών δίνουν και όσοι εργάζονται σε ψυχιατρική κλινική. Διαφοροποιούνται στη δήλωση των ψυχοκοινωνικών-περιβαντολογικών παραγόντων περισσότερο από τους λοιπούς συναδέλφους τους. π.χ στην 'κακή ανατροφή' (27.8%), στις 'αντιξοότητες και δυσκολίες στη ζωή' (11.1%), δείχνοντας έτσι μια πιο ολοκληρωμένη γνώση για τα αίτια απ' ότι οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, όμως με στατιστικά μη σημαντικό ποσοστό ($p=0.108>0,05$).

Ελλιπείς γνώσεις για τα αίτια έχουν οι βοηθοί νοσηλευτών με στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.019<0,05$).

Επικράτηση της σχιζοφρένειας

Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν επαρκή γνώση για την επικράτηση της νόσου και ιδιαίτερα οι_βοηθοί νοσηλευτών ($p= 0.019<0,05$) με στατιστικά σημαντικό ποσοστό.

Οι επαγγελματίες δηλαδή με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αναφέρουν υψηλότερο ποσοστό επικράτησης σε σχέση με τους άλλους, γεγονός που αναφέρεται και στην (Economou et als, 2009)

Αντίληψη για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια

Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν (51,5%) ότι οι σχιζοφρενείς «Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές» και ότι (6,2%) «Μπορούν να θεραπευτούν χωρίς φάρμακα». Διαφοροποιημένα αποτελέσματα, (16,8%) και (26%) αντίστοιχα, αναφέρουν οι (Economou et als, 2009) στον γενικό πληθυσμό.

Επίσης πιστεύουν (58,5%) ότι «έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα». Ίδια πεποίθηση έχουν και οι εργαζόμενοι στην ψυχιατρική κλινική με στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.006<0,05$). Η λανθασμένη συσχέτιση της σχιζοφρένειας με την διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα αναφέρεται από τους (Leiderman et als, 2010) και στον Ελληνικό πληθυσμό (81,3%) από τους (Economou et als, 2009).

Θεωρούν (5,4%) ότι οι σχιζοφρενείς «είναι διανοητικά καθυστερημένοι ». Στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.048<0,05$) παρουσιάζουν οι επαγγελματίες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχοντας αυτή την άποψη. Το θέμα της ταύτισης της σχιζοφρένειας με την νοητική υστέρηση αναφέρθηκε και στην έρευνα των (Economou et als, 2009) με διαφοροποιημένο αποτέλεσμα (39,6%) στον Ελληνικό πληθυσμό .

Ο μύθος της σχιζοφρένειας έχει ταυτίσει τη νόσο με την βία και την επικινδυνότητα. Οι επαγγελματίες υγείας συνολικά (30%) συμφωνούν με το μύθο. Στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0<0,05$) παρουσιάζουν οι επαγγελματίες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Η επικινδυνότητα καταγράφηκε και στον Ελληνικό πληθυσμό (74,6%) (Economou et als, 2009) και από ξένους ερευνητές (Peluso et als, 2010; Jackowska, 2009; Angermeyer et als, 2004; Crisp et als, 2000)

Συμπερασματικά οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας είναι ανεπαρκείς και ιδιαίτερη έλλειψη γνώσεων υπάρχει στο προσωπικό με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Στοχευμένα προγράμματα ενημέρωσης πρέπει να εφαρμοσθούν για συγκεκριμένες ελλειμματικές γνώσεις και σε στοχευμένες ομάδες

προσωπικού, οι οποίες έρχονται και σε πιο στενή και συχνή επαφή με αυτούς τους ασθενείς

Λύσεις για την καλύτερη περίθαλψή τους.

Σχετικά με τα θέματα που άπτονται της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και των Δομών στην κοινότητα, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται να είναι ενημερωμένοι, δίνοντας μια πολύ καλή εικόνα και να συμφωνούν με τις περισσότερες προτάσεις, όπως η «παροχή υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια» (88,5%) και πως «πρέπει να δίνονται ευκαιρίες για εργασία των ατόμων με σχιζοφρένεια» (80,8%)

Όταν όμως ταξινομούν τη δημιουργία ξενώνων σε σχέση και με άλλες χρόνιες ασθένειες, οι σχιζοφρενείς (54,6%) έπονται των ασθενών με σωματικές αναπηρίες (83,1%), με νοητική υστέρηση (69,2%) και με AIDS(57,7%), δείχνοντας την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γι' αυτές τις χρόνιες ασθένειες, σε αντιδιαστολή με τη σχιζοφρένεια.

3. Αντιμετώπιση των ασθενών μέσα στην κοινωνία (στάσεις – κοινωνική απόσταση)

Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν πρόβλημα να συναναστρέφονται με τους ασθενείς_με σχιζοφρένεια πχ δεν φοβούνται να συνομιλήσουν μαζί τους (19,3%), να διατηρήσουν μια φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σχιζοφρένεια (63%) και να μην νιώθουν ντροπή αν κάποιος στην οικογένειά τους είχε σχιζοφρένεια (24,6%). Σε ανάλογα συμπεράσματα θετικών στάσεων κατέληξαν και οι (Economou et als, 2009)

Οι επαγγελματίες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζονται περισσότερο αρνητικοί απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια από τους επαγγελματίες με υψηλό επίπεδο. Οι πιο έντονες διαφορές αφορούν τις περιπτώσεις: (α) δίπλα στο λεωφορείο (25,2%), με στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.011<0,05$) και (β) ντροπή για συγγενικά άτομα (45,2%), με στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.018<0,05$).

Η σύνδεση του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης με πιο στιγματικές στάσεις αναφέρεται και από τους (Economou et als, 2009;Adewuya et als, 2008 ;Björkman et als, 2008 ;Chong et als, 2007 ;Addison et als, 2004 ;Angermeyer et als, 2004)

Σχετικά με τη «δημιουργία ξενώνα στη γειτονιά μας», στο σύνολο του δείγματος οι επαγγελματίες υγείας έχουν θετική_στάση και το μεγαλύτερο ποσοστό να δηλώνει υπέρ (44,6%) και αδιάφορο (43,8%) Ο λόγος για τον οποίο κάποιοι είναι αντίθετοι σε αυτήν την πρόταση είναι κοινός για όλους και αφορά τον φόβο που προκαλεί η ύπαρξη ενός τέτοιου ξενώνα στην γειτονιά τους.

Ο φόβος της επικινδυνότητας του σχιζοφρενή είναι έκδηλος (50,0%) στους επαγγελματίες υγείας και με στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.005<0,05$) στους ειδικούς ιατρούς και στους βοηθούς νοσηλευτών. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι (Thompson et als, 2002)

Ο Smith αναφέρει ότι είναι αναμενόμενο σε ένα βαθμό οι συμμετέχοντες στις έρευνες να εκφράζουν στάσεις που συγκλίνουν προς αυτό που προβάλλεται ως κοινωνικά επιθυμητό, ενώ οι στάσεις και οι συμπεριφορές που θα υιοθετούσαν σε πραγματικές συνθήκες πιθανότατα να διαφέρουν (Smith, 2004). Η τάση για συμμόρφωση στο «κοινωνικά επιθυμητό» διαφαίνεται και στην έρευνά μας με τις ερωτήσεις που ο σχιζοφρενής γίνεται γείτονας και συνάδελφος μας, δηλαδή σε πραγματικές συνθήκες που αυξάνεται η εγγύτητά μας προς αυτόν.

Όταν ο σχιζοφρενής λοιπόν συγκρίνεται με άλλες μειονοτικές ομάδες οι οποίες πιθανώς μετακομίζουν στο διπλανό διαμέρισμα π.χ πρώην φυλακισμένοι, μετανάστες, ασθενείς με AIDS, τότε μετά τα άτομα που ήταν φυλακή, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια (32,3%) δημιουργούν τη μεγαλύτερη ενόχληση.

Σε σχέση με την αντιμετώπιση των ατόμων στον χώρο εργασίας, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο αρνητικοί απέναντι στα άτομα που ήταν φυλακή και έπονται τα άτομα με σχιζοφρένεια (36,1%)

Σε σχέση με το επάγγελμα, οι ειδικευόμενοι ιατροί (νέοι στην ηλικία) δηλώνουν την μικρότερη ενόχληση ενώ οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζονται περισσότερο ενοχλημένοι με στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p=0.012<0,05$). Παρομοίως, ότι δηλαδή οι νέοι και όσοι είχαν επάγγελμα με μεγαλύτερο κύρος είναι λιγότερο απορριπτικοί και ότι τα χαμηλής μόρφωσης άτομα είναι πιο στιγματικά, έχουν αναφερθεί και οι (Madianos 1999) (Arvaniti 2009)

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δηλαδή δείχνουν ότι παρά τις θετικές στάσεις που εκφράστηκαν σε συνθήκες που δεν προϋπέθεταν στενή επαφή ή συναναστροφή με άτομα με σχιζοφρένεια, όταν αυξάνει ο βαθμός εγγύτητας (μετακόμιση σχιζοφρενή στο διπλανό διαμέρισμα και εργασία στην ίδια δουλειά) τότε μεγαλώνει η κοινωνική απόσταση. Το φαινόμενο αυτό, το ονομαζόμενο “NIMBY” (“Not-In-My-Backyard” - «Όχι στη γειτονιά μου»), αναφέρεται και στην έρευνα των (Economou et als, 2009; Gaebel et als, 2002)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Για τους επαγγελματίες υγείας σε Γενικό Νοσοκομείο, η τηλεόραση αποτελεί σημαντικό μέσο πληροφόρησης για την σχιζοφρένεια.
- Οι επαγγελματίες υγείας με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν πολύπλευρη και ολοκληρωμένη ενημέρωση για την σχιζοφρένεια
- Η τηλεόραση αποτελεί κυρίαρχο μέσο ενημέρωσης για την σχιζοφρένεια στους επαγγελματίες υγείας με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης

- Τα Μ.Μ.Ε δεν αναφέρονται στη σχιζοφρένεια σαν να ήταν ένα ασήμαντο θέμα
- Η σχιζοφρένεια απεικονίζεται αρνητικά από τα Μ.Μ.Ε, με κυρίαρχη αρνητική απεικόνιση αυτή της επικινδυνότητας και της βιαιότητας του σχιζοφρενή προς τους γύρω του
- Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελλείψεις γνώσεις για τη νόσο της σχιζοφρένειας, έχουν όμως επαρκείς γνώσεις για τη θεραπεία και την περίθαλψη των σχιζοφρενών ασθενών. Πιο ελλείψεις γνώσεις έχουν οι επαγγελματίες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης
- Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητική κοινωνική στάση προς τα άτομα με σχιζοφρένεια. Η κοινωνική απόσταση μεγαλώνει όσο αυξάνει η εγγύτητα. Οι επαγγελματίες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζονται αρνητικοί και στιγματίζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια περισσότερο από τους επαγγελματίες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Προτάσεις: Οι επαγγελματίες υγείας σε Γενικό Νοσοκομείο, έχουν τη βασική γνώση για τη σχιζοφρένεια από την εκπαίδευσή τους, παρουσιάζουν όμως ελλείψεις γνώσεις για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και αρνητική στιγματική συμπεριφορά προς αυτούς. Στοχευμένα προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης πρέπει να εφαρμοσθούν για συγκεκριμένες ελλειμματικές γνώσεις και σε στοχευμένες ομάδες προσωπικού, οι οποίες έρχονται και σε πιο στενή και συχνή επαφή με αυτούς τους ασθενείς. Επίσης η παρούσα εργασία μπορεί να αποτελέσει το σημείο αναφοράς και το μέτρο σύγκρισης για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας μετά την εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων.

Η εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των ΜΜΕ για την μετατόπιση του κέντρου βάρους του δημοσιογραφικού ενδιαφέροντος, από το έγκλημα στις αιτίες της ψυχικής διαταραχής και την αντιμετώπισή της, πρέπει να είναι διαρκής. Είναι χρήσιμό να εκμεταλλευτούμε το δυναμικό ρόλο της τηλεόρασης στην προβολή των θετικών απεικονίσεων της σχιζοφρένειας, γεννώμενη σύμμαχος των προγραμμάτων της σωστής ενημέρωσης του κοινού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή που ένα μικρό μόνο μέρος του πληθυσμού έρχεται σε άμεση και συχνή επαφή. Επομένως, ο αντίκτυπος που έχουν τα ΜΜΕ στη διαμόρφωση της κοινωνικής εικόνας της και κατά συνέπεια, στις στάσεις που υιοθετούνται απέναντι στους ασθενείς, είναι καθοριστικός.

Οι επαγγελματίες υγείας σε γενικό Νοσοκομείο είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία πολιτών αφού τη γνώση τους, τις αντιλήψεις τους και τη στάση τους έχουν πολλές ευκαιρίες να τις προβάλουν στον άρρωστο, στη «μικρή κοινότητα του Νοσοκομείου».

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων, των πηγών πληροφόρησης και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σε Γενικό Νοσοκομείο, σχετικά με την σχιζοφρένεια. Για το σκοπό αυτό δόθηκαν 130 ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια σε τέσσερις κατηγορίες προσωπικού, με διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης, οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες κλινικές. Πέρα από το δημογραφικό ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα το “Alberta Pilot Study Questionnaire Tool Kit” (Thomson et al 2002), που χρησιμοποιείται παγκοσμίως από το πρόγραμμα «Open the Doors» της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Ένωσης (World Psychiatric Association «WPA»), στο πλαίσιο της antistigma εκστρατείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 31 ερωτήσεις, οι περισσότερες κλιμακωτές, οι οποίες καλύπτουν τις εξής ενότητες: α. Ενημέρωση για την σχιζοφρένεια με έμφαση στην πηγή της πληροφόρησης και την επιρροή από τα Μ.Μ.Ε. β. Γνώσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας γύρω από την ασθένεια αυτή και τις προτεινόμενες λύσεις για την περίθαλψή τους γ. Αντιμετώπιση των ασθενών μέσα στην κοινωνία (στάσεις – κοινωνική απόσταση)

Όπως προέκυψε από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, η τηλεόραση είναι το κυρίαρχο μέσο ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας, κατά βάση με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ η πολύπλευρη ενημέρωση συναντάται στο υψηλό υπόβαθρο εκπαίδευσης.

Αν και προβάλλεται το θέμα της θεραπείας και υποστήριξης, αναφέρονται όμως σημαντικά υψηλές στιγματικές απεικονίσεις της σχιζοφρένειας, και ιδιαίτερα αυτή της βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς, σε αντίθεση με την έλλειψη σε θετικές αναφορές και εικόνες

Οι γνώσεις και οι αντιλήψεις, σχετικά με τη σχιζοφρένεια, είναι ανεπαρκείς και υστερούν ιδιαίτερα οι επαγγελματίες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν πρόβλημα να συναναστρέφονται με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, αλλά περισσότερο αρνητικοί εμφανίζονται με το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης

Ο φόβος για την επικινδυνότητα είναι έκδηλος και ιδιαίτερα στους ειδικούς ιατρούς και στους διευθυντές. Η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τον σχιζοφρενή φάνηκε να αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση του βαθμού εγγύτητάς του. Λιγότερη στιγματισμένη στάση κρατούν οι ειδικευόμενοι, νέοι κατά βάση, ιατροί. Οι επαγγελματίες με χαμηλό υπόβαθρο εκπαίδευσης παρουσιάζουν πιο αρνητική στάση.

Προτείνεται η συνέχιση ευαισθητοποίησης των ΜΜΕ σχετικά με την σωστή ενημέρωση του κοινού για τη σχιζοφρένεια και η εγκατάλειψη των αρνητικών απεικονίσεων, των σχετικών με την εγκληματικότητα. Επίσης η υιοθέτηση στοχευμένων προγραμμάτων ενημέρωσης για συγκεκριμένες ελλειμματικές γνώσεις και σε στοχευμένες ομάδες προσωπικού, οι οποίες έρχονται και σε πιο στενή και συχνή επαφή με αυτούς τους ασθενείς

Λέξεις κλειδιά: Σχιζοφρένεια, στίγμα, βία, γνώσεις, αντιλήψεις, στάσεις, κοινωνική απόσταση

SUMMARY

Schizophrenia is a mental disorder with which only a small proportion of the population comes in direct and frequent contact. Therefore, the impact of the media in shaping the social image, and consequently, the attitudes adopted towards patients, is crucial.

Health professionals working at a general Hospital consist a special category of citizens as they have many opportunities to apply their knowledge, their perceptions and their attitudes on patients, the "small community of the Hospital".

The present study is designed to investigate the knowledge, information sources and attitudes of health professionals towards schizophrenia. To this end, 130 specially designed questionnaires were given to four categories of personnel, with different levels of education, working in various clinics of a general Hospital. Apart from the demographic part of the questionnaire, health professionals were asked to complete anonymously the "Alberta Pilot Study Questionnaire Tool Kit" (Thomson et al 2002), used worldwide by the program «Open the Doors» of the World Psychiatric Association (WPA) in anti-stigma campaigns. The questionnaire consists of 31 questions, based mainly on scales, covering the following topics: (a) Information on schizophrenia with emphasis on the source of information and influence from the media, (b) Knowledge and attitudes of health professionals about the disease and the proposed solutions for the care of patients (c) Treatment of patients in the society (attitudes - social distance).

As revealed by statistical analysis of the data, television is the dominant source of information, mainly for health professionals that have a low level of education, while multi-mode information was reported in the highest level of education.

Although the issue of treatment and support of the patients is strongly supported, there are significantly high negative stigmatic attitudes towards schizophrenia. These attitudes mainly concern the fact that patients are considered having a violent and dangerous behaviour, in contrast to the lack of positive references and images.

The knowledge and attitudes concerning schizophrenia is highly inadequate and fall short mainly in professionals with a low education level. Health professionals in general do not have problems interact with patients with schizophrenia. However, those of lower education appear more negative.

Fear of risk is particularly evident in special doctors and those with a low education level. The desired social distance from schizophrenic seems to increase along with the increase in the degree of proximity. Less tainted attitude have the junior, basically youth doctors. Health professionals with a low level of education show a more negative attitude.

It is proposed to continue raising awareness via the media regarding the proper information of people concerning schizophrenia in order to diminish the negative images related to crime. Also, the adoption of targeted campaigns that will provide specific knowledge at specific groups of professionals shall be

considered, especially for those who come in close, frequent contact with these patients.

Keywords: Schizophrenia, stigma, violence, knowledge, perceptions, attitudes and social distance

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Addison, S.J., Thorpe, S.J. (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39:228–234

Adewuya, A.O., Makanjuola, R.O.A. (2008) Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: pattern and correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 43:336–341

Adewuya, .A., Oguntade, A., (2007) Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 42:931–936

Adler, H., Lidberg, H. (1995), "Characteristics of repeat killers in Sweden", Crim. Behav. Ment. Hlth 5:5-13.

Angermeyer, M.C., Schulze, B., Dietrich, S. (2003) Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38:593–602

Angermeyer, M.C., Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatrica Scandinavica 113: 163–179.

Arboleda Florez, J., & Sartorius, N.. (2008) Understanding the stigma of mental illness. Edition Wiley:10-15

Arens, E., Berger, C., Lincoln, T. (2009) Stigmatization of patients with schizophrenia: the influence of university courses on the attitudes of prospective psychologists and doctors Nervenarzt. 80(3):329-39

Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., Livaditis, M. (2009) Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 44:658–665

Barnes, R.C. (1993). Mental illness in British newspapers (or my girlfriend is a Rover Metro). Psychiatric Bulletin 17: 673-674.

Baum, J. (2006).Psychoeducation for schizophrenia. Schizophr. Bull 32: S1-S9
Bennett, L.W. (1999). Ειδήσεις: η πολιτική των ψευδαισθήσεων. Αθήνα: Δρομέας.

Berkowitz, L., Aggression. (1993) Its causes, consequences and control. Mc Craw- Hill, Inc., New York 9:203-208.

Betz, W.K., Edgerton, J.W. (1971). The consequences of labelling a person as mentally ill. *Social Psychiatry* 6: 29-33.

Björkman, T., Angelman, T., Jönsson, M. (2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci* 22:170–177

Blascovich, J., Mendes, W.M., Hunter, S.B., Lickel, B. (2000). In D.T. Gilbert, T.S. Fiske, G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2.). Boston: McGraw-Hill.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. (2010) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study *Schizophr Res.* Mar 25. [Epub ahead of print])

Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6; 65 -72.

Canadian Mental Health Association, Ontario Division (1994) Final Report. Mental Health Anti-stigma Campaign Public Education Strategy

Chong, S.A., Verma, S., Vaingankar, J.A., Chan, Y.H., Wong, L.Y., Heng, B.H. (2007) Perception of the public towards the mentally ill in a developed Asian country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:734–739

Corrigan, P., Watson, A., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., Hall, L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services* 56: 551-556.

Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., Penn, D.L. (2001) Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 27:219–225

Corrigan, P.W., Watson, A.C., Ottati, V. (2003) From whence comes mental illness stigma? *Int J Soc Psychiatry* 49:142–157

Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1: 16-18.

Coverdale, J., Nairn, R., Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 697-700.

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000) Stigmatization of people with mental illness. *Brit J Psychiatry* 177:4–7

Crocker, J., Major B., Steele, C. (1998). Social Stigma. In D.T. Gilbert, T.S. Fiske, G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2,). Boston: McGraw-Hill.

Cutcliffe, J., Hannigan, B. (2001). Mass media, "monsters" and mental health clients: the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8: 315-321.

Dixon (2000) Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr. Bull* 26:137-139

Dovidio, J.F., Major, B., Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T.F. Heatherton, R.E. Cleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press.

Duckworth, K., Halpern, J., Schutt, R., Gillespie, C. (2003). Use of Schizophrenia as a metaphor in U.S. newspapers. *Psychiatric Services* 54: 1402-1404.

Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., Stefanis, C. (2009) Knowledge about Schizophrenia and Attitudes Towards People With Schizophrenia In Greece *International Journal of Social Psychiatry* 55(4):361-71

Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C., Stefanis, C. (2005) . Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry* 4: 40-49.

Economou, M., Palli, A., Falloon, I.R. (2005) Violence, misconduct and schizophrenia: Outcome after four years of optimal treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 28;1(1):3

Eronen, M., Tiihonen, J.(1996) Mental Disorder and Homicidal Behavior in Finland *Arch. Gen. Psychiatry* 53:497-501

Estroff, S.E., Zimmer, C. (1994), The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hosp Comm Psychiatry* 45:669-679.

Fernando, S., Deane, F., McLeod, H. (2010) Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45(7):733-739.

Filipčić, I., Pavčić, D., Filipčić, A., Hotujac, L., Begić, D., Grubisin, J., Dordević, V. (2003) Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Antropol*. 27(1):301-7

Frable, D.E. (1993). Dimension of marginality: Distinctions among those who are different. *Personality and Social Psychology Bulletin* 19: 370-380.

Franz, L., Carter, T., Leiner, A.S., Bergner, E., Thompson, N.J., Compton, M.T. (2010) Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry*. 4(1):47-56.

Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A.M., Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. Results of a public

Gebbes, J. (1999) Suicide and homicide by people with mental illness *British Medical Journal* 318: 1225-1226

Goffman, E. (1963) *Stigma: the management of spoiled identity*. Harmondsworth, Penguin. Αναφέρεται στο Scanbler G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet*, 1998, 352:1054–1055

Gonza'lez-Torres, M.A., Oraa, R., Ari'stegui, M., Ferna'ndez-Rivas, A., Guimon, J. (2007) Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(1):14–23

Grausgruber, A., Meise, U., Katsching, H. (2007) Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria, a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115: 310-319

Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., Gilheany, B. (2003). A mental health service users' perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health* 12: 223 - 234

Gureje, O., Alem, A. (2000) Mental health policy development in Africa. *Bulletin of the WHO* 2000, 78(4): 475-482

Hamilton, J., Freeman, H. (1982) *Dangerousness : Psychiatric Assessment-and Management* Ceskell U.K., Alden Press, Oxford.

Hodgins, S., Mednick, S.A. (1996) Mental disorder and crime *Archives of General Psychiatry* 53:489-496.

Hayward, P., Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health* 6: 345- 354.

Jackowska, E. (2009) Stigma and discrimination towards people with schizophrenia a survey of studies and psychological mechanisms. *Psychiatr Pol*. 43(6): 655-70

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Henderson, S. (1999) Attitudes toward people with a mental disorder, a survey of the Australian

public and health professionals. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 33: 77-83

Kaplan-Sadock's Synopsis of psychiatry (2007) Behavioral /Clinical Psychiatry 10th Edition: 467-497

Kasper, J..A., Hoge, S.K. (1997) Prospective Study of patients' refusal of antipsychotic medication under a physician discretion review procedure. American Journal of Psychiatry 157:483-489.

Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D. (2004) What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness. Psychiatric Bulletin 28: 401-406

Knight, M.T.D., Wykes, T., Hayward, P. (2003). People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Journal of Mental Health 12: 209 – 222.

Kohlbauer, D., Meise, U., Schenner, M., Sulzenbacher, H., Frajo-Apor, B., Meller, H., Günther, V. (2010) Does education focusing on depression change the attitudes towards schizophrenia? A target-group oriented anti-stigma-intervention Neuropsychiatr. 24(2):132-40

Kua, J., Parker, G., Lee, C., Jorm, A. (2000) Beliefs about outcomes for mental disorders, a comparative study of primary health practitioners and psychiatrists in Singapore. Singapore Medical Journal 41: 542-547

Lai, Y.M., Hong, C.P.H., Chee, C.Y.I. (2000). Stigma of Mental Illness. Singapore Medical Journal 42:111-114.

Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology 27: 363–385

Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig C., Rossler, W. (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatrica Scand 113 (Suppl. 429): 51–59

Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Cross, V. (2004) What about psychiatrists' attitude to mentally ill people. European Psychiatry 19: 423-427

Link, B.G., AStueve, (1998) Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms" Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiology 33:55-60

Leiderman, E.A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio. A., Bruscoli, N., Capria, J.I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M., Milev, R. (2010)

Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Feb 27. [Epub ahead of print]

Lerena, A., Caceres, M., Penas-Ledo, E. (2002). Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. European Psychiatry 17: 298-299

Levin, A. (2005). When mental illness makes news, facts often missing in action. Psychiatric News 40(12): 18-20.

Lopez-Ibor, J., Cuenca, O., Reneses, B. (2005) Stigma and health care staff. In Okasha A. And Stefanis C Perspectives on the stigma of mental illness World Psychiatric Association :21-29,

Luhman, N. (2000). The reality of the mass media. Cambridge, UK: Polity Press.

McQuail, D. (2003). Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας για τον 21ο αιώνα. (μτφ:

Μεταξά, Κ., επιμ: Παπαθανασόπουλος, Στ.). Αθήνα: Καστανιώτη.

McQuail, D., Windahl, S. (1993). Μοντέλα επικοινωνίας: για τη μελέτη των μέσων μαζικής ενημέρωσης. (μτφ. – επιμ: Παπαθανασόπουλος, Στ.). Αθήνα: Καστανιώτη

Madianos, M., Economou, M., Hatjiandreou, M., Papageorgiou, A. Rogakou, E. (1999) Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). Acta Psychiatrica Scandinavica 99(1): 73-78

Madianos, M., Madianou, J., Vlachonikolis, J., Stefanis, C. (1987) Attitudes towards mental illness in the Athens area Implications for community mental health intervention. Acta Psychiatr Scand 75: 158-165

Madianos, M., Priami, M., Alevisopoulos, G., Koukia, E., Rogakou, E. (2005) Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. Issues Ment Health Nurs. 26(2):169-183

Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Schellong, J., Xavier, M., Gonçalves, Pereira, M., Torres, Gonzales, F., Palma-Crespo, A., Maj, M. (2005) Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry. Feb;4(1):45-9

Magli, E., Buizza, C., Pioli, R, (2004). Mental illness and media. Recenti Progressi Medicina, 95: 302-307.

Marwaha, S., Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 337–349.

Mitchell, E. W., (1999) Does psychiatric disorder affect the likelihood of violent offending? A review and critique of major findings. *Medicine , Science and the Law*, 39 (1): 23-30

Monahan, J. (1997). Clinical and actuarial predictions of violence. In: D. Faigman, D. Kaye, M. Saks, H. Sanders (Eds.), *Modern scientific evidence: the law and science of expert testimony*. University of Chicago Press, Chicago.

Nairn, R., Coverdale, J., Claasen, D. (2001). From source material to news story in New Zealand print media: a prospective study of the stigmatizing processes in depicting mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35: 654-659.

Nairn, R.G., Coverdale, J.H. (2005). People never see us living well: an appraisal of personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry* 39: 281-287.

Nordt, C., Rossler, W., Lauber, C. (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin* 32: 709-714

Ozyigit, S., Savas, H., Ersoy, m., Yuce, S., Tutkun,H., Sertbas, G. (2004) Attitudes of nurses and nursing students towards schizophrenia. *New Symposium* 42: 105-112

Peluso, E.T., Blay, S.L. (2010) Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Rev Bras Psiquiatr.* Apr 23. [Epub ahead of print]

Phelan, J.C., Link, B., Stueve, A., Pescosolido, B. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social behaviour* 41: 188-207.

Philo, G. (1996). The media and public belief. In: G. Philo (ed.), *Media and Mental Distress*. Essex: Addison Wesley Longman.

Posada-Villa, J., Seedat, S., Wells, J.E. (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 370:841-50

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maseko, J., Phillips, M.R., Rahman. A. (2007) No health without mental health. *Lancet*. Sep 8;370(9590):859-77

Rasmussen, K. (2002) Schizophrenia and violence Tidsskr "Nor Laegeforen, 30;122(23):2303-5.

Ritsher, J.B., Otilingam, P.G., Grajales, M. (2003) Internalized stigma of mental illness: sychrometric properties of a new measure. Psychiatry Res 121:31–49

Roman, P.M., Floyd, H.H. (1981). Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. Social psychiatry 16: 21- 29.

Schultze, B., Angermeyer, M.C. (2003) Subjective experiences of stigma: schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Soc Sci Med 56:299–312

Schulze, B. (2007) Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. Int Rev Psychiatry. 19:137–155

Sartorius, N., Schulze, H. (2005) . Developing the program. In: N. Sartorius & H. Schulze (Eds.) Reducing the stigma of mental illness: A report from a Global programme of the World Psychiatric Association (pp.1-13). Cambridge University Press.

Santorius, N. (2002) Iatrogenic stigma of mental illness. British Medical Journal 324: 1470-1471

Simon, A., lauber, C., ludewig, K., Braun-Scharm, H., Umricht, S. (2005) General practitioners and schizophrenia, results from Swiss survey. British journal of Psychiatry 187: 274-281

Smith, M. (2004). What do surveys of public attitudes to mental health problems really mean (and do we mean what we say)? Journal of Mental Health Promotion 3: 40-47.

Sontag, S. (1978). Illness as Metaphor. London, Penguin Books.

Sodow, D., Ryder, m., Webster, D. (2003) Is education of health professionals encouraging stigma towards the mentally ill Journal of Mental Health

Steadman, H.J., Monahan, J. (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods, Archives of General Psychiatry 55:393-401

Stuart, H.L., Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry 46: 245-252.

Stuart, H.L., Arboleda-Florez, J. (2001b). A public health perspective on violent offences among persons with mental illness. Psychiatric Services 52: 654-659.

Swanson, J.W. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 60: 1-22.

Swanson, X., Estroff, S.. (1994) Violence and several mental disorder in clinical and community population *Psychiatry* 60: 1-22.

Swartz, M.S., Swanson, J.W..(2000) Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in personw with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 176:224-231

Tardiff, K., Marzuk, P.M. (1997) Violence by patients admitted to a private psychiatre hospital *American Journal of Psychiatry* 154:88-93

Taskin, E., Ozmen, D., Ozmen, E., Demet, M. (2003) Attitudes of school of health students towards schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry* 40: 5-12

Tay, S., Pariyasami, Y., Ravindran, K., Ali, M., Rowsudeen, M. (2004 Nurses' attitudes toward people with mental illness in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocialnursingand mental health services* 42: 40-47

Taylor, P. (1998), When symptoms o psychosis drive serious violence *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 33:S47-S54

Taylor, P., Leese ,M. (1998) Mental Disorder and violence. *British Journal of Psychiatry* 172 : 218-226.

Templin, L. (1985) The Criminality of the mentally ill. Dangerous misconceptions *Am. J. Psychiatry* 142 :593-598.

Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R.A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 475-482.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. (2007) Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 19:113–122

Van Dorn, R., Swanson, J., Elbogen, E., Swartz, M. (2005) A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups, perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry* 68:152-163

Wahl, O. (1996). Schizophrenia in the news. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20: 51-54.

Wahl, O. (1992). Mass media images of mental images: a review of the literature. *Journal of Community Psychology* 20: 343-352.

Wahl, O., Wood, A., Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6: 9-31.

Wahl, O. (2003). News media portrayal of mental illness. *American Behavioral Scientist* 46: 1594-1600.

Walsh, E., Buchanan, A., Fahy, T. (2002). Violence and Schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry* 180: 490-495.

Walsh, E. (2001) Violence and schizophrenia: examining the evidence *British Journal of psychiatry* 180: 490-495.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet ,E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro.,J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., Wells, J.E. (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. Sep 8;370(9590):841-50.

Weiss, M.G., Jadhav, S., Raguram, R., Vounatsou, P., Littlewood, R. (2001) Psychiatry stigma across cultures: local validation in Bangalore and London. *Anthropol* 8:71–87

Wessely, S.C. (1994) The criminal carreers of incidents cases of schizophrenia *Psychological Medicine* 24: 483-502

Wessely (1993) Acting on delusions. I Prevelance. *Br. J. Psychiatry* 163:69-76.

Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behaviour* 41: 68–90

Αλεβιζόπουλος, Γ. (1998), «Δικαστική Ψυχιατρική», Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Μουζάς, Οδ., Αγγελόπουλος, Ν., Λιάκος, Α. (2008) Απόψεις περί των ψυχικών νόσων σε περιοχή της Ελλάδας: Η επίπτωση κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* 19(4): 337-349

Μάνος, Ν. (1997) Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής Εκδ.University studio press :739-824

Μαδιανός, Μ. (2006) Κλινική Ψυχιατρική Εκδ. Καστανιώτη: 186-238

Μαδιανός, Μ. (2005) Ψυχιατρική και αποκατάσταση Εκδ. Καστανιώτη: 484-497

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Δημητριάδου, Ε. (2006). ΜΜΕ και ψυχική ασθένεια: Απεικονίσεις της σχιζοφρένειας στον ελληνικό Τύπο. Ψυχολογία, 13: 59-85



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί από το Πρόγραμμα **Ενάντια στο Στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας** που υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Μας ενδιαφέρει η **δική σας γνώμη** σχετικά με θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια. Θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε όλα τα στοιχεία που σας ζητούνται **βάζοντας ένα ✓**, όπου χρειάζεται, και να απαντήσετε με ειλικρίνεια. Οι απαντήσεις σας θα είναι **ανώνυμες** και **εμπιστευτικές** και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για στατιστικούς λόγους.

ΕΡ.1. Όταν ακούτε τη φράση "σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια", ποιες **συγκεκριμένες αρρώστιες** σας έρχονται στο μυαλό;

--	--

ΔΓ-----

--

Και κάποια άλλη;

--	--

ΔΓ-----

--

ΕΡ.2. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει διαφορά ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη;

Ναι υπάρχει -----

--

Όχι δεν υπάρχει-----

--

ΔΓ-----

--

**ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΧΙΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ,
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΗΓΑΙΝΕ ΣΤΗΝ ΕΡ. 4**

ΕΡ.3. Μου είπατε ότι υπάρχει διαφορά, κατά τη γνώμη σας: **(ΔΙΑΒΑΣΤΕ)**

Ποια από τις δύο εμφανίζεται πιο συχνά -----

Ποια από τις δύο νομίζετε ότι είναι πιο σοβαρή --

Και ποια από τις δύο νομίζετε ότι θεραπεύεται πιο εύκολα

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΤΟ ΙΔΙΟ (αυθ.)	ΚΑΜΙΑ (αυθ.)	ΔΓ

ΕΡ.4. **Ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια,** έχετε δει, ακούσει, ή διαβάσει κάτι σχετικό τους τελευταίους έξι μήνες και, εάν ναι που;

(ΜΗ ΔΙΑΒΑΣΕΤΕ - ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)

ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ-----	<input type="checkbox"/>
ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ-----	<input type="checkbox"/>
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ-----	<input type="checkbox"/>
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ-----	<input type="checkbox"/>
Σε διαφήμιση σε μέσο μαζικής μεταφοράς (λεωφορείο, τρόλεϊ κ.α.)-----	<input type="checkbox"/>
Σε διαφήμιση σε ειδικά διαμορφωμένο σημείο (στάσεις λεωφορείων, τρόλεϊ κ.α.)-----	<input type="checkbox"/>
ΑΛΛΟΥ (ΠΟΥ;)-----	<input type="checkbox"/>
Δεν έχω ακούσει κάτι-----	<input type="checkbox"/>
Δε γνωρίζω-----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.5. Τους τελευταίους έξι μήνες είδατε/ ακούσατε στις ειδήσεις ή διαβάσατε στις εφημερίδες κάτι σχετικό με ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια; Αν ναι, θα μπορούσατε να μας πείτε πως περιέγραφαν αυτούς τους ανθρώπους;
ΔΙΑΒΑΣΕΤΕ - ΜΗΝ ΚΥΚΛΩΣΕΤΕ- ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΤΕ ΤΟΥΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥΣ ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ ΜΕΧΡΙ ΤΡΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)

Na έχουν βίαιη, επικίνδυνη, ή επιθετική συμπεριφορά στους άλλους ανθρώπους-----	<input type="checkbox"/>
Na διαπράττουν ένα έγκλημα-----	<input type="checkbox"/>
Na είναι άστεγοι-----	<input type="checkbox"/>
Na προκαλούν δημόσια ενόχληση-----	<input type="checkbox"/>
Na έχουν ατημέλητη/ βρώμικη εμφάνιση-----	<input type="checkbox"/>
Na υποφέρουν από διάφορα συμπτώματα, όπως να ακούνε φωνές ή να μιλάνε μόνοι τους-----	<input type="checkbox"/>
Na έχουν αυτοκτονικές τάσεις-----	<input type="checkbox"/>
Na είναι θύματα εγκληματικής ενέργειας-----	<input type="checkbox"/>
Na υποφέρουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (η οποία απαιτεί θεραπεία)-----	<input type="checkbox"/>
Na έχουν την ανάγκη μιας καλύτερης θεραπείας ή μιας καλύτερης υποστήριξης-----	<input type="checkbox"/>
Na συμμετέχουν σε μια έρευνα-----	<input type="checkbox"/>
Na παρουσιάζονται με κάποια άλλη θετική εικόνα-----	<input type="checkbox"/>
Na παρουσιάζονται με κάποια άλλη αρνητική περιγραφή-----	<input type="checkbox"/>
Δε γνωρίζω-----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.6. Εργάζεσθε, ή εργασθήκατε κάποια στιγμή σε κάποιο φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ή ψυχικές ασθένειες;

Ναι-----	<input type="checkbox"/>
Όχι-----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.7. Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή για κάποια ψυχική ασθένεια; **(ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)**

Εσείς ο ίδιος/ η ίδια -----	<input type="text"/>
Σύζυγος/ παιδί -----	<input type="text"/>
Άλλο συγγενικό πρόσωπο -----	<input type="text"/>
Φίλος -----	<input type="text"/>
Γνωστός -----	<input type="text"/>
Συνεργάτης/ Συνάδελφος -----	<input type="text"/>
Δε γνωρίζω τέτοιο άτομο -----	<input type="text"/>
Δεν είμαι βέβαιος -----	<input type="text"/>

ΕΡ.8. Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για σχιζοφρένεια; **(ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)**

Εσείς ο ίδιος/ η ίδια -----	<input type="text"/>
Σύζυγος / παιδί -----	<input type="text"/>
Άλλο συγγενικό πρόσωπο -----	<input type="text"/>
Φίλος -----	<input type="text"/>
Γνωστός -----	<input type="text"/>
Συνεργάτης / Συνάδελφος -----	<input type="text"/>
Δε γνωρίζω τέτοιο άτομο -----	<input type="text"/>
Δεν είμαι βέβαιος -----	<input type="text"/>

ΕΡ.9. Πού θα απευθυνόσαστε αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής; **(ΑΥΘΟΡΜΗΤΑ – ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ – ΜΗΝ ΚΥΚΛΩΣΕΤΕ)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Σε ψυχίατρο-----	<input type="text"/>
Σε ψυχολόγο-----	<input type="text"/>
Σε νευρολόγο -----	<input type="text"/>
Σε οικογενειακό γιατρό (παθολόγο κτλ) -----	<input type="text"/>
Σε ιερωμένο -----	<input type="text"/>
Σε φίλο -----	<input type="text"/>
Σε εναλλακτικό γιατρό (ομοιοπαθητική, βελονισμός κοκ) -----	<input type="text"/>
Σε κοινωνικό λειτουργό -----	<input type="text"/>
Σε νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων -----	<input type="text"/>
Σε κανένα (θα προσπαθούσα να το αντιμετωπίσω μόνος μου) -----	<input type="text"/>
ΔΓ-----	<input type="text"/>

ΕΡ.10. Σύμφωνα με όσα γνωρίζετε, τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια;
(ΜΗ ΔΙΑΒΑΣΕΤΕ – ΜΗΝ ΚΥΚΛΩΣΕΤΕ - ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΤΕ ΤΟΥΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥΣ ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ- ΜΕΧΡΙ ΤΡΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)

Οργανικές ανωμαλίες του εγκεφάλου -----	<input type="text"/>
Διαταραχή της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο -----	<input type="text"/>
Ασθένεια του εγκεφάλου -----	<input type="text"/>
Ιός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης -----	<input type="text"/>
Κληρονομικότητα -----	<input type="text"/>
Άλλοι οργανικοί παράγοντες -----	<input type="text"/>
Κακή ανατροφή (συμπεριφορά γονιών) -----	<input type="text"/>
Σωματική κακοποίηση -----	<input type="text"/>
Κατάχρηση τοξικών ουσιών/ αλκοόλ -----	<input type="text"/>
Αντιξοότητες και δυσκολίες στη ζωή (όπως απόλυση, κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνικό στρες) -----	<input type="text"/>
Τραυματικές εμπειρίες (κακοποίηση, παρενόχληση, ατυχήματα, θάνατοι) -----	<input type="text"/>
Η Φτώχεια -----	<input type="text"/>
Γενική έλλειψη κοινωνικών/ ηθικών αρχών /αξιών -----	<input type="text"/>
Κατοχή από κακά πνεύματα, Τιμωρία από το Θεό, Δαιμονισμός, Μάτι -----	<input type="text"/>
Η αδυναμία του χαρακτήρα ή ανώμαλη προσωπικότητα -----	<input type="text"/>
Άλλοι παράγοντες -----	<input type="text"/>
Τα ακριβή αίτια είναι άγνωστα -----	<input type="text"/>
Δε γνωρίζω -----	<input type="text"/>

ΕΡ.11. Σύμφωνα με τα όσα γνωρίζετε, τι ποσοστό περίπου επί τοις εκατό του πληθυσμού υποφέρει από σχιζοφρένεια (έχει διαγνωσθεί);

Το ποσοστό είναι -----	<input type="text"/>
Δεν γνωρίζω -----	<input type="text"/>

ΕΡ.12. Γενικά, πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια;
(ΔΙΑΒΑΣΤΕ)

Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών-----

Είναι συνήθως διανοητικά καθυστερημένοι, ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη-----

Ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν-----

Χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους-----

Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα -----

Προκαλούν δημόσια ενόχληση πχ έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά-----

Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα-----

Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο-----

Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές -----

Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους-----

[illegible]

ΕΡ.13. Θα ήθελα τώρα να σας διαβάσω μια σειρά με υποθετικές καταστάσεις και θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από αυτές;

Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που
έχει σχιζοφρένεια; -----

Θα σας αναστάτωνα, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια; -----

Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μια φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;-----

Θα σας αναστάτωνα ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια; -----

Θα νοιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;

Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον με
 σχιζοφρένεια; -----

Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σχιζοφρένεια; -----

Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια; -----

Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιο άτομο που γνωρίζετε
ότι έχει σχιζοφρένεια; -----

Εάν ένα άτομο με σχιζοφρένεια εργαζόταν σε κομμωτήριο/ κουρείο θα καθόσασταν να σας κόψει τα

[illegible]

μαλλιά;-----

Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;

Θα δίνετε δουλειά σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια -

Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά, όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες -----

Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία πολυκατοικία, όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια-----

ΕΡ.14. Θα ήθελα τώρα να σας ρωτήσω εάν θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας :

ΔΙΑΒΑΣΤΕ

Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια -----

Ένα άτομο που έχει καρκίνο-----

Ένα άτομο που έχει Aids-----

Ένας αλλοδαπός -----

Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη-----

Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα

ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	ΔΓ

ΕΡ.15. Και θα σας ενοχλούσε εάν δουλεύατε μαζί με:

ΔΙΑΒΑΣΤΕ

Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια -----

Ένα άτομο που έχει καρκίνο-----

Ένα άτομο που έχει Aids-----

Ένας αλλοδαπός -----

Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη-----

Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα

ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	ΔΓ

ΕΡ.16. Ας υποθέσουμε τώρα ότι δημιουργείται στη γειτονιά σας **ένας μικρός ξενώνας** (έξι έως οκτώ άτομα που θα έχουν την αναγκαία φροντίδα από επαγγελματίες) για άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, θα ήσασταν υπέρ, κατά ή δε θα σας πείραζε;

Υπέρ -----	
Κατά -----	
Αδιάφορος/η, δεν θα με πείραζε -----	
ΔΓ-----	

ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ, ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΗΓΑΙΝΕ ΣΤΗΝ ΕΡ.19

ΕΡ.17. Και για ποιο λόγο θα ήσασταν κατά: **ΒΟΗΘΗΣΕ – ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ**

--	--

ΔΓ-----

ΕΡ.18. Θα κάνατε κάποιες ενέργειες για να απομακρυνθεί αυτός ο ξενώνας, και αν ναι, ποιες;
ΒΟΗΘΗΣΕ – ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

--	--

Όχι δε θα έκανα-----

ΕΡ.19. Ποια από τις παρακάτω είναι, κατά τη γνώμη σας, η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια;
(ΔΙΑΒΑΣΤΕ – ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΜΟΝΟ)

Φάρμακα από γιατρό-----

Ψυχοθεραπεία-----

Συνδυασμός φαρμάκων-ψυχοθεραπείας-----

Τίποτα από τα παραπάνω, η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται **(αυθόρμητα)** -----

Άλλη (ποια;) (αυθόρμητα) -----

Δεν γνωρίζω -----

ΕΡ.20. Στα εκατό άτομα, πόσα υπολογίζετε ότι θα υποφέρουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους;

Δεν γνωρίζω -----

--

--

ΕΡ.21. Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια πόσα νομίζετε ότι θα επανέλθουν στη φυσιολογική τους κατάσταση;

Δεν γνωρίζω -----

--

--

ΕΡ.22. Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια πόσα νομίζετε ότι θα μπορούσαν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές;

Δεν γνωρίζω -----

--

--

ΕΡ.23. Ποια κατάσταση από τις παρακάτω πιστεύετε ότι προκαλεί τη μεγαλύτερη αναπηρία;
(ΔΙΑΒΑΣΤΕ-ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ)

Το να μην έχει κάποιος χέρια ή πόδια -----

Το να μην βλέπει ή ακούει κάποιος -----

Το να είναι κανείς μόνιμα κατάκοιτος εξαιτίας κάποιας σοβαρής ασθένειας-----

Το να έχει διαταραχή στο μυαλό (στη σκέψη) -----

Δεν γνωρίζω -----

--

--

--

--

--

ΕΡ.24. Κατά τη γνώμη σας ένας ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από κάποιον που δεν έχει καμία ψυχική αρρώστια; **(ΔΙΑΒΑΣΤΕ)**

Πολύ λιγότερο επικίνδυνος-----

Λιγότερο επικίνδυνος-----

--

--

Περίπου το ίδιο επικίνδυνος -----	<input type="checkbox"/>
Περισσότερο επικίνδυνος -----	<input type="checkbox"/>
Πολύ περισσότερο επικίνδυνος -----	<input type="checkbox"/>
Δεν γνωρίζω -----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.25. Και ειδικότερα, ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από ένα άτομο που δεν έχει καμία ψυχική αρρώστια; **(ΔΙΑΒΑΣΤΕ)**

Πολύ λιγότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Λιγότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Περίπου το ίδιο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Περισσότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Πολύ περισσότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Δεν γνωρίζω -----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.26. Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από κάποιον που έχει μία άλλη ψυχική αρρώστια; **(ΔΙΑΒΑΣΤΕ)**

Πολύ λιγότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Λιγότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Περίπου το ίδιο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Περισσότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Πολύ περισσότερο επικίνδυνο -----	<input type="checkbox"/>
Δεν γνωρίζω -----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.27. Στους αρρώστους με σχιζοφρένεια, πιστεύετε ότι η θεραπεία μειώνει το ενδεχόμενο να γίνουν βίαιοι;

Κατά πολύ -----	<input type="checkbox"/>
Κατά ένα μικρό ποσοστό -----	<input type="checkbox"/>
Καθόλου -----	<input type="checkbox"/>
Δεν γνωρίζω -----	<input type="checkbox"/>

ΕΡ.28. Θα σας διαβάσω μια λίστα με προτάσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας. Παρακαλώ πείτε μου ποιες από αυτές πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν.

Να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά άρρωστους

Να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια -----

Να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας

Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες -----

Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή -----

Να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας

Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών

ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΓ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία -----

--	--	--

Να γίνουν ομάδες αυτοβοήθειας-----

--	--	--

ΕΡ.29. Πώς θα αισθανόσασταν αν αναπτύσσονταν τα παρακάτω προγράμματα στη γειτονιά σας; Παρακαλώ επιλέξτε ένα νούμερο από την κλίμακα 1 έως 5, όπου το 1 σημαίνει Πολύ αρνητικός/η και το 5 Πολύ θετικός/η.

	ΠΟΛΥ ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ			ΠΟΛΥ ΘΕΤΙΚΟΣ			ΔΓ
Ξενώνας για νοητικά καθυστερημένα άτομα-----							
Ξενώνας για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν για κάποιο σοβαρό ποινικό αδίκημα-----							
Ξενώνας για άτομα με σωματικές αναπηρίες-----							
Ξενώνας για άτομα με σχιζοφρένεια-----							
Ξενώνας για αλκοολικούς-----							
Ξενώνας για χρήστες ουσιών (ναρκωτικά)							
Ξενώνας για ασθενείς με AIDS-----							

ΕΡ.30. Χρησιμοποιώντας την ίδια κλίμακα, θα μπορούσατε να μου πείτε ποια είναι η δική σας άποψη για τα παρακάτω:

	ΠΟΛΥ ΑΡΝΗΤΙΚΗ			ΠΟΛΥ ΘΕΤΙΚΗ			ΔΓ
Δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με σχιζοφρένεια σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζεστε και εσείς--							
Διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με σχιζοφρένεια -							
Πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν σχιζοφρένεια στο σπίτι-----							

ΕΡ.31. Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την **εβδομάδα** παρακολουθείτε τηλεόραση;

Παρακολουθώ τηλεόραση την εβδομάδα **(σε ώρες)** -----

--

Δεν γνωρίζω -----

--

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ**Για καθαρά στατιστικούς λόγους θα ήθελα να μου πείτε:**

Δ.1	Πότε γεννηθήκατε;	<table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td></td><td></td></tr></table>	1	9					
1	9								
Δ.2	Σε ποια πόλη – χωριό γεννηθήκατε;	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
Δ.3	Φύλο:	Ανδρας <table border="1"><tr><td></td></tr></table> Γυναίκα <table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
Δ.4	Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; Έγγαμος /η Σε διάσταση Χωρισμένος Χήρος Άγαμος	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>							
Δ.5	Ποια είναι η επαγγελματική σας ιδιότητα; Ιατρός ειδικός Ιατρός ειδικευόμενος Νοσηλεύτης Βοηθός νοσηλεύτη	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>							
Δ.6	Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει; Απόφοιτος (ΑΕΙ) και άνω (Μεταπτυχιακές σπουδές) Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής (ΑΕΙ) Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής (ΤΕΙ) Απόφοιτος Διετούς Σχολής Απόφοιτος Μονοετούς Σχολής Απόφοιτος Λυκείου Άλλο	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>							
Δ.7	Εργάζεστε σε Ψυχιατρική Κλινική: Ναι <table border="1"><tr><td></td></tr></table> Όχι <table border="1"><tr><td></td></tr></table>								
Δ.8	Σε ποια Νοσηλευτική Μονάδα εργάζεστε; (<u>Μόνο για τους νοσηλευτές</u>) Παθολογική Χειρουργική Χειρουργείο, Αναισθησιολογικό, Αποστείρωση, Επεμβατικά τμήματα Επείγοντα ΜΕΘ Άλλο	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>							

Δ.9

Ποιες υπηρεσίες εκτελείται; (Μόνο για τους νοσηλευτές)

Πρωινή -----

Πρωινή και απογευματινή -----

Πρωινή, απογευματινή και νυχτερινή -----

Άλλο -----

Δ.10

Ποια είναι η ειδικότητα που έχετε αποκτήσει; (Μόνο για τους ιατρούς)

--