

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Οι αναπαραστάσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας
απέναντι στις οικογένειες των ασθενών με χρόνια ψυχωσικά
συμπτώματα**

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΔΑΛΛΑ

ΑΜ:7017010

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα : Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ευαγγελία Κοτρώτσιου : Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Μαρία Μαλλιάρου: Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα 2019

Στη μαμά μου!

Στους φιλοξενούμενους των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» για όλα όσα με δίδαξαν τα είκοσι χρόνια που είμαστε μαζί και για τις μοναδικές ώρες, μέρες, χρόνια που έχουμε περάσει!

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι ευχαριστίες μου απευθύνονται σε πολλούς.

Στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Μαίρη Γκούβα την οποία όταν συναντώ στο διάβα της ζωής μου έχει πάντα κάτι να μου διδάξει με τον δικό της μοναδικό, απλό αλλά ταυτόχρονα τόσο περίτεχνο τρόπο. Είναι μεγάλη τιμή για μένα να είναι η επιβλέπουσα καθηγήτρια στην εργασία μου.

Στην κα Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος και συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μου, για τη ποιότητα του Μ.Π., την ευχαριστώ που μου έδωσε την ευκαιρία να το παρακολουθήσω.

Στην κα Μαρία Μαλλιάρου, συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μου.

Σε όλους τους αξιόλογους καθηγητές του Μ.Π. για τις μοναδικές ώρες διδασκαλίας που μου πρόσφεραν. Ο καθένας τους ήταν ξεχωριστός.

Στη γραμματέα του Μ.Π. κα Κατερίνα Τσακιστάρα για τη διαρκή υποστήριξη και αγάπη που πρόσφερε όχι μόνο προς εμένα αλλά προς όλους τους φοιτητές του προγράμματος.

Στους συμφοιτητές μου που ο καθένας τους ξεχωριστά με βοήθησε με τον τρόπο του και την παρουσία του να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου.

Στον συμφοιτητή μου στο Μ.Π., αγαπημένο μου φίλο, συνοδοιπόρο μου στη δουλειά και στη ζωή τα τελευταία είκοσι χρόνια κο Γιώργο Κώτση για τη συνεχή υποστήριξή του στην εκπόνηση της εργασίας μου.

Ας ευχαριστήσω και τον εαυτό μου που μπόρεσε να ανταπεξέλθει στο Μ.Π. που ήταν για μένα ένα όμορφο ταξίδι.

Περιεχόμενα

Περίληψη	1
Abstract	2
Εισαγωγή	3
Γενικό Μέρος	
Κεφάλαιο 1: Ατομικές και κοινωνικές αναπαραστάσεις	6
1.1 Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις	6
1.2 Σχηματισμός και λειτουργία των κοινωνικών αναπαραστάσεων	7
1.3 Περιεχόμενο και δομή των κοινωνικών αναπαραστάσεων.....	9
1.4 Οργάνωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων	10
1.5 Στάσεις Vs Κοινωνικές Αναπαραστάσεις.....	11
1.6 Ο ρόλος των ΜΜΕ στη διάδοση των κοινωνικών αναπαραστάσεων.....	12
Κεφάλαιο 2: Ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια.....	15
2.1 Οι έννοιες της ψυχικής υγείας - ασθένειας	15
2.2 Το στίγμα ως διαχρονική κοινωνική κατασκευή	16
2.3 Οι επιπτώσεις του στίγματος της ψυχικής νόσου	18
2.4 Κοινωνικές στάσεις και ψύχωση	20
2.5 Η στάση των επαγγελματιών υγείας.....	22
Κεφάλαιο 3: Επαγγελματική εξουθένωση και επιστήμονες ψυχικής υγείας	25
3.1 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης	25
3.2 Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	27
3.3 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	29
Κεφάλαιο 4: Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχική νόσο	33
4.1 Οικογένεια και ψυχική νόσος	33
4.2 Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης.....	34
4.3 Το στρες στους συγγενείς φροντιστές βιβλιογραφία	35
4.4 Ο ρόλος της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία.....	36
Ειδικό Μέρος	
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	38
2. Υλικό και μέθοδοι.....	39
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	43
4. Αποτελέσματα μελέτης	44
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας ψυχομετρικών κλιμάκων.....	54
6. Στατιστικές διαφοροποιήσεις των κοινωνικών αναπαραστάσεων και των ψυχομετρικών εργαλείων	57
7. Διμεταβλητές συσχετίσεις.....	79
8. Συμπεράσματα	82
Βιβλιογραφία	88
Παράρτημα	97

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για την ψύχωση, τη θεραπεία της και το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Συγχρονική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στη συγκεκριμένη μελέτη συμπεριλήφθησαν 72 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από 25-61 χρονών. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια α) ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης κοινωνικών αναπαραστάσεων με τη μέθοδο του ελεύθερου συνειρμού β) η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (SCL-90), γ) η κλίμακα ψυχολογικής ανθεκτικότητας, δ) η κλίμακα επαγγελματικής επιβάρυνσης και ε) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν διαφορές στη διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων του ψυχωσικού ασθενή ανάλογα με την ύπαρξη παιδιών και αδελφών. Διαπιστώθηκε ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το ψυχολογικό προφίλ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας καθώς και το επίπεδο της ψυχολογικής ανθεκτικότητας ($p < .05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ανωτέρω ευρήματα κατέδειξαν τη σπουδαιότητα και την αξία της μελέτης των κοινωνικών αναπαραστάσεων υποστηρίζοντας την υπάρχουσα θεωρία. Αναδεικνύουν επίσης τη λειτουργική διάσταση των κοινωνικών αναπαραστάσεων στην εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικές αναπαραστάσεις, ψύχωση, ψυχοπαθολογία, ψυχολογική ανθεκτικότητα, επαγγελματική επιβάρυνση.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To investigate the mental health professional's social representations towards factors of psychosis.

DESIGN: Cross-sectional questionnaire survey.

METHOD: 72 mental health professionals participated to the present study. The age range was 25 - 61 years old. The questionnaire included: a) question for the recording of social representations based on free association methods, b) The Symptom Checklist 90 -revised (SCL-90), c) The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), d) Maslach Burnout Inventory and e) question for the social-demographic parameters.

RESULTS: One factor and multifactor analysis was used for statistical analysis. Results showed significant differences in social representation of psychiatric patients in terms of children and siblings. More over the results highlights the significant relationship between social representations of psychological profile of mental health professionals and their psychopathology, burnout and psychological resilience ($p < .05$).

CONCLUSION: The results of the current study highlighted the importance of studying on social representations and provided more support to the representations theory context. But more crucially, our study highlighted functional domains of them related to psychopathology.

Key words: social representations, psychosis, psychopathology, psychological resilience, burnout.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος ψυχική διαταραχή χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου καθώς και στην επικοινωνία του με τον συνάνθρωπο. Η συμπτωματολογία των ψυχικών διαταραχών είναι πολυποίκιλη και η έκβασή τους συχνά προκαλεί αναπηρία.

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 al, 2002). 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).

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 al, 2003, Agermeyer et al, 2003).

Το στίγμα πλήττει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα και γενικότερα τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών (Cuttcliffe et al, 2001).

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια ευαίσθητη ομάδα εργαζομένων που βιώνουν συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση, η μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων είναι δυνατό να υπάρχουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε χρόνια ψυχικά πάσχοντες, έχει παρατηρηθεί, ότι στην αρχή της σταδιοδρομίας τους χαρακτηρίζονται από υπέρμετρο ενθουσιασμό που συμβάλλει στον καθορισμό μη ρεαλιστικών στόχων σε σχέση με την αποκατάσταση των ασθενών, γεγονός που οδηγεί στη ματαίωση και στην κόπωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εμπειρία. Η παρατηρούμενη αύξηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης απασχολεί όλο και περισσότερο τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η ψυχολογική ανθεκτικότητα που απαιτείται, είναι μια δυναμική διεργασία κατά την οποία τα άτομα εκδηλώνουν θετική προσαρμογή παρά τις εμπειρίες σημαντικής αντιξοότητας ή τραύματος που αντιμετωπίζουν(Luthar & Cicchetti, 2000).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι μία κατηγορία εργαζομένων ιδιαίτερα ευάλωτη στην εξουθένωση καθώς στην καθημερινότητά τους έρχονται αντιμέτωποι με τον ανθρώπινο πόνο, τις αυξημένες ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και των οικογενειών τους καθώς επίσης με ζητήματα όπως η δυσκολία των ασθενών συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, ο κίνδυνος αποτυχίας να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους πάσχοντες, η αποτυχία στους θεραπευτικούς στόχους και γενικά στη ματαίωση.

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 (Jorm et al, 1999).

Η διάγνωση της ψυχικής νόσου σε ένα μέλος της οικογένειας αναγκάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα να διαχειριστεί μια σειρά αλλαγών σε όλα τα επίπεδα της ύπαρξης της. Το αίσθημα της απώλειας του υγιούς μέλους, των χαμένων προσδοκιών, η θλίψη, ο πόνος, το πένθος κυριαρχούν τον πρώτο καιρό στη ζωή της οικογένειας.

Η διάγνωση της ψυχικής νόσου σε ένα μέλος της οικογένειας αναγκάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα να διαχειριστεί μια σειρά αλλαγών σε όλα τα επίπεδα της ύπαρξης της.

Ο Μαδιανός (1989) σημειώνει πως η επίδραση της οικογένειας ως σύστημα απέναντι σε ένα μέλος που εμφανίζει μια ψυχική διαταραχή είναι μεγάλη. Η δυσκολία και η δυσαρέσκεια που αναπτύσσεται στο οικογενειακό σύστημα όταν ένα μέλος εμφανίζει ψύχωση καθώς η φύση της ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι τέτοια που εντείνονται τα ενδοοικογενειακά προβλήματα επιβεβαιώνεται από πολλές βιβλιογραφικές αναφορές (Μαδιανός, 1989).

Σημαντικός παράγοντας των υποτροπών και επανεισαγωγών των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών είναι αυτός της αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας.

Στη διάρκεια της επαγγελματικής μου πορείας ήρθα σε στενή επαφή με πολλές οικογένειες. Συμπόνεσα, προσπάθησα να νιώσω και να κατανοήσω τις αγωνίες τους, τη λύπη τους, τις υποστήριξα, βοήθησα να κατανοήσουν τη δυσκολία της ασθένειας και τον άνθρωπό τους, βοήθησα στην αποδοχή και στη βελτίωση των σχέσεων όλων των μελών.

Πολλές υπήρξαν οι φορές που ένιωσα θυμό για τις οικογένειες των φιλοξενούμενων των δομών μας, για την αδιαφορία που έβλεπα, για την αποφυγή συνεργασίας στη θεραπευτική διαδικασία. Πολλές φορές χρειάστηκε να τις δικαιολογήσω και στον ίδιο μου τον εαυτό αλλά και στους ανθρώπους τους.

Άραγε πως βλέπουμε-εμείς οι επαγγελματίες- τις οικογένειες των ανθρώπων που φιλοξενούμε στις δομές μας; Αυτό το ερώτημα απασχολεί την εργασία μου.

Το πρώτο μέρος που αποτελεί το γενικό μέρος της εργασίας αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις κοινωνικές αναπαραστάσεις, στο σχηματισμό και τη λειτουργία τους, στο περιεχόμενο, τη δομή και την οργάνωσή τους. Γίνεται ακόμη αναφορά στις στάσεις και στο ρόλο των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας στη διάδοση των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις έννοιες της ψυχικής υγείας και ασθένειας, στο στίγμα που αποτελεί διαχρονική κοινωνική κατασκευή και στις επιπτώσεις του στην ψυχική

νόσο. Ακόμη στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στις κοινωνικές στάσεις απέναντι στην ψύχωση καθώς και στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση και οι επιστήμονες ψυχικής υγείας απασχολούν το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην οικογένεια του ανθρώπου με ψυχική νόσο, στην επιβάρυνσή της, στο στρες που βιώνει καθώς και στο ρόλο της στη θεραπευτική διαδικασία.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αποτελεί το ειδικό μέρος που έχει ως γενικό σκοπό τη διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα μέλη με χρόνια ψυχωσικά συμπτώματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

1.1 ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

Το 1898 ο Durkeim εισήγαγε στην κοινωνιολογία την έννοια των «αναπαραστάσεων» κάνοντας και τη διάκριση μεταξύ ατομικών και κοινωνικών αναπαραστάσεων. Η ατομική αναπαράσταση για τον Durkeim, δεν περιορίζεται στην πνευματική λειτουργία του ατόμου, αλλά αποτελεί μια πολύπλοκη ψυχική διεργασία, αντίστοιχα και η κοινωνική αναπαράσταση δεν περιορίζεται στο σύνολο των ατομικών αναπαραστάσεων. Η συμβολή του Durkeim υπήρξε σημαντική, εφόσον η ίδια η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης καταδεικνύει την επικυριαρχία του κοινωνικού στο ατομικό (Γώγου-Κρητικού, 1994:116, Μαντόγλου, 1995:13).

Η θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων που πρώτος θεμελίωσε και ανέπτυξε ο Serge Moscovici- Γάλλος κοινωνικός ψυχολόγος ρουμανικής καταγωγής - (1961,1976) μπορεί να λεχθεί ότι έχει τις ρίζες της στη θεωρία του Durkheim και θεωρείται σήμερα σημαντικό εργαλείο για την ερμηνεία των κοινωνικών φαινομένων κυρίως στο χώρο της Κοινωνικής Ψυχολογίας.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις προσφέρουν τη δυνατότητα της νοηματοδότησης ενός άγνωστου για τον άνθρωπο αντικειμένου (Potter, 2004: 202). Στην καθημερινότητα μας, χρειάζεται να κάνουμε κάτι το αόρατο αντιληπτό και κάτι πρωτόγνωρο ή παράξενο οικείο (Farr, 1995:119). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις χρησιμοποιούνται ως κοινωνιογνωστικές διεργασίες μέσα από τις οποίες προσεγγίζουμε αντικείμενα, τα οποία μπορεί να αφορούν σε οτιδήποτε όπως πρόσωπα, πράγματα, γεγονότα, ιδέες, θεωρίες κλπ. Οι αναπαραστάσεις δε νοούνται ως πιστό αντίγραφο του αντικειμένου υπό ερμηνεία αλλά είναι το προϊόν μιας εσωτερικής υποκειμενικής επεξεργασίας και αφορά ουσιαστικά στην ψυχική αναπαραγωγή αυτού του αντικειμένου (προσώπου, κατάστασης κλπ) (Ναυρίδης, 1994: 158).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, σύμφωνα με τον Moscovici, είναι ιδέες, σκέψεις, γνώσεις είναι οι εικόνες που μοιράζονται τα μέλη ενός συνόλου. Είναι τα ομόφωνα σύμπαντα σκέψης που σχηματίζουν μέρος μιας «κοινωνικής συνείδησης» και δημιουργούνται και μεταδίδονται μέσω του κοινωνικού δίαυλου. Αναφέρονται στο απόθεμα της κοινής γνώσης και των πληροφοριών που τα άτομα μοιράζονται με τη μορφή του κοινού νου σχετικά με τον κοινωνικό τους κόσμο. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις επιτρέπουν στα άτομα να κατασκευάσουν την προσωπική κοινωνική τους πραγματικότητα.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις «... είναι γνωστικά συστήματα με μία δική τους γλώσσα και λογική.... Δεν αντιπροσωπεύουν απλώς απόψεις, εικόνες ή στάσεις αλλά θεωρίες ή ποσότητες γνώσης για την εξερεύνηση και οργάνωση της πραγματικότητας» (Moscovici, 1973,σελ. 12)

Ο Moscovici αναφέρει ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αφορούν στο περιεχόμενο του καθημερινού νου και του αποθέματος των ιδεών που δίνουν συνοχή στις θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις των ατόμων, στις συνδέσεις που δημιουργούμε τόσο αυθόρμητα, όσο αυθόρμητα αναπνέουμε. Καθιστούν δυνατή την κατάταξη ατόμων και αντικειμένων, τη σύγκριση και εξήγηση συμπεριφορών και την κατανόησή τους ως μέρη του κοινωνικού μας περιβάλλοντος (Moscovici, 1988, σελ. 214).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι ένα σώμα πεποιθήσεων και πληροφοριών σχετικά με κάποιο κοινωνικό αντικείμενο και ταυτόχρονα οι δυνάμεις επαναπροσδιορισμού του κοινωνικού νοήματος αυτού του αντικειμένου (Herzich, 1973).

Σύμφωνα με το Moscovici, «...οι κοινωνικές αναπαραστάσεις έχουν πάντοτε δύο όψεις: την όψη της εικόνας και την όψη της σημασίας, με την έννοια ότι αντιστοιχούν μια εικόνα σε κάθε σημασία και μια σημασία σε κάθε εικόνα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να πούμε ότι αποτελούν μια ειδική μορφή της συμβολικής σκέψης»(Παπαστάμου, 1989:418-419).

Η Jodelet (1991, σ. 5-11), η οποία έχει μελετήσει και προαγάγει τη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων σε δικό της ορισμό αναφέρει ότι η κοινωνική αναπαράσταση ορίζεται ως μορφή γνώσης την οποία επεξεργάζονται και χρησιμοποιούν τα μέλη μιας κοινωνίας και η οποία έχει μια πρακτική χρησιμότητα, να συμβάλει στη διαμόρφωση μιας κοινής πραγματικότητας για ένα κοινωνικό σύνολο. Ακόμη αναφέρει(1991) ότι η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης προσδιορίζει μια μορφή κοινωνικής σκέψης της οποίας η γένεση, οι ιδιότητες και οι λειτουργίες πρέπει να προσεγγίζονται μέσα από ψυχολογική και κοινωνική σκοπιά.

1.2 ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η αντικειμενοποίηση και η επικέντρωση-αγκυροβόληση είναι οι δύο διαδικασίες μέσω των οποίων δημιουργούνται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις. Η αντικειμενοποίηση οδηγεί στη συγκεκριμενοποίηση του αφηρημένου, στην υλοποίηση των εννοιών, στην αλλαγή του ορθολογικού της επιστημονικής γνώσης στην εικόνα ενός πράγματος, στη μετατροπή της επιστήμης σε κοινωνική γνώση και σε δίκτυο σημασιών.

Η επικέντρωση-αγκυροβόληση συνίσταται στην ενσωμάτωση ενός άγνωστου αντικειμένου σε ένα οικείο δίκτυο κατηγοριών με σκοπό την κατανόηση και την εξήγησή του (Ναυρίδης, 1994: 172-174, Μαντόγλου, 1995:19-21).

Η διαδικασία αυτή έχει συμβολική σημασία. Κάθε κοινωνική αναπαράσταση αποτελείται από έναν πυρήνα κι από τα γύρω από αυτόν περιφερειακά στοιχεία τα οποία και οργανώνει (Ναυρίδης, 1994).

Για να υπάρξει ριζικός μετασχηματισμός της αναπαράστασης θα πρέπει να αμφισβητηθεί ο πυρήνας της (Μαντόγλου, 1995:33).

Σύμφωνα με τον Moscovici, οι πειραματικές μελέτες έχουν επισημάνει ότι αναζητούμε τις πληροφορίες που επαληθεύουν τις απόψεις μας ενώ παραμελούμε εκείνες που τείνουν να τις αποσταθεροποιήσουν (Moscovici, 1995:75).

«Εάν έχουμε κάποια ιδέα ή κάποια αναπαράσταση γι' αυτό που κάποιο άλλο πρόσωπο πρέπει να είναι, προσπαθούμε με όλα τα μέσα που διαθέτουμε να την επαληθεύσουμε. Ειδικότερα, διαμορφώνουμε τις σχέσεις, χειριζόμαστε την κατάσταση κατά τέτοιον τρόπο ώστε να προκαλέσουμε εκ μέρους του άλλου προσώπου τις συμπεριφορές που ανταποκρίνονται στην πίστη μας γι' αυτό» (Moscovici, 1995:77).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αφορούν σε μεγάλο αριθμό προσώπων, όμως αυτό δε σημαίνει ότι συμμετέχουν όλοι ισότιμα στη δημιουργία τους. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις μεταδίδονται από τη μια γενιά στην άλλη και μπορεί να επιβάλλονται χωρίς συνειδητή συγκατάβαση. Μπορούν να είναι συνειδητές ή ασυνειδητές, στην πρώτη περίπτωση ελέγχονται γνωστικά και συναισθηματικά από τα υποκείμενα ενώ στη δεύτερη τα υποκείμενα ελέγχονται από αυτές (Παπαστάμου, 1989:418, Ναυρίδης, 1994: 158-159, Moscovici, 1995:82).

Σημαντική είναι η λειτουργία των κοινωνικών αναπαραστάσεων προς τη συγκρότηση της ταυτότητας της ομάδας, πέραν από τις γνωστικές λειτουργίες που προσφέρουν στο μέλος της κοινωνίας. Η αναπαράσταση της ίδιας της ομάδας είναι πάντα θεμελιωμένη σε μια υπερ-εκτίμηση ορισμένων από τα χαρακτηριστικά της ώστε να διαφυλάττεται θετική εικόνα για την ομάδα.

Σύμφωνα με τον Lacroix(1972), *«Καμιά κοινωνία δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς κάποια αναπαράσταση του εαυτού της και χωρίς να δίνει αξία στον εαυτό της μέσα σε αυτή την αναπαράσταση»* (Παπαστάμου, 2008:186). Μέσα από τις διεργασίες της κοινωνικοποίησης τα μέλη μοιράζονται την ίδια αναπαράσταση γύρω από την ταυτότητά τους. Επίσης σύμφωνα με τον ίδιο, *«Καμιά κοινωνία δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς κάποια αναπαράσταση του εαυτού της και χωρίς να δίνει αξία στον εαυτό της μέσα σε αυτή την αναπαράσταση»* (Παπαστάμου, 2008:186).

Από τη στιγμή που θα διαδοθούν στην κοινωνία, οι συνέπειες των κοινωνικών αναπαραστάσεων είναι δυναμικές και χαράσσονται στη σκέψη, στις ανθρώπινες σχέσεις, στο λόγο (Moscovici, 1995:84-85), στις στάσεις (Potter, 2004: 214-215) και τις συμπεριφορές (Abric, 1996β:101-125) προς τους άλλους. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αντανακλώνται,

τροποποιούνται, δημιουργούνται και διοχετεύονται από τα συστήματα επικοινωνίας των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Farr, 1995:109).

Ο Moscovici (1961/1976) διακρίνει δύο όψεις των κοινωνικών αναπαραστάσεων, μίας ενεργητικής και μίας παθητικής.

Η ενεργητική όψη αφορά στην ιδιότητα των αναπαραστάσεων να διακινούν, να ανακατανέμουν και κυρίως να αναπαράγουν τα κοινωνικά δεδομένα που συντελούν και στη δική τους διαμόρφωση σχηματίζοντας ένα ενιαίο σύμπαν από έννοιες, αξίες και νόρμες.

Η παθητική όψη αφορά στη συνθήκη που υπάρχει πριν από τη δυναμική παρέμβαση των αναπαραστάσεων και συνίσταται στη συγκράτηση και διατήρηση, στη μνήμη μιας απεικόνισης της κοινωνικής πραγματικότητας του ατόμου χωρίς τις νοηματοδοτήσεις, συνδέσεις και συμβολικές προεκτάσεις που αποδίδονται στην ενεργητική όψη (Μαντόγλου, 1995).

Με αυτή τη διάκριση αναδεικνύεται ο κομβικός ρόλος των κοινωνικών αναπαραστάσεων στη διευθέτηση της επικοινωνίας των γνώσεων του ατόμου. Η θέση των αναπαραστάσεων είναι ανάμεσα στην εικόνα και την έννοια. Λειτουργούν ως μεσολαβητές-διαχειριστές της κοινωνικής γνώσης αντιστοιχώντας μία εικόνα σε μία σημασία και το αντίστροφο (Ναυρίδης, 1994).

1.3 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Όταν σχηματιστούν οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, η «κοινωνική» πτυχή τους είναι στο προσκήνιο. Αυτό συμβαίνει γιατί δημιουργούνται και γενικεύονται μέσα από την επικοινωνία και αλληλεπίδραση ατόμων και ομάδων. Το στοιχείο της επικοινωνίας αποτελεί σύμφυτο και δομικό στοιχείο των κοινωνικών αναπαραστάσεων αφού μέσω αυτού τα άτομα δομούν ένα σύνολο από γνώσεις, εκτιμήσεις και προσδοκίες για την κατανόηση του κοινωνικού κόσμου τους. Αναγνωρίζοντας τη δόμηση του περιεχομένου των κοινωνικών αναπαραστάσεων και έχοντας ως γνώμονα το στοιχείο της επικοινωνίας, υποστηρίζεται ότι το σύνολο αυτό διαθέτει τρεις διαστάσεις οι οποίες ορίζουν το περιεχόμενο αλλά και την οργάνωση και σημασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων:

Τη στάση, την πληροφορία και το πεδίο της αναπαράστασης (Moscovici, 1961).

Η *στάση* είναι μία εσωτερική, ψυχική δομή που προδιαθέτει ένα άτομο ή μία ομάδα για συμπεριφορά θετική ή αρνητική ως προς το αντικείμενο της κοινωνικής αναπαράστασης. Η στάση μπορεί να ειπωθεί ότι αφορά στο γενικό προσανατολισμό της κοινωνικής αναπαράστασης.

Η *πληροφορία* αφορά στο μέγεθος, την ποσότητα της γνώσης που διαθέτει ένα άτομο ή μια ομάδα σε σχέση με ένα κοινωνικό αντικείμενο, όπως επίσης και στην ποιότητα της γνώσης,

υπό την έννοια του βαθμού στον οποίο η γνώση αυτή είναι στερεοτυπικά δομημένη ή όχι, αποτελεί αποτέλεσμα προκατάληψης ή όχι.

Το πεδίο της αναπαράστασης οργανώνει το σύνολο των απόψεων που αφορούν σε μία συγκεκριμένη στάση κατά τρόπο ιεραρχικό. Η αναπαράσταση συγκεντρώνει τη γνώση, ταξινομεί, οργανώνει, κατηγοριοποιεί και έτσι κάνει τα πράγματα πιο απτά, πιο ελέγξιμα, πιο εύκολα στη διαχείρισή τους (Bauer & Gaskell, 1999).

Η στάση δεν είναι μόνο η πιο «δημοφιλής» έννοια αλλά είναι και η διάσταση με την πιο κεντρική σημασία και ρόλο καθώς προηγείται της πληροφορίας και της αναπαράστασης και έτσι προσδιορίζει τη μορφή τους μέσα από τη μορφή που η ίδια ήδη διαθέτει (Μαντόγλου, 1995).

1.4 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η οργάνωση των κοινωνικών αναπαράστασεων απασχόλησε τους κοινωνικούς ψυχολόγους καθώς αρκετοί από αυτούς αποπειράθηκαν να ερευνήσουν το θέμα προτείνοντας τις θεωρίες τους. Παρόλο που περισσότεροι περιγράφουν την ίδια οργάνωση, διαφοροποιούνται στο επίπεδο της ονοματοδότησης των εννοιών που διαπραγματεύονται. Έτσι, σύμφωνα με τον Abric, κάθε κοινωνική αναπαράσταση οργανώνεται σε ένα κεντρικό πυρήνα και ένα σύνολο περιφερειακών στοιχείων (Abric, 1976, 1987).

Το δομικό και θεμελιώδες στοιχείο της αναπαράστασης είναι ο κεντρικός της πυρήνας ο οποίος προσδιορίζει τη σημασία, την έννοια της αναπαράστασης συνολικά αλλά και τη δομή της. Ο πυρήνας είναι σταθερός, συνεκτικός, ομόφωνος και προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συλλογική μνήμη της ομάδας και το σύστημα αξιών της. Είναι κατά κάποιο τρόπο το σταθερό, μη διαπραγματεύσιμο και μη μετασχηματιζόμενο μέρος της αναπαράστασης. Εξαιτίας της κομβικότητας του κεντρικού πυρήνα της αναπαράστασης είναι πιθανό, εάν τρωθεί ή αμφισβητηθεί η αξιοπιστία ενός από τα στοιχεία που τον συγκροτούν, να καταρρεύσει η αναπαράσταση στο σύνολό της. Ο πυρήνας είναι απαραίτητος για να λειτουργήσει η αναπαράσταση ως το εργαλείο αποκρυπτογράφησης μιας δεδομένης πραγματικότητας (Guimelli, 1993).

Ο Abric (1995, σελ. 79) επισημαίνει ότι ο ρόλος και η λειτουργία του περιφερειακού συστήματος είναι σχετικά γνωστά χάρη στην έρευνα του C. Flament, ο οποίος ανέδειξε ότι το περιφερειακό σύστημα επιτελεί ένα σημαντικό ρόλο στη λειτουργία και τις δυναμικές των αναπαραστάσεων. Το περιφερειακό σύστημα είναι αυτό στα πλαίσια του οποίου αναπτύσσονται η διαφορετικότητα και η ατομικότητα του καθενός, με αποτέλεσμα τα άτομα που μοιράζονται την ίδια αναπαράσταση να παρουσιάζουν ελαφρές διακυμάνσεις και μια ποικιλότητα στην πρόσληψη της. Είναι το τμήμα εκείνο της αναπαράστασης που επιτρέπει την ανάπτυξη της ατομικότητας στα πλαίσια του συλλογικού (Moliner & Tafani, 1997).

Το περιφερειακό σύστημα αποτελείται από σχήματα και συγκροτεί το στοιχείο διασύνδεσης και διαμεσολάβησης μεταξύ της αναπαράστασης και της πραγματικότητας. Είναι πιο εύκαμπτο και επιτρέπει στον κεντρικό πυρήνα να προσαρμόζεται στους περιορισμούς και τα χαρακτηριστικά της κατάστασης και ταυτόχρονα προστατεύει το κεντρικό σύστημα.

1.5 ΣΤΑΣΕΙΣ VS ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

«Μια στάση είναι μια ψυχολογική τάση που εκφράζεται με την αξιολόγηση ενός συγκεκριμένου αντικειμένου με όρους κάποιας διαβάθμισης ως προς την προτίμηση ή μη-προτίμησή του»(Eagly&Chaiken 1998)

Η στάση αφορά στον προσδιορισμό της πρόθεσης για δράση ενός ατόμου απέναντι σε μία συγκεκριμένη κοινωνική συνθήκη, πρόσωπο ή ομάδα. Η συμπεριφορά δηλαδή του ατόμου σε επίπεδο πράξεων και συναισθημάτων αποτελεί την απάντηση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα ενός συγκεκριμένου κοινωνικού αντικειμένου έξω από το άτομο-μέρος της κοινωνικής πραγματικότητας. Η κοινωνική αναπαράσταση κατασκευάζεται από το ίδιο το άτομο μέσα από τη σχέση του –φανταστική ή πραγματική- με ένα κοινωνικό αντικείμενο.

Η ευρεία αναγνώριση, αποδοχή και υποστήριξη της θεωρίας των κοινωνικών αναπαραστάσεων προβλημάτισε αρκετούς κοινωνικούς ψυχολόγους όχι μόνο γιατί πολύ σύντομα αναδείχθηκε σε κορυφαία θεωρητική έννοια αλλά και γιατί φάνηκε να υποσκελίζει την έννοια των στάσεων ως κανόνα ανάλυσης της συμπεριφοράς των ατόμων στο διατομικό, διομαδικό αλλά και ενδοατομικό επίπεδο.

Η στάση νοείται ως μία διάσταση του οργανωμένου σύμπαντος γνώμων και πεποιθήσεων που συγκροτεί η κοινωνική αναπαράσταση και βασική της λειτουργία είναι η πλοήγηση της συμπεριφοράς μέσα στο πλήθος των κοινωνικών ερεθισμάτων και η επένδυση αυτής της τάσης για συμπεριφορά με ένα συγκεκριμένο συγκινησιακό και συναισθηματικό φορτίο (Ναυρίδης, 1994).

Η κοινωνική αναπαράσταση συνιστά ένα δομημένο σύστημα απόψεων ενώ η στάση μοιάζει να είναι πιο περιορισμένη, πιο διακριτική, πιο στενά επικεντρωμένη. Στις κοινωνικές αναπαραστάσεις η σημασία αποδίδεται στο λεπτομερές περιεχόμενό τους. Στις στάσεις η προσοχή αποδίδεται στις διαδικασίες και όχι στο περιεχόμενο. Οι στάσεις συνήθως εξετάζονται και αναλύονται με ποσοτικές μεθόδους ενώ οι κοινωνικές αναπαραστάσεις με ποιοτικές μεθόδους.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις υιοθετούνται κυρίως για τη μελέτη ομοιοτήτων σε ευρύτητα διαδεδομένες απόψεις για τον κόσμο στο εσωτερικό μιας κοινωνικής ομάδας ενώ οι στάσεις προσδιορίζουν τις διαφορές ως προς μία κοινωνική συνθήκη μεταξύ των μελών μιας ομάδας (Allansdottir, Jovchelovitch, Stathopoulou, 1993).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αναγνωρίζουν ότι οι διαδεδομένες απόψεις εξωτερικεύονται και θεσμοποιούνται ενώ οι στάσεις υπάρχουν μόνο στον νου του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

1.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Τα ΜΜΕ έχουν καθοριστικό ρόλο στην πολυεπίπεδη διαδικασία της διάδοσης των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις μεταφέρονται στη σκέψη, το λόγο, τη συμπεριφορά και τις στάσεις, σε συνειδητό ή ασυνείδητο επίπεδο. Τα ΜΜΕ συμβάλλουν στη διάδοσή τους ανάλογα με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα λαμβάνοντας και τις μορφές της μετάδοσης ή της προπαγάνδας. Το εύρος της διάδοσης των κοινωνικών αναπαραστάσεων από τα ΜΜΕ βασίζεται στη σύνδεση τους με τα ήδη υπάρχοντα κοινωνικά στερεότυπα. Τα ΜΜΕ μέσα από αυτή την σύνδεση μπορούν να τροποποιούν και να ανασυνθέτουν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις.

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) επηρεάζουν συνεχώς την καθημερινότητά μας και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της δυτικής κουλτούρας καθορίζοντας 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 (Mc Quail, 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).

Η τηλεόραση έχει αναμφισβήτητα κρίσιμη επίδραση ως προς το 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 στη 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 καταφανώς 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 al, 2002, Cutcliffe et al, 2001).

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).

Τα δημοσιεύματα που αναφέρονται στη θετική εξέλιξη της πορείας της νόσου και στα θεραπευτικά εργαλεία που αναδεικνύουν τις δυνατότητες των πασχόντων είναι σχετικά λίγα.

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 al, 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 δε 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 al, 2005, Wahl et al, 2002).

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 προβάλλει 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 al, 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).

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 (Cuttcliffe et al, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

2.1 ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία είναι μέρος της συνολικής υγείας, αποτέλεσμα ισορροπίας των εξής παραγόντων:

- Ικανότητας για αγάπη, εργασία, ψυχαγωγία
- Επίγνωσης ταυτότητας
- Αυτοδυναμίας
- Αντίστασης στην ψυχοκαταπόνηση
- Ενεργητικότητας
- Ανεξαρτησίας από κοινωνικές επιρροές
- Ελέγχου και δυνατότητας επίλυσης προσωπικών προβλημάτων

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι κυρίαρχη στον κλάδο της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζεται.

Διαχρονικά υπήρξαν διαφορετικές απόψεις γύρω από την έννοια της ψυχικής ασθένειας, το κοινό όμως στοιχείο τους ήταν η αντίληψη ότι η ψυχική ασθένεια είναι στενά συνδεδεμένη με την επικινδυνότητα. Οι διάφορες απόψεις μεταβάλλονται στη διάρκεια των χρόνων ανάλογα με τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν και το επίπεδο ανάπτυξης και εξέλιξης της επιστημονικής γνώσης (Τσαλίκογλου,Φ 1987).

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

Η ψυχική νόσος και ειδικά η σχιζοφρένεια πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνώνυμο με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανίατο. Βαθμιαία τα πράγματα άλλαξαν εξαιτίας της ανάπτυξης και της προόδου της ψυχοφαρμακολογίας, της παράλληλης χρήσης πολλών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και της δημιουργίας σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα(Υ.Υ.Κ.Α, Μ.Υ.Π, 2004).

Τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου περιλαμβάνουν αλλαγές στο συναίσθημα (άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη), μεταβολές στη γνωσιακή λειτουργία (δυσκολία συγκέντρωσης ή μνήμης), αλλαγές στο περιεχόμενο της σκέψης (εντατική ενασχόληση ή απορρόφηση με

καινούριες ιδέες), στη φυσική κατάσταση (διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας), κοινωνική απόσυρση καθώς και διαταραχή λειτουργικότητας σε σχέση με τους διάφορους ρόλους.

Η ανάπτυξη εντονότερων συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, διαταραγμένη συμπεριφορά, διάλυση οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων) υποδηλώνουν οξύ επεισόδιο σχιζοφρένειας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα πρώτα χρόνια μετά την εκδήλωση της σχιζοφρένειας είναι ιδιαίτερα βασανιστικά και χαοτικά και υφίσταται αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας.

Όπως αναφέρει ο Περιτογιάννης & συν (2018), οι ψυχωτικές διαταραχές είναι συχνές, η συμπτωματολογία τους πολυποίκιλη, η έκβασή τους γενικά μέτρια και η πρόκληση αναπηρίας συχνή. Είναι σοβαρές και χρόνιες παθήσεις που προκαλούν σημαντική νοσηρότητα. Εκτός από τις πρωτοπαθείς ψυχωτικές διαταραχές, σύμφωνα με τον ίδιο, υπάρχουν και οι δευτεροπαθείς με συμπτώματα ταυτόσημα των πρωτοπαθών οι οποίες σχετίζονται με υποκείμενη οργανική διαταραχή. Η εκδήλωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία της οργανικής πάθησης.

2.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΩΣ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ

Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την ύπαρξη ενός φάσματος διαφορετικών κοινωνικών ταυτοτήτων και της σημασίας της θετικής ή αρνητικής αξίας που τους αποδίδεται (Dovidio, 2000).

Η διαδικασία του στιγματισμού προκύπτει 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 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 al, 2003).

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

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 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 (Blascovich et al, 2000).

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 al, 1989).

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 al, 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 al, 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 al, 2005).

2.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ατόμου που νοσεί και εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα, ρητά ή άρητα, 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 al, 2002).

Η κοινωνική απομόνωση επιδεινώνει την 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 al, 2004).

Η ισχύουσα νομοθεσία για την ψυχική υγεία ενδεχομένως επιτείνει το αίσθημα στιγματισμού των ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας όπως η σιελόρροια, οι ακούσιες κινήσεις, η υπνηλία, η σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, καθώς και η μη προσεκτική χρήση των ψυχιατρικών διαγνωστικών ορολογιών μπορούν να συμβάλλουν στην απομόνωση και τον αποκλεισμό αυτών των ασθενών. Επιπλέον τα σωματικά προβλήματα υγείας των ατόμων με αυτή τη διαταραχή ενδέχεται να μην αντιμετωπιστούν με τη δέουσα σοβαρότητα από τους επαγγελματίες υγείας (Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια, 2015).

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 al, 2004). 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 al, 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 al, 2010).

Πιθανότατα δεν υπάρχει καμιά άλλη ασθένεια στη δυτική κοινωνία όπου το «χάσμα» ανάμεσα στη διατιθέμενη και πρέπουσα φροντίδα και σε αυτήν που πραγματικά λαμβάνει ο ασθενής είναι τόσο μεγάλο όσο στην ψυχική διαταραχή. Λίγοι λαμβάνουν θεραπεία, οι

περισσότεροι παραμελούνται. Υπάρχει κενό στη θεραπευτική κάλυψη και στη θεραπευτική στόχευση (Prince et al, 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 τη 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 (Walh et al, 2002).

Έτσι λοιπόν ο ασθενής προσπαθώντας να αποφύγει το στίγμα δε συμμορφώνεται στη φαρμακευτική αγωγή με συνέπεια την εμφάνιση συμπεριφορών που επιβεβαιώνουν το στιγματιστικό στερεότυπο ως ανισόρροπο, βίαιο και επικίνδυνο.

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 al, 2003, Agermeyer et al, 2003).

Το στίγμα πλήττει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα και γενικότερα τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών (Cutcliffe et al, 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 αντανακλώνται και στη θεσμική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Οι αντιστάσεις των τοπικών κοινωνιών στη δημιουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέσα στον κοινωνικό ιστό επιβεβαιώνουν τη στιγματιστική στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Το στίγμα αποθαρρύνει και τους λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να προσέλθουν σε αυτές και να τις αξιοποιήσουν.

Παρατηρείται με την πάροδο του χρόνου, η γειννίαση με τις μονάδες παροχής υπηρεσιών και η καθημερινή επαφή με τους χρήστες να οδηγούν στην απομυθοποίηση της ψυχικής νόσου, στην ευαισθητοποίηση των κοινωνιών και στη μείωση του στίγματος που στεκόταν εμπόδιο τόσο στη θεραπεία όσο και στην αποκατάσταση.

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 al, 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 αντανακλάται ευθέως στην ποιότητα της θεραπείας και κατά συνέπεια στην έκβαση της ασθένειας (Sartorius et al, 2005).

2.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΗ

Οι πρώτες απόπειρες διερεύνησης των στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε άτομα με ψυχική ασθένεια που πραγματοποιήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1950, 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 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 (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).

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 αντανακλούν 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).

Η διαπίστωση αυτή αντανακλά 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).

Το φαινόμενο “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. 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 αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση της λανθάνουσας τάσης για έκφραση κοινωνικά επιθυμητών στάσεων.

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).

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. Κυνηγοί στίγματος 2. Εκπαίδευση –ευαισθητοποίηση 3. Επαφή 4. Πολιτικός σχεδιασμός (Arboleda Florez, J. et al, 2008).

Στα πλαίσια της διεθνούς 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 al, 2005).

Το πιο χαρακτηριστικό εύρημα της έρευνας ήταν ο μεγάλος βαθμός επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από τα άτομα με σχιζοφρένεια. Οι στάσεις της κοινής γνώμης 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 στη 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.

2.5 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 (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), η πλειοψηφία των μελετών έδειξε ότι οι ψυχίατροι είχαν τις πιο αρνητικές τοποθετήσεις έναντι αυτής του κοινού (Jorm et al, 1999).

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).

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 al, 2004).

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

Εκείνοι που ολοκλήρωσαν την ψυχιατρική εκπαίδευση σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο βρέθηκαν 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 al, 2003).

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

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

Έρευνα σε προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου στη Ελλάδα, απέναντι σε ψυχικά ασθενείς, κατέγραψε αρνητική στάση ιδιαίτερα στην 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 al, 2009).

Γιατροί 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 γιατρούς (Fernando et al, 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 al, 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 σχιζοφρένεια ως πιο επικίνδυνους και απρόβλεπτους (Björkman et al, 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 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 σχιζοφρένεια 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 al, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ως αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου στρες στην εργασία και αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στη σύγχρονη εποχή. Οι επαγγελματίες βιώνουν εξουθένωση όταν τα προσωπικά τους αποθέματα δεν επαρκούν έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν στις πιεστικές και επιβαρυνμένες συνθήκες εργασίας.

Η βασική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση η οποία οδηγεί σταδιακά στην αποπροσωποποίηση, δηλαδή στα αρνητικά και κυνικά συναισθήματα που καταλαμβάνουν τον επαγγελματία για τους αποδέκτες των υπηρεσιών-ασθενείς. Η τρίτη διάσταση του συνδρόμου της εξουθένωσης αναφέρεται στη μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων, δηλαδή στο στάδιο κατά το οποίο οι επαγγελματίες είναι δυσαρεστημένοι από την απόδοσή τους και συχνά παραιτούνται από κάθε προσπάθεια συνδρομής στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών (Maslach & Jackson, 1986).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελούν μια κατηγορία εργαζομένων ιδιαίτερα ευάλωτη στην εξουθένωση καθώς στην καθημερινότητά τους έρχονται αντιμέτωποι με τον ανθρώπινο πόνο, τις αυξημένες ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και των οικογενειών τους καθώς επίσης με ζητήματα όπως η δυσκολία των ασθενών συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και ο κίνδυνος αποτυχίας να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους πάσχοντες.

Οι κοινωνικοί επιστήμονες για να περιγράψουν τη διαδικασία ψυχικής εξάντλησης κυρίως των επαγγελματιών που απασχολούνται στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών χρησιμοποίησαν τον όρο «burnout», που στην ελληνική γλώσσα αποδίδεται με την έκφραση «επαγγελματική εξουθένωση»

Η λέξη “burnout” στην αγγλική, σημαίνει προοδευτική καταστροφή – εξασθένηση εξαιτίας καψίματος (π.χ. η εξασθένηση ενός καιόμενου κεριού).

Ο επιστημονικός όρος επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout) έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στη σχετική βιβλιογραφία κατά το έτος 1974 από τον ψυχίατρο Freudenberg ο οποίος εργαζόταν εθελοντικά σε κλινική της Νέας Υόρκης (‘Free Clinic,’), όπου νοσηλεύονταν νεαρά άτομα, εθισμένα σε ναρκωτικές ουσίες.

Σχεδόν την ίδια εποχή στην Καλιφόρνια, η ερευνήτρια κοινωνική ψυχολόγος Christina Maslach (1976) στο πλαίσιο ερευνητικής μελέτης σχετικής με την ψυχολογική πίεση στην εργασία πήρε συνεντεύξεις από ένα σημαντικό αριθμό επαγγελματιών υγείας, ιατρών, νοσηλευτών, ψυχιάτρων και συμβούλων σε άσυλα. Πολλοί επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι ήταν συναισθηματικά εξαντλημένοι, ότι είχαν αναπτύξει αρνητικές αντιλήψεις για τους ασθενείς και εκδήλωσαν αισθήματα έντονης δυσαρέσκειας για την επαγγελματική τους αποδοτικότητα και ικανότητα (Maslach, 1976). Με βάση τις συνεντεύξεις των επαγγελματιών, η Maslach κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τις διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης που το αντιμετώπιζε ως σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα οφειλόμενο κυρίως σε διαπροσωπικούς παράγοντες καθώς και στα χαρακτηριστικά οργάνωσης του εργασιακού πλαισίου.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 που θεωρείται ως η πρώτη φάση της μελέτης του συνδρόμου, πραγματοποιήθηκαν κυρίως περιγραφικές και ποιοτικές ερευνητικές μελέτες βασισμένες στην εφαρμογή της μεθόδου της συνέντευξης αλλά και της επιτόπιας παρατήρησης. Τα πρώτα άρθρα για την επαγγελματική εξουθένωση βασίστηκαν στις εμπειρίες επαγγελματιών που προσέφεραν κοινωφελείς υπηρεσίες κυρίως στο χώρο της υγείας. Σε κλινικό επίπεδο οι μελέτες εστιάστηκαν στην περιγραφή των συμπτωμάτων του συνδρόμου και σε κοινωνικό επίπεδο, στις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και των επωφελούμενων ασθενών καθώς και στα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος.

Αργότερα, κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990 αναπτύχθηκε συστηματική εμπειρική έρευνα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης με την εφαρμογή της ποσοτικής ανάλυσης των δεδομένων, της μεθοδολογίας της επισκόπησης καθώς και με τη χρησιμοποίηση μεγάλων δειγμάτων πληθυσμού. Στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων που αναπτύχθηκαν σχετικά, δημιουργήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του συνδρόμου, εκ των οποίων το «Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach» (“Maslach Burnout Inventory”- MBI, Maslach & Jackson, 1981b) θεωρείται ότι διαθέτει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες και είναι το πλέον διαδεδομένο εργαλείο αξιολόγησης του συνδρόμου (η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου αναπτύχθηκε από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου, 1992).

Τέλος, οι Maslach και Jackson (1984a; 1986), σύμφωνα με τα αποτελέσματα εκτεταμένης έρευνας, διατύπωσαν έναν ευρύτερα αποδεκτό ορισμό σύμφωνα με τον οποίο «η εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και περιορισμένης προσωπικής εκπλήρωσης που αναπτύσσεται κυρίως στους επαγγελματίες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άλλους ανθρώπους» (1986, p.1) Επίσης το φαινόμενο της εξουθένωσης θεωρείται ως αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον εργαζόμενο και τον αποστερεί ψυχικών αποθεμάτων που τον καθιστούν ικανό να αντεπεξέλθει στην πίεση των ειδικών εργασιακών συνθηκών (Maslach & Jackson, 1986).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις ερευνήτριες, οι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

- Η **συναισθηματική εξάντληση** (emotional exhaustion) η οποία αποτελεί τη βασική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και αναφέρεται κυρίως σε αισθήματα κόπωσης και μείωσης των ψυχικών αποθεμάτων του ατόμου.
- Η **αποπροσωποποίηση** (depersonalization) που αναφέρεται στα αρνητικά και κυνικά συναισθήματα που καταλαμβάνουν τον επαγγελματία για τους αποδέκτες των υπηρεσιών - ασθενείς, στις αρνητικές στάσεις καθώς και στις απόμακρες και απρόσωπες σχέσεις που διαμορφώνει με αυτούς.
- Η **μείωση προσωπικών επιτευγμάτων** (reduced personal accomplishment) που αναφέρεται στο στάδιο κατά το οποίο ο επαγγελματίας αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του, είναι δυσαρεστημένος με την απόδοσή του στην εργασία και συχνά παραιτείται από κάθε προσπάθεια συνδρομής στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών.

Οι τρεις αυτοί παράγοντες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει χαρακτηριστεί από τη Maslach και τον Leiter (1997) ως «η διάβρωση της ανθρώπινης ψυχής» (erosion of humansoul) δηλαδή η αλλοίωση των αξιών καθώς και η μείωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της θετικής ψυχολογικής διάθεσης. Πρόκειται για μία «κοινωνική πληγή» (social malady) η οποία επεκτείνεται σταδιακά και συνεχώς στο πέρασμα του χρόνου και από την οποία είναι πολύ δύσκολο κανείς να απαλλαγεί και εν τέλει να αναρρώσει (Maslach & Leiter, 1997).

3.2 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με την ενδελεχή ανασκόπηση μελετών που πραγματοποίησαν οι Schaufeli και Enzmann (1998) τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζονται σε συναισθηματικό, νοητικό, οργανικό και συμπεριφορικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο κινήτρων:

- Σε **συναισθηματικό επίπεδο**, ο επαγγελματίας νιώθει δυσφορία στην εργασία του, προβληματίζεται για το πώς θα αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα σε αυτήν και αποθαρρύνεται. Νιώθει αρνητικά συναισθήματα όχι μόνο για τον εαυτό του, αλλά και για τους αποδέκτες των υπηρεσιών καθώς και για τους συναδέλφους του. Έχει μελαγχολική και καταθλιπτική διάθεση, αισθάνεται ανεξήγητους φόβους, αυξανόμενη ένταση και άγχος. Επίσης στις διαπροσωπικές του σχέσεις παρουσιάζει συχνά χαμηλή ενσυναίσθηση (empathy), ευερεθιστότητα, υπερευαίσθησία, ψυχρότητα ή ακόμα και έντονο θυμό.

- Σε **νοητικό επίπεδο**, ο εργαζόμενος πιστεύει ότι δεν είναι ικανός στον επαγγελματικό τομέα ή ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις υποκειμενικές του προσδοκίες με αποτέλεσμα να αισθάνεται αβοήθητος, αδύναμος και ανεπαρκής. Παρουσιάζει επιπλέον χαμηλή αυτοεκτίμηση,

δυσκολίες στη συγκέντρωση, στη μνήμη, στην προσοχή και στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη ευελιξίας και μειωμένη ανοχή στις ματαιώσεις. Δεν είναι παρατηρητικός και γενικά είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, ατυχήματα και απροσεξίες.

Σε **διαπροσωπικό επίπεδο** και ειδικότερα στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, μειώνεται σταδιακά η ικανότητά τους να κατανοούν τις σκέψεις και τη συμπεριφορά των ασθενών και βαθμιαία περιορίζεται η επαφή και η ενσυναίσθηση που έδειχναν κατά το παρελθόν προς αυτούς. Αναπτύσσουν κυνικές αντιλήψεις για τους αποδέκτες των υπηρεσιών και αποδίδουν σε αυτούς υποτιμητικούς-στιγματιστικούς χαρακτηρισμούς. Επίσης συχνά εκδηλώνουν μνησικακία, εχθρότητα και καχυποψία, όχι μόνο προς τους ασθενείς αλλά και προς τους συναδέλφους, τους επόπτες και τους υπευθύνους.

Οι εργαζόμενοι που παρουσιάζουν συμπτώματα εξουθένωσης αισθάνονται ότι δεν έχουν την αναγνώριση της υπηρεσίας και των συναδέλφων τους, χάνουν και οι ίδιοι το ενδιαφέρον τους προς αυτούς και γίνονται υπερβολικά επικριτικοί και δύσπιστοι.

- Υπάρχουν περιπτώσεις που η επαγγελματική εξουθένωση έχει αντίκτυπο και στις **σωματικές λειτουργίες**. Ο εργαζόμενος μπορεί να παρουσιάζει διάχυτα σωματικά ενοχλήματα, μυϊκή υπερένταση, συχνούς πονοκεφάλους, ζαλάδες, ναυτίες, δυσκολία στην αναπνοή, έντονες εφιδρώσεις, διαταραχές στον ύπνο, σεξουαλικά προβλήματα, αιφνίδιες μεταβολές του βάρους, χρόνια κόπωση, ακόμα και υπέρταση ή αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης στο αίμα. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως είναι οι στομαχικές και γαστρεντερικές, η στεφανιαία νόσος και άλλα καρδιαγγειακά προβλήματα. Δεδομένου ότι το παρατεταμένο άγχος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού παρουσιάζεται μερικές φορές αναζωπύρωση διαταραχών που προϋπάρχουν όπως το άσθμα, ο διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά..

- Σε **επίπεδο συμπεριφοράς**, ο επαγγελματίας που είναι εξουθενωμένος είναι υπερκινητικός, παρορμητικός, αναβλητικός, έχει ανυπομονησία, βίαια ξεσπάσματα και αντιμετωπίζει τους αποδέκτες των υπηρεσιών με επιθετικότητα. Περιορίζει την επαφή του με τους ασθενείς και συμπεριφέρεται με τρόπο απρόσωπο και συχνά αδιάφορο. Απουσιάζει συχνά από την εργασία του, παρουσιάζει χαμηλή απόδοση και αποξενώνεται από τους συναδέλφους του. Επιπλέον, για να μειώσει την ένταση που νιώθει στην εργασία μπορεί να καταφύγει στο κάπνισμα ή στην κατανάλωση αλκοόλ ακόμα και στη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών. Η αμηχανία, η απαισιοδοξία και η έλλειψη ενδιαφέροντος για τα εργασιακά ζητήματα, εκφράζονται λεκτικά ή εξωλεκτικά και έχουν σοβαρό αντίκτυπο στο εργασιακό περιβάλλον. Οι σχέσεις του εργαζόμενου με τους συναδέλφους και τους υπευθύνους διαλύονται και αναπτύσσονται διαπροσωπικές συγκρούσεις, γεγονός που προκαλεί την κοινωνική του απομόνωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάζει αρνητικά και τις **διαπροσωπικές – ενδοοικογενειακές σχέσεις**. Οι συγκρούσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειας γίνονται

περισσότερο συχνές και οξείες και γενικά επικρατεί έντονο κλίμα δυσαρέσκειας. Η εξουθένωση των επαγγελματιών προκαλεί περιορισμένη λειτουργικότητα και χαμηλή αποδοτικότητα με αποτέλεσμα τη μειωμένη αποτελεσματικότητα, την περιορισμένη παραγωγικότητα καθώς και την υποβαθμισμένη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όταν πρόκειται για υπηρεσίες υγείας.

- Σε **επίπεδο κινήτρων**, παρατηρείται η προοδευτική εκμηδένιση των εσωτερικών κινήτρων των επαγγελματιών όπως του ενθουσιασμού και του ιδεαλισμού και η βαθμιαία ανάπτυξη αισθημάτων πλήξης, αποθάρρυνσης, απογοήτευσης και παραίτησης.

Σε **διαπροσωπικό επίπεδο**, η βαθιά ριζωμένη κρίση των κινήτρων εκφράζεται κυρίως με στάσεις αδιαφορίας και κακής συμπεριφοράς προς τους αποδέκτες των υπηρεσιών (στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας), με την έλλειψη ενδιαφέροντος για το αντικείμενο της εργασίας, την αποφυγή ανάληψης πρωτοβουλιών και συχνά με την άρνηση παρουσίας στην εργασία. Τα περισσότερα από τα αναφερόμενα συμπτώματα προκύπτουν από περιγραφικές μελέτες που βασίζονται κυρίως στην εφαρμογή της μεθόδου της επιτόπιας παρατήρησης και της συνέντευξης και όχι στην εμπειρική έρευνα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να επαληθευτεί η εγκυρότητά τους (Maslach & Jackson, 1986).

3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να ταξινομηθούν σε **ατομικούς** που αναφέρονται στα ατομικά-δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους και σε **περιβαλλοντικούς – εργασιακούς** παράγοντες.

Ατομικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση συμπτωμάτων

Πολλοί ερευνητές τονίζουν την επίδραση των ατομικών παραγόντων δηλαδή των ατομικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν εξουθένωση, σύμφωνα με τον Farber (1983), είναι συνήθως άνθρωποι ευαίσθητοι, ιδεαλιστές, γεμάτοι ανθρωπιά, αφοσιωμένοι στην εργασία τους και ιδιαίτερα στους ασθενείς αλλά συγχρόνως ανήσυχτοι, εσωστρεφείς, ψυχαναγκαστικοί και ευάλωτοι, σε συνεχή ταύτιση με τους άλλους. Στην περίπτωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, έχει παρατηρηθεί ότι ο υπέρμετρος ενθουσιασμός στην αρχή της σταδιοδρομίας τους συμβάλλει στον καθορισμό μη ρεαλιστικών στόχων σχετικών με την αποκατάσταση των ασθενών, γεγονός που οδηγεί στη ματαίωση και την κόπωση.

Η μεταβλητή που έχει περισσότερο συσχετιστεί με το σύνδρομο της εξουθένωσης είναι η **ηλικία**. Τα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών που εξετάζουν την εξουθένωση επαγγελματιών διαφόρων ειδικοτήτων και κυρίως εργαζομένων στο χώρο της υγείας καταδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους που έχουν μικρότερη ηλικία συγκριτικά με εκείνους που είναι άνω των 30 ή 40 ετών.

Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται αρνητικά με την **επαγγελματική εμπειρία**. Στην αρχή της καριέρας των εργαζομένων παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τη Maslach (1982c) και τους Pines και Aronson (1988), συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσίασαν νοσηλεύτριες στο χώρο της ψυχικής υγείας ενάμιση χρόνο μετά το ξεκίνημα της καριέρας τους και κοινωνικοί λειτουργοί δύο έως τέσσερα χρόνια μετά την είσοδό τους στον εργασιακό στίβο. Με την πάροδο των ετών και την απόκτηση μεγαλύτερης επαγγελματικής εμπειρίας παρατηρείται μείωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και κυρίως της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης (Maslachetal, 1996).

Τα ευρήματα που αφορούν στη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του **φύλου** είναι αντιφατικά. Τα αποτελέσματα αρκετών μελετών καταδεικνύουν ότι η εξουθένωση παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Maslach & Jackson, 1981a).

Σχετικά με την **οικογενειακή κατάσταση**, φαίνεται ότι οι άγαμοι (ιδίως οι άνδρες) είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση συμπτωμάτων εξουθένωσης συγκριτικά με τους έγγαμους δεδομένου ότι οι τελευταίοι πλαισιώνονται από το υποστηρικτικό δίκτυο της οικογένειας (Maslach & Jackson, 1985). Οι άγαμοι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης συγκριτικά με τους διαζευγμένους (Maslach et al, 1996).

Αντιφατικά είναι τα αποτελέσματα των ερευνών που σχετίζονται με το **επίπεδο εκπαίδευσης**. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είναι περισσότερο ευάλωτα στην εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους εργαζόμενους που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Cash, 1988). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τη Maslach και τους συνεργάτες της (1996) μόνο για τον παράγοντα της αποπροσωποποίησης. Σχετικά με τον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης, παρατηρείται μεγαλύτερη επιβάρυνση στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή σε άτομα με πολύ υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (π.χ. μεταπτυχιακές σπουδές). Στις περισσότερες μελέτες που εξετάζουν την εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης και του εκπαιδευτικού επιπέδου (LeCroy&Rank, 1987).

Σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, τα **χαρακτηριστικά της προσωπικότητας** μπορεί να μετριάσουν ή αντίθετα να εντείνουν τις επιπτώσεις που έχουν οι στρεσογόνες καταστάσεις

στην εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τις περισσότερες ερευνητικές μελέτες τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που φαίνεται να συσχετίζονται με τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής:

Η **ανθεκτικότητα στο στρες** (hardiness). Τα άτομα που διαθέτουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στο στρες δηλαδή έχουν την ικανότητα να ελέγχουν και να επηρεάζουν τις καταστάσεις, να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας περισσότερο ως «πρόκληση» παρά ως απειλή και να είναι δεκτικά στις αλλαγές παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και αυξημένα επίπεδα προσωπικής εκπλήρωσης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982). Σύμφωνα με την Kobasa και τους συνεργάτες της (1982), οι τρεις παράγοντες που καθορίζουν την ανθεκτικότητα στο στρες είναι:

α) η επένδυση των επαγγελματιών στην εργασία τους και η ενεργή **συμμετοχή** (commitment) τους στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο.

β) ο προσωπικός έλεγχος (control) **των καταστάσεων** και

γ) η αντιμετώπιση των δυσκολιών στη ζωή ως πρόκληση (challenge) και κίνητρο για περαιτέρω προσπάθειες και προσωπική ολοκλήρωση.

Περιβαλλοντικοί - εργασιακοί παράγοντες

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, η οργάνωση του εργασιακού πλαισίου είναι σημαντική και προσδιορίζει συχνά την αποδοτικότητα του επαγγελματία στην εργασία και το κατά πόσο νιώθει το αίσθημα της ικανοποίησης ή βιώνει εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση. Οι παράγοντες που επιδρούν σημαντικά στην εκδήλωση συμπτωμάτων εξουθένωσης διαχωρίζονται:

α) στις εργασιακές απαιτήσεις-πιέσεις, όπως είναι ο φόρτος εργασίας, η σύγκρουση και η ασάφεια των εργασιακών ρόλων κ.ά.

β) στην έλλειψη πόρων και κινήτρων όπως είναι η έλλειψη ευκαιριών επιμόρφωσης, η περιορισμένη αυτονομία, η έλλειψη υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον κ.ά.

Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις δύσκολες εργασιακές συνθήκες που προϋποθέτουν επίπονες και μακράς διάρκειας προσπάθειες με σημαντικό ψυχικό κυρίως κόστος για τους εργαζόμενους. Αντίθετα οι πόροι ή τα κίνητρα αναφέρονται στα χαρακτηριστικά εκείνα της εργασίας που βοηθούν τους επαγγελματίες στην αντιμετώπιση των εργασιακών απαιτήσεων και συμβάλλουν στην επαύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας καθώς επίσης στην προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη (Hockey, 1993', Richter & Hacker, 1998). Σημαντικοί εργασιακοί παράγοντες που αναφέρονται στις πιεστικές συνθήκες εργασίας ή στην έλλειψη πόρων και επιδρούν στην εμφάνιση συμπτωμάτων εξουθένωσης είναι:

- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (workover load).
- Η σύγκρουση και η ασάφεια των εργασιακών ρόλων (roleconflict and roleambiguity).
- Η κατάτμηση / διάσπαση των καθηκόντων (high fragmentation of tasks).
- Η έλλειψη ευκαιριών για μάθηση και επιμόρφωση (lack of learning opportunities).
- Η περιορισμένη αυτονομία των εργαζομένων και η έλλειψη επιρροής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (reduced participation in decision making and autonomy).
- Η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον καθώς και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις (weak social support and interpersonal stressors).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

4.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η διάγνωση της ψυχικής νόσου σε ένα μέλος της οικογένειας αναγκάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα να διαχειριστεί μια σειρά αλλαγών σε όλα τα επίπεδα της ύπαρξής της. Το αίσθημα της απώλειας του υγιούς μέλους, των χαμένων προσδοκιών, η θλίψη, ο πόνος, το πένθος κυριαρχούν τον πρώτο καιρό στη ζωή της οικογένειας.

Από την άλλη, η ντροπή για τη νόσο, ο στιγματισμός, τα αισθήματα ενοχής και αποτυχίας από μέρους των γονιών, ο φόβος για το μέλλον περιπλέκουν την κατάσταση.

Σύμφωνα με τον Tuck (1997), ο οποίος μελέτησε τα βιώματα οικογενειών με ψυχωτικό μέλος, η ζωή αυτών των οικογενειών διχοτομείται σε δύο περιόδους: την περίοδο πριν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και την περίοδο μετά. Ο παραπάνω ερευνητής αναφέρει χαρακτηριστικά: «Ο κόσμος της οικογένειας αλλάζει δραματικά με τη διάγνωση και ο χρόνος από εκεί και πέρα καθορίζεται με βάση αυτό το γεγονός σταθμό. Όλα μοιάζουν να ακολουθούν μια γραμμική πορεία. Η εμπειρία παίρνει για τους γονείς τη μορφή μιας αφήγησης με αρχή, μέση αλλά χωρίς τέλος. Ο πρόλογος είναι η ζωή πριν από την αρρώστια, η αρχή της ιστορίας, όταν υποψιάζονται ότι κάτι κακό συμβαίνει, η μέση είναι η καθημερινή ζωή ενώ η φροντίδα και η ευθύνη μοιάζουν να μην τελειώνουν ποτέ».

Η κάθε οικογένεια αντιμετωπίζει διαφορετικά την ψυχική νόσο ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των μελών που την αποτελούν, τη δομή και την οργάνωσή της.

Σύμφωνα με τη Howard, η οικογένεια του ψυχωτικού ασθενή περνά από μια βιοματική διεργασία που περιλαμβάνει τέσσερα στάδια:

Συνειδητοποίηση του προβλήματος, που περιλαμβάνει τρεις επιμέρους ψυχοσυναισθηματικές διεργασίες:

- αντίληψη ότι το ασθενές μέλος συμπεριφέρεται διαφορετικά
- εμπέδωση της σοβαρότητας του προβλήματος
- σοκ από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου

Αναζήτηση λύσεων, όταν έχει λάβει χώρα η ανακοίνωση της διάγνωσης που περιλαμβάνει τρεις επιμέρους διεργασίες:

- συγκέντρωση πληροφοριών και αναζήτηση βοήθειας

- προσπάθεια κατανόησης της φύσης της ασθένειας και αντιμετώπιση των ψυχωτικών επεισοδίων
- απόγνωση για τη μη ανάσχεση της νόσου

Αντιμετώπιση της κατάστασης, που περιλαμβάνει συνεργασία με ειδικούς για την κατανόηση της ασθένειας που περιλαμβάνει τρεις ψυχοσυναισθηματικές διεργασίες:

- επιμονή ώστε να παρασχεθεί κάθε δυνατή βοήθεια από ειδικούς
- εμμονή κατά τη διεργασία αυτή μπορεί η οικογένεια να αλλάζει συνεχώς θεραπευτές στην προσπάθεια της να βρει αποτελεσματική θεραπεία
- αναγνώριση της χρονιότητας της νόσου και κατανόηση της φύσης της

Επιβίωση μετά την εμπειρία, που περιλαμβάνει τρόπους για την αυτοφροντίδα της οικογένειας μέσα κυρίως από τρεις συναισθηματικές διεργασίες:

- αποδοχή ότι η ασθένεια αποτελεί μια πραγματικότητα με την οποία πρέπει να μάθουν να ζουν
- ελπίδα ότι το οικογενειακό σύστημα θα μπορέσει να βρει μια νέα ισορροπία που θα τους επιτρέψει να συνεχίσουν τη ζωή και να ξεπεράσουν τα συναισθήματα θλίψης, απώλειας και οδύνης
- αποφασιστικότητα, η οικογένεια δηλαδή να σταθεί αρωγός στο ασθενές μέλος της, να το φροντίσει και να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.

4.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης (family burden ή caregivers burden) έχει μελετηθεί περισσότερο από οτιδήποτε άλλο στο πεδίο έρευνας που αφορά το οικογενειακό περιβάλλον του ψυχωτικού ασθενή. Ωστόσο δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός για το περιεχόμενό της. Σύμφωνα με τον Fadden και συν (1987), ο όρος επιβάρυνση ή φορτίο περιλαμβάνει οικονομικές δυσκολίες, συναισθηματικές αντιδράσεις στην ασθένεια, το άγχος της αντιμετώπισης της διαταραγμένης συμπεριφοράς, τη διάλυση της καθημερινότητας της οικογένειας και τον περιορισμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Οι Hoening & Hamilton (1966) διέκριναν πρώτοι την επιβάρυνση σε αντικειμενική που περιλαμβάνει κάθε παράγοντα που διαταράσσει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στην ασθένεια και σε υποκειμενική επιβάρυνση που αναφέρεται στις ψυχοσυναισθηματικές συνέπειες που βιώνει ο φροντιστής ως αποτέλεσμα της φροντίδας.

Ο Fadden με την ομάδα του επίσης, διέκρινε την οικογενειακή επιβάρυνση σε δύο μορφές:

- την **αντικειμενική**, που αναφέρεται στις οικογενειακές σχέσεις, τις επαφές με φίλους και συγγενείς, τη μείωση ή την τροποποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και τα επαγγελματικά ή οικονομικά προβλήματα και
- την **υποκειμενική** επιβάρυνση που αφορά περισσότερο την ψυχολογική πίεση (distress) που βιώνουν οι συγγενείς ως αποτέλεσμα της προτεραιότητας που δίνουν στη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα σε σχέση με τις δικές τους ανάγκες. Στην ίδια περίπου περιγραφή για την αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση καταλήγουν και άλλοι ερευνητές. Σε άλλη έρευνα των Kreisman & Joy (1974) προσδιορίστηκαν επτά παράγοντες που προκαλούν επιβάρυνση στους συγγενείς φροντιστές ατόμων με ψυχωτικά προβλήματα ως εξής:
 - το κοινωνικό στίγμα
 - η επιθετική συμπεριφορά του ασθενή
 - οι συμπεριφορές του ασθενή που προκαλεί ντροπή
 - οι οικονομικές απαιτήσεις της θεραπείας
 - τα αισθήματα ενοχής που αισθάνονται οι φροντιστές
 - η διαταραχή στη συζυγική ζωή
 - η ευθύνη των φροντιστών για συνεχή εποπτεία του ασθενή.

4.3 ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Σε μια πολύ σημαντική μελέτη της Lefley (1997) στην Αυστραλία εντοπίστηκαν τρεις βασικές πηγές στρες για τους συγγενείς των ψυχικά ασθενών: το στρες που πηγάζει από τις **καταστάσεις** (situational), από το **κοινωνικό περιβάλλον** (societal) και από την **επαφή με το σύστημα υγείας** (iatrogenic).

Το **στρες από τις καταστάσεις** σύμφωνα με την ερευνήτρια προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συγγενών με τον ψυχικά ασθενή. Οι οικογένειες καταπονούνται και από τις συνέπειες του στίγματος, τα κωλύματα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το νομικό καθεστώς καθώς και τις απογοητεύσεις λόγω της ακατάλληλης συμπεριφοράς των επαγγελματιών.

Οι **κοινωνικές πηγές στρες** περιλαμβάνουν εχθρικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, προκαταλήψεις και φόβους για εκδηλώσεις βίας, αρνητικές προσδοκίες σχετικά με την αποκατάσταση, κοινωνική αδιαφορία και παραμέληση ενός πληθυσμού που θεωρείται ασήμαντος.

Οι **ιατρογενείς πηγές στρες** απορρέουν από το κλινικό μοντέλο της οικογενειακής παθογένειας το οποίο μεταφέρεται μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και συμβάλλει στη διαμόρφωση αρνητικών στάσεων απέναντι στους συγγενείς και τους γονείς που ενοχοποιούνται και ενισχύει το στίγμα.

Σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών το ιατρογενές στρες σχετίζεται με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην οικογένεια, όπως επίσης και στην αδυναμία τους για ουσιαστική επικοινωνία και πληροφόρηση στην οικογένεια – φροντιστή που οδηγεί νομοτελειακά στον αποκλεισμό της από τη θεραπευτική διαδικασία.

Σε έρευνα της Provencher (1997) βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο στρες των μελών της οικογένειας και μιας σωματικής αρρώστιας. Συγκεκριμένα, στο 59% του δείγματος αναφέρονται τα σωματικά προβλήματα ως γενικές αρνητικές συνέπειες της παρουσίας του ψυχωτικού ασθενή στο σπίτι. Σε έρευνα της Σαπουνά και συν (2006) σε δείγμα 65 φροντιστών ψυχωτικών ασθενών στην Κρήτη διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς φροντιστές δεν προσέφευγαν σε υψηλό ποσοστό (83,1%) στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το 2008 η EUFAMI (Ευρωπαϊκή Ένωση Οικογενειών με Ψυχωτικό μέλος) διεξήγαγε έρευνα σε δείγμα 233 συγγενών φροντιστών ψυχωτικών ατόμων σε έντεκα χώρες της Ε.Ε. από την οποία προέκυψαν τα παρακάτω συμπτώματα που επηρεάζουν την υγεία των φροντιστών ως εξής:

- ανησυχία (56%)
- πίεση χρόνου (49%)
- αϋπνία (34%)
- κατάθλιψη (28%)
- άλλα (23%)

Άλλες μελέτες στο εξωτερικό επισήμαναν ως βασικότερα προβλήματα υγείας των συγγενών φροντιστών την αϋπνία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, λοιμώξεις του αναπνευστικού και υπέρταση.

Μέσα από άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ότι το 72% των φροντιστών παραμελούσαν την αυτοφροντίδα τους ενώ ένα σημαντικό ποσοστό ακύρωνε τα προγραμματισμένα ιατρικά ραντεβού. Εκτός όμως από τις επισκέψεις στους γιατρούς σημαντικό κομμάτι της αυτοφροντίδας τους ήταν και οι σωστές διατροφικές συνήθειες καθώς και η σωματική άσκηση.

4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου είναι άμεσα συναρτημένη με την οικογένεια, τη δομή της, τους ρόλους και τους κανόνες που την διέπουν. Η οικογένεια άλλοτε εκτιμάται ως παράγοντας επίλυσης του προβλήματος και άλλοτε ως ένας αρνητικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των μελών της (Μαδιανός, 2000, σελ. 35). Τα μέλη της οικογένειας αναπτύσσουν μεταξύ τους σχέσεις που αλληλοεπηρεάζονται και ρυθμίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε το σύστημα οικογένεια να διατηρείται σε μια σταθερή κατάσταση (Μαδιανός, 2000, σελ. 35).

Ο Μαδιανός (1989) σημειώνει πως η επίδραση της οικογένειας ως σύστημα απέναντι σε ένα μέλος που εμφανίζει μια ψυχική διαταραχή είναι μεγάλη. Η δυσκολία και η δυσαρέσκεια που αναπτύσσεται στο οικογενειακό σύστημα όταν ένα μέλος εμφανίζει ψύχωση καθώς η φύση της ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι τέτοια που εντείνονται τα ενδοοικογενειακά προβλήματα επιβεβαιώνεται από πολλές βιβλιογραφικές αναφορές (Μαδιανός, 1989, σελ.223).

Σημαντικός παράγοντας των υποτροπών και επανεισαγωγών των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών είναι αυτός της αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας. Κύρια αιτία της κακής πορείας των ασθενών είναι η υψηλή συναισθηματική έκφραση που χαρακτηρίζει την επικοινωνία σε κάποιες οικογένειες (Μαδιανός, 1989, σελ.223).

Η μείωση του άγχους πρέπει να κατέχει πρωτεύουσα θέση στο θεραπευτικό σχεδιασμό για την προσέγγιση του προβλήματος γιατί μειώνει τις βλαπτικές περιβαλλοντικές συνθήκες και βελτιώνει τις προοπτικές του ατόμου για ίαση, συμβάλλει στη συναισθηματική ισορροπία τόσο του ασθενούς όσο και των μελών του οικογενειακού συστήματος, καθιστά το άτομο ικανό να διατηρήσει αλλά και αναπτύξει ικανοποιητικές σχέσεις με άλλα πρόσωπα καθώς και μειώνει τις πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού της οικογένειας και του ασθενούς (Cohen & Lazarus, 1979).

Οι Francell, Conn & Gray (1988) αναφέρθηκαν μεταξύ των άλλων στην εκπαίδευση των οικογενειών. Οι Conley & Baker (1990) πρότειναν παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης για την προσαρμογή της οικογένειας στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς με ψυχωτικά συμπτώματα που προκαλεί έντονο άγχος στην οικογένεια.

Η οικογένεια του πάσχοντα μέσω της εκπαίδευσης και των γνώσεων που θα αποκτήσει από τη διαδικασία της ψυχοεκπαίδευσης μαθαίνει και κατανοεί πολύ καλύτερα την φύση της νόσου όπως και τις ανάγκες του μέλους της που προκύπτουν εξαιτίας της. Για την οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα η εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης της καθημερινότητας και διαχείρισης προβλημάτων όπως είναι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες και η απασχόληση του έχουν ως αποτέλεσμα να μειώνονται οι συγκρούσεις και το συνολικό άγχος που προκύπτει από αυτές και κατ' επέκταση να βελτιώνονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Μια άλλη σημαντική συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης για την οικογένεια είναι πως δεν νιώθει πλέον μόνη, αβοήθητη και περιχαρακωμένη αλλά βλέπει ότι υπάρχουν και άλλες οικογένειες με παρόμοιες εμπειρίες και ανάγκες και ότι υπάρχουν λύσεις στο αδιέξοδο που αισθάνθηκαν να δημιουργείται από την αρρώστια του μέλους της (Magliano et al, 2005).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων που επηρεάζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ένα θέμα που τείνει να απασχολεί όλο και περισσότερο τη διεθνή βιβλιογραφία λόγω της παρατηρούμενης αύξησης των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

Η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι ένας συνδυασμός ικανοτήτων και χαρακτηριστικών που αλληλεπιδρούν δυναμικά ώστε να επιτρέψουν σε ένα άτομο να επανέλθει (bounceback), να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με επιτυχία και να λειτουργήσει πάνω από το μέσο όρο παρά το σημαντικό στρες ή την αντιξοότητα που αντιμετωπίζει (Rutter, 1993). Η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία τα άτομα εκδηλώνουν θετική προσαρμογή παρά τις εμπειρίες σημαντικής αντιξοότητας ή τραύματος που αντιμετωπίζουν (Luthar&Cicchetti, 2000).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά και εκφάνσεις της ψυχολογικής ανθεκτικότητας είναι η εύκαμπτη και ευρηματική προσαρμογή σε εξωτερικά και εσωτερικά αγχογόνα ερεθίσματα, η θερμή διάθεση για ζωή παρά τις αντιξοότητες που μπορεί να τη χαρακτηρίζουν, η αποτελεσματική χρήση των νοητικών ικανοτήτων που διαθέτει το άτομο, κάποιος βαθμός συναισθηματικής επίγνωσης, η θετική συσχέτιση με το κοινωνικό περιβάλλον, η θετικότητα των συναισθημάτων και η απόδοση θετικού νοήματος στα γεγονότα ζωής (Klohn, 1996, Grothberg, 1996, Masten, 2001).

Η ανθεκτικότητα ως δυναμική διαδικασία προκύπτει από την αλληλεπίδραση του ατόμου, του γεγονότος και του περιβάλλοντος. Οι ατομικοί και περιβαλλοντικοί προστατευτικοί παράγοντες μπορεί να είναι απαραίτητοι αλλά όχι και επαρκείς για την κατανόηση της έννοιας της ανθεκτικότητας. Σε αυτό το πλαίσιο και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες έχει σημαντική αξία η διασύνδεση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρήθηκε και ως ένα κοινωνικό φαινόμενο (Shaufeli, Maslach & Marek, 1993), καθώς πλήττει πολλές κατηγορίες επαγγελματιών ομάδων επηρεάζοντας όχι μόνο την υγεία των επαγγελματιών αλλά και ένα πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό ανθρώπων που εξαρτώνται από την επαγγελματική απόδοσή τους ως αποδέκτες των υπηρεσιών τους.

Γενικός σκοπός της ερευνητικής μελέτης θα είναι η διερεύνηση των αναπαραστάσεων των επαγγελματιών υγείας και οι στάσεις απέναντι στα μέλη των οικογενειών ασθενών με χρόνια ψυχωσικά συμπτώματα.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η ψύχωση συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου, παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και πολλές φορές στην οικογενειακή απόρριψη. Ως προς τη στάση τους απέναντι στην οικογένεια του ψυχωσικού ασθενούς, η υπόθεσή μας είναι ότι οι επαγγελματίες που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα παρουσιάζουν αρνητικές αναπαραστάσεις απέναντι στα μέλη των οικογενειών με ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της στάσης απέναντι στις αρνητικές αναπαραστάσεις και το ψυχολογικό προφίλ και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα αυτής της σχέσης. Κατά συνέπεια, ως προς το ψυχολογικό προφίλ, η υπόθεσή μας είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας που εμφανίζουν θετικές αναπαραστάσεις θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των επαγγελματιών υγείας που εμφανίζουν αρνητικές αναπαραστάσεις απέναντι στην οικογένεια του ασθενή με χρόνια ψυχωσικά συμπτώματα.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του ΤΕΙ Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019 και στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αναπαραστάσεων των επαγγελματιών υγείας και οι στάσεις απέναντι στα μέλη των οικογενειών ασθενών με χρόνια ψυχωσικά συμπτώματα.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης χρόνιων ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ορίστηκαν ως οι εξής:

1. Τα άτομα να είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και να έχουν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας.
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ελάμβανε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια- ερευνήτρια από κοινού με την επιβλέπουσα καθηγήτρια.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιωνόταν για την ανωνυμία τους και το απόρρητο της διαδικασίας. Ο κάθε συμμετέχων καλούνταν να δημιουργήσει έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό με τον οποίο θα συμμετείχε στη διαδικασία της έρευνας (αντί του ονοματεπώνυμου του). Εξάλλου όλη η διαδικασία διεκπεραιωνόταν από τα ίδια τα άτομα, οπότε ελαττώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε ένα σταθερό πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα.

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ

Στην παρούσα μελέτη, μελετήθηκαν 22 άνδρες (ποσοστό 30,6%) και 50 γυναίκες (ποσοστό 69,4%), σύνολο 72 επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέσης ηλικίας 43 ± 8 ετών, με εύρος 25-61. ετών.

2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Στο κάθε άτομο που συμφωνούσε να λάβει μέρος στην ερευνητική διαδικασία δόθηκε ένας ανοιχτός φάκελος στον οποίο εμπεριεχόταν το ερωτηματολόγιο. Κατόπιν της επιστροφής των φακέλων πραγματοποιήθηκε από την ίδια τη μεταπτυχιακή ερευνήτρια η κωδικοποίηση και η καταγραφή των ερωτηματολογίων των ατόμων, ενώ με τη βοήθεια της επιβλέπουσας καθηγήτριας έλαβε χώρα η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών εργαλείων της έρευνας.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία που παρουσιάζονται παρακάτω.

2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Αναπαραστάσεων και Στάσεων

Ως το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των Ελλήνων Επαγγελματιών Υγείας για τα μέλη των οικογενειών των ασθενών με χρόνια ψυχωσικά συμπτώματα θεωρείται η κατάρτιση ενός ερωτηματολογίου, δομημένου σε δύο μέρη: Το πρώτο μέρος θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων του δείγματος, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση των ίδιων των υποκειμένων, ενώ το δεύτερο θα περιλαμβάνει έξι (6) ερωτήσεις-φράσεις οι οποίες αναφέρονταν στις λέξεις

«ψυχοιατρείο», «άσυλο», «ψυχωσικός», «γονείς ψυχωσικού», «αδέλφια ψυχωσικού» και «επανένταξη», διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνουν τον ελεύθερο συνειρισμό. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει στα άτομα να εκφραστούν αβίαστα χωρίς άμεση ή έμμεση καθοδήγηση, συνεπώς χωρίς να προσβληθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων, ζητώντας τους να αναφέρουν τις τρεις (3) πρώτες λέξεις που τους έρχονται στο μυαλό για κάθε μία από τις οκτώ φράσεις (Χατζή, 1999).

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτο-αναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0–Καθόλου αληθές, 1–Σπάνια αληθές, 2–Κάποιες φορές αληθές, 3–Συχνά αληθές, 4–Σχεδόν πάντα αληθές) οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια, και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση, και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – και (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach = 0,89) και επίσης καλή αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0,87). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους (Dimitriadou & Stalikas 2012).

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και

συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson,1986)

Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο «Απογραφικός Κατάλογος Επαγγελματικής Εξουθένωσης» (Maslach Burnout Inventory – MBI, Maslach & Jackson, 1986), σταθμισμένο από τους Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 προτάσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach:

- Συναισθηματική Εξάντληση
- Αποπροσωποποίηση
- Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Πρόκειται για το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο, εργαλείο διεθνώς για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα (Maslach, 2001). Χρησιμοποιεί μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων σχετικά με τις απαντήσεις (0=ποτέ, 6=κάθε μέρα) και η αξιολόγηση των συμπερασμάτων γίνεται με τη βοήθεια του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), που περιέχει τρεις υποκλίμακες. Με τον τρόπο αυτό αξιολογούνται οι διαφορετικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει το προσωπικό. Ο κατάλογος αυτός θεωρείται ότι είναι αξιόπιστος, έγκυρος, και εύκολος στη χρησιμοποίηση.

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ψυχομετρικά εργαλεία που προαναφέρθηκαν, στους συμμετέχοντες δόθηκε ερωτηματολόγιο ερωτήσεων σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, παιδιά, εγγόνια, αδέρφια, εργασιακό) και την ταυτότητά τους (ηλικία και φύλο).

2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης που έλαβε χώρα με στόχο την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος έγινε χρήση

περιγραφικών στοιχείων των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση), για απαντήσεις των ερωτηθέντων σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα.

Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των ομάδων. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών ακολουθήθηκε η δοκιμασία *test*, εφόσον οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των *test* των Kolmogorov- Smirnov πιστοποίησαν ότι ήταν αποδεκτή η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές (Γναρδέλλης, 2006).

Για τις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων έγινε χρήση της δοκιμασίας χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 και 2x2 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000). Σε περίπτωση που δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του παραπάνω, ακολουθήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) (Ιωαννίδης, 2000, Γναρδέλλης, 2006).

Ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000, Δαφέρμος, 2005) χρησιμοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992), μεταξύ δύο ομάδων μιας και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που συμπεριλήφθηκαν έγιναν δεκτές ως στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις για τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις συγκρίσεις μεταξύ των ποσοτικών και των κατηγορικών μεταβλητών και τις συσχετίσεις των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

3.1 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Η αξιοπιστία των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη επαληθεύτηκε μέσω του υπολογισμού του α του Cronbach.

Πίνακας 3.1 Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Αναπαραστάσεων και Στάσεων	0,831
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	0,967
Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)	0,925

Maslach Burnout Inventory (MBI)

0,755

Όπως διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των ερωτηματολογίων είναι δυνατό να θεωρηθούν αξιόπιστα καθώς ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach προκύπτει μεγαλύτερος ή κοντά του 0,7.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ερωτώμενων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις που τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες του παρόντος κεφαλαίου.

Σε ότι αφορά το φύλο των ασθενών, οι 3 στους 10 περίπου ήταν άνδρες και σχεδόν οι 7 στους 10 ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία τους ήταν $43,0 \pm 8,0$ ετών, με εύρος 25- 61 ετών.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 4.1.1, 4 οι 5 από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ζούσαν σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους και οι 3 στους 10 των συμμετεχόντων κατοικούσαν σε χωριό ή κομμόπολη. Οι 8 στους 10 περίπου εργάζονται άνω των 5 ετών. Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τόπο διαμονής και τα χρόνια εργασίας με τη σύγκριση του ($P=0.303$ και $P=0.441$).

Πίνακας 4.1.1 Περιγραφή και διαφορές κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ανδρών και γυναικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

	<u>Ανδρες</u>	<u>Γυναίκες</u>	<u>Σύνολο</u>	
Μεταβλητές	N (%)	N (%)	N (%)	P
	22 (30,6)	50 (69,4)	72 (100)	
Τόπος Διαμονής				
Χωριό/Κομμόπολη	5 (22,7)	16 (39,0)	21 (33,3)	
Πόλη <150.000 κατοίκους	14 (63,6)	18 (43,9)	32 (50,8)	L.R.= 2.386 p= 0.303
Πόλη >150.000 κατοίκους	3 (13,6)	7 (17,1)	10 (15,9)	

Χρόνια Εργασίας				
< 1 έτος	0 (0.0)	4 (8.2)	4 (5.7)	FisherExactTest= 2.674 p= 0.441
< 2 έτη	0 (0.0)	3 (6.1)	3 (4.3)	
2 – 5 έτη	2 (9.5)	3 (6.1)	5 (7.1)	
> 5 έτη	19 (90.5)	39 (79.6)	58 (82.9)	

Σημείωση:

Fisher Exacttest = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

L.R.= η τιμή του Likelihood Ratio, όπως εξάγεται από το SPSS.

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.1.2, σε ότι αφορά την εργασιακή ειδίκευση των συμμετεχόντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές ΤΕ. Η σύγκριση της εργασιακής κατάστασης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά με το Fisher Exact test (P=0,622).

Πίνακας 4.1.2 Περιγραφή και διαφορές εργασιακής ειδίκευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος.

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
Μεταβλητές	N (%)	N (%)	N (%)	
	22 (30,6)	50 (69.4)	72 (100)	
Εργασιακή Κατάσταση				
Υπεύθυνος Νοσηλευτής	3 (15.8)	4 (8.5)	7 (10.6)	Fisher Exact test = 3.557 p= 0.622
Νοσηλευτής ΤΕ	9 (47.4)	18 (38.3)	27 (40.9)	
Οικονομολόγος	1 (5.3)	1 (2.1)	2 (3.0)	
Ψυχολόγος	1 (5.3)	3 (6.4)	4 (6.1)	
Κοινωνικός Λειτουργός	0 (0.0)	4 (8.5)	4 (6.1)	
Γενικών Καθηκόντων	5 (26.3)	17 (36.2)	22 (33.3)	

Σημείωση:

FisherExacttest = η τιμή του FisherExacttest, όπως εξάγεται από το SPSS.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 4.1.3, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, οι 7 στους 10 περίπου ήταν έγγαμοι. Η σύγκριση με το Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P= 0,312). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπήρξε ως προς την ύπαρξη ή μη αδελφών γενικά, με το Likelihood Ratio (P= 0,485).

Ακόμη, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ύπαρξη παιδιών με το Likelihood Ratio ($P=0,160$).

Πίνακας 4.1.3 Περιγραφή και διαφορές της οικογενειακής κατάστασης και των οικογενειακών σχέσεων μεταξύ των ανδρών και γυναικών του δείγματος.

	<u>Ανδρες</u>	<u>Γυναίκες</u>	<u>Σύνολο</u>	
Μεταβλητές	N (%)	N (%)	N (%)	P
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	6 (27.3)	6 (12.2)	12 (16.9)	
Έγγαμος (η)	14 (63.6)	38 (77.6)	52 (73.2)	Fisher Exact Test= 3.302
Διαζευγμένος (η)	1 (4.5)	4 (8.2)	5 (7.0)	p= 0.312
Χήρος (α)	1 (4.5)	1 (2.0)	2 (2.8)	
Αδέλφια				
Ναι	19 (86.4)	45 (91.8)	64 (90.1)	L.R= .487
Όχι	3 (13.6)	4 (8.2)	7 (9.9)	p =0.485
Παιδιά				
Ναι	15 (71.4)	43 (86.0)	58 (81.7)	L.R = 1.977
Όχι	6 (28.6)	7 (14.0)	13 (18.3)	p= 0.160

Σημείωση:

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

L.R.= η τιμή του Likelihood Ratio, όπως εξάγεται από το SPSS.

Κοινωνικές Αναπαραστάσεις

Για το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που περιλάμβανε τις λέξεις τις οποίες έδωσαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις φράσεις ελεύθερου συνειρμού πραγματοποιήθηκε ανάλυση των συχνοτήτων εμφάνισής τους (frequencies), καταλήγοντας σε μια λίστα λέξεων οι οποίες συνιστούν στατιστικά σημαντικές από άποψη επαναληπτικότητας

αναπαραστατικές ενότητες και φανερώνουν τη δεδομένη κοινωνική αναπαράσταση. Δεδομένου ότι τα υποκείμενα θα έδιναν τρεις (3) λέξεις για κάθε ερώτηση, πράγμα που σημαίνει συγκέντρωση μεγάλου αριθμού λέξεων, θα θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές από πλευράς συχνότητας εκείνες οι λέξεις που θα εμφανίζονται σε ποσοστό $\geq 7,5\%$, για δύο λόγους: α) Ο αριθμός των λέξεων του συνόλου του δείγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θα είναι πολύ μεγάλος σε έκταση και με τον καθορισμό του ποσοστού αυτού διευκολύνθηκαν οι στατιστικές μετρήσεις β) Στις μετρήσεις συμπεριλήφθηκαν λέξεις με χαμηλό μεν ποσοστό συχνότητας εμφάνισης σε σχέση με άλλες που όμως συμβάλλουν στη σχηματοποίηση της κοινωνικής αναπαράστασης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επομένως σημαντικές από ερευνητικής άποψης.

Χρησιμοποιώντας όπως προαναφέρθηκε, τη μέθοδο των ελεύθερων συνειρμών ζητήσαμε από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να μας πουν τις τρεις πρώτες λέξεις που τους έρχονται αυθόρμητα στο μυαλό όταν σκέφτονται τις λέξεις «ψυχιατρείο», «άσυλο», «ψυχωσικός», «επανένταξη», «γονείς ψυχωσικού», «αδέλφια ψυχωσικού». Με τον τρόπο αυτό συλλέξαμε 932 λέξεις.

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου διαμορφώσαμε κατηγορίες από τις λέξεις αυτές στο σύνολο των έξι διαστάσεων. Καταβλήθηκε προσπάθεια έτσι ώστε η δημιουργία του συστήματος κατηγοριών να πληροί ορισμένες βασικές θεωρητικές και τεχνικές προϋποθέσεις απαραίτητες για τη σωστή λειτουργία της ανάλυσης: να εκφράζουν τις θεωρίες που τις υποστηρίζουν, να είναι προσαρμοσμένες στο αναλυόμενο υλικό, να είναι εξαντλητικές, αντικειμενικές, αποκλειστικές, δόκιμες και παραγωγικές. Οι κατηγορίες που προέκυψαν ήταν ανομοιογενείς αφού το υλικό τους προήρθε από ελεύθερους συνειρμούς (Σακαλάκη, 1984). Τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης των κατηγοριών των λέξεων –ανά φύλο αλλά και στο σύνολο του δείγματος– για κάθε μία από τις τρεις (3) ερωτήσεις ανά θέμα καταγράφονται στους Πίνακες 5.1 – 5.6.

Στην ερώτηση σχετικά με τη λέξη ψυχιατρείο, οι λέξεις που χρησιμοποίησαν τα υποκείμενα επισημαίνουν τις βασικές κοινωνικές αναπαραστάσεις όπως: ασθένεια, εγκλεισμός, ίδρυμα, ψυχασθένεια, πρόληψη, συναίσθημα οι οποίες μαζί με τις αρνητικές αναπαραστάσεις «εγκλεισμός» και «βρωμιά» υποδηλώνουν την κοινωνική αναπαράσταση του ψυχιατρείου που κινείται στον άξονα ψυχική ασθένεια – ψυχική υγεία – μνήμη.

Πίνακας 5.1. Κατηγορίες απαντήσεων στην αναπαράσταση της λέξης «Ψυχιατρείο».

Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ασθένεια	3 (14,3)	7 (14,0)	10 (14,1)	Fisher Exact Test= 3.038 p= 0.865
Εγκλεισμός	5 (23,8)	6 (12,0)	11 (15,5)	
Ίδρυμα	7 (33,3)	19 (38,0)	26 (36,6)	
Ψυχασθένεια	3 (14,3)	10 (20,0)	13 (18,3)	
Πρόληψη	3 (14,3)	5 (10,0)	8 (11,3)	
Συναίσθημα	0 (0,0)	2 (4,0)	2 (2,8)	
Βρωμιά	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (1,4)	
Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.				

Οι λέξεις που απέδωσαν χαρακτηρισμούς στο τι σημαίνει «άσυλο», όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.2, συνθέτουν μια εικόνα για την αναπαράσταση του ασύλου συνυφασμένη με παραδοσιακές και καθιερωμένες αντιλήψεις, όπως: εγκλεισμός, ίδρυμα, ανίατος, αδιαφορία, φροντίδα, πρόσφυγες, παρέμβαση, ντροπή, δηλώνοντας οι επαγγελματίες υγείας με αυτόν τον τρόπο τη θεώρηση μιας αρνητικότητας της αναπαράστασης του ασύλου.

Πίνακας 5.2. Κατηγορίες απαντήσεων στην αναπαράσταση της λέξης «Άσυλο».

Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Εγκλεισμός	2 (9,1)	6 (12,0)	8 (11,1)	Fisher Exact Test= 5.212 p= 0.644
Ίδρυμα	10 (45,5)	14 (28,0)	24 (33,3)	
Ανίατος	0 (0,0)	2 (4,0)	2 (2,8)	
Αδιαφορία	0 (0,0)	3 (6,0)	3 (4,2)	
Φροντίδα	3 (13,6)	9 (18,0)	12 (16,7)	
Πρόσφυγες	0 (0,0)	4 (8,0)	4 (5,6)	
Παρέμβαση	1 (4,5)	1 (2,0)	2 (2,8)	
Ντροπή	6 (27,3)	11 (22,0)	17 (23,6)	

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

Στην ερώτηση για την αναπαράσταση της έννοιας «ψυχωσικός», οι λέξεις που αποδόθηκαν χαρακτηρίζουν κατά κύριο λόγο τα συμπτώματα όπως: ασθενής, εμμονή, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, φωνές και κατά δεύτερον την πορεία της ασθένειας όπως: φάρμακα, υποτροπή, αδιέξοδο και τέλος για 2 γυναίκες η λέξη που επιλέχθηκε ήταν «τρελός» βασιζόμενες στις πολιτισμικές και προσωπικές εμπειρίες τους (Πίνακας 5.3). Η λέξη «αδιέξοδο» αντικατοπτρίζει επαγγελματικές εμπειρίες και πεποιθήσεις άμεσα συνδεδεμένες με τις επιστημονικές εξελίξεις, οι οποίες διατηρούνται μέσα στο χρόνο και μεταβιβάζονται από επαγγελματική γενιά σε επαγγελματική γενιά, σχηματοποιώντας ευκρινώς μια αρνητική αναπαράσταση.

Πίνακας 5.3. Κατηγορίες απαντήσεων στην αναπαράσταση της λέξης «Ψυχωσικός».

Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ασθένεια	7 (33,3)	26 (52,0)	33 (46,5)	Fisher Exact Test= 9.362 p= 0.332
Εμμονή	4 (19,0)	3 (6,0)	7 (9,9)	
Παραλήρημα	1 (4,8)	2 (4,0)	3 (4,2)	
Ψευδαισθήσεις	1 (4,8)	3 (6,0)	4 (5,6)	
Φωνές	2 (9,5)	1 (2,0)	3 (4,2)	
Φάρμακα	1 (4,8)	1 (2,0)	2 (2,8)	
Τρελός	0 (0,0)	2 (4,0)	2 (2,8)	
Υποτροπή	0 (0,0)	3 (6,0)	3 (4,2)	
Αδιέξοδο	5 (23,8)	9 (18,0)	14 (19,7)	

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

Στην ερώτηση για την αναπαράσταση της έννοιας «επανένταξη», οι λέξεις που αποδόθηκαν χαρακτηρίζουν την επιπλοκή του κοινωνικού ελλείματος των ασθενών, όπως: κοινωνικοποίηση, κοινότητα, αυτονομία, τη ρεαλιστική χροιά του όρου «επανένταξη» με τις λέξεις: θεραπεία, δομές, αποκατάσταση και τέλος με τις λέξεις: ελπίδα και ευκαιρία οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος αντανακλούν την πίστη τους στην κοινωνική επανένταξη των ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα (Πίνακας 5.4).

Πίνακας 5.4. Κατηγορίες απαντήσεων στην αναπαράσταση της λέξης «Επανένταξη».

Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Κοινωνικοποίηση	5 (22,7)	8 (16,0)	13 (18,1)	Fisher Exact Test= 9.362 p= 0.332
Κοινότητα	2 (9,1)	9 (18,0)	11 (15,3)	
Θεραπεία	2 (9,1)	3 (6,0)	5 (6,9)	
Ελπίδα	1 (4,5)	4 (8,0)	5 (6,9)	
Δομές	2 (9,1)	3 (6,0)	5 (6,9)	
Αυτονομία	1 (4,5)	2 (4,0)	3 (4,2)	
Αποκατάσταση	0 (0,0)	10 (20,0)	10 (13,9)	
Ευκαιρία	9 (40,9)	11 (22,0)	20 (27,8)	
Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.				

Στην ερώτηση για την αναπαράσταση της έννοιας «γονείς ψυχωσικών», οι λέξεις που αποδόθηκαν χαρακτηρίζουν το αδιέξοδο των γονιών όπως: υπομονή, στήριξη, κουράγιο, κούραση, ήρωες, τη ρεαλιστική χροιά του όρου με τις λέξεις: οικογένεια και ενημέρωση, και τέλος με τις λέξεις: κληρονομικότητα, στίγμα, ντροπή οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος αναδεικνύουν τα ψυχολογικά ζητήματα που βιώνουν οι γονείς των ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα (Πίνακας 5.5).

Πίνακας 5.5. Κατηγορίες απαντήσεων στην αναπαράσταση της λέξης «Γονείς Ψυχωσικού».

Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Κληρονομικότητα	2 (9,5)	3 (6,1)	5 (7,1)	Fisher Exact Test= 6.286 p= 0.760
Υπομονή	1 (4,8)	4 (8,2)	5 (7,1)	
Ενημέρωση	0 (0,0)	4 (8,2)	4 (5,7)	
Στήριξη	2 (9,5)	3 (6,1)	5 (7,1)	
Κουράγιο	1 (4,8)	2 (4,1)	3 (4,3)	
Κούραση	2 (9,5)	1 (2,0)	3 (4,3)	
Ήρωες	0 (0,0)	3 (6,1)	3 (4,3)	
Οικογένεια	1 (4,8)	1 (2,0)	2 (2,9)	
Στίγμα	1 (4,8)	2 (4,1)	3 (4,3)	
Ντροπή	11 (52,4)	26 (53,1)	37 (52,9)	

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

Στην ερώτηση για την αναπαράσταση της έννοιας «γονείς ψυχωσικών», οι λέξεις που αποδόθηκαν χαρακτηρίζουν την εκπαιδευτική γέφυρα που προτείνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τα αδέλφια των ασθενών όπως: εκπαίδευση, επικοινωνία, υποστήριξη, συμπαράσταση, υπομονή, και ακόμη με τις λέξεις: αδιαφορία, ντροπή, στίγμα, στεναχώρια, φόβος, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος αναδεικνύουν τα ψυχολογικά ζητήματα που βιώνουν τα αδέλφια των ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα (Πίνακας 5.6).

Πίνακας 5.6. Κατηγορίες απαντήσεων στην αναπαράσταση της λέξης «Αδέλφια Ψυχωσικού».

Κατηγορίες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Υποστήριξη	2 (10,0)	7 (14,3)	9 (13,0)	FisherExactTest= 7.518 p= 0.561
Εκπαίδευση	1 (5,0)	2 (4,1)	3 (4,3)	
Υπομονή	0 (0,0)	4 (8,2)	4 (5,8)	
Συμπαράσταση	1 (5,0)	2 (4,1)	3 (4,3)	
Ντροπή	2 (10,0)	1 (2,0)	3 (4,3)	
Αδιαφορία	0 (0,0)	3 (6,1)	3 (4,3)	
Στίγμα	2 (10,0)	6 (12,2)	8 (11,6)	
Στεναχώρια	1 (5,0)	1 (2,0)	2 (2,9)	
Επικοινωνία	0 (0,0)	4 (8,2)	4 (5,8)	
Φόβος	11 (55,0)	19 (38,8)	30 (43,5)	

FisherExacttest = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στη σύγκριση ανάμεσα στα δύο φύλα (άνδρες, γυναίκες επαγγελματίες ψυχικής υγείας) δεν προέκυψαν στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν καθώς και τις συσχετίσεις των εξεταζόμενων μεταβλητών. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

5.1. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗΘΗΚΑΝ

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε ερωτήσεις ταξινομημένες σε τρία ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν οι κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μια κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μια απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Check list 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81

Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)	
Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 25 ερωτήσεις του.
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24 και 25.
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 7, 14, 15, 18, 19, και 20.
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5 και 8.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 21 και 22.

Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3 και 9.
Maslach Burnout Inventory – MBI	
Συναισθηματική Εξάντληση	η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 16 μονάδες, 17-26 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 27 μονάδες αντίστοιχα.
Αποπροσωποποίηση	η βαθμολογία στη διάσταση «Αποπροσωποποίηση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 6 μονάδες, 7-12 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 13 μονάδες αντίστοιχα.
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	η βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μεγαλύτερη ή ίση με 39 μονάδες, 32-38 μονάδες και μικρότερη ή ίση με 31 μονάδες αντίστοιχα.

6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

6.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ «ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ»

Στον πίνακα 6.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της επιλεγμένης λέξης στην αναπαράσταση της λέξης «Ψυχιατρείο» των ερωτώμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Πνευματικές_Επιδράσεις (Spiritual Influences) ($p = 0,038$)
2. Συναισθηματική Εξάντληση ($p = 0,011$)

Πίνακας 6.1: Διαφοροποιήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων και της αναπαράστασης της λέξης «Ψυχιατρείο».

	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symtom Check list 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	,670	,674
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	,779	,589
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,201	,975
Κατάθλιψη (Depression)	1,200	,318
Άγχος (Anxiety)	,462	,834
Επιθετικότητα (Hostility)	1,229	,303
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,213	,971

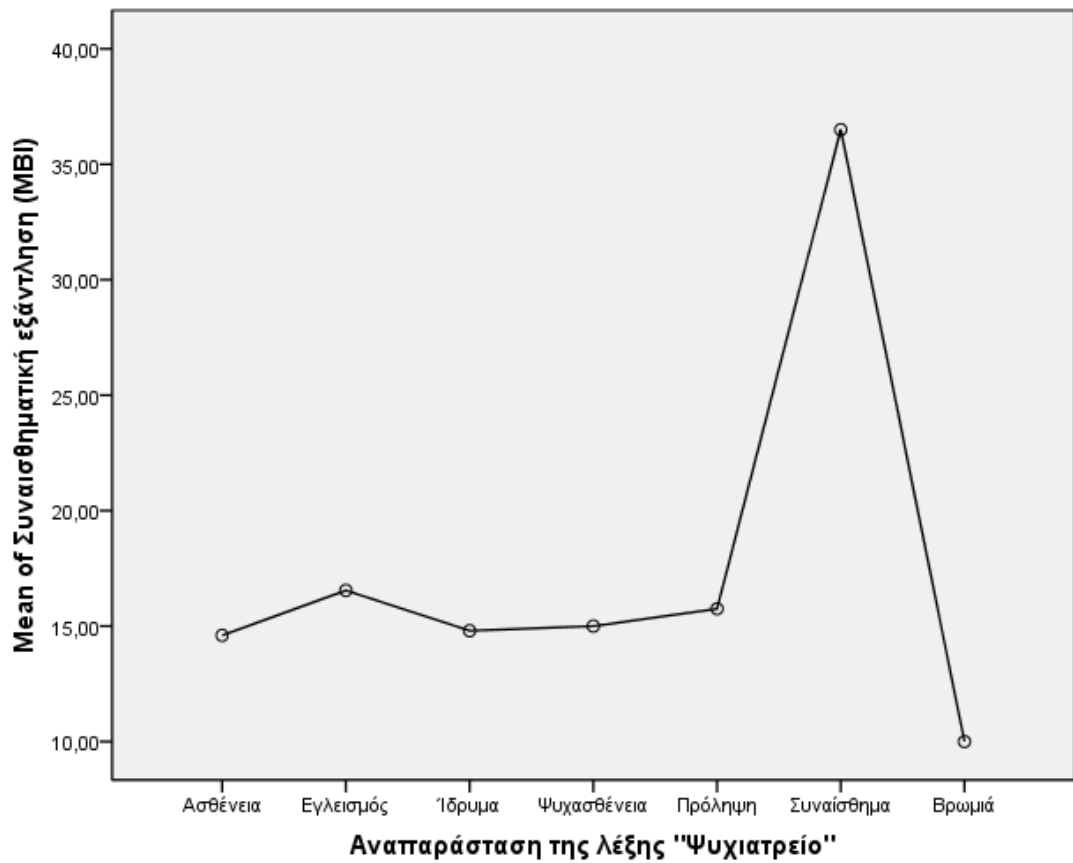
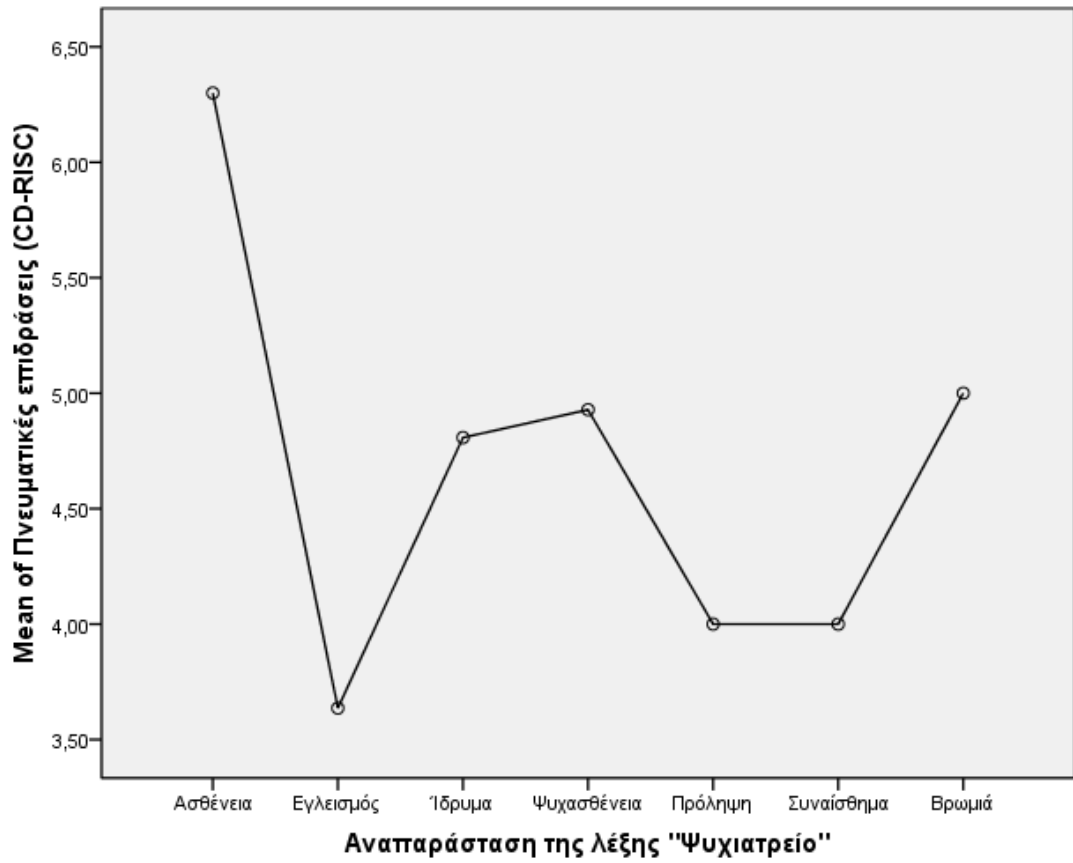
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	,907	,496
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	,974	,450

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	1,368	,241
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	,936	,475
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	,590	,737
Έλεγχος(Control)	1,400	,228
Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	2,382	,038
Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS)	1,187	,324

Maslach Burnout Inventory – MBI

Συναισθηματική Εξάντληση	3,050	,011
Αποπροσωποποίηση	2,008	,078
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	1,514	,188



6.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ «ΑΣΥΛΟΥ»

Στον πίνακα 6.2 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της επιλεγμένης λέξης στην αναπαράσταση της λέξης «Άσυλο» των ερωτώμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (Somatization) ($p = 0,015$)

Πίνακας 6.2: Διαφοροποιήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων και της αναπαράστασης της λέξης «Άσυλο».

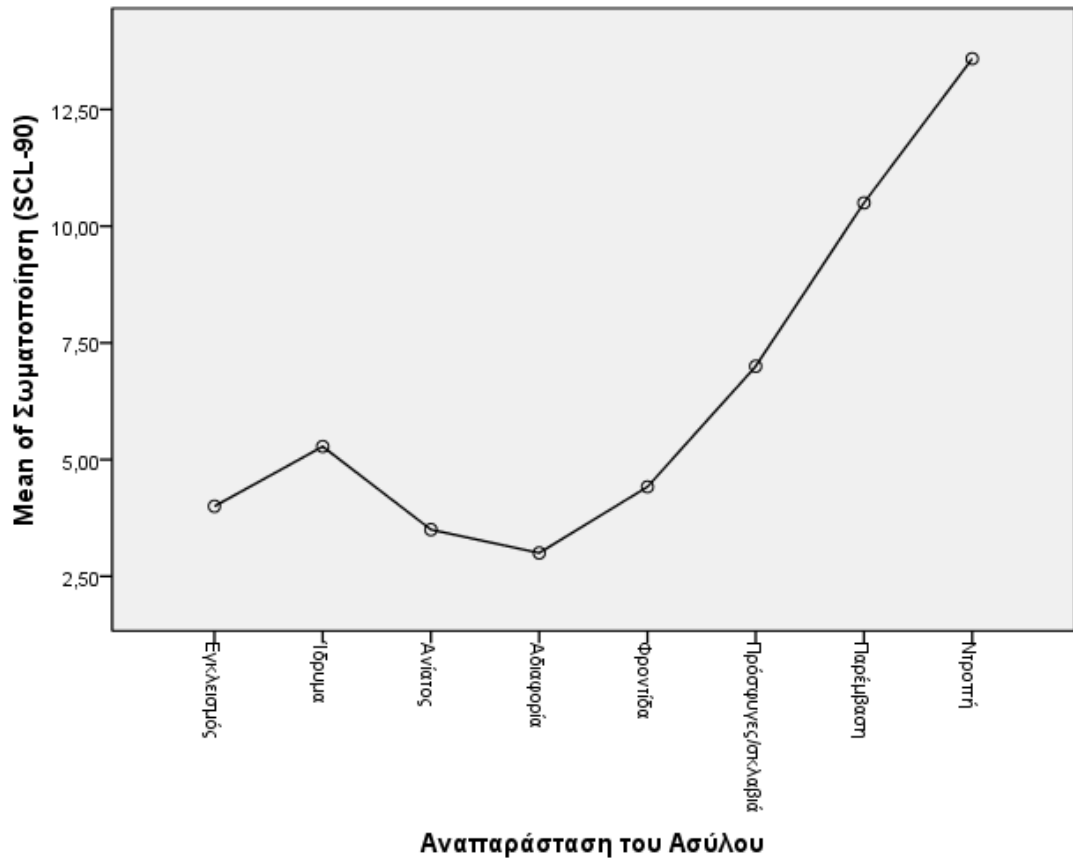
	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symtom Checklist 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	2,749	,015
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	1,725	,119
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,858	,544
Κατάθλιψη (Depression)	,890	,520
Άγχος (Anxiety)	1,311	,259
Επιθετικότητα (Hostility)	,829	,567
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,382	,909
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,625	,144
		,991
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	,165	

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	,839	,559
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	1,194	,319
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	,366	,919
Έλεγχος(Control)	,783	,604
Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	,184	,988
Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS)	,717	,658

Maslach Burnout Inventory – MBI

Συναισθηματική Εξάντληση	,925	,493
Αποπροσωποποίηση	,382	,910
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	,657	,707



6.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ «ΨΥΧΩΣΙΚΟΣ»

Στον πίνακα 6.3 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της επιλεγμένης λέξης στην αναπαράσταση της λέξης «Ψυχωσικός» των ερωτώμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Δεν εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις σε καμία από τις κλίμακες.

Πίνακας 6.3: Διαφοροποιήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων και της αναπαράστασης της λέξης «Ψυχωσικός».

	F	P
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Check list 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	,662	,739
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	,704	,703
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,775	,640
Κατάθλιψη (Depression)	,681	,723
Άγχος (Anxiety)	,572	,815
Επιθετικότητα (Hostility)	,382	,939
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,395	,933
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	,865	,561
		,440
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	1,012	

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	,159	,997
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	,429	,914
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	,700	,706
Έλεγχος(Control)	,378	,942
Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	1,731	,101
Συνολική βαθμολογία (Total ScoreCDRS)	,373	,944

Maslach Burnout Inventory – MBI

Συναισθηματική Εξάντληση	,729	,681
Αποπροσωποποίηση	,655	,745
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	1,022	,434

6.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ «ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ»

Στον πίνακα 6.4 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της επιλεγμένης λέξης στην αναπαράσταση της λέξης «Επανάταξη» των ερωτώμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (Somatization) ($p = 0,025$)

Πίνακας 6.4: Διαφοροποιήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων και της αναπαράστασης της λέξης «Επανάταξη».

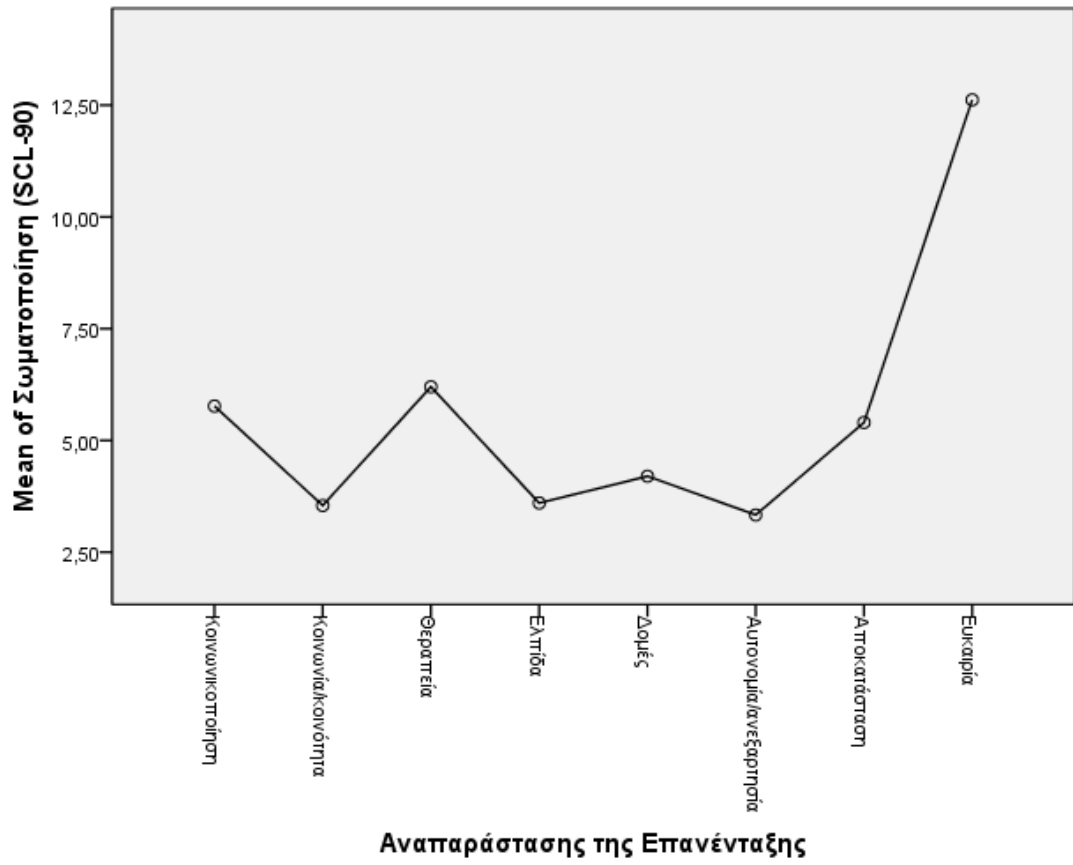
	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	2,484	,025
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	,423	,885
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,742	,637
Κατάθλιψη (Depression)	1,075	,390
Άγχος (Anxiety)	1,007	,435
Επιθετικότητα (Hostility)	1,096	,376
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,689	,681
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	,844	,555
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	,957	,470

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	,335	,935
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	,667	,699
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	,383	,909
Έλεγχος(Control)	,422	,885
Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	,762	,621
Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS)	,504	,829

Maslach Burnout Inventory – MBI

Συναισθηματική Εξάντληση	1,009	,434
Αποπροσωποποίηση	1,461	,198
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	,611	,744



6.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ «ΓΟΝΕΙΣ ΨΥΧΩΣΙΚΩΝ»

Στον πίνακα 6.5 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της επιλεγμένης λέξης στην αναπαράσταση της λέξης «Γονείς Ψυχωσικών» των ερωτώμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive) ($p = 0,046$)
2. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)($p = 0,036$)
3. Κατάθλιψη (Depression)($p = 0,006$)
4. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)($p = 0,006$)
5. Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS) ($p = 0,049$)

Πίνακας 6.5: Διαφοροποιήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων και της αναπαράστασης της λέξης «Γονείς Ψυχωσικών».

	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Check list 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	1,436	,193
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,076	,046
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,181	,036
Κατάθλιψη (Depression)	2,936	,006
Άγχος (Anxiety)	1,481	,175
Επιθετικότητα (Hostility)	1,473	,178

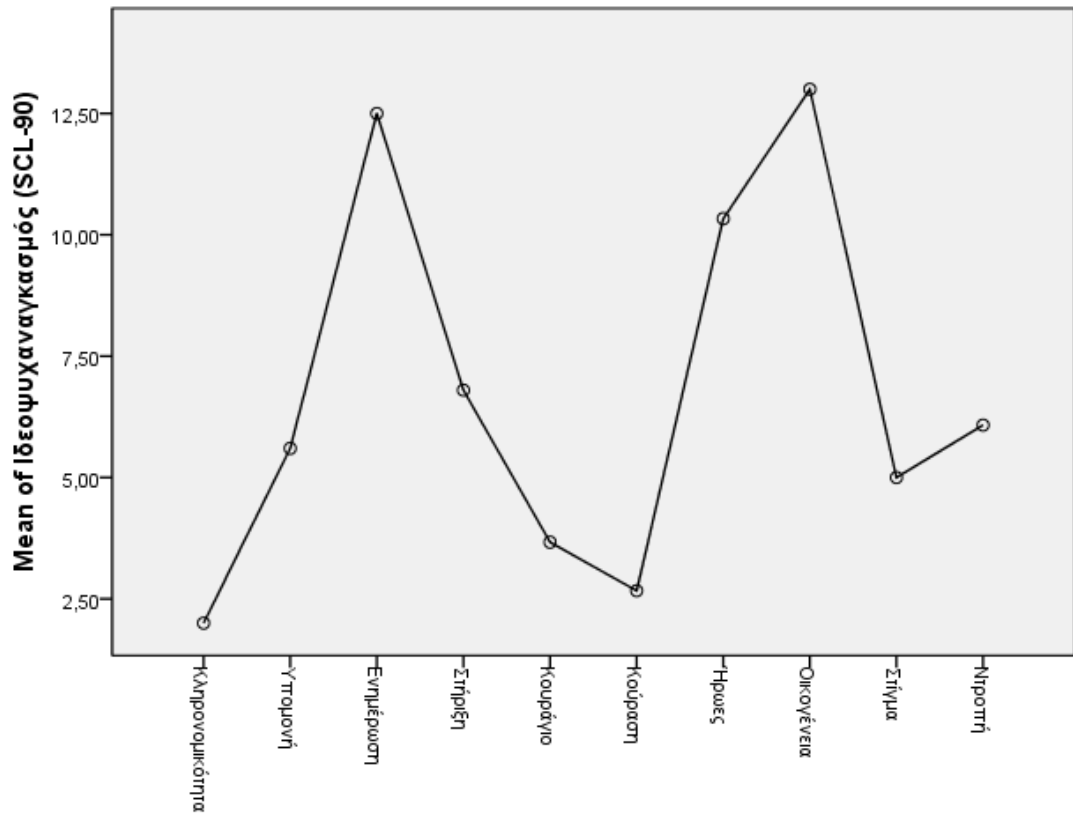
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,920	,006
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,358	,227
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	1,072	,396

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

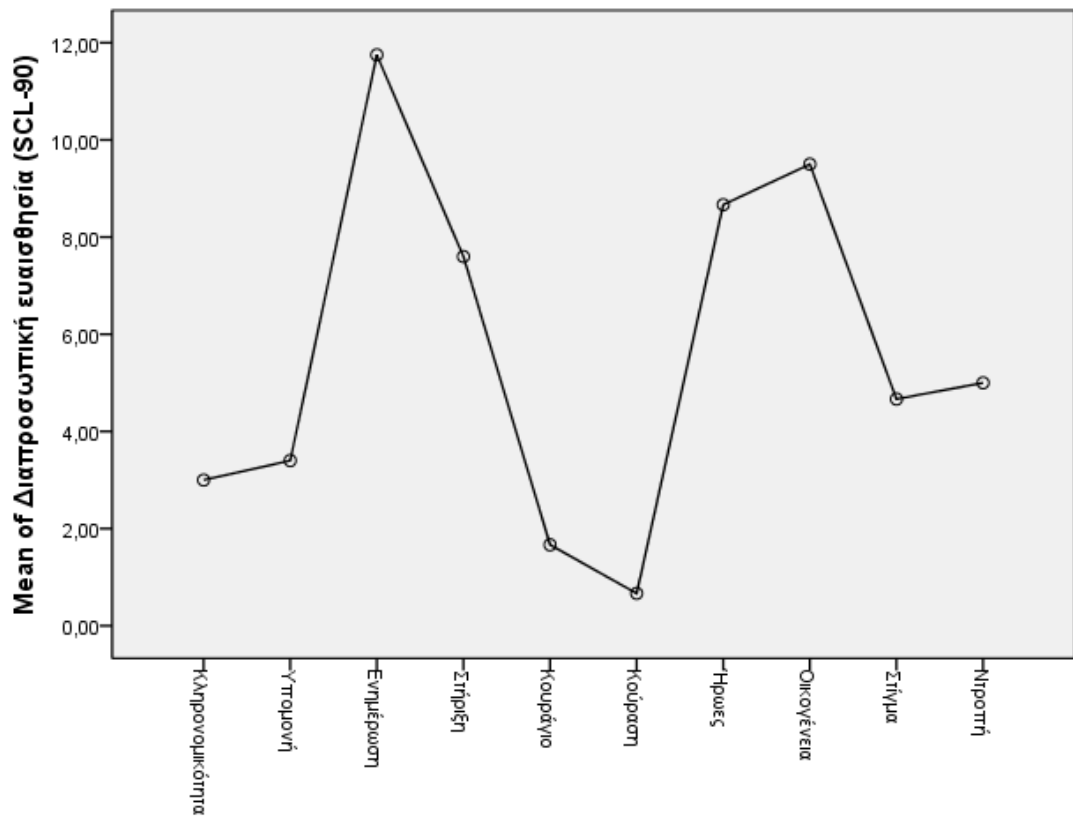
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	1,934	,064
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	1,209	,306
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	1,421	,199
Έλεγχος(Control)	1,646	,122
Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	1,929	,064
Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS)	2,038	,049

Maslach Burnout Inventory – MBI

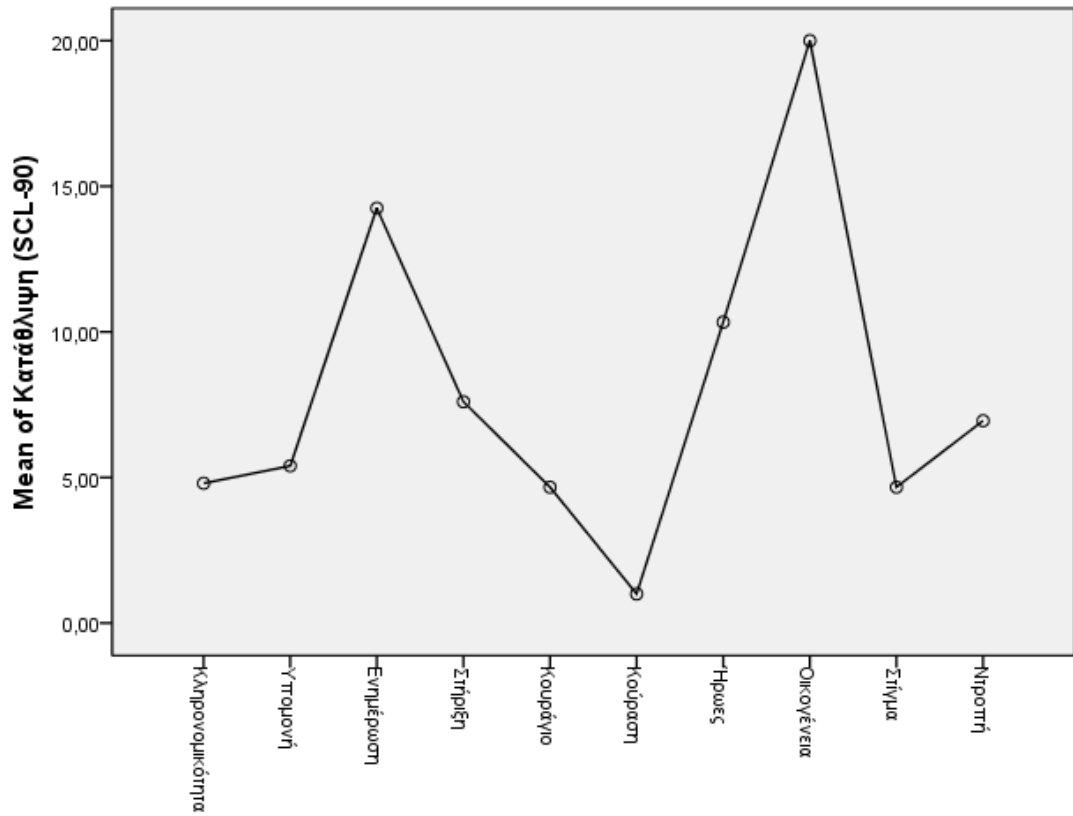
Συναισθηματική Εξάντληση	1,221	,300
Αποπροσωποποίηση	1,429	,197
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	,872	,555



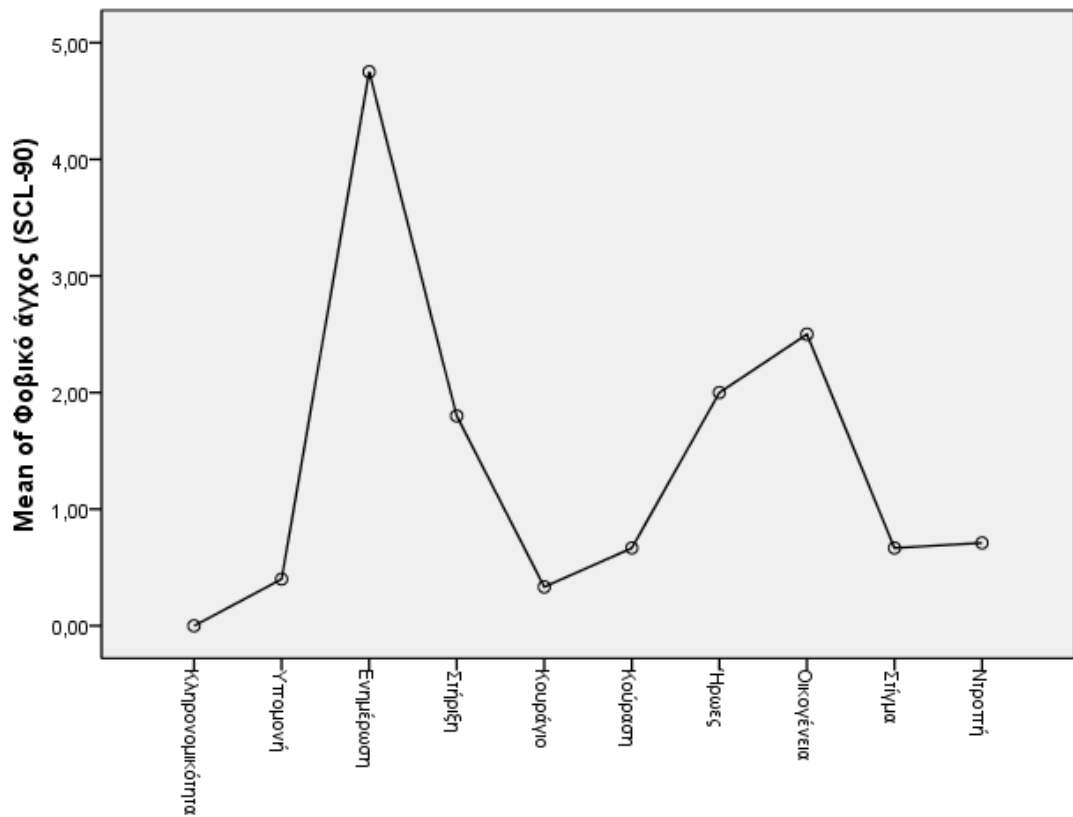
Αναπαράσταση της λέξης "Γονείς Ψυχωσικού"



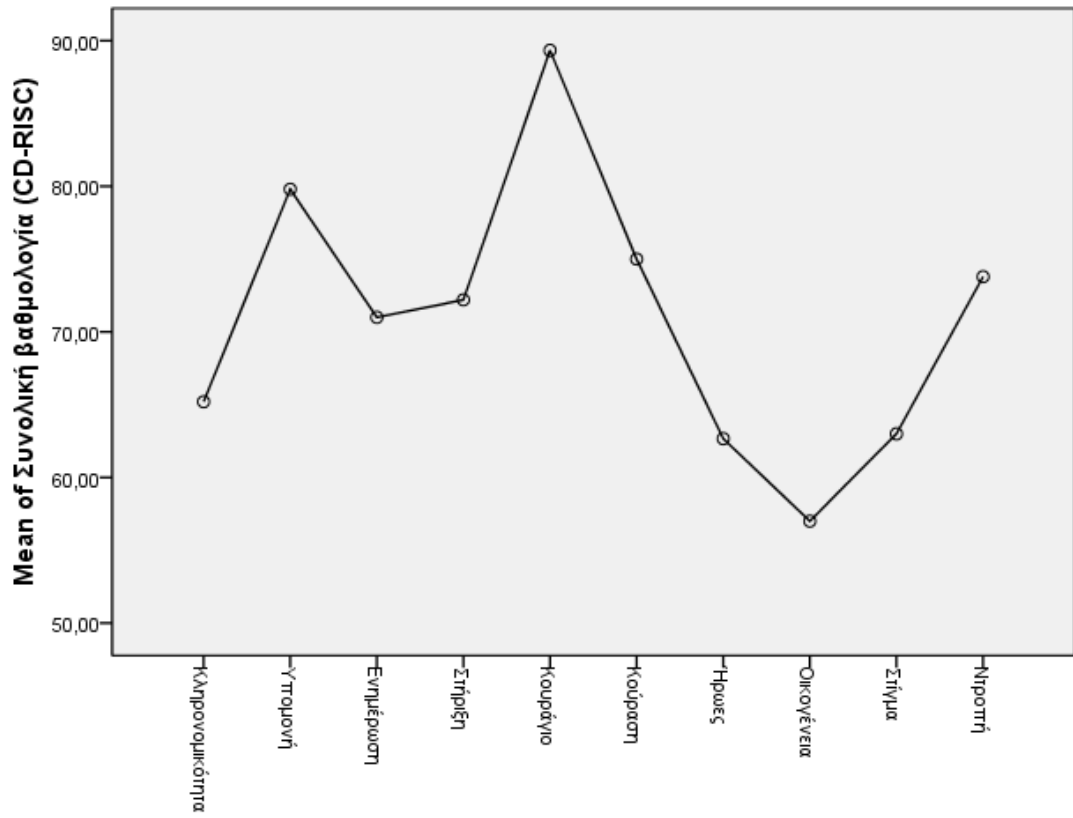
Αναπαράσταση της λέξης "Γονείς Ψυχωσικού"



Αναπαράσταση της λέξης "Γονείς Ψυχωσικού"



Αναπαράσταση της λέξης "Γονείς Ψυχωσικού"



Αναπαράσταση της λέξης "Γονείς Ψυχωσικού"

6.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ «ΑΔΕΛΦΙΑ ΨΥΧΩΣΙΚΩΝ»

Στον πίνακα 6.6 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της επιλεγμένης λέξης στην αναπαράσταση της λέξης «Αδέλφια Ψυχωσικών» των ερωτώμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress) ($p = 0,008$)
2. Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS) ($p = 0,008$)

Πίνακας 6.6: Διαφοροποιήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων και της αναπαράστασης της λέξης «Αδέλφια Ψυχωσικών».

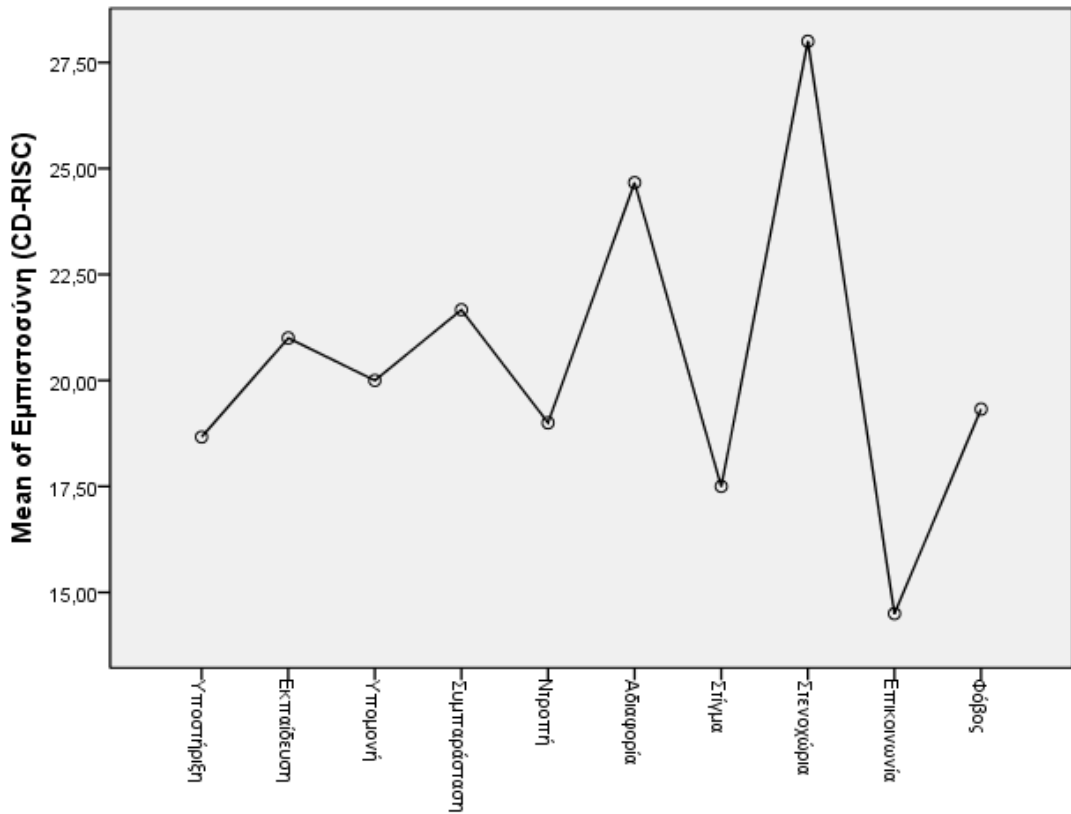
	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	,938	,500
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	1,640	,124
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,965	,477
Κατάθλιψη (Depression)	1,097	,379
Άγχος (Anxiety)	1,447	,189
Επιθετικότητα (Hostility)	,858	,567
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,920	,514
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,396	,210
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	,657	,744

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

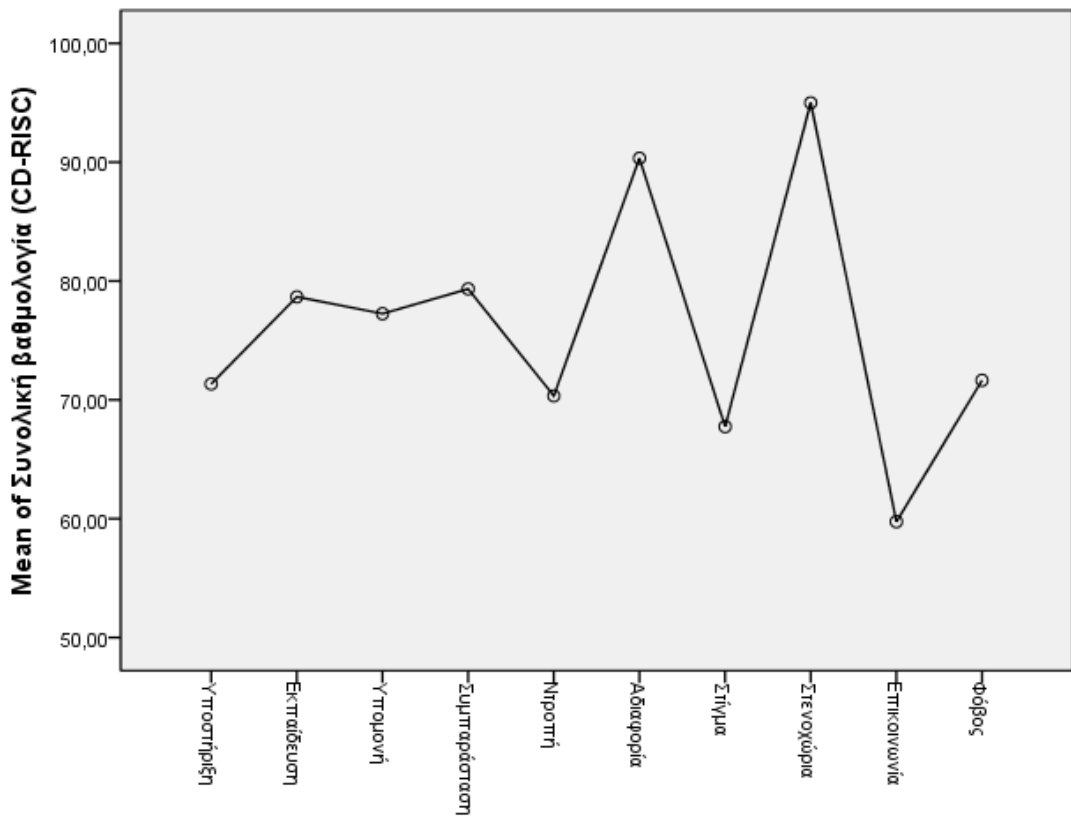
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	2,411	,021
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	2,800	,008
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	1,399	,209
Έλεγχος(Control)	1,629	,127
Πνευματικές_Επιδράσεις(Spiritual Influences)	1,391	,213
Συνολική βαθμολογία (Total Score CDRS)	2,828	,008

Maslach Burnout Inventory – MBI

Συναισθηματική Εξάντληση	1,402	,209
Αποπροσωποποίηση	,372	,944
Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων	,648	,752



Αναπαράσταση της λέξης "Αδέλφια Ψυχωσικού"



Αναπαράσταση της λέξης "Αδέλφια Ψυχωσικού"

7. ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Έγινε έλεγχος (r του Pearson) για την ύπαρξη συσχετίσεων των μεταβλητών της εργασιακής ειδίκευσης καθώς και των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με όλες τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία. Στον πίνακα 7.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

7.1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της εργασιακής ειδίκευσης και των κοινωνικών αναπαραστάσεων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

7.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των ετών επαγγελματικής εμπειρίας και των κοινωνικών αναπαραστάσεων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

7.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των κοινωνικών αναπαραστάσεων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

7.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των κοινωνικών αναπαραστάσεων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

7.5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του τόπου διαμονής και των κοινωνικών αναπαραστάσεων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

7.6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και των κοινωνικών αναπαραστάσεων παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,001$) μεταξύ της αναπαράστασης του ψυχωσικού και της ύπαρξης παιδιών ($P = 0,000$).

7.7. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης αδελφών και των κοινωνικών αναπαραστάσεων παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) μεταξύ της αναπαράστασης των γονιών του ψυχωσικού και της ύπαρξης αδελφών ($P = 0,024$).

Πίνακας 7.1. Συσχετίσεις των μεταβλητών της εργασιακής ειδίκευσης καθώς και των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με όλες τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία.

	Αναπαράσταση του Ψυχιατρείου	Αναπαράσταση του Ασύλου	Αναπαράσταση του Ψυχωσικού	Αναπαράσταση της Επανεπίταξης	Αναπαράσταση των Γονιών του Ψυχωσικού	Αναπαράσταση των Αδελφών του Ψυχωσικού
Εργασιακή Ειδίκευση	,105	-,059	-,063	,039	,052	-,005
Έτη Εργασίας	,105	-,059	-,063	,039	,052	-,005
Οικογενειακή Κατάσταση	-,002	-,105	-,168	-,006	-,034	,078
Ηλικία	,047	-,001	-,067	,042	,147	-,103
Τόπος Διαμονής	-,245	-,084	-,145	,063	,104	-,008
Παιδιά	-,121	,067	,516**	-,046	-,049	,187
Αδέλφια	-,144	-,141	,200	,017	-,269*	-,052

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

8.1 ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΕΙΣ

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από τον παρόντα χρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες αυτού. Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της κοινωνικής τους αναπαράστασης απέναντι στην ψύχωση και τον ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση απαιτείται η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε μεγάλο χρονικό διάστημα και η αξιολόγησή τους σήμερα έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες οι οποίες προϋπήρχαν της σημερινής τους αναπαράστασης ως προς την ψύχωση και τον ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμα της αναπαράστασής τους ως προς τις ψυχιατρικές νόσους και την αλληλεπίδραση με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών.

8.2 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης ψυχωσικών ασθενών από τις οποίες και προέρχεται το δείγμα των ερωτωμένων.

Περί το ήμισυ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαμένουν σε πόλεις και οι 3 στους διαμένουν σε χωριά που σημαίνει ότι χρειάζεται να μετακινούνται για την εργασία τους.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του παρόντος δείγματος στην πλειονότητά τους ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ήταν τα 43 έτη με τυπική απόκλιση τα 8 έτη. Στην πλειονότητά τους είναι έγγαμοι με δύο παιδιά και οι 9 στους 10 με 1 αδερφό ή αδερφή. Οι περισσότεροι των επαγγελματιών υγείας του δείγματος εργάζονται ως νοσηλεύτης ΤΕ (40.3%) ή γενικών καθηκόντων (34.3%) και οι 8 στους 10 εργάζονται για πάνω από 5 έτη με βάρδιες εναλλασσόμενες.

8.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ερωτωμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ψύχωση, τον ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα, το οικογενειακό περιβάλλον του αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση δε διαφέρουν στατιστικά μεταξύ των ανδρών επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των γυναικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Διαπιστώνεται πως οι άνδρες και οι γυναίκες επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν σε ένα κοινό τόπο με μια κοινή γλώσσα τα ζητήματα που απορρέουν από την ψύχωση. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι άνδρες δεν θα διαφέρουν ως προς τις αναπαραστάσεις τους από τις γυναίκες. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την τοποθέτηση ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις περικλείουν οτιδήποτε έχει σχέση με την κοινή σκέψη.

Είναι μια κοινωνιογνωστική διεργασία που καταλήγει σε μια κοινωνικά επεξεργασμένη και κοινά αποδεκτή γνώση με την οποία το άτομο μπορεί να αντιληφθεί την πραγματικότητα μέσα από ένα οργανωμένο σύνολο από ορισμένες προκατασκευασμένες ιδέες, έννοιες, αντιλήψεις, στάσεις, πεποιθήσεις συζητήσεις, συναντήσεις, βοές, απόψεις μέσω ενός συστήματος επικοινωνίας που αποσκοπεί και σε μια συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς επιτρέπον να συγκλίνει η σκέψη στα άτομα ώστε κάτι που είναι ατομικό να γίνεται συλλογικό και το αντίστροφο (Jodelet, 1984, Moscovici, 1995, Παπαστάμου, 1989, Μαντόγλου, 1995, Maisonneuve, 2001).

Διαφοροποιήσεις δεν παρατηρήθηκαν και όσον αφορά την ηλικία, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή ειδίκευση σε σχέση με την κοινωνική αναπαράσταση της ψύχωσης. Το εύρημα αυτό είναι απόλυτα συνυφασμένο με την διατύπωση ότι: 1) οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως άλλωστε όλοι οι άνθρωποι, έχουν την τάση να ανθίστανται στα γεγονότα και τις γνώσεις που δε συμβιβάζονται με τις δικές τους αναπαραστάσεις και τείνουν να δίνουν ελάχιστη σημασία σε διαφορετικές απόψεις και 2) προσπαθούν με όλα τα μέσα που έχουν να τις επαληθεύσουν και μάλιστα διαμορφώνουν τις σχέσεις τους με τέτοιον τρόπο ώστε να προκαλέσουν τις συμπεριφορές που ανταποκρίνονται σ' αυτές τις θεωρήσεις τους (Moscovici, 1995).

Μάλιστα αποτελεί και λογικό εύρημα δεδομένου ότι η αναπαράσταση αποτελεί μια εικόνα και μια σημασία μοναδική για το υποκείμενο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό λοιπόν στη βάση της συγκεκριμένης επιστημονικής θέσης το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές στατιστικά διαφορές.

Διαφορές όμως παρατηρήθηκαν όσον αφορά την κοινωνική αναπαράσταση του ψυχωσικού και των γονέων του ψυχωσικού αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών και αδελφών αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματά μας ενισχύονται από μελέτες που αναφέρουν ότι οι άνθρωποι νοσηματοδοτούν μια εικόνα ανάλογα των πρώιμων σχέσεων της ζωής τους και των συμπεριφορών που την απαρτίζουν.

Πράγματι είναι απόλυτα λογικό και συνάδει με την θεωρία του Moscovici, 1995 που τονίζει την σπουδαιότητα του χωροχρόνου ως έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση κοινών αναπαραστάσεων σε μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Ακόμη το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με την άποψη ότι η υγεία και η ασθένεια είναι έντονα προσωπικά ζητήματα.

Ταυτόχρονα αποτελούν κοινωνικά φαινόμενα (Bury,2000). Για την Herzlich οι ατομικές πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια αποτελούν αναπαραστάσεις του εργασιακού περιβάλλοντος και της κοινωνίας στην οποία ζουν τα άτομα. Οι αναπαραστάσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν ιδέες περί θεραπείας και αιτιολογίας, εντούτοις οι ιδέες των ειδικών εκφράζουν μια ορισμένη πολιτιστική αυτονομία και ενσωματώνουν μια ευρύτερη θεωρητική επόπτευση της υγείας και της ασθένειας σε σχέση με την κοινωνία (Williams 2004). Οι ερωτώμενοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε γενικές γραμμές παρουσίασαν ομοιογένεια στις απαντήσεις τους, λογικό αποτέλεσμα μια και οι αναπαραστάσεις όπως προαναφέρθηκε αποτελούν μια συμβολική γλώσσα του κόσμου των ιδεών.

8.4 Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η ιδεοψυχαναστικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία, η κατάθλιψη και το φοβικό άγχος επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την κοινωνική αναπαράσταση της λέξης «γονείς ψυχωσικών». Πιο συγκεκριμένα οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των γονέων των ψυχωσικών ασθενών εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά από τις υπόλοιπες κοινωνικές αναπαραστάσεις. Αναφορικά με την κοινωνική αναπαράσταση των γονέων των ψυχωσικών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι επηρεάζει πολύ στατιστικά τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, το φοβικό άγχος, τον ιδεοψυχαναγκασμό αλλά και τη συνολική βαθμολογία της ψυχολογικής ανθεκτικότητας.

Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων που υποστηρίζει ότι η αντίληψη του ατόμου για την πρώιμη οικογενειακή του πραγματικότητα η οποία διαμορφώνεται μέσω της αλληλεπίδρασης ως μέλους ενός συγκεκριμένου οικογενειακού περιβάλλοντος και ενός δεδομένου πολιτισμού και μέσω των σχέσεών του με τα άτομα της ίδιας ομάδας, εκφράζεται με κοινωνικές αναπαραστάσεις –ονομαζόμενα ως

«γνωστικά και συναισθηματικά δίκτυα»– που ενεργοποιούνται στην καθημερινή πρακτική με τη μορφή γνώσεων, ιδεών, επιθυμιών, σχεδίων κ.ά. (Ρήγα, 1996).

Ωστόσο συμβάλουν σημαντικά στην εξέλιξη της θεωρίας και υποδηλώνουν τον ενεργό τρόπο με τον οποίο οι αναπαραστάσεις για τους γονείς επιδρούν στο συμπεριφορικό στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και αλληλεπιδρούν δυναμικά διαμορφώνοντας ένα ιδιαίτερο ψυχολογικό προφίλ ανάλογο με την εκάστοτε διαμορφωμένη κοινωνική αναπαράσταση. Αυτό υποστηρίζεται και από την άποψη ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι από τη φύση τους ρυθμιστικές καθώς προσδιορίζονται από την παράδοση και τις κοινωνικές συμβάσεις, επιβάλλονται στη γνωστική δραστηριότητα των ατόμων. Συχνά τα άτομα δεν έχουν συναίσθηση αυτών των ρυθμίσεων και δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν τις προκαταλήψεις και τον κοινωνικό ντετερμινισμό της σκέψης τους προτιμώντας να θεωρούν τις σκέψεις τους ως «κοινή λογική» (Moscovici, 1981).

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι υποθέσεις που τέθηκαν στο ξεκίνημα της έρευνας επαληθεύτηκαν και επιβεβαιώνουν το ιστορικό υπόβαθρο της θεωρίας των κοινωνικών αναπαραστάσεων και τις ιδέες του Durkheim αναφορικά με τη διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων και των συλλογικών αναπαραστάσεων οι οποίες είναι βαθιά χαραγμένες στη γλώσσα, στις παραδόσεις και στις συνήθειές τους δείχνοντας ταυτόχρονα την κοινωνική διάσταση αυτών ως συμπλήρωμα στην ατομική σκέψη (Moscovici, 1984).

Ο Moscovici δανείστηκε επίσης από την αναπτυξιακή ψυχολογία του Piaget την ιδέα της κατασκευής του «κοινωνικού» κόσμου από τα παιδιά, δίνοντας μέσω διαφορετικών πηγών γνώσης νόημα στην πραγματικότητα και από τον Freud την έννοια της «εσωτερικοποίησης» εικόνων και συμβόλων που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία και ακολουθούν τον άνθρωπο στην ενήλικη ζωή του.

Στον πυρήνα της η θεωρία αυτή συνιστά το κράμα των τριών παραπάνω ιδεών χαρακτηρίζοντας τις κοινωνικές αναπαραστάσεις ως συλλογικά (ή κοινωνικά) φαινόμενα, ως τρόπο κοινωνικής κατασκευής της πραγματικότητας και του νοήματος και ως διαδικασία εσωτερίκευσης της εξωτερικής πραγματικότητας είτε αυτή είναι ιδέα, αντικείμενο ή θεωρία στον κόσμο του ατόμου (Flick, 1995). Στις κοινωνίες όπου επικράτησε η σύγχρονη επιστημονική ψυχιατρική, η ψυχιατρική γνώση προσφέρει στον επαγγελματία ψυχικής υγείας κάποιες έννοιες και ερμηνείες σχετικά με τη φύση και τα αίτια της ψύχωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ψύχωση, στον ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα, το ψυχιατρείο, το άσυλο, την επανένταξη και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

Η ύπαρξη παιδιών και αδελφών επηρεάζουν τη διαμόρφωση της κοινωνικής αναπαράστασης των ψυχωσικών ασθενών και των γονέων των ψυχωσικών ασθενών.

Οι προαναφερθείσες κοινωνικές αναπαραστάσεις επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το προφίλ των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας καθώς και το επίπεδο της επαγγελματικής τους εξουθένωσης.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη λειτουργία των κοινωνικών αναπαραστάσεων απέναντι στην ψύχωση και την αντιμετώπισή της.

Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε διαστάσεις των αναπαραστάσεων ως δυναμικά σύνολα διαμόρφωσης και επικράτησης μιας εργασιακής συμπεριφοράς. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον τομέα της αποκατάστασης ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα.

Πρώτα απ' όλα, τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία και αξία της ανάπτυξης νέων πολιτικών για την υγεία.

Συνεπώς οι κοινωνικοί επιστήμονες οφείλουν να έχουν επίγνωση αυτών των αλλαγών και να τις ενσωματώνουν στις αναλύσεις τους.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abric, J. C (1996). Specific processes of social representations. *Papersonsocialrepresentations*, 5, 77-80.
2. Abric, J-C (1995). Κοινωνικές πρακτικές, κοινωνικές αναπαραστάσεις. Στο Γ. Δ. Κατερέλος (Επίμ.), *Δυναμική των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων*, σελ. 101-125. Αθήνα: Οδυσσέας
3. Abric, J-C. (1976). *Jeux, conflits et representations sociales*, these d'Etat, Aix-en-Provence, Universitate de Provence.
4. Abric, J-C. (1984). A theoretical and experimental approach to the study of social representations in a situation of interaction. In R. Farr and S. Moscovici (Eds.) *Social Representations*, pp.169-184. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Abric, J-C. (1987). *Coopération, compétition et representations sociales*. Cousset, Del Val.
6. Abric, J-C. (1989). L'étude expérimentale des representations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les representations sociales*, pp.187-203. Paris: PUF.
7. Abric, J-C. (1994). *Les representations sociales: aspects théoriques*. In J-C. Abric (Ed.), *Pratiques et representations sociales*, pp. 11-35. Paris: PUF.
8. 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
9. Allansdottir, A., Jovchelovitch, S., & Stathopoulou, A. (1993). Social representations: The versatility of a concept. *PapersonSocialRepresentations*, 2(2), 75-78. Ναυρίδης Αναπαραστάσεις ανδρών και γυναικών για τη σχέση τους με το άλλο φύλο: εικόνες του συναισθήματος και της σεξουαλικότητας
10. Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia research*, 69(2-3), 175-182.
11. ArboledaFlorez, J., & Sartorius, N (2008) *Understanding the stigma of mental illness*. Edition Wiley:10-15
12. 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
13. 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

14. Barnes, R. C., & Earnshaw, S (1993). Mental illness in British newspapers (or My Girlfriend is a Rover Metro). *Psychiatric Bulletin*, 17(11), 673-674.
15. Barnes, R.C (1993). Mental illness in British newspapers (or my girlfriend is a
16. Bauer, M. W., & Gaskell, G (1999). Towards a paradigm for research on social representations. *Journal for the theory of social behaviour*, 29(2), 163-186.
17. Bebbington, P. E. & Kuipers, E (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
18. Bennett, L.W (1999). Ειδήσεις: ηπολιτικῆτωνψευδαισθήσεων. Αθήνα: Δρομέας.
19. Betz, W.K., Edgerton, J.W (1971). The consequences of labelling a person as mentally ill. *Social Psychiatry* 6: 29-33.
20. Bjorkman, T., Angelman, T., Joˆnsson, 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
21. Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., & Lickel, B (2000). Stigma, threat, and social interactions. *The social psychology of stigma*, 307-333.
22. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232-238.
23. Brown, G. W. & Rutter, M (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
24. Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., et al (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
25. Byrne, P (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, 6(1), 65-72.
26. Cash, D (1988). A study of the relationship of demographics, personality, and role stress to burnout in intensive care unit nurses. *Dissertation Abstracts International*, 49, 2585 A.
27. Cohen, F. & Lazarus, R. S (1979).Coping with stresses during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*
28. Conley, R.R., & Baker, W.R (1990). Family response to improvement by a relative with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(8), 898-901.
29. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
30. Corrigan, P. W., & Watson, A. C (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.

31. Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and Social Behavior*, 162-179.
32. Corrigan, P., Watson, A., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., Hall, L (2005).
33. 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.
34. Crocker, J., & Major, B (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological review*, 96(4), 608.
35. 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.
36. Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.*
37. Dimitriadou, D., &Stalikas, A. (2012). Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Psychometric Instruments in Greece (2nd ed., p. 717). Athens: Pedio.*
38. Doise, W. (1986). *Levels of Explanation in Social Psychology.* Cambridge:
39. Doise, W. (1990). Les representations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet, J. F. Richard (Eds.), *Traite de Psychologie Cognitive, tome 3: Cognition, représentation, communication*, pp. 111-174. Paris: Dunod.
40. Doise, W. (1993). Debating social representations. In G. M. Breakwell & D. V.
41. Doise, W., Clemence, A., &Lorenzi-Gioldi, F. (1993). *The quantitative analysis of social representations.* Hemel Hempstead: Harvester Wheat sheaf.
42. Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J (2000). *Stigma: Introduction and overview.*
43. Eagly, A. H.&Chaiken, S (1998). *Attitude structure and function.*
44. 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
45. European Federation of Association of Families of people with Mental Illness, www.eufami.org
46. Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L. “The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patients family”, *British Journal of Psychiatry*, 1987:150 (2): 285-292
47. Farr, R., &Marková, I (1995). Representations of health, illness and handicap in the mass media of communication: A theoretical overview.

48. 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
49. Flament, C. (1987). *Pratiques et représentations sociales*. In J-L, Beauvois, R. V. Joule,
50. Flament, C. (1989). *Structure et dynamique des représentations sociales*. In D. Jodelet (Ed.), *Les Représentations Sociales*, pp. 204-219. Paris: PUF.
51. Flament, J-C., (1993). *Structure, dynamique et transformations des représentations sociales*. In J-C, Abric (Ed.), *Pratiques et représentations sociales*. Paris: PUF.
52. Frable, D. E (1993). Being and feeling unique: Statistical deviance and psychological marginality. *Journal of Personality*, 61(1), 85-110.
53. 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 intervention in psychiatry*, 4(1), 47-56.
54. Galam, S., & Moscovici, S (1995). Towards a theory of collective phenomena. III: Conflicts and Forms of Power. *European Journal of Social Psychology*, 25(2), 217-229.
55. Goffman, Erving (2001 {1963}). *Στίγμα : Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. μτφ .Μακρυγιώτη ,Δ. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
56. Grausgruber, A., Meise, U., Katsching, H (2007) Patterns of social distance
57. Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. W (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(4), 310-319. 97.
58. Grotberg, E. H. (1996). *The International Resilience Project Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions*.
59. Guimelli, C (1993). Concerning the structure of social representations. *Papers on Social Representations*, 2(2), 85-92.
60. Herzich, C (1973). *La représentations sociale*. In S. Moscovici (Ed), *Introduction a la psychologiesociale*. Paris: Larousse.).
61. Hoening, J., Hamilton, M. W. "The schizophrenic patient in the community and his effect on the household" , *International Journal of Social Psychiatry*, 1966: 12 (2): 165-176.
62. Howard, P. "Lifelong maternal caregiving f or children with Schizophrenia" ,*Archives of Psychiatric Nursing*, 1994: Vol. VIII (2): 107-114
63. Jackowska, E (2009). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia--a survey of studies and psychological mechanisms. *Psychiatriapolska*, 43(6), 655-670.93.
64. Jodelet, D (1991). *Madness and social representations: Living with the mad in one French community* (Vol. 5). Univ of California Press.

65. Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses universitaires de France.
66. 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
67. Jovchelovitch, S., Allansdottir, A., & Stathopoulou, A (1993). Social representations: the versatility of a concept. *Papers on Social Representations*, 2(1), 3-10.
68. Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D (2004) What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness. *Psychiatric Bulletin* 28: 401-406
69. Klohnen, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of personality and social psychology*, 70(5), 1067.
70. Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Kahn, S (1982). Hardiness and health: A prospective inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
71. Kreisman, D.E., Joy, V.D. "Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature", *Schizophrenia Bulletin*, 1974: 10:34-57.
72. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig C., Rossler, W (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scand* 113 (Suppl. 429): 51–59
73. LeCroy, C.W., & Rank, M.R (1987). Factors associated with burnout in the social services: An exploratory study. *Journal of Social Service Research*, 10 (1), 23-29.
74. Levin, A (2005). When mental illness makes news, facts often missing in action. *Psychiatric News* 40(12): 18-20.
75. Luhman, N (2000). *The reality of the mass media*. Cambridge, UK: Polity Press.
76. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(04), 857-885.
77. Madianos, M. G., 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.
78. Magli, E., Buizza, C., Pioli, R, (2004). Mental illness and media. *Recenti Progressi Medicina*, 95: 302-307.
79. Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working Group (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social science & medicine*, 61(2), 313-322.
80. Marwaha, S., & Johnson, S (2004). Schizophrenia and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(5), 337-349.
81. Maslach, C (1976). Burned-out. *Human Behavior* 9, 16-22.

82. Maslach, C (1982c). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W.S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp.29-40), Beverly Hills, CA: Sage.
83. Maslach, C, & Jackson, S.E (1981b). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press Inc
84. Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & health*, 16(5), 607-611.
85. Maslach, C., & Jackson, S.E (1981a). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
86. Maslach, C., & Jackson, S.E (1984a). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
87. Maslach, C., & Jackson, S.E (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sexn Roles* ,12, 837-851.
88. Maslach, C., & Jackson, S.E (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2nd edition). USA: Consulting Psychologists Press.
89. Maslach, C., & Leiter, M.P (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations cause personal Stress and What to do about it*. San Francisco, CA: Jossey – Bass.
90. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto.
91. Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd edition). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press Inc.
92. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-238
93. McQuail, D (2003). Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας για τον 21ο αιώνα (μτφ:Μεταξά, Κ., επιμ: Παπαθανασόπουλος, Στ.). Αθήνα: Καστανιώτη.
94. Moliner, P., & Tafani, E (1997). Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach. *European journal of social psychology*, 27(6), 687-702.
95. Moscovici S, Doise W, Dulong R. Studies in group decision II: differences of position, differences of opinion and group polarization. *European Journal of Social Psychology*. 1972, 2:385-399.
96. Moscovici S. & Hewstone M. De la science au sens commun. In Moscovici, S. (Ed). *Psychologie sociale*. Presses: Universitaires de France; 1984
97. Moscovici S. *Psychologie sociale*. Presses: Universitaires de France; 1984.
98. Moscovici, C., LaPlaca, M., Maisel, J., & Kempe, H (1961). Studies of bovine enteroviruses. *American journal of veterinary research*, 22, 852.
99. Moscovici, S (1973). Introduction. In C. Herzlich, *Health and Illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.

100. Moscovici, S (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social Cognition: Perspectives on everyday understanding*, pp. 181-209. London: Academic Press
101. Moscovici, S (1988). Notes towards a description of social representations. *European journal of socialpsychology*, 18(3), 211-250.
102. Moscovici, S (1995), «Η εποχή των κοινωνικών αναπαραστάσεων», στο: Μαντόγλου, Α. και Παπαστάμου, Σ (επιμ.), *Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Αθήνα, εκδ. Οδυσσέας, σσ. 65-106.
103. 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.
104. 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
105. Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187–199.
106. Philo, G (1996). The media and public belief. In: G. Philo (ed.), *Media and Mental Distress*. Essex: Addison Wesley Longman.
107. Pines, A., & Aronson, E (1988). *Career burnout. Causes and cures*. New York: The Free Press
108. Potter, M. C., Staub, A., & O'Connor, D. H (2004). Pictorial and conceptual representation of glimpsed pictures. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 30(3), 478.
109. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A (2007). No health without mental health. *The lancet*, 370(9590), 859-877.
110. Provencher, H.L. “Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia”, *Schizophrenia Research* 1997: 26 (1): 71-80
111. 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.
112. Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14(8), 626-631.
113. Sartorius, N (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists.
114. Sartorius, N., & Schulze, H (2005). *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global association*. Cambridge University Press.

115. 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). CambridgeUniversityPress.
116. Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 1-16.
117. Schaufeli, W., &Enzmann, D (1998). The Burnout Companion to Study and Practice:
118. Schulze, B., &Angermeyer, M. C (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 56(2), 299-312.
119. Taskin, E., Ozmen, D., Ozmen, E., Demet, M (2003) Attitudes of school of health students towards schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry* 40: 5-12
120. Tay, S. E. C., Pariyasami, S. D., Ravindran, K., Ali, M. I. A., &Rowsudeen, M. T (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(10), 40-47.
121. 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.
122. Tuck, I., du Mont Ph., Evans , G., Shupe, J.. "The experience of caring for an adult child with schizophrenia", *Archives of Psychiatric Nursing*, 1997: Vol. XI (3): 118-125
123. Vaughn, C. E. &Leff, J. P (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
124. Wahl, O (1992). Mass media images of mental images: a review of the literature. *Journal of Community Psychology* 20: 343-352.
125. Wahl, O (1996). Schizophrenia in the news. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20: 51-54.
126. Wahl, O (2003). News media portrayal of mental illness. *American Behavioral Scientist* 46: 1594-1600.
127. Wahl, O., Wood, A., Richards, R (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *PsychiatricRehabilitationSkills* 6: 9-31.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5(3), 183-202.
2. Γώγου-Κρητικού, Λ (1994). Κοινωνικές Αλληλεπιδράσεις–Κοινωνικές Αναπαραστάσεις. Κοινωνικές αναπαραστάσεις. Τι λένε οι δάσκαλοι για τους γονείς.
3. Λαμπρίδης, Μ (2011). Όψεις της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους.
4. Μαδιανός (2000) Εισαγωγή στη Κοινωνική Ψυχιατρική, Αθήνα Εκδόσεις Καστανιώτη, 31-55, 177- 181
5. Μαδιανός, (1989). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ψυχιατρική Κοινωνιολογία
6. Ναυρίδης, Κ (1994). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις. Στο Κ. Ναυρίδης, Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία, σελ. 165-178. Αθήνα: Παπαζήση
7. Ναυρίδης, Κ (1994). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις. Στο Κ. Ναυρίδης, Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία, σελ. 165-178. Αθήνα: Παπαζήση.)
8. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, pp. 42-48.
9. Παπαστάμος Σ. Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας. Εκδόσεις: Οδυσσέας; 1989.
10. Παπαστάμος Σ. Σύγχρονες έρευνες στην Κοινωνική Ψυχολογία – Διομαδικές Σχέσεις. Εκδόσεις: Οδυσσέας; 1992.
11. Παπαστάμος, Σ. Ψυχολογιοποίηση: επιπτώσεις των ψυχολογικών ερμηνειών στα φαινόμενα κοινωνικής επιρροής; 1089.
12. Παπαστάμος, Σ., & Μαντόγλου, Α. Κοινωνικές αναπαραστάσεις. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα; 1995.
13. Παπαστάμου, Σ. Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία : Επιστημολογικοί προβληματισμοί και μεθοδολογικές κατευθύνσεις, Αθήνα; 2008.
14. Περιτογιάννης, Β., Ληξουριώτης, Χ., & Μαυρέας, Β. Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/ArheiaEllenikesIatrikes*, 35(4); 2018.
15. Σαπουνά, Β., Schene , Α.Η., Δαφέρμος, Β., Θεοδωράκης, Π., Χατζηαρσένης, Μ., Λιονής, Χ.: “Επιβάρυνση μελών οικογενειών και άλλων ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές στην Κρήτη: Ένα καινούργιο πεδίο για τη Γενική Ιατρική στην Ελλάδα”, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 18 (3): 113-124; 2006.
16. Τσαλίκου, Φ. Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Οι Λειτουργίες της Κοινωνικής Κατασκευής, Παπαζήσης, Αθήνα. 1987.
17. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006». Δικαιώματα Ψυχικώς

Πασχόντων. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς – Β' Φάση»,
Αθήνα, Δεκέμβριος 2004

18. Χατζή Α. Κοινωνική ψυχολογία. Στο Σ. Βοσνιάδου (Επιμ.) Εισαγωγή στην ψυχολογία
(Τόμ. Β). Αθήνα: Gutenberg; 1999.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2019
ΑΝΔΡΑΣ **ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** / /
 ΓΥΝΑΙΚΑ

ΦΥΛΟ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η **ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
 ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΠΟΛΗ <150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ΠΟΛΗ >150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ **ΧΗΡΟΣ/Α**

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ **ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ:** ΝΑΙ ΟΧΙ
 ΠΟΣΑ..... ΠΟΣΑ.....
 ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ (ΕΙΣΤΕ 1^{ος}, 2^{ος}).....

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. **ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. **ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ **ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ**
 ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ
 ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ : <1 ΕΤΟΣ **ΟΙ ΒΑΡΑΙΕΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ :**
 ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ **ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ**
 <2 ΕΤΗ **ΕΝΑΛΛΑΣΣΟΜΕΝΕΣ**
 >5 ΕΤΗ **ΜΕΤΑΞΥ 2-5 ΕΤΗ**

ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΤΕ **ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΥΝ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΑΣΥΛΟ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΨΥΧΩΣΙΚΟΣ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗΝ ΛΕΞΗ **ΓΟΝΕΙΣ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΑΔΕΛΦΙΑ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ;

A)	B)	Γ)
----	----	----

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι ο τρόπος λειτουργίας των δομών αποκατάστασης δημιουργούν εμπόδια στη θεραπευτική σχέση και την επανένταξη των ασθενών σας; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι συγγενείς των ασθενών σας δημιουργούν εμπόδια στη θεραπευτική σχέση και την επανένταξη των ασθενών σας; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

Στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο								
Iκανοποίησ η	Αισθάνομαι ικανοποιημένος από την εργασία μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Αισθάνομαι ότι δεν μου αρέσει η εργασία μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Μου αρέσει να εργάζομαι στην παρούσα θέση.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Σαφήνια εργασιακού ρόλου	Γνωρίζω, ακριβώς, τι προσδοκά η υπηρεσία μου από μένα.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Γνωρίζω ότι έχω κάνει σωστό καταμερισμό του χρόνου μου στο εργασιακό περιβάλλον.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Είναι σαφές του τι πρέπει να κάνω στο πλαίσιο των καθηκόντων μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Γνωρίζω τους στόχους που υπάρχουν στην εργασία μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Iκανοποίησ η από τη Διοίκηση	Αισθάνομαι σίγουρος για τις δικαιοδοσίες που έχω.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Λαμβάνω σεβασμό και δίκαιη μεταχείριση από τον προϊστάμενό μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Λαμβάνω υποστήριξη και καθοδήγηση από τον προϊστάμενό μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αφοσίωσ στην εργασία	Λαμβάνω ποιοτική εποπτεία για το έργο μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Μου αρέσει πολύ η εργασία μου για να την εγκαταλείψω.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Θα επέλεγα, και πάλι, αυτή την εργασία.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Δεν θα επέλεγα να εργαστώ σε αυτό το επάγγελμα.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Εργασιακή Απόδοσ η	Θέλω να κάνω καριέρα σε αυτό το επάγγελμα.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Η εργασία μου είναι το ιδανικό επάγγελμα.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Η συνολική μου απόδοση είναι στα ίδια επίπεδα με αυτή των συναδέλφων μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Έχω την ικανότητα να συνεργάζομαι με άλλους περισσότερο από ότι οι συναδέλφοί μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Έχω την ικανότητα να ολοκληρώνω τις εργασίες εγκαίρως σε σύγκριση με τους συναδέλφους μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αφοσίωσ στον Οργανισμό	Οι εργασιακές μου επιδόσεις είναι πιο ποιοτικές σε σχέση με εκείνες των συναδέλφων μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Επιτυγχάνω τους εργασιακούς στόχους μου σε σχέση με τους συναδέλφους μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Θα αφιερώσω το υπόλοιπο της καριέρας μου σε αυτό τον οργανισμό.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Αισθάνομαι ότι τα προβλήματα αυτού του οργανισμού είναι και δικά μου.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Δεν αισθάνομαι ως μέλος της οικογένειας αυτού του οργανισμού.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
	Δεν αισθάνομαι συναισθηματικά συνδεδεμένος/η με αυτό τον οργανισμό.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Η συγκεκριμένη εργασία έχει ένα «προσωπικό νόημα» για μένα.	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ	
Δεν έχω ισχυρό αίσθημα ότι ανήκω στον οργανισμό που εργάζομαι	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ	

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίει για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4

30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μουδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4

66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρόπράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιάκόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαισθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4

4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
8.έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
10. επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

The Connor-Davidson Resilience Scale

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	0	1	2	3	4
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	0	1	2	3	4
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	0	1	2	3	4
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	0	1	2	3	4
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13. Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	0	1	2	3	4
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4

19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	0	1	2	3	4
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	2	3	4
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	0	1	2	3	4
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

HeartlandForgivenessScale; HFS)

Στην πορεία της ζωής μας μπορεί να συμβούν αρνητικά γεγονότα, είτε εξαιτίας δικών μας πράξεων, είτε εξαιτίας των πράξεων άλλων ανθρώπων, είτε και λόγω περιστάσεων που δεν μπορούμε να τις ελέγξουμε. Για κάποιο διάστημα μετά από τα γεγονότα αυτά, μπορεί να έχουμε ακόμη αρνητικές σκέψεις ή αισθήματα για τον εαυτό μας, για τους άλλους ή για την κατάσταση.
Σκεφτείτε ποιες είναι οι χαρακτηριστικές σας αντιδράσεις σε τέτοια αρνητικά γεγονότα.
Με βάση την 7-βαθμη κλίμακα που σας δίνεται παρακάτω, σημειώστε τον αριθμό που θεωρείτε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο συνηθίζετε να αντιδράτε στον τύπο της αρνητικής κατάστασης που περιγράφει η πρόταση αυτή.
Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Παρακαλώ, να είστε όσο το δυνατό πιο ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Σχεδόν πάντα Πιο συχνά Πιο συχνά Σχεδόν πάντα
 λάθος για μένα λάθος για μένα αληθινή για μένα αληθινή για μένα

1. Παρόλο που στην αρχή νιώθω άσχημα όταν τα θαλασσόνω, με τον καιρό μπορώ να χαλαρώσω κάπως.
2. Κρατώ κακία στον εαυτό μου για τα αρνητικά πράγματα που έχω κάνει.
3. Το ότι μαθαίνω από τα άσχημα πράγματα που έχω κάνει, με βοηθά να τα ξεπεράσω.
4. Είναι, πράγματι, πολύ δύσκολο για μένα να αποδεχτώ τον εαυτό μου από τη στιγμή που τα έχω κάνει θάλασσα.
5. Με τον καιρό, κατανοώ τον εαυτό μου για τα σφάλματα που έχω κάνει.
6. Δε σταματώ να κριτικάρω τον εαυτό μου για αρνητικά πράγματα που έχω νιώσει, έχω σκεφτεί, έχω πει ή έχω κάνει.
7. Τιμωρώ συνέχεια έναν άνθρωπο που έχει κάνει κάτι το οποίο νομίζω ότι είναι λάθος.
8. Με τον καιρό, κατανοώ τους άλλους για τα σφάλματα που έχουν κάνει.
9. Παραμένω πολύ σκληρός με τους άλλους που με έχουν πληγώσει.
10. Παρόλο που κάποιοι με έχουν πληγώσει στο παρελθόν, τελικά, είμαι ικανός να αντιληφθώ ότι είναι καλοί άνθρωποι.
11. Αν κάποιοι μου φέρονται άσχημα, συνεχώς σκέφτομαι άσχημα γι' αυτούς.
12. Όταν κάποιος με απογοητεύσει, μπορώ, τελικά, να το ξεπεράσω.
13. Όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά για λόγους που δεν μπορεί να τους ελέγξει κανείς, φορτώνομαι, κυριολεκτικά, με αρνητικές σκέψεις για το γεγονός αυτό.
14. Με τον καιρό, μπορώ να κατανοήσω τις κακές στιγμές στη ζωή μου.
15. Αν είμαι απογοητευμένος από ανεξέλεγκτες καταστάσεις στη ζωή μου, κάνω συνεχώς αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις καταστάσεις αυτές.

16. Τελικά, βρίσκω την ισορροπία με τις άσχημες καταστάσεις της ζωής μου.

17. Μου είναι, πράγματι, δύσκολο να αποδεχτώ αρνητικές καταστάσεις για τις οποίες δε φταίει κανείς.

18. Τελικά, ξεπερνώ τις αρνητικές σκέψεις για τις άσχημες καταστάσεις που είναι πέρα απ' τον έλεγχό μας

Self- CompassionScale (SCS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1.	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
2.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
3.	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
4.	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
5.	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
6.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
7.	Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.	1	2	3	4	5
8.	Όταν περνάω δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9.	Όταν κάτι με αναστατώνει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
10.	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5

11.	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
12.	Όταν περνά δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη	1	2	3	4	5
13.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
14.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
15.	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5
16.	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
17.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	1	2	3	4	5
18.	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
19.	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνά δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
20.	Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
21.	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
22.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	1	2	3	4	5
23.	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5
24.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
25.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
26.	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (MaslachBurnoutInventory – MBI)

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα **αισθήματά** σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης.

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ
1.	Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	
2.	Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	
3.	Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	
4.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
5.	Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	
6.	Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	
7.	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
8.	Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
9.	Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	
10.	Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
11.	Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	
12.	Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	
13.	Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	
14.	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	
15.	Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	
16.	Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	
17.	Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
18.	Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
19.	Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
20.	Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	
21.	Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
22.	Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	

