

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ
ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ, ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Ελένη Σημαντήρη

A.M.: 20161176

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Οικονόμου Μαρίνα, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια της Ιατρικής σχολής του ΕΚΠΑ

Αθήνα, 2018

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	5
1. Η έννοια των στάσεων.....	5
2. Η έννοια της κοινωνικής απόστασης.....	6
3. Στίγμα.....	7
3.1. Ιστορική Αναδρομή.....	7
3.2. Η έννοια του στίγματος.....	8
3.3. Μορφές στίγματος.....	9
3.4. Επιπτώσεις του στίγματος.....	10
3.5. Τρόποι αντιμετώπισης του στίγματος.....	12
3.6. Στίγμα και επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	15
3.7. Προηγούμενες έρευνες.....	16
4. Το μοντέλο της ανάρρωσης.....	19
4.1. Η έννοια της ανάρρωσης.....	19
4.2. Το μοντέλο της ανάρρωσης.....	21
4.3. Βασικές αρχές του μοντέλου.....	22
4.4. Βασικά συστατικά του μοντέλου.....	23
4.5. Η εφαρμογή του μοντέλου της ανάρρωσης.....	24
4.6. Προηγούμενες έρευνες.....	26
5. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	27
5.1. Ιστορική αναδρομή.....	27
5.2. Η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	28
5.3. Αρχές και στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	29
5.4. Παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	30
5.5. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	31
5.6. Προηγούμενες έρευνες.....	34
6. Σχέση στίγματος, μοντέλου ανάρρωσης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	35
7. Σκοποί έρευνας.....	37
8. Ερευνητικές υποθέσεις.....	38
Μέθοδος.....	39
1. Δείγμα.....	39
2. Εργαλεία.....	39
3. Διαδικασία χορήγησης.....	42

4. Στατιστική ανάλυση	43
Αποτελέσματα	44
1. Χαρακτηριστικά δείγματος	44
2. Περιγραφικά στοιχεία.....	46
3. Έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα.....	55
4. Ανάλυση διακύμανσης	58
5. Ανάλυση συσχέτισης Pearson	64
6. Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης	66
Συζήτηση	72
Βιβλιογραφία.....	79
Παράρτημα - Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	87

Περίληψη

Το στίγμα που περιβάλλει την ψυχική νόσο επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στις σοβαρές ψυχικές ασθένειες και δυσχεραίνει τη διαδικασία της ανάρρωσης (recovery) και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να μελετήσει τις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για το μοντέλο της ανάρρωσης και τις στάσεις τους απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς επίσης και τη συσχέτιση αυτών με το στίγμα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 127 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από το ΨΝΑ Δαφνί και το Δρομοκαϊτσιο. Η μέτρηση του στίγματος έγινε με την Κλίμακα Στάσεων απέναντι στην Ψυχική Νόσο (ASMI) και την κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης. Οι γνώσεις σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης διερευνήθηκαν μέσω της κλίμακας Γνώσεων για την Ανάρρωση και οι στάσεις τους για τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μέσω της κλίμακας Απόψεων, Στόχων και Πρακτικών για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Η συλλογή έγινε με αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Οι συμμετέχοντες φάνηκε να διατηρούν θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και να κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης, με τα λήμματα που αφορούν στη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, να εγείρουν διχογνωμία. Οι στάσεις τους απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βρέθηκαν να είναι κατά κύριο λόγο θετικές, με τους επαγγελματίες όμως να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη μείωση των συμπτωμάτων, παρά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. Οι αναλύσεις έδειξαν, πως οι στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και η επιθυμητή κοινωνική απόσταση έχουν πολύ σημαντική συσχέτιση με τις στάσεις απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κατανόηση του μοντέλου της ανάρρωσης, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι για την προαγωγή του μοντέλου της ανάρρωσης και τη βελτίωση των στάσεων απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, είναι απαραίτητη η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου.

(Λέξεις κλειδιά: στίγμα, μοντέλο ανάρρωσης, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση)

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα στην ψυχική υγεία έχει εστιάσει στην ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και την βελτίωση του δυναμικού τους. Στην παρούσα έρευνα θα εξεταστούν οι έννοιες της ανάρρωσης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και του στίγματος, προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες για την επίτευξη των παραπάνω στόχων. Πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστούν οι στάσεις και οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, το μοντέλο της ανάρρωσης και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η σημασία της έρευνας από πρακτικής πλευράς έγκειται στο γεγονός, ότι η υιοθέτηση στιγματιστικών στάσεων από τους ίδιους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, θα αποτελέσει τροχοπέδη στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στην υιοθέτηση του μοντέλου της ανάρρωσης, μέσω των οποίων ενδυναμώνονται οι ψυχικά ασθενείς, ώστε να φτάσουν στο υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας, να ελαττωθεί η συμπτωματολογία τους και να προαχθούν οι αναγκαίες αλλαγές στο περιβάλλον τους, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Από επιστημονικής πλευράς ο συσχετισμός των τριών αυτών εννοιών θα αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση, προκειμένου να προαχθεί η εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και του μοντέλου της ανάρρωσης από τους επαγγελματίες και να προληφθεί η ανάπτυξη στιγματιστικών απόψεων απέναντι στον ψυχικά ασθενή και τους τρόπους θεραπείας του .

1. Η έννοια των στάσεων

Στάση είναι μια ψυχική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι αποτέλεσμα εμπειριών και η οποία ασκεί μια κατευθυντήρια και σημαντική επίδραση πάνω στην αντίδραση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και καταστάσεις με τις οποίες το άτομο σχετίζεται (Allport et al., 1954). Θεωρείται ένα σταθερό σύστημα που αποτελείται από τη γνωστική συνιστώσα, τη συναισθηματική συνιστώσα, την αξιολογική συνιστώσα και τη βουλητική συνιστώσα. Η γνωστική παράμετρος αφορά στην ενσυνείδητη υποστήριξη μιας γνώμης, η συναισθηματική παράμετρος δηλώνει τη συναισθηματική διάθεση, η αξιολογική παράμετρος αναφέρεται στη θετική ή αρνητική αξιολόγηση και η βουλητική παράμετρος φανερώνει τη διάθεση για πράξη.

Τα τέσσερα αυτά είδη διεργασιών συμβάλλουν στη διαμόρφωση των στάσεων αλλά και ενεργοποιούνται ως συνέπεια της ύπαρξης μιας στάσης (Hovland & Rosenberg, 1960).

Οι παράγοντες που καθορίζουν την ισχύ των στάσεων και τη συνέπεια μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς είναι η εμπειρία, καθώς οι στάσεις που έχουν διαμορφωθεί με βάση την προσωπική εμπειρία επιδρούν εντονότερα στη συμπεριφορά, σε σχέση με τις στάσεις που έχουν διαμορφωθεί βασισμένες σε έμμεσες πληροφορίες, ο βαθμός στον οποίο υπάρχει η βεβαιότητα ότι μια στάση είναι ορθή, η ποσότητα των πληροφοριών, καθώς όσο περισσότερες είναι οι πληροφορίες για το «αντικείμενο» και όσο περισσότερο τείνουν να συμφωνούν μεταξύ τους, τόσο αυξάνεται η επιρροή τους στις στάσεις και στη συμπεριφορά, η «καθαρότητα της πεποίθησης», δηλαδή όσο πιο ξεκάθαρα θετικές ή αρνητικές είναι οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματά μας για ένα αντικείμενο, τόσο μεγαλύτερη είναι η συσχέτιση της στάσης με τις πράξεις μας, η ακρότητα, η ευκολία με την οποία μια στάση ανασύρεται από τη μνήμη, ο βαθμός προσωπικής εμπλοκής, το προσωπικό συμφέρον και η χρονική σταθερότητα (Krosnick & Petty, 1995) .

Σε ατομικό επίπεδο, οι στάσεις βοηθούν το άτομο να κατανοήσει τον κόσμο γύρω του, να κερδίσει ανταμοιβές και να διαφύγει των τιμωριών, να εκφράσει τις αξίες του και να αμυνθεί αντιμετωπίζοντας εσωτερικές συγκρούσεις. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι στάσεις ενός ατόμου το εντάσσουν σε μια ορισμένη κοινωνική ομάδα, εγείρουν αντιδράσεις, οπότε συνεισφέρουν στη μετάδοση πεποιθήσεων και ιδεολογιών, καθώς επίσης και το προσανατολίζουν στον κοινωνικό κόσμο, δίνοντας εξηγήσεις και συμβάλλοντας στη διατήρηση της κοινωνικής θέσης του (Augoustinos & Walker, 2011).

2. Η έννοια της κοινωνικής απόστασης

Η κοινωνική απόσταση αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας (Jorm & Oh, 2008). Αποτελεί εκδήλωση συμπεριφοράς και πολλές φορές μπορεί να είναι αντίθετη της στάσης του ατόμου. Γενικά οι θετικές στάσεις μας προδιαθέτουν να προσεγγίσουμε με εύννοια ένα

αντικείμενο προς αξιολόγηση, ενώ οι αρνητικές στάσεις να το απορρίπτουμε. Όμως ορισμένες φορές οι στάσεις μας δεν συμβαδίζουν με τη συμπεριφορά μας. Η πρώτη κλίμακα κοινωνικής απόστασης, από την οποία προέκυψαν κι όλες οι πρόσφατες εκδοχές της, δημιουργήθηκε το 1925 από τον Bogardus και χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη των στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε εθνικές και φυλετικές μειονότητες στην Αμερική. Η πρώτη εφαρμογή της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης σε ψυχικά ασθενείς εμφανίζεται το 1957 στις μελέτες των Cumming και Cumming.

3. Στίγμα

3.1. Ιστορική Αναδρομή

Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο, καθώς τα ιστορικά στοιχεία συγκλείνουν στην άποψη, πως το στίγμα συνοδεύει τη ψυχική νόσο ανά τους αιώνες, ανεξαρτήτως έθνους, κουλτούρας και θρησκευτικών πεποιθήσεων (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Στο μεσαίωνα στιγματιζόταν κατά τρόπο εμφανή το σώμα των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι τιμωρούνταν με εξορκισμούς, βασανιστήρια και θάνατο. Το 16^ο αιώνα, αν και εμφανίστηκαν οι πρώτες δομές φιλοξενίας για ψυχικά ασθενείς, οι συνθήκες νοσηλείας ήταν απάνθρωπες και σκληρές. Μετά το 18^ο αιώνα, κατά τη γαλλική επανάσταση αναδύεται η ιδέα να αντιμετωπίζονται οι ψυχικά ασθενείς με περισσότερη ανθρωπιά, χωρίς μηχανική καθήλωση, αλλά με συνεχή ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα. Το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα χαρακτηρίζεται από την αναζήτηση των βιολογικών αιτιών της ψυχικής νόσου, ενώ το δεύτερο από την πρόοδο της φαρμακολογίας, κατά το οποίο άρχισε να γίνεται και λόγος για το στίγμα και την αντιμετώπιση του (Zartaloudi & Madianos, 2010). Τα πρώτα κύματα αποασυλοποίησης παρατηρούνται στις αρχές της δεκαετίας του 60', όπου το εγχείρημα ένταξης των ψυχικά ασθενών στη κοινότητα κρίνεται ανεπιτυχές λόγω των στερεοτύπων και της προκατάληψης, η οποία επικρατούσε απέναντι στη ψυχική νόσο, την έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα εκτός των ψυχιατρικών δομών και της ελλιπούς χρηματοδότησης.

Σήμερα, τον 21^ο αιώνα, η εικόνα της ψυχικής ασθένειας εξακολουθεί να είναι στρεβλή, καθώς παρά τη σημαντική πρόοδο στην εκπαίδευση, την ιατρική και τις ψυχολογικές θεραπείες, οι ψυχικά ασθενείς είναι πολλοί περισσότεροι από αυτούς,

που η σύγχρονη κοινωνία μπορεί να αποδεχτεί. Παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με το φόβο και την επικινδυνότητα, και καθώς δεν είναι πλέον δυνατή η εξολόθρευση των ψυχικά ασθενών, επιλέγεται η απομάκρυνση τους, όσο το δυνατόν περισσότερο (Κορδώση και συν.,2015).

3.2. Η έννοια του στίγματος

Οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν μια ομάδα του πληθυσμού, η οποία κατεξοχήν υφίσταται στιγματισμό, κι αυτό είναι φαινόμενο που διατηρήθηκε μέσα στους αιώνες (Byrne,2001). Ως φαινόμενο, το στίγμα καταγράφηκε θεωρητικά και εμπειρικά για πρώτη φορά το 1963 από τον κοινωνιολόγο Erving Goffman, ο οποίος μιλά για σπύλωση της ταυτότητας του ατόμου, το οποίο φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό, και απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης, και το όρισε ως «ένα γνώρισμα βαθιά δυσφημιστικό», βάσει του οποίου το άτομο χαρακτηρίζεται από ολοκληρωμένο σε σπυλωμένο. Υποστήριξε ότι με αυτόν τον τρόπο το άτομο υποβιβάζεται, καθώς γίνεται μονοσήμαντο, ταυτίζεται με ένα μόνο χαρακτηριστικό και χάνει την ολότητα του (Goffman, 1963). Τρία χρόνια αργότερα ο κοινωνιολόγος Thomas Scheff χρησιμοποίησε τη "θεωρία της ετικέτας", για να εξηγήσει ότι η κοινωνική στάση απέναντι σε άτομα, τα οποία εμφανίζουν κάποια ψυχική νόσο, δεν εξαρτάται τόσο από την συμπεριφορά τους, όσο από την "ταμπέλα" που τους έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό τους περίγυρο (Scheff, 1966).

Σύγχρονοι ορισμοί αναφέρονται στο στίγμα σαν ένα χαρακτηριστικό ή μια ταμπέλα που συνδέει το άτομο με αρνητικά στερεότυπα, όπως για παράδειγμα το στερεότυπο, ότι τα ψυχικώς πάσχοντα άτομα είναι εξαιρετικά αδύναμα. (Thomas et al., 2015). Το στίγμα μπορεί να οριστεί ως μια πολυδιάστατη διαδικασία, με την οποία ένας άνθρωπος αντιμετωπίζεται απάνθρωπα, σαν αντικείμενο, και στερείται του δικαιώματος της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να κρύψει την αιτία, που προκαλεί τη στιγματιστική συμπεριφορά, δηλαδή την ψυχική του νόσο. Περιλαμβάνει συναισθήματα φόβου και άγχους, αντίληψη διαχωρισμού μεταξύ του «εμείς» και «εσείς», αρνητικές σκέψεις για την δυνατότητα ίασης, αλλά και για το ποιος έχει την ευθύνη της κατάστασης (Masuda & Latzman, 2011).

Το στίγμα της ψυχικής νόσου αποτελεί τμήμα ενός φαύλου κύκλου που γιγαντώνεται και διαιωνίζεται βάσει τεσσάρων κοινωνιο-γνωστικών διαδικασιών: τα

σημάδια, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις (Sartorius, 2000). Ο όρος σημάδια αναφέρεται στο γεγονός, ότι ο δημόσιος νους οδηγείται στο συμπέρασμα, ότι κάποιος πάσχει από ψυχική νόσο από παρατηρούμενα ψυχιατρικά συμπτώματα (αλλόκοτη συμπεριφορά), από κοινωνικές δυσκολίες, από την εξωτερική εμφάνιση και από τις ετικέτες-ταμπέλες. Τα στερεότυπα αποτελούν γνωστικές δομές, γνωστικά σχήματα, τα οποία ο κοινός νους μαθαίνει για μια ομάδα ανθρώπων. Τα στερεότυπα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος κατηγοριοποίησης πληροφοριών για τις κοινωνικές ομάδες, και αυτά που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς έχουν να κάνουν με τη βία, την ανικανότητα και την ευθύνη για ό,τι τους συμβαίνει. Η προκατάληψη αφορά την υιοθέτηση των αρνητικών στερεοτύπων και ακολούθως τη γενίκευση αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων απέναντι στους αποδέκτες των στερεοτύπων. Έχει μια διάθεση κριτικής και είναι μια αντίδραση σε επίπεδο σκέψης και συναισθήματος. Οι προκαταλήψεις για την ψυχική νόσο εστιάζουν στην ελλειμματική παράξενη συμπεριφορά, στο ακαταλόγιστο των πράξεων και το ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας, κυρίως αναγκαστικής. Τέλος, η διάκριση είναι το επόμενο βήμα της προκατάληψης, είναι η αρνητική συμπεριφορά, που προκαλείται εναντίον της «σημαδεμένης» ομάδας ή και η υπερβολικά θετική συμπεριφορά υπέρ της. Η πιο συχνή συμπεριφορά διάκρισης είναι η αποφυγή των μελών, που ανήκουν σε αυτή την ομάδα (Goffman,2009).

Τα παραπάνω οδηγούν στη διαπίστωση τεσσάρων διαστάσεων του στίγματος που αφορούν: πρώτον τις διαπροσωπικές σχέσεις με περιορισμό των κοινωνικών επαφών, δεύτερον τις αντιλήψεις για τη ψυχική ασθένεια, οι οποίες διαρκώς προβάλλονται μέσα από τον κινηματογράφο και την τηλεόραση, τρίτον τις κοινωνικές δομές, τις πολιτικές αποφάσεις και τις νομικές ρυθμίσεις, καθώς παρατηρείται έλλειψη και κακή ποιότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τέταρτον την προσβασιμότητα σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους, όπως ο ρόλος του εργαζομένου, του συζύγου, του γονέα και του πολίτη (Καραβάτος & Ανδρέου, 2004).

3.3. Μορφές στίγματος

Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές φέρουν το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο, καθώς επηρεάζουν όλες τις πτυχές της ψυχοσυναιθηματικής ζωής και της συμπεριφοράς του ατόμου. Το στίγμα στην ψυχική υγεία διακρίνεται στο κοινωνικό στίγμα, δηλαδή τον τρόπο που βλέπει τον ψυχικά ασθενή ο κόσμος και τον αυτό-στιγματισμό, δηλαδή τον

τρόπο που το ίδιο το πάσχον άτομο βλέπει τον εαυτό του, εσωτερικεύοντας το κοινωνικό στίγμα. (Corrigan, 2004).

Ο κοινωνικός στιγματισμός και ο επακόλουθος κοινωνικός αποκλεισμός οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της νόσου (Κορδώση και συν., 2015). Οι ανθρώπινες κοινωνίες ό,τι δεν γνωρίζουν το φοβούνται και ό,τι φοβούνται το γελοιοποιούν και το περιθωριοποιούν, διότι νιώθουν πως απειλεί τη συνοχή τους. Η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής συνεπάγεται την άμεση ανάκληση στιγματιστικών στερεοτύπων για το άτομο που πάσχει, στερεοτύπων που διαχρονικά έχουν καταστεί αναπόσπαστο μέρος της οντότητας, στην οποία αντιστοιχεί η έννοια της ψυχικής ασθένειας. Το κοινωνικό στίγμα αποτελεί μια δεύτερη νόσο, που έρχεται να προστεθεί στις ήδη αρνητικές συνθήκες, που προδιαγράφει η ιατρικά προσδιορισμένη παθολογία. Αντιλήψεις σχετικές με την επικινδυνότητα και δυσλειτουργικότητα, την ανικανότητα ανταπόκρισης στις εργασιακές απαιτήσεις και στις απαιτήσεις της οικογενειακής ζωής, ανακινούνται αυτόματα στον κοινό νου και αφορούν σε ένα βαθμό το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (Pitre et al., 2007). Η ετικετοποίηση που υφίστανται αυτά τα άτομα δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση, την αποκατάσταση, αλλά και την ομαλή ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία (Μαδιανός, 1997).

Το υποκειμενικό βίωμα της περιθωριοποίησης και του αποκλεισμού έχει επίδραση στην αυτοπεποίθηση και στο επίπεδο δυσφορίας του ασθενή. Η έννοια του εσωτερικευμένου στίγματος έχει κεντρική σημασία στη ψυχολογική επιβάρυνση. Το εσωτερικευμένο στίγμα αναφέρεται στα συναισθήματα υποτίμησης και ντροπής και στις συμπεριφορές απόκρυψης και απόσυρσης, που αναδύονται, όταν το άτομο εφαρμόζει αρνητικά στερεότυπα για τον εαυτό του. Συνδέεται με χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, απώλεια ελπίδας και ενδυνάμωσης, ελλιπή κοινωνική λειτουργικότητα, χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αρνητική πρόγνωση (Chen et al, 2014, Lacey et al, 2015).

3.4. Επιπτώσεις του στίγματος

Το στίγμα στη ζωή των ψυχικά ασθενών φέρει μαζί του πολλές αρνητικές συνέπειες, που συναντώνται στην αυτοεικόνα του ατόμου, στις διαπροσωπικές και κοινωνικές

σχέσεις του, στις επαγγελματικές του ευκαιρίες, στην κοινωνική ασφάλιση, στη στέγαση και στην πορεία της νόσου (Karidi et al, 2010).

Το στίγμα επιβαρύνει την ψυχική συμπτωματολογία, καθώς οι ασθενείς εσωτερικεύουν το στερεότυπο, αναπτύσσοντας συναισθήματα ενοχής και ματαιώσης (Schulze & Angermeyer, 2003). Επίσης επιδεινώνει τα δεδομένα που αφορούν στην αποκατάσταση, όπως είναι η εύρεση στέγης και εργασίας, διότι τα άτομα φέρουν ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό, το οποίο τους καθιστά αδύναμους να εργαστούν και επικίνδυνους για να νοικιάσουν ένα σπίτι ή ακόμη και για να δημιουργηθούν στις γειτονιές ξενώνες και οικοτροφεία, που θα καλύπτουν την ανάγκη στέγασης, προκειμένου να ζήσουν κι αυτοί, όπως οι υπόλοιποι άνθρωποι (Καραβάτος & Ανδρέου, 2004).

Η αλλοίωση της κοινωνικής υπόστασης, η έλλειψη κοινωνικού δικτύου υποστήριξης και η μειωμένη αυτοπεποίθηση των ασθενών, τα οποία είναι αποτέλεσμα του στίγματος, έχουν ως συνέπεια την μειωμένη πίστη στον εαυτό τους, την αποφυγή γνωστοποίησης του προβλήματος στον κοινωνικό τους κύκλο, την καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας, λόγω άρνησης της κατάστασης τους, την αποφυγή συνθηκών που την επιβεβαιώνουν (Corrigan, 2004), την απουσία κατάλληλης θεραπείας, τη μειωμένη συνεργασιμότητα και συμμόρφωση στη θεραπεία, την παράταση της νόσου και την αναπόφευκτη νοσηλεία. (Καραβάτος & Ανδρέου, 2004).

Το στίγμα των ψυχικά ασθενών επηρεάζει και τα μέλη της οικογένειάς τους, καθώς σηκώνουν το τεράστιο συναισθηματικό βάρος, αλλά και το βάρος της φροντίδας. Τα μέλη βιώνουν τις συνέπειες του στίγματος και γι' αυτό το λόγο περιορίζουν τις κοινωνικές τους επαφές εκτός του οικογενειακού κύκλου και πολλές φορές υιοθετούν αρνητική στάση απέναντι στον πάσχοντα (Lefley, 1989).

Τέλος, φαίνεται ότι το στίγμα δεν έχει να κάνει μόνο με τον χαρακτηρισμό των ψυχικά ασθενών αλλά και με την αρνητική στάση απέναντι στην ψυχιατρική αρωγή και με την υποτίμηση κάθε οφέλους που μπορεί να προκύψει από κάποια θεραπεία, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με τη δυσπραγία στην εύρεση πόρων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Chen et al., 2014).

3.5. Τρόποι αντιμετώπισης του στίγματος

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, ότι οι κοινωνικές στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή (Οικονόμου και συν., 2006). Η επιβίωση, άλλωστε, αυτών των νοητικών κατασκευών στον χρόνο, σε πείσμα της πολιτισμικής εξέλιξης, μαρτυρεί την ανθεκτικότητά τους. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αλλαγή τους, αλλά δεν αρκεί. Η ρήξη των προκαταλήψεων και των σχετικών στερεοτύπων που συντελούν στη διαμόρφωση της αρνητικής στάσης απέναντι σε ομάδες «διαφορετικές» είναι μια διαδικασία που απαιτεί συντονισμένες ενέργειες, μακρόχρονη προσπάθεια, διάχυση της πληροφόρησης, συνεργασία και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και φορέων από διάφορους τομείς της κοινωνίας και του πολιτισμού.

Ο Corrigan (2001) μέσα από το εκτενές έργο του, προσανατολισμένο στη μελέτη, την κατανόηση, την ανάλυση και την αντιμετώπιση του στίγματος, υποστηρίζει, ότι οι τρεις κύριες στρατηγικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Η διαμαρτυρία αναφέρεται κυρίως στα μέσα μαζικής ενημέρωσης τόσο για τις ανακριβείς και αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας, όσο και για την ανάληψη και στιγματιστική γλώσσα, που χρησιμοποιούν για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ειδικά στην περίπτωση της ψυχικής νόσου, είναι ερευνητικά τεκμηριωμένο, ότι οι σχετικές γνώσεις και πεποιθήσεις του μη ειδικού κοινού προέρχονται σχεδόν αποκλειστικά από τις αναπαραστάσεις της τηλεόρασης και του κινηματογράφου, οι οποίες κατά κανόνα αναπαράγουν αρνητικά στερεότυπα, με προεξάρχον αυτό του «βίαιου και επικίνδυνου ψυχασθενή» (Οικονόμου & Χαρίτση, 2016). Τα ΜΜΕ μέσα από την υπεύθυνη και ακριβή παρουσίαση των θεμάτων ψυχικής υγείας και την παροχή σωστής ενημέρωσης, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στη μείωση του στίγματος, γι' αυτό επιδιώκονται συνεχείς παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινής γνώμης, καθώς και συνεχής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ για επίτευξη αντικειμενικής πληροφόρησης και αποδραματοποιημένης και ισορροπημένης παρουσίασης της ψυχικής ασθένειας (Κορδώση και συν.,2015).

Η εκπαίδευση του πληθυσμού αποτελεί κύρια συνιστώσα, προκειμένου να καταρριφθούν οι μύθοι και τα στερεότυπα για τη ψυχική νόσο (Corrigan, 2001). Η

εκπαίδευση πρέπει να ξεκινάει από τους ίδιους τους φορείς της, και η εκπαιδευτική διαδικασία, ήδη από την προσχολική ηλικία, να προλαμβάνει τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις, που βρίσκονται διάχυτα στη κοινωνία. Η εκπαίδευση μπορεί να επέλθει και από τα ΜΜΕ, πάντα μέσω της ορθής χρήσης τους. Επιπροσθέτως, εκπαίδευση για την αποφυγή και αντιμετώπιση του στίγματος πρέπει να λαμβάνουν και οι επαγγελματίες υγείας, καθώς το στίγμα επηρεάζει σημαντικά το ψυχισμό του ατόμου και τη συνέχεια της φροντίδας του. Η εκπαίδευση δεν πρέπει να περιορίζεται στους ψυχιάτρους, αλλά να επεκτείνεται και σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, διότι τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών δεν είναι μόνο ψυχικά ή ψυχοσωματικά.

Η επαφή με την ψυχική ασθένεια μειώνει την τάση υιοθέτησης στερεοτύπων. Όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από τον φορέα της ασθένειας, τόσο πιο στρεβλή είναι η εικόνα που διαμορφώνουμε για εκείνον. Αντιθέτως, η μείωση της απόστασης μας φέρνει πιο κοντά στην πραγματικότητα, προάγει την επικοινωνία μεταξύ των μελών της κοινότητας και μας βοηθά να δούμε πίσω από το στίγμα. Η επαφή και συνδιαλλαγή με ψυχικά ασθενείς, καθώς και η παραμονή και αποθεραπεία μέσα στην κοινότητα μπορεί να αποτρέψει το διαχωρισμό του "εμείς" από το "εσείς", που αποτελεί χαρακτηριστικό του κοινωνικού στιγματισμού (Corrigan, 2001).

Σε πρακτικό επίπεδο, με το σκεπτικό πως ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές, η πιο σοβαρή από αυτές, η σχιζοφρένεια, είναι εκείνη που φέρει και το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (WPA) ξεκίνησε το 1996 ένα μεγάλο διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τη σχιζοφρένεια, με κεντρικό μήνυμα «Open the doors» («Ας Ανοίξουμε τις Πόρτες»). Ένα μήνυμα που αντιστρατεύεται τη λογική που θέλει τους ασθενείς «εκτός των τειχών» και σηματοδοτεί ένα άνοιγμα προς την κοινωνία αλλά και από την κοινωνία προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Για τη χώρα μας, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Έτσι, το 2000, με κεντρικό μήνυμα «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ξεκίνησε και στην Ελλάδα το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας», με κύριο στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια, την ανάπτυξη δράσεων για την αλλαγή των αρνητικών απόψεων και τη βελτίωση της στάσης του κόσμου (Οικονόμου και συν., 2006).

Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το ΕΠΨΥ υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών «αντί- στίγμα». Πρόκειται για ένα επιστημονικό πρόγραμμα, που δραστηριοποιείται πολυεπίπεδα στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας. Στον ερευνητικό τομέα, έμφαση δίνεται στη διερεύνηση των γνώσεων για τις ψυχικές διαταραχές και των στάσεων απέναντι στους πάσχοντες από κάποια ψυχική ασθένεια και εστιάζεται τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, φοιτητές, μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οικογένειες και ασθενείς, κατοίκους περιοχών, όπου λειτουργούν ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης για ψυχικά ασθενείς). Επίσης, το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζονται θέματα, που αφορούν την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς. Γι' αυτό το λόγο, συλλέγονται, μελετώνται, αναλύονται και αξιολογούνται σε καθημερινή βάση δημοσιεύματα από τον ελληνικό ημερήσιο και περιοδικό Τύπο, τα οποία αναφέρονται σε θέματα ψυχικής υγείας/ ψυχικής ασθένειας.

Ο εκπαιδευτικός τομέας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον ερευνητικό, καθώς μέσα από τη διερεύνηση των γνώσεων και της στάσης του κόσμου, αναδύθηκε η επιτακτική ανάγκη ενημέρωσης. Η επιστημονική ομάδα του Προγράμματος «αντί-στίγμα» έχει σχεδιάσει ειδικές παρεμβάσεις, προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες της εκάστοτε πληθυσμιακής ομάδας (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ασθενείς και οικογένειες, μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας κ.ά.), με απώτερο πάντα στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση (Οικονόμου και συν., 2006).

Ο τομέας επικοινωνίας του Προγράμματος «αντί- στίγμα» προωθεί τη διάχυση της πληροφόρησης στο ευρύ κοινό, απαραίτητο συστατικό μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης, και περιλαμβάνει: τη συνεργασία με τα ΜΜΕ, τη δημιουργία επικοινωνιακού και ενημερωτικού υλικού, καθώς και ειδικών εκδόσεων (οδηγοί αυτοβοήθειας για τη Σχιζοφρένεια και τη Διπολική Διαταραχή), τον συντονισμό δικτύου εθελοντών, την υλοποίηση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης τοπικών κοινωνιών, την οργάνωση πολιτιστικών εκδηλώσεων, τη διατήρηση εξειδικευμένων ιστοσελίδων και τη λειτουργία της Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη (Οικονόμου και συν., 2006).

Ο τέταρτος τομέας δράσης του προγράμματος είναι αυτός της συνηγορίας. Η έννοια της συνηγορίας για την ψυχική υγεία αναπτύχθηκε για να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Σε αυτήν εντάσσεται μια ποικιλία δραστηριοτήτων, οι οποίες έχουν σκοπό να άρουν τόσο τα κύρια διαρθρωτικά εμπόδια, όσο και αυτά που σχετίζονται με τις κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις (Οικονόμου & Χαρίτση, 2010). Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο, το Πρόγραμμα «αντί- στίγμα» διατηρεί στενή συνεργασία τόσο με Συλλόγους Οικογενειών ατόμων με ψυχική ασθένεια όσο και με Συλλόγους Χρηστών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, καθώς και με πλήθος Κυβερνητικών και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, που μάχονται για την προάσπιση και προώθηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

3.6. Στίγμα και επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Τόσο το κοινό, όσο και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν συχνά αρνητικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και προσαρμόζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους. Οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαμορφώνονται και ποικίλλουν ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές νόρμες στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών ομάδων. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προέρχονται από το κοινωνικό σύνολο και ζουν και εργάζονται μέσα σε αυτό. Το ερώτημα που γεννιέται, είναι αν κατορθώνουν να ξεφύγουν από τις πολιτιστικές και κοινωνικές επιρροές και να απαλλαγούν από τις στερεοτυπικές προκαταλήψεις με εφόδιο της εκπαίδευσή τους (Ay et al., 2006). Σε όλες τις περιπτώσεις, η επαγγελματική αυτή ομάδα χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο βαθμό ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την ψυχική νόσο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, καθώς και από περισσότερη επαφή με άτομα με ψυχικές διαταραχές. Γνωρίζοντας ότι η εκπαίδευση μειώνει τις προκαταλήψεις και τις περιφρονητικές στάσεις, και πως η επαφή με τους ψυχικά ασθενείς έχει αναδειχθεί σημαντική μεταβλητή στην καταπολέμηση του στίγματος, θεωρείται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα ασπάζονται λιγότερο στιγματιστικές πεποιθήσεις και θα εκφράζουν την επιθυμία για μικρότερη κοινωνική απόσταση (Corrigan, 2001).

Η διαφορά μεταξύ του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας φαίνεται πολλές φορές να είναι μικρή, καθώς στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

είναι έντονη η ανησυχία για επικίνδυνη και απρόβλεπτη συμπεριφορά, ιδιαίτερα για τους ψυχωτικούς. Παράλληλα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την αντιμετώπιση της νόσου, όπως οι εξωπυραμιδικές παρενέργειες, συμβάλλουν στο στιγματισμό περισσότερο από την ίδια τη νόσο (Ay et al., 2006). Σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να αναλάβουν να μειώσουν την άγνοια και την προκατάληψη, προωθώντας τη γνώση, την κατανόηση και το σεβασμό και θα πρέπει οι ίδιοι να είναι ενήμεροι για τη φύση, τις εκδηλώσεις και τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών. Παράλληλα θα πρέπει να είναι απαλλαγμένοι από το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες, αφού μόνο έτσι θα μπορούν να μεταδώσουν αισθήματα αισιοδοξίας και αποδοχής.

3.7. Προηγούμενες έρευνες

Κάθε μελέτη για το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι στην πραγματικότητα μια ερευνα για την ιστορία των ανθρώπινων νοοτροπιών και αντιλήψεων σχετικά με το οικείο και το ανοίκειο, το «κανονικό» και το «ανώμαλο», το έλλογο και το παράλογο. Αποτελεί, επίσης, έρευνα για την τάση των ανθρώπων να προσλαμβάνουν τον κόσμο μέσω βεβαιοτήτων και αυτονόητων «αληθειών», για την εγκυρότητα των οποίων σπάνια εκφράζουν αμφιβολίες και για των οποίων την προέλευση και τη γενεαλογία δεν έχουν συνήθως τη διάθεση να εκδηλώσουν καμιά απορία ή προβληματισμό (Οικονόμου & Αδαμόπουλος, 2014).

Υπάρχει σημαντική βιβλιογραφία που τεκμηριώνει τις αρνητικές δημόσιες απόψεις και συμπεριφορές προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Πολλές έρευνες μελέτησαν τις γενικές στάσεις και αντιλήψεις του κοινού σε σχέση με την ψυχική νόσο και την κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς (Rabkin, 1974, O'grady, 1996). Οι στάσεις του κοινού κρίνονται ως αρνητικές απέναντι στην ψυχική νόσο. Τα άτομα με σχιζοφρένεια θεωρούνται απρόβλεπτα, επιθετικά, επικίνδυνα, χαμηλής νοημοσύνης, με έλλειψη αυτοέλεγχου και λογικής και ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού αντιτίθεται στην προοπτική να αναμειχθεί σε συγκεκριμένες κοινωνικές σχέσεις, όπως το να μοιραστεί ένα διαμέρισμα με άτομο με σχιζοφρένεια, να το προτείνει για εργασία ή να του εμπιστευτεί τη φροντίδα των παιδιών του. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ψυχική νόσο βάσει στερεοτύπων συνοψίζονται ως εξής: ατημέλητη εμφάνιση, οξύθυμη συμπεριφορά και χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (Byrne,

2001). Οι υποθέσεις, γύρω από την ύπαρξη ψυχικής νόσου, βασίζονται στην ελλειμματική συμπεριφορά, στις ακατανόητες πράξεις και φυσικά στο ιστορικό αναγκαστικής νοσηλείας, βίαιης συμπεριφοράς και εγκληματικότητας. Η πληροφόρηση της κοινής γνώμης για την ψυχική διαταραχή απεικονίζει ένα αυτοπροκαλούμενο νόσημα, χρόνιας μορφής που δεν θεραπεύεται, στο οποίο ο ασθενής πρέπει να παίρνει πάντα τα φάρμακα του για να είναι καλά (Byrne, 2001).

Οι στάσεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε όσους παρέχουν τις υπηρεσίες τους είναι επίσης πολύ σημαντικές, διότι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες, μπορεί να έχει συνέπειες στα αποτελέσματα της θεραπείας και την ποιότητα ζωής που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι και εκπαιδευτικοί, των οποίων οι νοοτροπίες και η συμπεριφορά τους μπορούν να επηρεάσουν τους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Ο Schulze (2007) διαπίστωσε, πως οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν έχουν λάβει την ίδια προσοχή, που έχουν λάβει οι στάσεις του γενικού πληθυσμού. Ένας λόγος αυτής της διαπίστωσης μπορεί να είναι η υπόθεση, ότι οι νοοτροπίες αυτών των επαγγελματιών, οι οποίοι έχουν αφιερωθεί στη φροντίδα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, είναι θετικές και υποδειγματικές. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν υποστηρίζεται με συνέπεια από την έρευνα. Ο Schulze (2007) εξέτασε διάφορες πτυχές της σχέσης στίγματος και επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κυρίως την πτυχή των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ανθρώπους, στους οποίους παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Με βάση 10 μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1997 και 2006, ο Schulze (2007) κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι αυτές παρουσίασαν αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με τις συμπεριφορές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Μερικές μελέτες έδειξαν θετικές απόψεις, ενώ άλλες έδειξαν λιγότερο θετικές, ακόμη και αρνητικές απόψεις. Ο Schulze (2007) σημείωσε, πως στην πραγματικότητα σχεδόν τα τρία τέταρτα των σχετικών δημοσιεύσεων αναφέρουν, ότι οι πεποιθήσεις αυτών που παρέχουν ψυχική υγειονομική περίθαλψη δεν διαφέρουν από εκείνες του γενικού πληθυσμού ή είναι ακόμα πιο αρνητικές. Επιπλέον, οι αναφορές των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και των οικογενειών τους, συχνά περιλαμβάνουν περιπτώσεις ασεβούς αντιμετώπισης κατά τη θεραπεία και έκφραση αρνητικών στάσεων από τους φροντιστές ψυχικής υγείας. Ευρήματα όπως αυτά, οδήγησαν τους ερευνητές στη πεποίθηση, ότι η συμπεριφορά και η στάση

των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί να είναι ισχυροί συντελεστές στις διαρκείς διακρίσεις και στο στιγματισμό, από τα οποία τα άτομα με ψυχικές ασθένειες επιβαρύνονται (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Αν και πολλές μελέτες τεκμηριώναν, ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν συνολικά θετικές στάσεις απέναντι σε εκείνους με τους οποίους εργάζονται ή, τουλάχιστον, στάσεις που είναι πιο θετικές από αυτές του γενικού πληθυσμού, υπάρχει σοβαρός αριθμός μελετών που αντιτίθεται στην παραπάνω διαπίστωση και παρουσιάζουν λιγότερο ευνοϊκές, ή και αρνητικές συμπεριφορές μεταξύ των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Συνολικά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αξιολόγησαν όλες τις αρνητικές περιγραφές, όπως απειλητικός, επικίνδυνος, απρόβλεπτος, ως πιο χαρακτηριστικές και όλες τις θετικές ως λιγότερο χαρακτηριστικές των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια. Η Lauber και οι συνεργάτες της (2006), ανέφεραν, ότι οι ψυχίατροι έδειξαν πιο αρνητικές αντιλήψεις από άλλους επαγγελματίες και βαθμολόγησαν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες ως πιο επικίνδυνα, λιγότερο εξειδικευμένα και περισσότερο κοινωνικά ενοχλητικά από ότι οι ψυχολόγοι, οι νοσηλευτές ή άλλοι θεραπευτές. Πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας φάνηκαν να μοιράζονται την κοινή πεποίθηση, ότι οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνοι. Πολλοί αμφισβήτησαν την πιθανότητα ανάρρωσης και υιοθέτησαν απόψεις στιγματιστικές, όπως ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν πρέπει να παντρεύονται ή να έχουν παιδιά. Αρνητικές στάσεις ήταν ιδιαίτερα εμφανείς και για τα μέτρα κοινωνικής απόστασης. Ακόμη και όταν οι επαγγελματίες υγείας έκαναν δηλώσεις, που έδειχναν αισιόδοξες και κατανοητές απόψεις για τους ψυχικά ασθένειες, οι στάσεις τους έτειναν να είναι παρόμοιες με το κοινό, επειδή παρουσιάζονταν απρόθυμοι να αποδεχθούν εκείνους με ψυχιατρικές διαταραχές στους κοινωνικούς και επαγγελματικούς κύκλους τους.

Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες, οι Hayward και Bright (1997) σε μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και χαμηλότερης επαγγελματικής ή/ και κοινωνικής στάθμης τείνουν να διατηρούν πιο απορριπτική στάση προς τους ψυχικά ασθενείς. Σημαντική στην υιοθέτηση μιας πιο ανεκτικής στάσης απέναντι στη ψυχική νόσο αποδείχθηκε η ενημέρωση και η εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία, καθώς και η επαφή με άτομα που πάσχουν. Μια άλλη ερευνητική ανασκόπηση της Μέριτκα και των συνεργατών της (2006) έδειξε, πως η κοινωνική

ταυτότητα των ατόμων επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια, δεν αποτελεί, όμως, τον ισχυρότερο παράγοντα στη διαδικασία υιοθέτησης στιγματιστικών αντιλήψεων, και ανέδειξε ως πιο αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης του στίγματος την επαφή και την εξοικείωση με τον ψυχικά πάσχοντα.

Στον ελλαδικό χώρο οι έρευνες για το στιγματισμό της ψυχικής ασθένειας επικεντρώνονται στις απόψεις του γενικού πληθυσμού. Η κ. Οικονόμου και οι συνεργάτες της (2005) μετρώντας την κοινωνική απόσταση στο γενικό πληθυσμό, έδειξαν πως γενικά οι Έλληνες εκφράζουν μεγάλη επιθυμία κοινωνικής απόστασης απέναντι στον ψυχικά ασθενή και συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με αποτελέσματα παρόμοιας έρευνας σε Γερμανία και Καναδά, φάνηκε ότι εκφράζουν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση από τους Καναδούς και τους Γερμανούς. Σε μια άλλη μελέτη (Economou et al., 2009) φάνηκε, πως ο γενικός πληθυσμός δεν έχει λάβει πληροφορίες σχετικά με τη σχιζοφρένεια ή έχει παραπληροφορηθεί για αυτήν, με αποτέλεσμα να πιστεύει, ότι ο ψυχικά πάσχοντας δεν είναι ευφυής, δε μπορεί να διατηρήσει μια κανονική δουλειά, είναι επικίνδυνος και ενοχλητικός για την κοινωνία. Επίσης, σε μια πιο πρόσφατη μελέτη (Οικονόμου και συν., 2011), η ύπαρξη έντονου στίγματος καταδεικνύεται τόσο από τις αντιλήψεις, που εξέφρασε ο γενικός πληθυσμός για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες της μελέτης, όσο και από τον υψηλό δείκτη κοινωνικής απόστασης από αυτές, με πιο στιγματισμένες ομάδες να εμφανίζονται οι χρήστες ουσιών και οι ψυχικά ασθενείς, συγκριτικά με τους φορείς του HIV, τους άστεγους, τους μετανάστες, τα άτομα με σωματική αναπηρία και τους αποφυλακισμένους. Το υψηλό στίγμα που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη για την ομάδα των ψυχικά ασθενών είναι επίσης ένα εύρημα που συμπλέει με διεθνή, αλλά και με τα προαναφερθέντα ελληνικά ερευνητικά στοιχεία (Economou et al., 2005, Economou et al., 2009) και φαίνεται ότι συνδέεται στενά με την αντίληψη αναφορικά με την επικινδυνότητα και την απρόβλεπτη ή ανεξέλεγκτη συμπεριφορά τους.

4. Το μοντέλο της ανάρρωσης

4.1. Η έννοια της ανάρρωσης

Παρά την έλλειψη ομοιογένειας, οι περισσότεροι ορισμοί του recovery ενσωματώνουν στοιχεία αποδοχής της αρρώστιας, επένδυσης στην ελπίδα για το

μέλλον και αναζήτησης ενός ανανεωμένου νοήματος εαυτού, μιας διαφορετικής ταυτότητας. Όπως αναφέρεται στο βιβλίο του κύριου Στυλιανίδη (2014), υπάρχουν τρεις ορισμοί του recovery που συναντώνται συχνότερα βιβλιογραφικά. Σύμφωνα με τον Anthony (1993) το recovery προϋποθέτει την ανάπτυξη ενός νέου νοήματος και σκοπού στη ζωή του ψυχικά πάσχοντος, όπως αυτός αναπτύσσεται πέρα των καταστροφικών αποτελεσμάτων της ψυχιατρικής μειονεξίας. Ο Deegan (1988) θεωρεί, πως το recovery αναφέρεται στην πραγματική εμπειρία ζωής των ατόμων, τα οποία αποδέχονται και υπερβαίνουν την πρόκληση της μειονεξίας τους. Τέλος, οι Spaniol και Koehler (1994) όρισαν το recovery ως μια διαδικασία, μέσα από την οποία τα άτομα με ψυχιατρικές μειονεξίες ξαναχτίζουν και αναπτύσσουν περαιτέρω σημαντικές προσωπικές, περιβαλλοντικές, κοινωνικές και πνευματικές συνδέσεις και αναμετρώνται με τα καταστροφικά αποτελέσματα των διακρίσεων μέσα από την ενδυνάμωσή τους.

Οι παραπάνω ορισμοί διαφέρουν από αυτόν που χρησιμοποιείται στην κλινική έρευνα, όπου το recovery ορίζεται ως η εξαφάνιση των συμπτωμάτων, που προκαλούν τη μειονεξία ενός ατόμου ή η επιστροφή σε μια προηγούμενη κατάσταση (Young & Ensing, 1999). Το recovery στη κλινική έρευνα είναι η απουσία κάποιων μη επιθυμητών σημείων ή καταστάσεων ή η εξαφάνιση κάποιου προβλήματος, που δεν ήταν μέρος της ζωής του ατόμου πριν την αρρώστια ή που προέκυψε από φαρμακοθεραπείες ή νοσηλείες (White, 2000).

Από την οπτική των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των επαγγελματιών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, το recovery δεν γίνεται κατανοητό ως μια στατική κατάσταση ή αποτέλεσμα, αλλά είναι μια διαδικασία ζωής που εμπλέκει έναν αυξανόμενο αριθμό βημάτων σε διαφορετικά επίπεδα ζωής, μια συνεχής διαδικασία ανάρρωσης που τείνει προς την ίαση. Για το άτομο με ψυχική ασθένεια, η ανάρρωση σημαίνει να κερδίζει και να διατηρεί την ελπίδα, να κατανοεί τις δυνατότητες και τις ανάγκες του, να εμπλέκεται με ενεργό τρόπο στη ζωή, να έχει προσωπική αυτονομία, κοινωνική ταυτότητα, έννοια και σκοπό στη ζωή και μια θετική αίσθηση του εαυτού (Jacobson & Greenley, 2001). Η ανάρρωση βιώνεται από το κίνημα των ληπτών και των οικογενειών στο χώρο της ψυχικής υγείας περισσότερο σαν στάση και τρόπο ζωής, ως όραμα ή εμπειρία, παρά ως κλινική έκβαση (Deegan, 1988).

4.2. Το μοντέλο της ανάρρωσης

"Το μοντέλο recovery αποτελεί ένα μοντέλο, το οποίο αφορά στην ανάκτηση του ελέγχου στη ζωή του ατόμου. Αναπτύχθηκε, κατά κύριο λόγο, αναφορικά με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου το βιοϊατρικό μοντέλο απέκλειε την οποιαδήποτε δυνατότητα ουσιαστικής ανάρρωσης και ελέγχου στη ζωή των ατόμων με ψυχική αναπηρία. Μέσα από μια βιοψυχοκοινωνική μάτια, το μοντέλο αυτό μεταθέτει τον στόχο της θεραπείας από τη μείωση των συμπτωμάτων σε μια ουσιαστική ολοκλήρωση και νοηματοδότηση της ζωής των ατόμων, αλλά και της ισότιμης συμμετοχής τους στη κοινότητα. Η αντίληψη της ανάρρωσης υπερβαίνει την έννοια της θεραπευτικής φροντίδας και μεταφέρεται στη σύγχρονη προβληματική της ψυχοθεραπείας των ψυχώσεων" (Στυλιανίδης και συν., 2013). Υπό το πρίσμα του μοντέλου της ανάρρωσης δεν αναρρώνει κάποιος μόνο από τα προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά διαχειρίζεται και το γεγονός, ότι έζησε σε ψυχιατρικό ίδρυμα και παράλληλα υπέστη τις συνέπειες του στίγματος και της απομόνωσης από την κοινωνία και την εργασία. Στόχος του μοντέλου δεν αποτελεί η εδώ και τώρα ίαση, αλλά προϋποθέτει μια μετάθεση της προσοχής από την αρρώστια και τους παράγοντες εξέλιξης της προς την επανεπένδυση σε μια ενεργό ζωή και τη βελτίωση στο μέγιστο δυνατό εξατομικευμένο όριο των συνθηκών της καθημερινότητας και της κοινωνικής ζωής. Βασική αρχή του μοντέλου είναι, ότι η χρονιότητα της ασθένειας δεν συνεπάγεται και το ανίατο της κατάστασης, όπως είναι η προκατάληψη σημαντικού ποσοστού των ειδικών ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης και συν., 2013).

Για όλα τα παραπάνω βέβαια, χρειάζεται αλλαγή της κουλτούρας αλλά και της πρακτικής στη ψυχιατρική. Απαιτείται από το ίδιο το άτομο να λειτουργήσει ως λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ως εμπειρογνώμονας της δικής του ασθένειας και όχι ως παθητικός δέκτης που συμμορφώνεται στις εκάστοτε θεραπευτικές οδηγίες. Αυτή η αλλαγή πρέπει να συνοδεύεται και από ταυτόχρονη αλλαγή στη δομή και λειτουργία των υπηρεσιών, αλλά και στην ευρύτερη στάση της κοινωνίας, ώστε να μπορεί να δεχθεί το διαφορετικό και να μην θέτει ως προϋπόθεση ενσωμάτωσης την προσαρμογή των ατόμων στην κανονικότητα.

4.3. Βασικές αρχές του μοντέλου

Το μοντέλο της ανάρρωσης διέπεται από κάποιες αρχές, προσανατολισμένες στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, προκειμένου οι υπηρεσίες που το εφαρμόζουν να ακολουθούν μια ορθολογική πρακτική της ψυχικής υγείας και να υποστηρίζουν την αποκατάσταση των ασθενών. Πρώτη αρχή αποτελεί η μοναδικότητα του ατόμου. Αυτή η αρχή αναγνωρίζει, ότι η ανάρρωση δεν συνεπάγεται απαραίτητα τη θεραπεία, αλλά αφορά την επίτευξη μιας ικανοποιητικής ζωής ως αξιόλογο μέλος της κοινότητας, αποδέχεται ότι τα αποτελέσματα της ανάρρωσης είναι προσωπικά και μοναδικά για κάθε άτομο και υπερβαίνουν μια αποκλειστική εστίαση στην υγεία για να συμπεριλάβουν μια έμφαση στην κοινωνική ένταξη και την ποιότητα ζωής και εξουσιοδοτεί τα άτομα, να αναγνωρίζουν, ότι βρίσκονται στο επίκεντρο της φροντίδας που λαμβάνουν. Δεύτερη αρχή είναι οι πραγματικές επιλογές. Τούτη η αρχή υποστηρίζει και εξουσιοδοτεί τα άτομα να κάνουν τις δικές τους επιλογές για το πώς θέλουν να οδηγήσουν τη ζωή τους και αναγνωρίζει, ότι οι επιλογές πρέπει να έχουν νόημα και να διερευνηθούν δημιουργικά, υποστηρίζει τα άτομα, ώστε να αξιοποιήσουν τις δυνάμεις τους και να αναλάβουν τη μεγαλύτερη ευθύνη για τη ζωή τους και διασφαλίζει την ισορροπία μεταξύ του καθήκοντος περίθαλψης και της υποστήριξης των ατόμων, ώστε να πάρουν ρίσκα και να αξιοποιήσουν στο έπακρο τις νέες ευκαιρίες. Η τρίτη αρχή αφορά στα δικαιώματα του ατόμου. Περιλαμβάνει την ακρόαση, τη μάθηση και την επικοινωνία από το άτομο προς τους φροντιστές του για το τι είναι σημαντικό, προωθεί και προστατεύει τα ανθρώπινα δικαιώματα του ατόμου, υποστηρίζει τα άτομα στο να διατηρούν και να αναπτύσσουν κοινωνικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, που έχουν νόημα για αυτό. Η τέταρτη αρχή είναι η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός. Αναφέρεται στην ευγένεια, το σεβασμό και την ειλικρίνεια σε όλες τις αλληλεπιδράσεις, στην ευαισθησία απέναντι στις αξίες, τις πεποιθήσεις και τον πολιτισμό του ατόμου και αμφισβητεί τις διακρίσεις και το στιγματισμό που υπάρχει μέσα στις υπηρεσίες ή την ευρύτερη κοινότητα. Η πέμπτη αρχή είναι η συναδελφικότητα και η επικοινωνία. Η αρχή αυτή αναγνωρίζει, ότι κάθε άτομο είναι ο ειδικός στη ζωή του και ότι η ανάρρωση συνεπάγεται εργασία με ταυτόχρονη υποστήριξη από τους φροντιστές, εκτιμά τη σημασία της ανταλλαγής πληροφοριών και την ανάγκη επικοινωνίας με σαφήνεια για την αποτελεσματική εμπλοκή στην εργασία και προσεγγίζει την εργασία με θετικό και ρεαλιστικό τρόπο, με τους ιδιώτες και τους φροντιστές να βοηθούν, ώστε τα άτομα να συνειδητοποιήσουν τις ελπίδες τους, τους στόχους και τις

προσδοκίες τους. Τελευταία αρχή είναι η αξιολόγηση της ανάρρωσης. Τούτη διασφαλίζει και καθιστά δυνατή τη συνεχή αξιολόγηση της πρακτικής, που βασίζεται στην ανάρρωση σε διάφορα επίπεδα, τα άτομα και οι φροντιστές τους μπορούν να παρακολουθήσουν τη δική τους πρόοδο, οι υπηρεσίες αποδεικνύουν ότι χρησιμοποιούν τις εμπειρίες περίθαλψης του ατόμου για να βελτιώσουν τις παροχές τους, το σύστημα ψυχικής υγείας αναφέρει τα βασικά αποτελέσματα, που υποδηλώνουν ανάρρωση συμπεριλαμβάνοντας – χωρίς όμως να περιορίζεται σε αυτά – την στέγαση, την απασχόληση, την εκπαίδευση και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς και μέτρα υγείας και ευεξίας (National Standards for Mental Health Services, Australia, 2010).

4.4. Βασικά συστατικά του μοντέλου

Ο Davidson και οι συνεργάτες του (2005) περιέγραψαν τα βασικά συστατικά του μοντέλου της ανάρρωσης. Σύμφωνα με αυτούς, η ανανέωση της ελπίδας και της δέσμευσης, η οποία συνοδεύεται από επιθυμία και κίνητρο, είναι απαραίτητη για την ανάρρωση. Εξίσου απαραίτητο θεωρούν τον επαναπροσδιορισμό του εαυτού και την επαναξιολόγηση της ψυχικής ασθένειας. Είναι σημαντικό, το άτομο να ενσωματώσει την ασθένεια μέσω της αναγνώρισης και της αποδοχής των περιορισμών, που τίθενται από αυτήν, και μέσω της ανακάλυψης των ταλέντων και των δυνατοτήτων του, που του επιτρέπουν να επιδιώξει και να πετύχει στόχους ζωής, παρά την ύπαρξη της αναπηρίας. Εξίσου σημαντική είναι και η ενασχόληση με νοηματοδοτούμενες δραστηριότητες και ρόλους, ώστε το άτομο να συμβάλλει με δημιουργικό τρόπο στην κοινότητα, καθώς και η ενδυνάμωση και εξάσκηση του δικαιώματος του πολίτη, ώστε να αρχίσει να διεκδικεί, όπως κάθε πολίτης, τα ίδια δικαιώματα. Επίσης, η ανάκτηση του ελέγχου από τον ίδιο τον πάσχοντα και η διαχείριση των συμπτωμάτων του, αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την ανάρρωση, καθώς δίνουν την αίσθηση του εαυτού ως δρών και αποτελεσματικό υποκείμενο και επιτρέπουν την ενεργό εμπλοκή του στη θεραπεία υπό το δικό του έλεγχο, αντί να δέχεται παθητικά τις υπηρεσίες, που του παρέχονται. Όμως η ανάρρωση δεν συμβαίνει στην απομόνωση, γι' αυτό το λόγο απαραίτητο συστατικό του μοντέλου είναι η υποστήριξη από τους άλλους, είτε αυτοί είναι συγγενείς και φίλοι, είτε μέλη της κοινότητας ή ομότιμοι και η ανάδειξη της ανεξαρτησίας στη κοινότητα που έχει επιλέξει να διαμένει, ώστε το άτομο να ενθαρρύνεται να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση έχει

δοθεί στο στίγμα και την αντιμετώπιση του. Οι άνθρωποι πρέπει να αναρρώνουν από τις κοινωνικές συνέπειες και το κοινωνικό στίγμα, καθώς και από τις επιδράσεις της ίδιας της ασθένειας. Η ανάρρωση περιλαμβάνει την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας στο στίγμα και την ενεργό δράση ενάντια σε αυτό (Perlick, 2001).

4.5. Η εφαρμογή του μοντέλου της ανάρρωσης

Η έννοια και η πρακτική του recovery μοιάζει να κερδίζει έδαφος την τελευταία δεκαετία, ιδιαίτερα στις καλές πρακτικές των αγγλοσαξωνικών χωρών και στις εμπειρίες αποϊδρυματισμού και κριτικής ψυχιατρικής στην Ευρώπη. Σημαντικές προσπάθειες στην εφαρμογή του μοντέλου ανάρρωσης έχουν πραγματοποιηθεί στον παγκόσμιο χάρτη της ψυχικής υγείας, δηλώνοντας μια σαφή τάση απομάκρυνσης από τα παραδοσιακά, βιοϊατρικά μοντέλα. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Αγγλία, σχεδιάζουν να αναπτύξουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας προσανατολισμένες στο μοντέλο της ανάρρωσης, ενώ και οι ΗΠΑ υιοθέτησαν από το 2003 την έννοια του μοντέλου της ανάρρωσης, ως τη κεντρική πολιτική για την ψυχική υγεία (Στυλιανίδης Σ., 2014).

Οι Jacobson και Greenley (2001) υπογράμμισαν ότι πρέπει να υπάρχουν τέσσερις «εσωτερικές συνθήκες» για να καταστεί δυνατή η ανάρρωση. Η πρώτη είναι η ελπίδα, πως η ανάρρωση είναι δυνατή, δημιουργώντας ένα τρόπο σκέψης που επιτρέπει αυτό να συμβεί. Η δεύτερη είναι η κατανόηση, ότι η θεραπεία είναι διαφορετική από την έννοια της ανάρρωσης και ότι η έμφαση δίνεται στον εαυτό και όχι στην ασθένεια και τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η τρίτη συνθήκη είναι η ενδυνάμωση, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα άτομα την αίσθηση της ανικανότητας και της εξάρτησης, που συνοδεύει τη σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η τέταρτη και τελευταία συνθήκη είναι η σύνδεση του ψυχικά πάσχοντα με την κοινωνία και η γνώση των ρόλων του σε αυτή. Για να υπάρχουν αυτές οι συνθήκες, ο Farkas (2007) προσθέτει ότι οι υπηρεσίες πρέπει να προωθήσουν τέσσερις βασικές αξίες. Αυτές είναι: ο προσανατολισμός προς τον ασθενή, αντιμετωπίζοντάς τον στο σύνολό του και όχι μόνο ως κάποιον που πάσχει από μία ψυχική ασθένεια, η συμμετοχή του ατόμου στο σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η αυτοδιάθεση ή αυτο-επιλογή, δηλαδή η κατανόηση του γεγονότος, ότι οι ασθενείς μπορούν και πρέπει να αποφασίζουν για την έννοια του «καλύτερου», να ορίζουν

τους δικούς τους στόχους, να σχεδιάζουν τον τρόπο επίτευξής τους και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για το αποτέλεσμα των αποφάσεών τους και η ύπαρξη ελπίδας, αναγνωρίζοντας την τεράστια ζημιά που προκαλείται, όταν οι υπηρεσίες παρέχονται σε ένα αρνητικό, κυνικό περιβάλλον, σε αντίθεση με τα τεράστια οφέλη από τη θετική ατμόσφαιρα.

Η βιβλιογραφία έχει δείξει, πως δεν νοείται υπηρεσία προσανατολισμένη στην ανάρρωση, που να μην έχει ως κεντρική ιδέα, ότι η ανάρρωση είναι εφικτή και έχει ως στόχους την ενίσχυση της ελπίδας, τη θεραπεία, την ενδυνάμωση και τη σύνδεση. Οι υπηρεσίες πρέπει να υποστηρίζουν τους ανθρώπους στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή των προσωπικών τους πλάνων ανάρρωσης, να ενθαρρύνουν τις προσωπικές τους προτιμήσεις και να επιτρέπουν στον εξυπηρετούμενο να αναλάβει ρίσκο προχωρώντας μπροστά. Επίσης, οι εργαζόμενοι σε αυτές τις υπηρεσίες πρέπει να εκπαιδεύονται στις αρχές και το μοντέλο της ανάρρωσης, με στόχο την εξερεύνηση της έννοιας της ανάρρωσης και την εξερεύνηση του ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας στη διαδικασία αυτή (Στυλιανίδης Σ., 2014).

Στην Ελλάδα, η εφαρμογή του μοντέλου ανάρρωσης αποτελεί ένα στόχο που έχει τεθεί επισήμως στην Έκθεση της Ομάδας Εργασίας για την Αναθεώρηση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Συγκεκριμένα, στην ενότητα που αφορά στη διάρθρωση της δομής και των λειτουργιών του ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγείας στο επίπεδο της υπηρεσίας, αναδεικνύεται η σημασία της προαγωγής της ανάρρωσης των ασθενών και η επάνοδος τους στους κοινωνικούς τους ρόλους καθώς και η κοινωνική τους επανένταξη. Επίσης, συμπεριλαμβάνεται ως μία από τις τρεις βασικές κατευθύνσεις στην εκπαίδευση σε συνδυασμό με τα βασικά θέματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ποιότητας Φροντίδας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και τις Καλές Πρακτικές Προαγωγής και Αγωγής Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα. Δυστυχώς, η ελληνική πραγματικότητα παρουσιάζει ελλείμματα και αντιστάσεις στη διαμόρφωση της κουλτούρας που ενισχύει την ουσιαστική ανάρρωση, καθώς το σύστημα χαρακτηρίζεται από έλλειψη συντονισμού, άنيση ανάπτυξη των υπηρεσιών, δομικά προβλήματα, ελλειμματική διασύνδεση, αδυναμία δικτύωσης των υπηρεσιών, με αρνητικές επιπτώσεις στο συνεχές της φροντίδας, και απουσία ανάπτυξης χρηματοδοτικής πολιτικής, που θα εξασφαλίσει τη βιωσιμότητα του μοντέλου. Τέλος, η εμπλοκή των ληπτών χαρακτηρίζεται υπαναπτυγμένη, ενώ σημαντική ανεπάρκεια

συναντάται και στο επίπεδο αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας (Στυλιανίδης Σ.,2014).

4.6. Προηγούμενες έρευνες

Αν και οι κλίμακες διερεύνησης του μοντέλου της ανάρρωσης ποικίλουν (Burgess et al, 2010), οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί, προκειμένου να διερευνηθούν τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στο μοντέλο της ανάρρωσης είναι λίγες. Ο Cleary και οι συνεργάτες του (2009) και ο Gaffey και συνεργάτες του (2016) στις έρευνες που διεξήγαγαν στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ιρλανδία, έδειξαν, ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανέφεραν τη θετική τους προσέγγιση σχετικά με την υιοθέτηση του μοντέλου της ανάρρωσης, ως μια προσέγγιση για τη φροντίδα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, ήταν λιγότερο άνετοι προς την ενθάρρυνση της υγιούς ανάληψης ρίσκου από τους ίδιους τους χρήστες υπηρεσιών, σημαντικό εύρημα, δεδομένου, ότι η λήψη θεραπευτικού ρίσκου και η ελπίδα αποτελούν ουσιώδη στοιχεία για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος φροντίδας που προωθεί την ανάρρωση. Οι επαγγελματίες ήταν επίσης λιγότερο εξοικειωμένοι με τη μη γραμμικότητα της διαδικασίας ανάρρωσης και έδιναν μεγαλύτερη έμφαση στη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Όσον αφορά τα δημογραφικά, φάνηκε, πως οι γυναίκες και το λιγότερο καταρτισμένο προσωπικό είχαν πιο ευνοϊκές στάσεις και γνώσεις για το μοντέλο της ανάρρωσης από τους άντρες και το έμπειρο προσωπικό. Τα ενθαρρυντικά ευρήματα είναι, πως οι επαγγελματίες είχαν καλές γνώσεις και ευνοϊκές στάσεις ως προς το ρόλο του αυτοπροσδιορισμού στην ανάρρωση και τη σημασία της υποστήριξης από ομότιμους στη διαδικασία της, και παρά το γεγονός, ότι η έννοια της ανάρρωσης δεν εκτιμήθηκε ομοιογενώς, όλοι οι επαγγελματίες αναγνώρισαν την ανάγκη βελτίωσης των γνώσεων τους και δήλωσαν την επιθυμία τους για περισσότερη εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με αυτήν.

Σε μία άλλη έρευνα του Alhashem (2016) σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις απέναντι στην ανάρρωση, φάνηκε, πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είχαν επίγνωση του αντίκτυπου των ρόλων τους και των στάσεών τους στην ανάρρωση των ατόμων. Ωστόσο, φαινόταν να είναι λιγότερο εξοικειωμένοι με τις προσδοκίες της ανάρρωσης και δεν ήταν σε θέση να περιγράψουν ή να αναγνωρίσουν τη μη

γραμμική διαδικασία ανάρρωσης. Η έρευνα αυτή, επεσήμανε επίσης, ότι η παροχή της κατάλληλης κατάρτισης και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση των αρχών της ανάρρωσης μπορεί να επηρεάσει τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών θετικά, ιδίως όσον αφορά τη δυνατότητα ανάρρωσης από την ψυχική ασθένεια, τη μείωση του στιγματισμού και τη διαφορετικότητα στους τρόπους, με τους οποίους κάθε άτομο αναρρώνει από μια ψυχική ασθένεια.

Οι γνώσεις και οι στάσεις απέναντι στην ανάρρωση μπορούν να αλλάξουν μετά από εκπαίδευση του προσωπικού. Επομένως, αποτελεί πρόκληση για το παρόν και το μέλλον, να αποκτήσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τις απαραίτητες δεξιότητες μέσα από προγράμματα κατάρτισης, προκειμένου να μπορέσει να εφαρμοστεί με συνέπεια το μοντέλο της ανάρρωσης.

5. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

5.1. Ιστορική αναδρομή

Κατά το παρελθόν, οι ψυχικά πάσχοντες άλλοτε με επιχειρήματα μεταφυσικά και άλλοτε με επιχειρήματα επιστημονικά, έρχονταν αντιμέτωποι με τον αποκλεισμό, με μια απάνθρωπη μεταχείριση και με μια συνεχή παραβίαση των δικαιωμάτων τους. Μέσα από την ιστορικοποίηση της τρέλας μπορεί κανείς να διαπιστώσει, ότι επικίνδυνος δεν υπήρξε ο ψυχικός πόνος, αλλά ο λόγος και οι πρακτικές της ιδρυματικής ψυχιατρικής, που τον μετέτρεψαν σε ένα σύνολο ακατανόητων συμπτωμάτων, τα οποία έπρεπε να κατασταλούν. Η επικρατούσα αντίληψη μέχρι το 1950 για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών ήταν, ότι χρειάζονταν πολλή φροντίδα και λίγη θεραπεία (Στυλιανίδης Σ.,2014).

Κατά την περίοδο κυριαρχίας του βιοϊατρικού- ιδρυματικού μοντέλου, υπήρχαν κάποιες προσπάθειες εξανθρωπισμού των συνθηκών εγκλεισμού, όπως το έργο του Pinel. Η αμφισβήτηση του ασυλικού τρόπου περίθαλψης κορυφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 60', με την εμφάνιση εναλλακτικών προσεγγίσεων και ρευμάτων, τα οποία συνδέθηκαν με πολιτικά και κοινωνικά κινήματα κριτικής των σχέσεων εξουσίας, όπως το κίνημα "αντι-ψυχιατρικής" στην Αγγλία (Μαδιανός, 2000).

Αργότερα, το περιβάλλον των ασύλων αναγνωρίστηκε ως ψυχοτοξικό και διαπιστώθηκε, ότι η επικρατούσα αντιθεραπευτική ατμόσφαιρα οδηγεί σε

αλλοτριώση και απανθρωποίηση των ασθενών και ο μακροχρόνιος εγκλεισμός δε μειώνει τα προβλήματα τους, αλλά επιπλέον δημιουργεί νέα. Η δεκαετία του 60' χαρακτηρίστηκε διεθνώς από μια προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με στόχο τη δημιουργία εξωασυλικών μορφών περίθαλψης και την ανάπτυξη ενός συστήματος κοινοτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης Σ.,2014)..

Σήμερα, η κοινοτική φροντίδα έχει παγιωθεί ως η βέλτιστη πρακτική ψυχιατρικής περίθαλψης σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Μ. Βρετανία, Σκανδιναβία), έχει αντικαταστήσει πλήρως την παραδοσιακή προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, δηλαδή του ιδρυματισμού και του ασυλικού τύπου περίθαλψης (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015) και αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της ολοκληρωμένης φροντίδας των ψυχιατρικά αρρώστων. Αυτό που προσφέρει η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, είναι η επανασύνδεση πάσχοντος και οικογένειας με την κοινότητα, η σταδιακή ένταξη του αρρώστου σε μια νέα επαγγελματική δραστηριότητα, η συνέχιση των σπουδών του, η ενδυνάμωσή του και η όσο το δυνατόν πληρέστερη αξιοποίηση των γνώσεων και ικανοτήτων του προς όφελος της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας. Στην πράξη, βέβαια, η κατάσταση δεν είναι ιδανική. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το κλείσιμο των ασυλικών ιδρυμάτων φέρνει καταστάσεις απελπισίας και απόγνωσης, και αυτό ,διότι οι πάσχοντες δεν είναι προετοιμασμένοι για τη ζωή στη κοινότητα και η κοινότητα δεν είναι προετοιμασμένη να τους δεχθεί (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

5.2. Η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Πολλοί, και σχετικά εμπεριστατωμένοι, ορισμοί έχουν δοθεί κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, για το περιεχόμενο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων (Lieberman, 1987, Anthony et al 1990). Οι ορισμοί στην πλειοψηφία τους συμφωνούν, πως οι δύο βασικοί της άξονες εντοπίζονται στη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και στην ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του, καθώς και στην εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, του οποίου οι πόροι θα πρέπει να συναντούν τις ανάγκες του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα. Οι άξονες αυτοί, σηματοδοτούν κατά κάποιο τρόπο τη μετάβαση από τη βιοϊατρική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής, σε μια περισσότερο ψυχοκοινωνική προσέγγιση, όπου ο ψυχικά πάσχων χαρακτηρίζεται όχι μόνο από

συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες, αλλά και από δυνατότητες και συγκεκριμένες ανάγκες, οι οποίες μπορούν να αναγνωσθούν και να απαντηθούν (Ζήση, 2017).

Αποκατάσταση είναι η μακροχρόνια αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου και του πλήρους εύρους των συνεπειών της, σε μια προσπάθεια να εξαλειφθούν ή να ελαττωθούν αναπηρίες και ελλείμματα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση περιλαμβάνει ένα εύρος βιοψυχοκοινωνικών εργαλείων προς την παραπάνω κατεύθυνση, που θα συντελέσει και στην ελάττωση του στίγματος (WHO, 1996). Είναι η διαδικασία, μέσω της οποίας τα άτομα ενδυναμώνονται, οι ικανότητές τους βελτιώνονται και προάγονται οι ανάγκες τους, ώστε να επιτευχθεί λειτουργική ανεξαρτησία και ποιότητα στη ζωή τους. Η αποκατάσταση εστιάζει στη λειτουργικότητα και στοχεύει στο άνοιγμα ζωών, ενώ η ψυχιατρική εστιάζει στην ψυχοπαθολογία και η αποϊδρυματοποίηση στο κλείσιμο κτιρίων (Anthony et al, 1999).

5.3. Αρχές και στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι Anthony, Cohen & Farkas (1999) έχουν διατυπώσει τις βασικές αρχές που θα πρέπει να διατρέχουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σύμφωνα με τους συγγραφείς οι πολιτικοί σχεδιασμοί της αποκατάστασης θα πρέπει να στοχεύουν: α) σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας, όπου τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες προσεγγίζονται με έναν τρόπο ολιστικό, ο οποίος αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχιατρικές τους μειονεξίες, αλλά και τα θετικά τους χαρακτηριστικά, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται ανάλογα, β) σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα, γ) σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας, στο οποίο οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες θα μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό, αλλά και την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δ) σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνογνωσίες, απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ε) σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο πιστεύει στην ανάρρωση του ψυχικά πάσχοντα. Ο θεωρητικός και φιλοσοφικός άξονας των παραπάνω αρχών επικεντρώνεται στην ανάδειξη του ψυχικά πάσχοντα σε άτομο με αυτονόητες ανάγκες και θετικά χαρακτηριστικά, το οποίο μπορεί να

αναρρώσει της χρόνιας ψυχικής διαταραχής και να συμβάλει με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην αναγνώριση της σημασίας της εξειδίκευσης των επαγγελματιών της αποκατάστασης σε ειδικές δεξιότητες και στη δέσμευση του συστήματος ψυχικής υγείας για κάλυψη των ατομικών, κοινωνικών, στεγαστικών και επαγγελματικών αναγκών του ψυχικά πάσχοντα.

Οι στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η ελάττωση της συμπτωματολογίας και των ιατρογενών προβλημάτων, η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, η ελάττωση των διακρίσεων και του στιγματισμού, η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη και η ισχυροποίηση της θέσης του ατόμου (WHO,1996). Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων έχουν δημιουργηθεί μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης, όπως τα προεπαγγελματικά εργαστήρια εκπαίδευσης και τα εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης, μονάδες στεγαστικής αποκατάστασης, όπως τα οικοτροφεία και οι ξενώνες, καθώς και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως οι κοινωνικές λέσχες και τα κέντρα ημέρας.

5.4. Παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Υπάρχουν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένεια και μπορούν να πάρουν ατομική και ομαδική μορφή. Τα επίπεδα παρεμβάσεων που αφορούν στον ίδιο τον ψυχικά πάσχοντα είναι: α) το κλινικό, το οποίο αναφέρεται στη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, στον καλύτερο χειρισμό και αντιμετώπιση της, στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, στη μείωση των υποτροπών, στον καλύτερο χειρισμό των κρίσεων και στη μείωση των εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, β) το λειτουργικό, το οποίο αναφέρεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην ανάδειξη των λανθανουσών δεξιοτήτων, προκειμένου να είναι σε θέση το άτομο να ανταποκριθεί σε συμπεριφορές και ρόλους και παράλληλα να αξιοποιήσει, όσο το δυνατόν καλύτερα, πόρους και ευκαιρίες, γ) το ψυχολογικό, το οποίο αναφέρεται στην επανασυγκρότηση της ταυτότητας με θετικούς συνειρμούς και χαρακτηριστικά, ενισχύοντας την αυτο-εικόνα, μέσα από το οποίο το άτομο θα μπορεί να λαμβάνει συναισθηματική, αλλά και πρακτική υποστήριξη από συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους, ε) το στεγαστικό, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος, το οποίο να αντανakλά ή να προσεγγίζει, όσο το δυνατόν περισσότερο, τις επιθυμίες

και τις προσωπικές επιλογές του ίδιου του ψυχικά πάσχοντα, και τέλος στ) το επαγγελματικό, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση επαγγελματικών συνθηκών, που να αντιστοιχούν όχι μόνο στις πραγματικές ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου, αλλά και στις εν δυνάμει ικανότητές του, καθώς και στα εργασιακά του ενδιαφέροντα (Ζήση, 2017).

Ουσιαστικά, οι ψυχοκοινωνικές αποκαταστασιακές παρεμβάσεις αποβλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων, η οποία συνίσταται όχι μόνο στη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους, προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν σε συμπεριφορές και ρόλους, αλλά και στην εξασφάλιση συνθηκών και ρόλων που να συναντούν τις πραγματικές τους ανάγκες και επιθυμίες. Οι ανάγκες αυτές και οι επιθυμίες των ψυχικά πασχόντων δε διαφέρουν σημαντικά από τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού.

Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια, είναι κυρίως ψυχοεκπαιδευτικού τύπου και έχουν ως στόχο την ενημέρωση για την ψυχική νόσο, την εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων και την υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού. Έρευνες έχουν δείξει, πως τα οικογενειακά ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα είναι αποτελεσματικά, όχι μόνο στη μείωση των υποτροπών, αλλά και στη μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον ασθενή και τέλος, στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας (Dixon et al., 2001).

5.5. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Αναμφίβολα μια από τις πιο ριζοσπαστικές κινήσεις σε παγκόσμιο κοινωνικοπολιτικό επίπεδο, το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, ήταν η σχεδόν ταυτόχρονη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών από το ιδρυματικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας σε ένα ανοικτό μοντέλο φροντίδας στην κοινότητα, που οδήγησε στην αποασυλοποίηση και στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων σε ορισμένες από τις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου .

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής, την αποασυλοποίηση και την τομεοποίηση και αφορά την αναδιοργάνωση σε όλα τα θεσμικά και δομικά στοιχεία, που ελέγχουν και ορίζουν το ψυχιατρικό σύστημα μιας χώρας (Μαδιανός Μ., 1994). Η μεταρρύθμιση επιδιώκει μια νέα ψυχιατρική φροντίδα, που ενισχύει την ανοχή στη διαφορετικότητα και την κοινωνική ενσωμάτωση, με την ανάπτυξη δικτύων ψυχικής υγείας και άλλων κοινωνικών δικτύων (Στυλιανίδης Σ., 2014). Βασική ιδεολογία της Κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, στην οποία βασίστηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, είναι, ότι οι ψυχικές ασθένειες είναι σαν όλες τις άλλες ασθένειες και μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το ψυχιατρείο, στην κοινότητα, καθώς και ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να γίνει κατανοητή, όταν θεωρείται αποξενωμένη από την κοινότητα, δηλαδή το φυσικό και κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον, στο οποίο αναπτύσσεται (Μαδιανός Μ., 2000).

Οι πρώτες σημαντικές εξελίξεις στον χώρο της κοινωνικής-κοινοτικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα εντοπίζονται τη δεκαετία του 1970, κατά την οποία άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης ενάντια στην παραδοσιακή, ασυλικής κουλτούρας ψυχιατρική, καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους ψυχιατρικούς έγκλειστους των ασύλων (Στυλιανίδης Σ., 2014).

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε. υιοθετήθηκε, στις 26 Μαρτίου του 1984, ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη, που αφορούσε στη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>). Η Ελλάδα αποτέλεσε μοναδική περίπτωση απευθείας χρηματοδότησης προς μια χώρα μέλος, με την οποία άρχισε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων, κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης Σ., 2014). Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος Ε.Ο.Κ. 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Επίσης, εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη

δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>). Ο Νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση (<http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-driseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psychargws-quot/83-h-psyxiatikh-metarrythmish-sthn-ellada>).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός". Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης, με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (<http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-driseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psychargws-quot/83-h-psyxiatikh-metarrythmish-sthn-ellada>). Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. Με βάση αυτούς του στόχους, το Πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (ξενώνας, οικοτροφείο, προστατευμένα διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα ψυχιατρεία, και ταυτόχρονα αναπτύσσει στα γενικά νοσοκομεία ψυχιατρικά τμήματα και κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>)).

Κομβικό ζήτημα στη νέα οργάνωση των υπηρεσιών θεωρήθηκε η τομεοποίηση της χώρας και η συγκρότηση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ). Η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ), όπου κάθε νομός είναι και ένας Τομέας, εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με πολυπληθέστερο νομό. Εξαιρέση αποτελούν επίσης και οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους (Στυλιανίδης Σ., 2014). Η τομεοποίηση συντελεί στο να αναπτυχθούν υπηρεσίες, που θα λαμβάνουν υπόψη τις πληθυσμιακές και γεωγραφικές ιδιομορφίες του Τομέα, καθώς και στη στελέχωση υπηρεσιών με προσωπικό ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού, για τον οποίο προορίζονται.

Συνοπτικά, οι στόχοι, προκειμένου να επιτευχθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ήταν η ανάπτυξη δομών και υποδομών με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ο αποϊδρυματισμός, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ασθενών, η διασφάλιση της πλήρους επάρκειας όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, δηλαδή τη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα, και τέλος, η ανάπτυξη δράσεων πρόληψης και άμεσης παρέμβασης στην κρίση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών. Πρέπει, ωστόσο, να γίνει κατανοητό, ότι προϋπόθεση για κάθε νέο σχεδιασμό και αλλαγή στο χώρο της ψυχικής υγείας παραμένει το αυθεντικό ενδιαφέρον των λειτουργών του για τη συνάντηση με το ίδιο το πάσχον υποκείμενο, για μια ψυχιατρική φροντίδα του υποκειμένου, για το υποκείμενο, με το υποκείμενο (Στυλιανίδης Σ., 2014).

5.6. Προηγούμενες έρευνες

Η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι ανεπαρκής. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται την πρακτική της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περισσότερο ως θέμα ειδικής γνώσης και κατάρτισης, παρά ως εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας (Casper et al, 2002). Η έρευνα του Song (2007) πρότεινε, ότι ορισμένες δημογραφικές μεταβλητές (φυλή, ηλικία, φύλο και

εκπαίδευση), το επαγγελματικό υπόβαθρο (διάρκεια εργασίας) και η κατάρτιση προβλέπουν τη στάση απέναντι στις αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας ήταν, ότι οι επαγγελματίες του νοσοκομείου είχαν ευνοϊκότερη στάση και υιοθετούσαν περισσότερο τις αρχές σχετικά με την προοπτική των δυνατοτήτων του ατόμου, τη διαδικασία ανάρρωσης και την ύπαρξη κοινωνικού δικτύου. Οι επαγγελματίες όμως, υιοθετούσαν λιγότερο τις ευέλικτες, ανεπίσημες και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις για ενδυνάμωση και κοινωνική αλλαγή, ιδίως αυτών που αφορούσαν τη «δέσμευση του προσωπικού». Γενικά, στο νοσοκομειακό πλαίσιο δινόταν περισσότερο έμφαση στη θεραπεία του συμπτώματος παρά σε ένα σχέδιο αποκατάστασης, ενώ υψηλότερη δύναμη, ως προς τη λήψη αποφάσεων μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας, φαινόταν να έχει ο ψυχίατρος. Τέλος, οι επαγγελματίες επεσήμαναν τη σημασία της κοινωνικής αποδοχής για τη διαδικασία της ανάρρωσης και συμφώνησαν, πως οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται συνεχή κοινωνική στήριξη, διατήρηση της κοινής διαβίωσης και ένα άτυπο στυλ αλληλεπιδράσεων, που αντανακλούν τη συνεργασία, προκειμένου να διατηρήσουν την ελπίδα τους και να ενδυναμωθούν.

6. Σχέση στίγματος, μοντέλου ανάρρωσης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ανάρρωση και το στίγμα αποτελούν αντίθετες έννοιες και φαίνεται να σχετίζονται με πολλούς τρόπους. Ενώ η ανάρρωση δίνει ευκαιρίες, κάνει τον άνθρωπο ισχυρότερο, δίνει σκοπό και νόημα στη ζωή του και οδηγεί στην κοινωνική ένταξη, το στίγμα μειώνει τις ευκαιρίες, μειώνει την αυτοεκτίμηση και την αυτο-αποτελεσματικότητα, μειώνει την πίστη στις προσωπικές ικανότητες και συμβάλλει στον κοινωνικό αποκλεισμό μέσω των διακρίσεων. Η υποστήριξη της ανάρρωσης και η ανάπτυξη ενός προσανατολισμένου στην ανάρρωση συστήματος φροντίδας, θα πρέπει να είναι ένα από τα βασικά τμήματα κάθε στρατηγικής καταπολέμησης του στίγματος της ψυχικής ασθένειας. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι πτυχές του στίγματος κατά την ανάπτυξη της έννοιας της ανάρρωσης και του συστήματος περίθαλψης με προσανατολισμό στην ανάρρωση. Το μοντέλο της ανάρρωσης αναφέρεται σε υποκειμενικές εμπειρίες αισιοδοξίας, ενδυνάμωσης και διαπροσωπικής υποστήριξης, σε μια εστίαση σε συνεργατικές προσεγγίσεις θεραπείας, σε εύρεση παραγωγικών ρόλων για τον χρήστη, στην υποστήριξη από ομότιμους και στη μείωση του στίγματος, καθώς οι προσπάθειες μείωσής του

ενισχύουν τη διαδικασία ανάρρωσης (Avdibegović & Hasanović, 2017). Συμπερασματικά, το στίγμα αποτελεί εμπόδιο στη διαδικασία της ανάρρωσης, γι' αυτό και η καταπολέμηση του αποτελεί μία από τις βασικές αρχές της. Ο αυτοστιγματισμός δεν επιτρέπει στο άτομο να ενδυναμωθεί, να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία, να δρα στην κοινότητα και να αναλαμβάνει σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους, ενώ το κοινωνικό στίγμα οδηγεί στη διαπίστωση, ότι η διαδικασία της ανάρρωσης δεν είναι εφικτή και το άτομο είναι καταδικασμένο να νοσεί δια βίου, απομακρύνοντας έτσι την κοινωνική υποστήριξη (Avdibegović & Hasanović, 2017).

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις δε συνοδεύουν μόνο τη διαδικασία της ανάρρωσης, αλλά και τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Γι' αυτό οι παρεμβάσεις της αφορούν στην ενδυνάμωση των ατόμων και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του στίγματος, καθώς και την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για την επίτευξη της κοινωνικής τους επανένταξης (Avdibegović & Hasanović, 2017). Η ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων στη κοινότητα, η δημιουργία ενός κοινωνικού κύκλου, η εύρεση εργασίας και στέγης αποτελούν στόχους της αποκατάστασης και η επίτευξή τους εμποδίζεται σημαντικά από στιγματιστικές στάσεις, τις οποίες υιοθετούν τόσο τα μέλη της κοινότητας, όσο και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τα παραπάνω καταδεικνύουν την ανάγκη ύπαρξης ειδικών αντι-στιγματικών παρεμβάσεων για τη διευκόλυνση των στόχων της αποκατάστασης, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την ολοκλήρωση της κοινότητας και την ανάρρωση.

Όσον αφορά τη σχέση της ανάρρωσης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η πρώτη εμπεριέχεται στις υπηρεσίες και τους στόχους της δεύτερης, και ταυτόχρονα αποτελεί το θεμέλιο, πάνω στο οποίο δομούνται τα αποκαταστασιακά προγράμματα. Η αποκατάσταση αναφέρεται στις υπηρεσίες, που τίθενται στη διάθεση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ώστε να μάθουν να προσαρμόζονται στον κόσμο τους, και η ανάρρωση αναφέρεται στην εμπειρία της πραγματικής ζωής των προσώπων, καθώς δέχονται και ξεπερνάνε την πρόκληση της αναπηρίας, δηλαδή η αποκατάσταση αποτελεί τον κοινωνικό πόλο και η ανάρρωση τον προσωπικό πόλο του ίδιου φαινομένου (Deegan, 1988).

Ο συσχετισμός των τριών αυτών εννοιών αναδεικνύει τη σημασία να προληφθεί η ανάπτυξη στιγματιστικών απόψεων απέναντι στον ψυχικά ασθενή και τους τρόπους

θεραπείας του από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να εφαρμοστούν οι αρχές του μοντέλου της ανάρρωσης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έτσι ώστε ο πάσχων να πετύχει το υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας του.

7. Σκοποί έρευνας

Η έρευνα αποτελεί ένα πρώτο βήμα της διερεύνησης του μοντέλου της ανάρρωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και επεκτείνεται στη σχέση του μοντέλου με το στίγμα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στόχος της είναι η διερεύνηση των σχέσεων του στίγματος, του μοντέλου της ανάρρωσης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ώστε οι δομές ψυχικής υγείας απαλλαγμένες από το στίγμα να προσεγγίσουν έναν προσανατολισμό προς τις βασικές αρχές και τους στόχους της αποκατάστασης και του μοντέλου της ανάρρωσης. Οι σκοποί της έρευνας είναι οι εξής:

- Να περιγραφούν οι στάσεις και η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι παράγοντες που τα επηρεάζουν.
- Να περιγραφεί το επίπεδο των γνώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης και οι στάσεις τους απέναντι στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και οι παράγοντες που τα επηρεάζουν.
- Να διερευνηθεί η συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με τις απόψεις τους για το μοντέλο της ανάρρωσης και τις στάσεις τους για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- Να ανιχνευθούν οι κοινωνικοδημογραφικοί και οι εργασιακοί παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, τις γνώσεις τους για το μοντέλο της ανάρρωσης, καθώς και την επιθυμητή κοινωνική τους απόσταση.

8. Ερευνητικές υποθέσεις

- Όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, τόσο πιο θετικές θα είναι οι απόψεις τους για το μοντέλο της ανάρρωσης και τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Όσο πιο θετικές είναι οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για το μοντέλο της ανάρρωσης, τόσο πιο θετικές θα είναι οι απόψεις τους για τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Όσο μικρότερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση διατηρούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τόσο πιο θετικές απόψεις θα έχουν για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και το μοντέλο της ανάρρωσης.
- Αναμένεται οι επαγγελματίες υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης να έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και περισσότερες γνώσεις για το μοντέλο της ανάρρωσης.
- Αναμένεται οι επαγγελματίες με τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας να έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την ανάρρωση και θετικότερες απόψεις για τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Αναμένεται οι επαγγελματίες που γνωρίζουν κάποιον ψυχικά ασθενή σε προσωπικό επίπεδο να έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- Αναμένεται οι ειδικότητες με περισσότερη εξειδίκευση πάνω στην ψυχική νόσο, να έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και περισσότερες γνώσεις για το μοντέλο της ανάρρωσης.
- Αναμένεται οι γυναίκες να έχουν πιο θετικές απόψεις σχετικά με την ψυχική νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- Αναμένεται οι επαγγελματίες που έχουν λάβει πληροφορίες και εκπαίδευση για το μοντέλο της ανάρρωσης, να διάκινται πιο θετικά απέναντι στη ψυχική νόσο και την αποκατάσταση.
- Αναμένεται οι συμμετέχοντες με χαμηλό εισόδημα, καθώς και όσοι είναι έγγαμοι, να διατηρούν μεγαλύτερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης και πιο αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο.

Μέθοδος

1. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας, συνιστά δείγμα ευκολίας και αποτελείται από διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, δηλαδή ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας, το Δαφνί και το Δρομοκαΐτειο. Η συμμετοχή των επαγγελματιών ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Κριτήριο επιλογής του δείγματος ήταν τα άτομα να εργάζονται στα νοσοκομεία ως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί και κριτήριο αποκλεισμού ήταν οι επαγγελματίες, οι οποίοι εργάζονταν σε εθελοντική βάση. Συνολικά μοιράστηκαν πάνω από 200 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων κάποια αποκλείστηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης, ενώ κάποια δεν επεστράφησαν ποτέ, με αποτέλεσμα το τελικό δείγμα να αποτελείται από 127 άτομα.

2. Εργασία

Στην παρούσα έρευνα, προκειμένου να συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από τα εξής επιμέρους τμήματα:

1) Κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά: συλλέχθηκαν πληροφορίες αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ειδικότητα, την υπηρεσία εργασίας, τα χρόνια υπηρεσίας γενικά στη ψυχική υγεία και το μηνιαίο εισόδημα. Επίσης, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τέσσερα σημεία, που ρωτούσαν τους συμμετέχοντες, αν γνωρίζουν κάποιον με ψυχική ασθένεια σε προσωπικό επίπεδο, αν έχουν λάβει πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, αν έχουν λάβει εκπαίδευση για το μοντέλο και αν πιστεύουν ότι χρειάζεται να λάβουν πληροφορίες γι' αυτό.

2) Στίγμα και Διακρίσεις: για τη διερεύνηση των στάσεων και της υποτιθέμενης συμπεριφοράς των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα των Στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) και η κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης. Η πρώτη κλίμακα σχεδιάστηκε και εγκυροποιήθηκε από τον κ. Μαδιανό και τους συνεργάτες του (2012) και καταγράφει τις στερεοτυπικές αντιλήψεις και τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή

ψυχική νόσο. Αποτελείται από 30 λήμματα, των οποίων οι απαντήσεις ακολουθούν 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert από 1= διαφωνώ απόλυτα έως και 4= συμφωνώ απόλυτα και κάποια λήμματα έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας ανέδειξε τέσσερις παράγοντες: στερεότυπα (11 λήμματα), αισιοδοξία (6 λήμματα), εξωτερίκευση (7 λήμματα), κατανόηση (6 λήμματα). Ο παράγοντας στερεότυπα αναφέρεται στις κοινές αρνητικές αντιλήψεις, που μπορεί να έχει κάποιος για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια, ο παράγοντας αισιοδοξία αναφέρεται στις θετικές στάσεις για τη σοβαρή ψυχική νόσο και τους πάσχοντες, ο παράγοντας εξωτερίκευση αναφέρεται στις στρατηγικές, που κάποιος επιστρατεύει για να αντιμετωπίσει την ασθένεια και το στίγμα, και ο παράγοντας κατανόηση έχει να κάνει με την περιγραφή των αντιλήψεων, τις οποίες έχουν οι ερωτηθέντες για το πώς νιώθει ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο και για το πώς σκέφτεται για τον εαυτό του. Όσο υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνουν οι συμμετέχοντες, τόσο θετικότερες στάσεις έχουν απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Το εργαλείο έχει βρεθεί να έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, καθώς η κλίμακα έχει Cronbach' α 0,88, ο παράγοντας στερεότυπα έχει $\alpha = 0,86$, ο παράγοντας αισιοδοξία έχει $\alpha = 0,82$, ο παράγοντας εξωτερίκευση έχει $\alpha = 0,79$ και ο παράγοντας κατανόηση έχει $\alpha = 0,80$ (Madianos et al., 2012), ενώ στην παρούσα έρευνα βρέθηκε για την κλίμακα το $\alpha = 0,84$ και για τους παράγοντες στερεότυπα, αισιοδοξία, εξωτερίκευση και κατανόηση οι τιμές του Cronbach' α διαμορφώθηκαν ως: $\alpha = 0,85$, $\alpha = 0,73$, $\alpha = 0,60$ και $\alpha = 0,68$ αντίστοιχα.

Η Κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας. Προσαρμόστηκε στα ελληνικά και σταθμίστηκε από την κ. Οικονόμου και τους συνεργάτες της (2010) και περιλαμβάνει 14 λήμματα, τα οποία περιγράφουν κοινωνικές συναναστροφές διαβαθμιζόμενης εγγύτητας με ασθενείς με σοβαρές ψυχικές νόσους. Οι απαντήσεις των λημμάτων ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert από 1= σίγουρα όχι έως 5= σίγουρα ναι και κάποια λήμματα έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Η τελική τιμή κοινωνικής απόστασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα 14 λήμματα, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ' επέκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος. Η ανάλυση των κυρίων παραγόντων ανέδειξε 3 συνιστώσες, υπογραμμίζοντας την πολυδιάστατη

φύση του δείκτη της κοινωνικής απόστασης, οι οποίες αναφέρονται στους εξής παράγοντες: σταθερές σχέσεις (5 λήμματα), σχέσεις εμπιστοσύνης (5 λήμματα) και προσωρινές σχέσεις (4 λήμματα). Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται σε σταθερές κοινωνικές σχέσεις μέτριας εγγύτητας με διάρκεια στο χρόνο και συνέχεια στην επαφή, ο δεύτερος παράγοντας αναφέρεται σε κοινωνικές σχέσεις υψηλής εγγύτητας, που χαρακτηρίζονται από αισθήματα εμπιστοσύνης απέναντι στον ασθενή και ο τρίτος παράγοντας αναφέρεται σε κοινωνικές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας. Το εργαλείο έχει βρεθεί να έχει καλή εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία ($\alpha = 0,83$), ενώ στην παρούσα μελέτη βρέθηκε για την κλίμακα το $\alpha = 0,90$ και για τους παράγοντες σταθερές σχέσεις, σχέσεις εμπιστοσύνης και προσωρινές σχέσεις οι τιμές του Cronbach' α διαμορφώθηκαν ως: $\alpha = 0,83$, $\alpha = 0,80$ και $\alpha = 0,77$ αντίστοιχα.

3) Στάσεις απέναντι στο μοντέλο της Ανάρρωσης: για την μέτρηση των στάσεων απέναντι στο μοντέλο της ανάρρωσης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Γνώσεων για το μοντέλο της ανάρρωσης (Recovery Knowledge Inventory). Αποτελείται από 20 λήμματα, των οποίων οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert από 1= διαφωνώ απόλυτα έως 5= συμφωνώ απόλυτα και κάποια λήμματα έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Ολοένα και μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ολοένα και περισσότερες γνώσεις για το μοντέλο της ανάρρωσης (Bedregal et al., 2006). Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας ανέδειξε τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι είναι: οι ρόλοι και οι ευθύνες στη διαδικασία της ανάρρωσης (7 λήμματα), η μη γραμμικότητα στη διαδικασία αυτή (6 λήμματα), ο ρόλος του αυτοπροσδιορισμού στην ανάρρωση (5 λήμματα) και οι προσδοκίες σχετικά με αυτήν (2 λήμματα). Το εργαλείο έχει βρεθεί να έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, με τις τιμές του Cronbach' α να έχουν διαμορφωθεί ως: $\alpha = 0,81$, $\alpha = 0,70$, $\alpha = 0,63$ και $\alpha = 0,47$ για τον πρώτο, τον δεύτερο, τον τρίτο και τον τέταρτο παράγοντα αντίστοιχα (Bedregal et al., 2006). Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα της διερεύνησης της αξιοπιστίας των παραγόντων ήταν τέτοια (Cronbach' $\alpha < 0,6$), που δεν υποστήριζαν την επάρκεια της στατιστικής επεξεργασίας ανά παράγοντα. Σε αυτό το πλαίσιο χρησιμοποιήθηκε μόνο το συνολικό score της κλίμακας. Το Cronbach' α της κλίμακας βρέθηκε να ισούται με 0,77, έπειτα από την αφαίρεση του λήμματος 9, η οποία το βελτίωσε σημαντικά. Η κλίμακα αυτή δεν έχει σταθμιστεί στα ελληνικά και για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε διπλή μετάφραση.

4) Στάσεις απέναντι στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: για τη μέτρηση των στάσεων των επαγγελματιών απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Απόψεων, Στόχων και Πρακτικών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Psychiatric Rehabilitation Beliefs, Goals and Practices Scale). Η κλίμακα περιλαμβάνει 26 λήμματα, των οποίων οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert από 1= διαφωνώ απόλυτα έως 5= συμφωνώ απόλυτα και κάποια λήμματα έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Ολοένα και μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ολοένα και θετικότερες στάσεις απέναντι στις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας ανέδειξε πέντε παράγοντες, οι οποίοι είναι: οι πρακτικές, οι οποίες δίνουν έμφαση στις επιλογές και προτιμήσεις του ατόμου (7 λήμματα), οι απόψεις για τους επιβαρυντικούς παράγοντες και τους στόχους προστασίας από την ασθένεια (8 λήμματα), οι πρακτικές και οι στόχοι εκπαίδευσης, στέγης, απασχόλησης με έμφαση στην ανάπτυξη ικανοτήτων (5 λήμματα), οι υπηρεσίες και οι σχεδιασμοί που ενσωματώνουν τις δυνάμεις και τις φιλοδοξίες του ατόμου (4 λήμματα) και οι στόχοι του μοντέλου της ανάρρωσης για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (3 λήμματα). Το εργαλείο έχει βρεθεί να έχει καλή αξιοπιστία (Cronbach' $\alpha = 0,77$) (Casper et al., 2002), ενώ στην παρούσα έρευνα ο δείκτης εσωτερικής συνοχής βρέθηκε να είναι χαμηλότερος: Cronbach' $\alpha = 0,67$. Όπως και στην προηγούμενη κλίμακα, τα αποτελέσματα της διερεύνησης της αξιοπιστίας των παραγόντων ήταν τέτοια, που δεν υποστήριζαν η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση να γίνει βάσει παραγόντων, γι' αυτό και χρησιμοποιήθηκε μόνο το συνολικό score της κλίμακας. Και αυτή η κλίμακα δεν έχει σταθμιστεί στα ελληνικά, οπότε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε διπλή μετάφραση.

3. Διαδικασία χορήγησης

Πριν ξεκινήσει η χορήγηση των ερωτηματολογίων, λήφθηκε η σχετική άδεια από τα επιστημονικά συμβούλια των δύο ψυχιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, προκειμένου να εγκριθεί η έρευνα και να αρχίσει η διαδικασία. Γι' αυτό το λόγο, στάλθηκαν στη διοίκηση του Δρομοκαΐτειου και του Δαφνίου όλα τα απαραίτητα έγγραφα, όπως η αίτηση χορήγησης άδειας, η βεβαίωση διεξαγωγής έρευνας από τη σχολή, το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο της έρευνας, τα οποία

εξετάστηκαν κατά τη συνεδρίαση των συμβουλίων και εγκρίθηκαν ένα μήνα μετά την προσκόμιση των εγγράφων. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, χωρίστηκαν βάσει των ειδικοτήτων τους και προσεγγίστηκαν στο χώρο εργασίας τους, δηλαδή στο χώρο του εκάστοτε νοσοκομείου. Επισημάνθηκε, ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη και εθελοντική και δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία χορήγησης και τους σκοπούς της έρευνας. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων γινόταν παρουσία του ερευνητή για τυχόν απορίες και διευκρινίσεις. Ζητήθηκε από τα άτομα να τηρούν την προκαθορισμένη σειρά των ερωτήσεων και να διαβάζουν με σοβαρότητα και προσοχή τα ζητούμενα. Συμπλήρωναν με τη σειρά την κλίμακα ASMI, την κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης, την κλίμακα της Ανάρρωσης και την κλίμακα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στο τέλος συμπλήρωναν τα δημογραφικά τους στοιχεία. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 15-20 λεπτά, ενώ η χορήγηση του συνόλου των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες διήρκησε περίπου δύο μήνες και επιτελέστηκε από τον ερευνητή.

4. Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25. Αναφορικά με την περιγραφική στατιστική, χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές, καθώς και για εκείνες της διάταξης. Ως προς τις αριθμητικές συνεχείς μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις. Αναφορικά με την επαγωγική στατιστική, διενεργήθηκε σειρά μονοπαραγοντικών αναλύσεων με τους δείκτες student t test για ανεξάρτητα δείγματα, την ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (one-way ANOVA) και τον δείκτη γραμμικής συσχέτισης Pearson, ανάλογα με το είδος της ανεξάρτητης και της εξαρτημένης μεταβλητής της μονοπαραγοντικής ανάλυσης. Όσες μεταβλητές βρέθηκαν κατά τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές, εισήχθησαν ταυτόχρονα (μέθοδος ENTER) ως προβλεπτικοί παράγοντες σε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προκειμένου να ανιχνευθεί ποιοι από αυτούς έχουν ανεξάρτητη επίδραση.

Αποτελέσματα

1. Χαρακτηριστικά δείγματος

Το τελικό δείγμα αποτελούταν από 127 άτομα, 79 γυναίκες και 48 άντρες. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν κάτοικοι Αθηνών. Στο χώρο του Δρομοκαϊττειου συλλέχθηκαν 62 ερωτηματολόγια, από 27 νοσηλευτές, 5 κοινωνικούς λειτουργούς, 18 ψυχιάτρους και 12 ψυχολόγους. Από το Δαφνί συγκεντρώθηκαν 65 ερωτηματολόγια, από 19 νοσηλευτές, 18 κοινωνικούς λειτουργούς, 12 ψυχιάτρους και 16 ψυχολόγους. Συνολικά συμμετείχαν στην έρευνα 46 νοσηλευτές, 23 γυναίκες κοινωνικοί λειτουργοί, 30 ψυχίατροι και 28 ψυχολόγοι. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 44 έτη (T.A.=8,5) με μικρότερη ηλικία τα 26 χρόνια και μεγαλύτερη τα 67. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση το 63% δήλωσε έγγαμοι, αρραβωνιασμένοι ή σε συμβίωση, το 28% άγαμοι και το 9% διαζευγμένοι. Σχετικά με την εκπαίδευση το 34% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι T.E.I, το 30% A.E.I., το 20% κατείχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο και το 16% είχε λάβει διετή εκπαίδευση. Ο μέσος όρος των χρόνων υπηρεσίας γενικά σε δομές ψυχικής υγείας ήταν 16 έτη (T.A.=7,6) με λιγότερο το 1 έτος και περισσότερα τα 37. Η δήλωση για το εισόδημα ήταν σχεδόν ισόποσα διαχωρισμένη καθώς το 29% δήλωνε χαμηλό, το 35% μεσαίο προς χαμηλό και το 36% μεσαίο ή μεσαίο προς υψηλό. Επιπλέον, στις ερωτήσεις, που αφορούν την προσωπική επαφή με ψυχική νόσο το 68,5% απάντησε θετικά, πως έχει κάποιον φίλο και συγγενή, που νοσεί ή πάσχει ο ίδιος από κάποια ψυχική νόσο, το 32% απάντησε θετικά, πως έχει κάποιον συνεργάτη και το 51% απάντησε θετικά, πως έχει κάποιον γνωστό. Τέλος, στις ερωτήσεις σχετικά με την ανάρρωση το 57% των επαγγελματιών δήλωσε, πως δεν έχει λάβει πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, το 86% πως δεν έχει λάβει εκπαίδευση γι' αυτό και το 79% πως χρειάζεται περαιτέρω πληροφορίες για το μοντέλο. Αυτό αποτελεί σημαντικό εύρημα, καθώς έρευνες έχουν δείξει, πως οι γνώσεις και οι στάσεις απέναντι στην ανάρρωση μπορούν να αλλάξουν μετά από εκπαίδευση του προσωπικού. Οι πληροφορίες και η εκπαίδευση για το μοντέλο της ανάρρωσης ήταν ανάλογες του μορφωτικού επιπέδου των επαγγελματιών, δηλαδή όσο αυξανόταν το επίπεδο μόρφωσης τους, τόσο αυξανόταν και η πιθανότητα να έχουν λάβει πληροφορίες και εκπαίδευση για την εφαρμογή του μοντέλου, ενώ η επιθυμία για περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με αυτό ήταν κοινή σε όλα τα επίπεδα μόρφωσης.

Πίνακας 1. Κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

	M	SD
Ηλικία	44,43	8,51
Χρόνια υπηρεσίας	16,36	7,62

	Συχνότητα	Ποσοστό	
Φύλο			
άντρας	48	37,8%	
γυναίκα	79	62,2%	
Οικογενειακή κατάσταση			
έγγαμος	74	58,3%	
άγαμος	35	27,6%	
χωρισμένος	11	8,7%	
αρραβωνιασμένος	1	0,8%	
σε συμβίωση	6	4,7%	
Ειδικότητα			
ψυχίατρος	30	23,6%	
νοσηλεύτης	46	36,2%	
κοινωνικός λειτουργός	23	18,1%	
ψυχολόγος	28	22%	
Υπηρεσία εργασίας			
Δαφνί	65	51,2%	
Δρομοκαΐτειο	62	48,8%	
Εκπαίδευση			
διετής	20	15,7%	
τεχνική	43	33,9%	
πανεπιστημιακή	38	29,9%	
μεταπτυχιακή	24	18,9%	
διδακτορική	2	1,6%	
Εισόδημα			
χαμηλό	37	29,1%	
μεσαίο προς χαμηλό	45	35,4%	
μεσαίο/ μεσαίο προς υψηλό	45	35,4%	
Προσωπική επαφή με ψυχική νόσο			
Προσωπική εμπειρία (ο ίδιος, συγγενής ή φίλος)	ναι	87	68,5%
	όχι	40	31,5%
συνεργάτης	ναι	41	32%
	όχι	86	68%
γνωστός	ναι	65	51%

	όχι	62	49%
Ερωτήσεις μοντέλου			
ανάρρωσης			
Έχετε λάβει πληροφορίες;	ναι	55	43%
	όχι	72	57%
Έχετε λάβει εκπαίδευση;	ναι	18	14%
	όχι	109	86%
Πιστεύετε πως χρειάζεστε	ναι	100	79%
πληροφορίες;	όχι	27	21%

2. Περιγραφικά στοιχεία

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν φαίνεται να υιοθετούν στιγματιστικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (πίνακας 2). Οι απαντήσεις τους στην κλίμακα ASMI δείχνουν, πως κατά κύριο λόγο είναι θετικά διακείμενοι απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Από τις απαντήσεις της κλίμακας, αξίζει να αναφερθεί, πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών δεν θεωρούν τον ψυχικά ασθενή επικίνδυνο (81,9%) και πως όλοι συμφωνούν, στο ότι ο ασθενής επιβάλλεται να ζητά βοήθεια από ειδικό. Ισόποσα διαχωρισμένες είναι οι απαντήσεις των επαγγελματιών στα λήμματα, πως ο ψυχικά ασθενής νιώθει υπεύθυνος γι' αυτό που του συμβαίνει, και πως θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστος και θα παίρνει ψυχοφάρμακα, γεγονός που έρχεται σε αντίφαση με τη συμφωνία της πλειοψηφίας, πως η ψυχική νόσος μπορεί πλέον και θεραπεύεται (62,2%). Στον τελευταίο παράγοντα της κλίμακας, τον παράγοντα της κατανόησης, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων χαρακτηρίζονται από υψηλή ενσυναίσθηση. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες, ερχόμενοι στη θέση του ψυχικά πάσχοντα και σκεφτόμενοι τα συναισθήματά τους, συμφωνούν, πως ο ασθενής νιώθει κατώτερος (85,1%) και βάρος στην οικογένεια του (80,6%), και πως είναι δύσκολο ο κόσμος να συναισθανθεί έναν ψυχικά πάσχοντα (92,9%), έχοντας διαφορετική συμπεριφορά απέναντί του (96,9%) ή κατηγορώντας τον για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένεια του (81,5%).

Πίνακας 2. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας των Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο

Λήμμα	Διαφωνώ/ μάλλον διαφωνώ	Συμφωνώ/ μάλλον συμφωνώ
Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.	84%	16%
Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους.	73,2%	26,8%
Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο.	95,3%	4,7%
Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο.	65,4%	34,6%
Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι.	70,1%	29,9%
Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι, αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος.	81%	19%
Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια, τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο.	52,4%	47,6%
Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα.	81,9%	18,1%
Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα, θα τα παίρνει όλη τη ζωή του.	41,3%	58,7%
Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	78%	22%
Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	89%	11%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	14,2%	85,8%
Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους.	31%	69%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δε διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	35,7%	64,3%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία.	7,1%	92,9%
Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	6,3%	93,7%

Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	37,8%	62,2%
Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	94,5%	5,5%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του.	12,7%	87,3%
Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα.	93,7%	6,3%
Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο, όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια	2,4%	97,6%
Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημά του, για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους.	78,7%	21,3%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο.	0%	100%
Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω.	0,8%	99,2%
Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό,τι συνέβη.	43,8%	56,2%
Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένειά του.	19,4%	80,6%
Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο, όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά	3,1%	96,9%
Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά, τότε το κατηγορούν για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του.	18,5%	81,5%
Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια.	7,1%	92,9%
Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους.	14,9%	85,1%

Η έλλειψη στίγματος διαφαίνεται και στις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης (πίνακας 3). Μόνο στο λήμμα, που ρωτά, αν θα παντρευόσασταν κάποιον με ψυχική νόσο, η πλειοψηφία απάντησε πως δε θα παντρευόταν (70,1%), ενώ ισόποσα διαχωρισμένες είναι οι απαντήσεις των

επαγγελματιών στα λήμματα, πως δεν θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον ψυχικά ασθενή και πως θα τους αναστάτωνε να έμεναν με κάποιον με ψυχική νόσο.

Πίνακας 3. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας της Κοινωνικής Απόστασης

Λήμμα	Σίγουρα / μάλλον ναι N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Σίγουρα / μάλλον όχι N (%)
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	4 (3,1%)	3 (2,4%)	120 (94,5%)
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	25 (19,7%)	14 (11%)	88 (69,3%)
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	96 (75,6%)	22 (17,3%)	9 (7,1%)
Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	54 (42,5%)	32 (25,2%)	41 (32,3%)
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	9 (7,1%)	13 (10,2%)	105 (82,7%)
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	10 (7,9%)	28 (22%)	89 (70,1%)
Θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	10 (7,9%)	3 (2,4%)	114 (89,8%)
Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	95 (74,8%)	15 (11,8%)	17 (13,4%)
Θα ξεκινούσατε φίλια με κάποιον/α που γνωρίζατε ότι έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	76 (59,8%)	25 (19,7%)	26 (20,5%)
Εάν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο εργαζόταν σε κομμωτήριο/κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;	80 (63%)	22 (17,3%)	25 (19,7%)
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	55 (43,3%)	36 (28,3%)	36 (28,3%)
Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	83 (65,4%)	31 (24,4%)	13 (10,2%)

Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	114 (89,8%)	6 (4,7%)	7 (5,5%)
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο;	100 (78,7%)	17 (13,4%)	10 (7,9%)

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας φαίνεται γενικά να κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης (πίνακας 4) και να συμφωνούν με τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (πίνακας 5). Οι απαντήσεις που ξεχωρίζουν στην κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης είναι, πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών συμφωνεί με το γεγονός, ότι δεν είναι όλοι οι ασθενείς σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της ανάρρωσης (67,7%), πως η ιδέα της ανάρρωσης είναι πιο σημαντική για τους ασθενείς, που έχουν ολοκληρώσει ή κοντεύουν να ολοκληρώσουν την τρέχουσα θεραπεία (53,5%), ενώ ισόποσα διαχωρισμένες είναι οι απαντήσεις τους στο λήμμα, πως μόνο οι κλινικά σταθεροί ασθενείς θα πρέπει να εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα.

Πίνακας 4. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας του Μοντέλου της Ανάρρωσης

Λήμμα	Διαφωνώ/ διαφωνώ απόλυτα N (%)	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ/ συμφωνώ απόλυτα N (%)
Η έννοια της ανάρρωσης είναι εξίσου σημαντική σε όλες τις φάσεις της θεραπείας.	5 (3,9%)	0 (0%)	122 (96,1%)
Τα άτομα που λαμβάνουν ψυχιατρική θεραπεία είναι απίθανο να βρίσκονται σε θέση να αποφασίζουν μόνοι τους για τη θεραπεία και τους στόχους αποκατάστασης.	61 (48%)	29 (22,8%)	37 (29,1%)
Όλοι οι επαγγελματίες θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να τολμούν κατά την επιδίωξη της ανάρρωσης.	6 (4,7%)	20 (15,7%)	101 (79,5%)
Η διαχείριση των συμπτωμάτων αποτελεί το πρώτο βήμα της αποκατάστασης στην ψυχική νόσο.	3 (2,4%)	11 (8,7%)	113 (89%)

Δεν είναι όλοι οι ασθενείς σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της ανάρρωσης.	19 (15%)	22 (17,3%)	86 (67,7%)
Τα άτομα με ψυχική νόσο δε θα πρέπει να επιβαρύνονται με τις ευθύνες της καθημερινής ζωής.	83 (65,4%)	24 (18,9%)	20 (15,7%)
Η ανάρρωση στη σοβαρή ψυχική νόσο επιτυγχάνεται ακολουθώντας ένα καθορισμένο σύνολο διαδικασιών.	14 (11%)	16 (12,6%)	97 (76,4%)
Η επιδίωξη για χόμπι και δραστηριότητες αναψυχής είναι σημαντική στην ανάρρωση.	2 (1,6%)	8 (6,3%)	117 (92,1%)
Μόνο οι ασθενείς που είναι κλινικά σταθεροί θα πρέπει να εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους.	40 (31,5%)	41 (32,3%)	46 (36,2%)
Η ανάρρωση δεν είναι τόσο σημαντική για τα άτομα που είναι ενεργά ψυχωσικοί ή κάνουν χρήση ουσιών.	95 (74,8%)	10 (7,9%)	22 (17,3%)
Το να ορίσει κάποιος τον εαυτό του πέρα από την ασθένειά του, αποτελεί βασική συνιστώσα της ανάρρωσης.	2 (1,6%)	21 (19,5%)	104 (81,9%)
Είναι συχνά επιβλαβές να υπάρχουν πολύ υψηλές προσδοκίες για τους ασθενείς	24 (18,9%)	35 (27,6%)	68 (53,5%)
Είναι λίγα αυτά που μπορούν να κάνουν οι επαγγελματίες για να βοηθήσουν ένα άτομο να αναρρώσει, όταν αυτό δεν είναι έτοιμο να δεχθεί την κατάσταση της υγείας του ή την ανάγκη θεραπείας.	34 (26,8%)	29 (22,8%)	64 (50,4%)
Η ανάρρωση χαρακτηρίζεται από σταδιακά βήματα προς τα εμπρός από τον ασθενή και την αποφυγή μεγάλων βημάτων προς τα πίσω.	3 (2,4%)	14 (11%)	110 (86,6%)
Η μείωση των συμπτωμάτων αποτελεί σημαντική συνιστώσα της ανάρρωσης.	3 (2,4%)	7 (5,5%)	117 (92,1%)
Οι προσδοκίες και η ελπίδα για ανάρρωση θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου.	8 (6,3%)	20 (15,7%)	99 (78%)
Η ιδέα της ανάρρωσης είναι πιο σημαντική για τους ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει ή κοντεύουν να ολοκληρώσουν την τρέχουσα θεραπεία.	30 (23,6%)	29 (22,8%)	68 (53,5%)

Όσο περισσότερο το άτομο συμμορφώνεται στη θεραπεία, τόσο πιθανότερο είναι να αναρρώσει.	3 (2,4%)	15 (11,8%)	109 (85,8%)
Άτομα του κοινωνικού δικτύου του ασθενούς, που έχουν μια σοβαρή ψυχική νόσο ή αναρρώνουν από χρήση ουσιών μπορούν να συμβάλλουν στη ανάρρωσή του, με τον ίδιο τρόπο που συμβάλλουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.	65 (51,2%)	27 (21,3%)	35 (27,6%)

Όσον αφορά την κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (πίνακας 5) αξίζει να αναφερθεί, ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφωνεί, πως κάποιος ψυχικά ασθενής μπορεί να ζήσει μόνος, εφόσον τα συμπτώματά του είναι απολύτως σταθερά (51,2%), πως η πραγματική ανάρρωση περιλαμβάνει την έκθεση του ατόμου σε κινδύνους υποτροπής και αποτυχίας (50,4%) και πως η υποστήριξη και οι περιβαλλοντικές αλλαγές είναι μακροπρόθεσμα πιο σημαντικές από την εκπαίδευση δεξιοτήτων για την κοινωνική ένταξη (47,2%). Τέλος, ισόποσα διαχωρισμένες είναι οι απαντήσεις τους στα λήμματα, πως οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται περισσότερο την προστασία της κοινωνίας, παρά βοήθεια συμμετοχής σε αυτήν, πως οι ικανότητες μάθησης και ανάπτυξης των ψυχικά πασχόντων μειώνονται σημαντικά και πως λόγω του στρες μια κανονική θέση εργασίας δεν θα πρέπει να αποτελεί στόχο για τον ψυχικά ασθενή.

Πίνακας 5. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Λήμματα	Διαφωνώ/ διαφωνώ απόλυτα N (%)	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ/ συμφωνώ απόλυτα N (%)
Θα ήθελα οι προτιμήσεις και οι επιλογές των ασθενών να κατευθύνουν κάθε πτυχή της διαδικασίας αποκατάστασης, ακόμα και όταν παρεμβαίνω.	24 (18,9%)	34 (26,8%)	69 (54,3%)
Κατά τη διερεύνηση πιθανής κατοικίας, βασίζομαι στις προτιμήσεις του ατόμου για να κατευθύνουν την αναζήτηση.	23 (18,1%)	36 (28,3%)	68 (53,5%)

Η διαμονή, η εργασία και η εκπαίδευση ενός ατόμου με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να βρίσκονται στο ίδιο περιβάλλον με άτομα που δεν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.	24 (18,9%)	41 (32,3%)	62 (48,8%)
Ένας από τους στόχους της ψυχιατρικής αποκατάστασης είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν τις προτιμήσεις και τις δεξιότητές τους, σχετικά με το πού θέλουν να ζήσουν, να εργαστούν και να κοινωνικοποιηθούν.	0 (0%)	13 (10,2%)	114 (89,8%)
Αν τους δινόταν η ευκαιρία, τα άτομα με ψυχική νόσο θα επέλεγαν τα ίδια πράγματα, που θα επιλέγαμε και θα θέλαμε όλοι μας.	2 (1,6%)	25 (19,7%)	100 (78,7%)
Προτιμώ μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της κατάστασης, προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης δεξιοτήτων για τον ασθενή.	9 (7,1%)	12 (9,4%)	106 (83,5%)
Η ψυχιατρική αποκατάσταση είναι μια συμβουλευτική διαδικασία, κατά την οποία ο ασθενής πρέπει πάντα να συζητά τις αποφάσεις του με τον σύμβουλο, πριν την υλοποίηση τους.	5 (3,9%)	32 (25,2%)	90 (70,9%)
Ένα καλό πρόγραμμα αποκατάστασης εντοπίζει τα σημαντικότερα προβλήματα και αδυναμίες του ατόμου.	3 (2,4%)	13 (10,2%)	111 (87,4%)
Μια συνέπεια στην ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας είναι, ότι τα άτομα τείνουν να στερούνται προσωπικών προτιμήσεων.	15 (11,8%)	35 (27,6%)	77 (60,6%)
Τα άτομα με ψυχική ασθένεια χρειάζονται περισσότερο την προστασία από την κοινωνία, παρά τη βοήθεια για συμμετοχή σε αυτήν.	55 (43,3%)	32 (25,2%)	40 (31,5%)
Το να κάνεις επιλογές για ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, δεν είναι το ίδιο με το να κάνεις επιλογές για ένα άτομο που δεν πάσχει.	13 (10,2%)	41 (32,3%)	73 (57,5%)
Εξαιτίας του στρες που σχετίζεται με την ασθένεια, μια κανονική θέση εργασίας δεν θα πρέπει πιθανόν να αποτελεί στόχο για πολλούς ψυχικά πάσχοντες.	41 (32,3%)	49 (38,6%)	37 (29,1%)
Δεν νιώθω άνετα με έναν ασθενή μου, που έχει ενταχθεί σε μια ομάδα αυτοβοήθειας.	93 (73,2%)	20 (15,7%)	14 (11%)
Μια κανονική θέση εργασίας είναι ένας κατάλληλος στόχος, εφόσον το άτομο είχε προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία.	11 (8,7%)	31 (24,4%)	85 (66,9%)

Ένα σχέδιο αποκατάστασης με στόχο να βοηθήσει ένα ψυχικά ασθενή να εργαστεί, θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνει σταδιακά αυξημένα βήματα για τη μείωση του στρες και τη μεγιστοποίηση της απόκτησης δεξιοτήτων.	1 (0,8%)	13 (10,2%)	100 (89%)
Το να ζήσει ο ασθενής μόνος του σε κάποιου την κατοικία, είναι κατάλληλος στόχος μόνο για τα άτομα, των οποίων τα συμπτώματα είναι απολύτως σταθερά.	21 (16,5%)	41 (32,3%)	65 (51,2%)
Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενδιαφέρονται τόσο για την ποιότητα ζωής όσο και για τα συμπτώματα των ασθενών.	11 (8,7%)	10 (7,9%)	106 (83,5%)
Η εκπαίδευση των ψυχικά πασχόντων για την ασθένεια τους, τα συμπτώματα, καθώς και για τα οφέλη και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, αποτελεί τον καλύτερο τρόπο ενθάρρυνσης της συνεργασίας του κατά τη θεραπεία.	0 (0%)	24 (18,9%)	103 (81,1%)
Το να έχει κανείς μια ψυχική ασθένεια σημαίνει εν μέρει, ότι οι ικανότητες μάθησης και ανάπτυξης μειώνονται σημαντικά.	31 (24,4%)	57 (44,9%)	39 (30,7%)
Τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται από τις εξατομικευμένες υπηρεσίες ψυχιατρικής αποκατάστασης, δεν αξίζουν συχνά το υψηλό κόστος και την εξαιρετικά περίπλοκη παροχή τους.	63 (49,6%)	37 (29,1%)	27 (21,3%)
Η παροχή υποστήριξης στην εργασία ή στη διαμονή των ψυχικά ασθενών πρέπει να είναι χρονικά οριοθετημένα, ώστε τα άτομα να μην εξαρτώνται από την υποστήριξη.	29 (22,8%)	41 (32,3%)	57 (44,9%)
Κατά την ανάπτυξη ενός σχεδίου αποκατάστασης του ψυχικά πάσχοντος και τη διαμόρφωση στόχων, καθοδηγούμαι κυρίως από μια καλή αξιολόγηση της ψυχικής του κατάστασης.	1 (0,8%)	21 (16,5%)	105 (82,7%)
Συνήθως μπορώ να κρίνω την πρόοδο του ασθενούς στη δουλειά ή στο σχολείο σύμφωνα με την πρόοδό του στον τόπο διαμονής του.	36 (28,3%)	45 (35,4%)	46 (36,2%)

Η ανάπτυξη υποστήριξης και οι περιβαλλοντικές αλλαγές μπορεί να είναι μακροπρόθεσμα πιο σημαντικές από την εκπαίδευση σε δεξιότητες, στη βοήθεια του ψυχικά ασθενούς για επίτευξη της κοινωνικής του ένταξης.	18 (14,2%)	49 (38,6%)	60 (47,2%)
Το να δημιουργήσει ο ψυχικά ασθενής μια νέα, θετική εικόνα για τον εαυτό του είναι ένας μακροπρόθεσμος και βιώσιμος στόχος της ψυχιατρικής αποκατάστασης.	5 (3,9%)	14 (11%)	108 (85%)
Η πραγματική ανάρρωση συχνά περιλαμβάνει την έκθεση του ατόμου σε κινδύνους υποτροπής και αποτυχίας.	20 (15,7%)	43 (33,9%)	64 (50,4%)

3. Έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα

Προκειμένου να ελεγχθεί αν οι μέσες τιμές δύο ανεξάρτητων δειγμάτων είναι ίσες ή διαφορετικές, διενεργήθηκε έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Στην μεταβλητή φύλο, ο πίνακας 6 και η στήλη t δείχνουν, ότι στην κλίμακα της κοινωνικής απόστασης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στους παράγοντες σταθερές σχέσεις, σχέσεις εμπιστοσύνης και αισιοδοξία είναι το $p < 0,05$, και έτσι απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ισότητας μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Επίσης, διαφαίνεται από την ανάλυση και τις μέσες τιμές, πως οι άντρες διατηρούν γενικά μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση συγκριτικά με τις γυναίκες, ειδικότερα ως προς τις σχέσεις εμπιστοσύνης και τις σταθερές σχέσεις, ενώ οι γυναίκες διατηρούν πιο αισιόδοξες στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο και συμφωνούν περισσότερο με τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Πίνακας 6. Έλεγχος t-test

Μεταβλητές	ΦΥΛΟ	M	SD	t	df
Total social distance	άντρας	34,5	10,37	2,43*	85,39
	γυναίκα	30,18	8,58		
Σταθερές σχέσεις	άντρας	11,1	4,03	2,45*	125
	γυναίκα	9,43	3,53		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	άντρας	15,96	4,46	2,17*	125
	γυναίκα	14,29	4,04		
Total rehabilitation	άντρας	79,06	6,00	-2,02*	125

	γυναίκα	81,59	7,32		
Αισιοδοξία	άντρας	17,38	3,3	-2,51*	125
	γυναίκα	19,09	3,96		

*p<0,05

Οι πίνακες 7, 8, 9 αφορούν τις ερωτήσεις για το μοντέλο της ανάρρωσης. Ο πίνακας 6 δείχνει, ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι έχουν λάβει πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, δηλώνουν μεγαλύτερη αισιοδοξία απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, έχουν γενικά μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και ειδικότερα ως προς τις σταθερές σχέσεις και τις σχέσεις εμπιστοσύνης, δηλώνουν περισσότερες γνώσεις για το μοντέλο και συμφωνούν περισσότερο με τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο πίνακας 7 δείχνει, ότι οι επαγγελματίες που πιστεύουν, ότι χρειάζονται πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, εκφράζουν λιγότερα στερεότυπα, μεγαλύτερη αισιοδοξία και λιγότερες στιγματιστικές στάσεις στη κλίμακα ASMI, μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση γενικά, και ως προς τις σταθερές σχέσεις, τις σχέσεις εμπιστοσύνης και τις προσωρινές σχέσεις, δηλώνουν περισσότερες γνώσεις για το μοντέλο και συμφωνούν περισσότερο με τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τέλος, ο πίνακας 8 δείχνει, πως όσοι έχουν λάβει εκπαίδευση για το μοντέλο της ανάρρωσης, δηλώνουν περισσότερες γνώσεις γι' αυτό.

Πίνακας 7. Έλεγχος t-test

Μεταβλητές	Έχετε λάβει πληροφορίες;	M	SD	t	df
Αισιοδοξία	Ναι	19,44	3,31	2,64*	125
	Όχι	17,68	4,00		
Σταθερές σχέσεις	Ναι	9,52	3,34	-2,87*	124,92
	Όχι	12,07	4,71		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	ναι	14,32	4,14	-4,13*	125
	όχι	17,15	4,04		
Total social distance	Ναι	30,30	8,65	-3,66*	124,95
	Όχι	37,41	10,53		
Total recovery	Ναι	56,13	6,39	2,81*	125
	Όχι	51,52	9,05		
Total rehabilitation	Ναι	81,48	6,43	2,56*	125
	Όχι	77,52	7,94		

*p<0,05

Πίνακας 8. Έλεγχος t-test

Μεταβλητές	Πιστεύετε πως χρειάζεστε πληροφορίες;	M	SD	t	df
Στερεότυπα	Ναι	35,09	5,84	2,38*	125
	Όχι	31,89	7,41		
Αισιοδοξία	Ναι	19,08	3,61	3,83*	125
	Όχι	16,07	3,65		
Σταθερές σχέσεις	ναι	9,52	3,34	-2,65*	33,41
	όχι	12,07	4,71		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Ναι	14,32	4,14	-3,17*	125
	Όχι	17,15	4,04		
Προσωρινές σχέσεις	Ναι	6,46	2,62	-2,44*	34,68
	Όχι	8,19	3,42		
Total recovery	Ναι	56,13	6,39	2,49*	33,31
	Όχι	51,52	9,05		
Total rehabilitation	Ναι	81,48	6,43	2,69*	125
	Όχι	77,52	7,94		
Total distance	Ναι	30,30	8,65	-3,61*	125
	Όχι	37,41	10,53		
Total ASMI	Ναι	90,91	11,02	3,21*	125
	Όχι	83,19	11,40		

*p<0,05

Πίνακας 9. Έλεγχος t-test

Μεταβλητές	Έχετε λάβει εκπαίδευση;	M	SD	T	df
Total recovery	Ναι	58,44	5,92	2,11*	125
	Όχι	54,60	7,32		

*p<0,05

Οι πίνακες 10 και 11 αφορούν στην προσωπική επαφή με την ψυχική νόσο. Όσοι επαγγελματίες δήλωσαν, ότι γνωρίζουν κάποιον συνεργάτη με ψυχική νόσο, δήλωσαν και λιγότερα στερεότυπα για την ψυχική νόσο, ενώ όσοι δήλωσαν, πως έχουν ψυχική νόσο οι ίδιοι ή κάποιος φίλος ή κάποιος συγγενής, εξέφρασαν λιγότερα στερεότυπα

και λιγότερες στιγματιστικές απόψεις στη κλίμακα ASMI και μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση στις σταθερές σχέσεις, τις σχέσεις εμπιστοσύνης και γενικότερα.

Πίνακας 10. Έλεγχος t-test

Μεταβλητές	Συνεργάτης	M	SD	t	df
Στερεότυπα	Ναι	36,41	5,7	2,52*	125
	Όχι	33,45	6,39		

*p<0,05

Πίνακας 11. Έλεγχος t-test

Μεταβλητές	Προσωπική εμπειρία (ο ίδιος, φίλος, συγγενής)	M	SD	t	df
Στερεότυπα	Όχι	32,08	6,37	-2,91*	125
	Ναι	35,48	6,02		
Total ASMI	Όχι	85,7	11,49	-2,42*	125
	Ναι	90,91	11,19		
Total social distance	Όχι	35,33	9,01	2,91*	125
	Ναι	30,19	9,32		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Όχι	16,4	3,81	2,72*	125
	Ναι	14,24	4,31		
Σταθερές σχέσεις	Όχι	11,45	4,07	2,87*	125
	Ναι	9,43	3,52		

*p<0,05

4. Ανάλυση διακύμανσης

Η ανάλυση διακύμανσης με έναν παράγοντα χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί, το πώς διαφοροποιούνται οι εξαρτημένες μεταβλητές ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, το εισόδημα και το επάγγελμα και έγινε έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων του Bonferonni, ώστε να ελεγχθούν οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων ανά ζεύγη. Αν κατά τον έλεγχο του Levene απορριπτόταν η ισότητα των διασπορών του δείγματός, αντί των παραπάνω ακολουθούσε ο έλεγχος Welch και ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων του Tamhane.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση (πίνακας 12), στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στους παράγοντες προσωρινές σχέσεις και κατανόηση, μεταξύ της ομαδοποίησης των έγγαμων, των αρραβωνιασμένων και αυτών που συμβιώνουν με τους διαζευγμένους, όπου οι διαζευγμένοι δήλωσαν μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση στις προσωρινές σχέσεις και μεγαλύτερη κατανόηση προς τον ψυχικά ασθενή.

Πίνακας 12. Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων

Οικογενειακή κατάσταση		M	SD	διαζευγμένος
Προσωρινές σχέσεις	Έγγαμος/αρραβωνιασμένος/σε συμβίωση	7,12	3,15	0,09 έως 2,71
	Διαζευγμένος	5,73	1,27	
Κατανόηση	Έγγαμος/αρραβωνιασμένος/σε συμβίωση	9,98	3,1	-5,05 έως -0,28
	Διαζευγμένος	12,64	3,2	

Ο πίνακας 13 δείχνει, ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης παρατηρούνται στην κλίμακα ASMI, στον παράγοντα στερεότυπα, στην κλίμακα της κοινωνικής απόστασης, στους παράγοντες σχέσεις εμπιστοσύνης και σταθερές σχέσεις και στην κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αναλυτικότερα, όσοι έχουν λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση έχουν θετικότερες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και εκφράζουν λιγότερα στερεότυπα, από όσους έχουν λάβει διετή εκπαίδευση. Λιγότερα στερεότυπα εκφράζουν και όσοι έχουν λάβει πανεπιστημιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση, συγκριτικά με αυτούς που έχουν λάβει τεχνική και διετή εκπαίδευση αντίστοιχα. Οι απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης δήλωσαν και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση στην κλίμακα και στους παράγοντες σχέσεις εμπιστοσύνης και σταθερές σχέσεις, συγκριτικά με τους απόφοιτους μεταπτυχιακού ή διδακτορικού, καθώς και συγκριτικά με τους απόφοιτους TEI και AEI στις σχέσεις εμπιστοσύνης. Οι επαγγελματίες διετούς εκπαίδευσης ήταν και λιγότερο θετικοί στις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συγκριτικά με τους απόφοιτους TEI, AEI και τους κατόχους μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.

Πίνακας 13. Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων

Εκπαίδευση		M	SD	διετής	TEI	AEI
ASMI	Διετής	83,65	10,58			-17,46 έως -1,09
	AEI	92,92	9,25			
Σtereότυπα	Διετής	30,4	5,85			-11,49 έως - 2,92
	TEI	32,6	6,91			-8,46 έως -1,55
	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό	35,81	5,08	0,79 έως 10,02		
	AEI	37,61	4,69			
Social distance	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό	28,42	7,14	-16,41 έως -1,75		
	AEI	37,61	4,69			
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Διετής	37,5	9,78			
	Διετής	18,2	4,15		0,7 έως 6,58	0,65 έως 6,65
	TEI	14,56	4,67			
	AEI	14,55	3,41			
	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό	13,54	3,69	-7,89 έως -1,43		
Rehabilitation	Διετής	76,15	3,15		-9,39 έως -2,08	-8,42 έως -0,97
	TEI	81,88	7,49			
	AEI	80,84	7,21			
	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό	81,73	6,61	1,48 έως 9,68		
Σταθερές σχέσεις	Διετής	12,55	5,03			
	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό	8,96	2,57	-7,09 έως -0,09		

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων φάνηκε να διαφοροποιούνται και ανάλογα με το εισόδημα που δήλωναν. Ο πίνακας 14 δείχνει σε ποιες μεταβλητές παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές και σε ποια επίπεδα του εισοδήματος εντοπίζονται αυτές. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μεσαίο ή μεσαίο προς υψηλό εισόδημα φάνηκαν πιο αισιόδοξοι σχετικά με την ψυχική νόσο συγκριτικά με τους

επαγγελματίες με χαμηλό εισόδημα. Οι τελευταίοι δήλωσαν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση στις σταθερές σχέσεις και έδειξαν λιγότερο θετικοί προς τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από αυτούς με μεσαίο προς χαμηλό εισόδημα, και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση στην κλίμακα και στις σχέσεις εμπιστοσύνης, από αυτούς με μεσαίο προς χαμηλό και μεσαίο ή μεσαίο προς υψηλό εισόδημα.

Πίνακας 14. Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων

Εισόδημα		M	SD	χαμηλό	Μεσαίο προς χαμηλό
Αισιοδοξία	χαμηλό	17,08	4,72		
	μεσαίο/ μεσαίο προς υψηλό	19,11	3,21	0,02 έως 4,04	
Σταθερές σχέσεις	χαμηλό	11,57	4,34		0,27 έως 4,64
	μεσαίο προς χαμηλό	9,11	3,59		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	χαμηλό	16,73	4,73		0,35 έως 4,8
	μεσαίο προς χαμηλό	14,16	4,09		
	μεσαίο/ μεσαίο προς υψηλό	14,2	3,63	-4,76 έως -0,3	
Social Distance	χαμηλό	36,05	10,97		0,8 έως 11,75
	μεσαίο προς χαμηλό	29,78	8,88		
	μεσαίο/μεσαίο προς υψηλό	30,36	7,71	-10,94 έως -0,45	
Rehabilitation	χαμηλό	78,22	6,81		-8,38 έως -1,14
	μεσαίο προς χαμηλό	82,98	7,29		

Τα πιο σημαντικά ευρήματα της ανάλυσης διακύμανσης παρατίθενται στον πίνακα 15 που αφορά στο επάγγελμα των συμμετεχόντων. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ψυχιάτρων, των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών βρέθηκαν και στις τέσσερις κλίμακες της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα,

στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στην κλίμακα ASMI με τους νοσηλευτές να απαντούν περισσότερο σιγματιστικά από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και τους ψυχιάτρους να απαντούν περισσότερο σιγματιστικά συγκριτικά με τους ψυχολόγους. Οι παράγοντες της κλίμακας ανέδειξαν εξίσου σημαντικές διαφορές. Φαίνεται, πως οι νοσηλευτές υιοθετούν περισσότερα στερεότυπα από τους υπόλοιπους επαγγελματίες, όπως και οι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχέση με τους ψυχολόγους. Επίσης φαίνεται, πως οι νοσηλευτές παρουσιάζονται λιγότερο αισιόδοξοι απέναντι στη ψυχική νόσο συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ οι ψυχολόγοι παρουσιάζονται περισσότερο αισιόδοξοι και ενθαρρύνουν περισσότερο την εξωτερική της νόσου συγκριτικά με τους ψυχιάτρους. Μεγαλύτερη ενθάρρυνση από τους ψυχιάτρους δίνουν και οι κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ οι νοσηλευτές λιγότερη συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Όσον αφορά την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης και τους παράγοντές της, φάνηκε, πως οι νοσηλευτές εξέφραζαν μεγαλύτερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης γενικά αλλά και ειδικότερα στις σταθερές και τις προσωρινές σχέσεις και τις σχέσεις εμπιστοσύνης συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι δήλωναν μικρότερη επιθυμία στους παράγοντες των σταθερών και προσωρινών σχέσεων, καθώς και στην κλίμακα σε σχέση με τους ψυχιάτρους. Επιπροσθέτως, φαίνεται για τους ψυχολόγους μια στατιστικά σημαντική διαφορά στον παράγοντα των σχέσεων εμπιστοσύνης συγκριτικά με τους ψυχιάτρους, διότι οι πρώτοι επιθυμούν λιγότερη απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς σε αυτό το είδος σχέσης.

Πανομοιότυπες διαφορές διακρίνονται και στην κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς οι νοσηλευτές συμφωνούν λιγότερο από τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς με τις πεποιθήσεις, τις πρακτικές και τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι οποίοι με τη σειρά τους είναι πιο θετικοί με αυτήν σε σχέση με τους ψυχιάτρους. Τέλος, για την κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, παρα μόνο μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών, όπου οι πρώτοι φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα γι' αυτό.

Πίνακας 15. Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων

Επάγγελμα		M	SD	Ψυχίατρος	Ψυχολόγος	Νοσηλεύτης
ΑΣΜΙ	ψυχίατρος	89,43	9,64			1,31 έως 14,77
	ψυχολόγος	98,39	5,22	3,41 έως 14,51		11,54 έως 22,46
	κοινωνικός λειτουργός	93,69	7,46			5,93 έως 18,68
	νοσηλεύτης	81,39	11,91			
Στερεότυπα	ψυχίατρος	36,5	5,18			3,49 έως 10,72
	ψυχολόγος	39	2,71			6,71 έως 12,51
	κοινωνικός λειτουργός	36,13	3,47		-5,32 έως -0,42	3,52 έως 9,96
Αισιοδοξία	νοσηλεύτης	29,39	6,38			
	ψυχίατρος	17,87	3,59		-5,52 έως -0,75	
	ψυχολόγος	21	1,83			2,29 έως 6,66
	κοινωνικός λειτουργός	19,91	3,27			1,07 έως 5,71
Εξωτερικήυση	νοσηλεύτης	16,52	3,98			
	ψυχίατρος	25,1	1,71		-3,22 έως -1	
	ψυχολόγος	27,21	1,37			0,76 έως 3,58
	κοινωνικός λειτουργός	27	1,24	0,79 έως 3,01		0,55 έως 3,37
Social Distance	νοσηλεύτης	25,04	3,05			
	ψυχίατρος	33,73	8,57		3,43 έως 13,68	
	ψυχολόγος	25,18	5,42			-16,53 έως -7,19
	κοινωνικός λειτουργός	26,91	7,64	-12,94 έως -0,7		-15,91 έως -4,35
Σταθερές σχέσεις	νοσηλεύτης	37,04	9,43			
	ψυχίατρος	10,97	2,99		1,65 έως 5,35	
	ψυχολόγος	7,46	2,09			-6,56 έως

						-2,51
	κοινωνικός λειτουργός	8,17	2,49	-4,86 έως -0,72		-6,06 έως -1,59
Σχέσεις εμπιστοσύνης	νοσηλεύτης ψυχίατρος	12 15,07	4,31 3,77		0,17 έως 4,96	
	ψυχολόγος	12,5	2,89			-6,89 έως -2,49
Προσωρινές σχέσεις	κοινωνικός λειτουργός	13,13	4,38			-7,09 έως -1,04
	νοσηλεύτης ψυχίατρος	17,19 7,7	4,09 2,71		0,96 έως 4,01	
	ψυχολόγος	5,21	1,32			-4,19 έως -1,07
	κοινωνικός λειτουργός	5,61	1,56	-3,71 έως -0,47		-3,9 έως -0,58
Rehabilitation	νοσηλεύτης ψυχίατρος	7,85 78,17	3,52 6,54		-10,36 έως -2,59	
	ψυχολόγος	84,64	5,56			4,49 έως 11,58
Recovery	κοινωνικός λειτουργός	87,04	4,82	4,78 έως 12,98		6,66 έως 14,21
	νοσηλεύτης κοινωνικός λειτουργός	76,61 57,96	5,07 3,78			0,64 έως 9,1
	νοσηλεύτης	53,09	9,13			

5. Ανάλυση συσχέτισης Pearson

Υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα ASMI, στους παράγοντες του ASMI, στην κλίμακα της κοινωνικής απόστασης, στους παράγοντες της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης, στην κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης και στην κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων συσχέτισης παρατίθενται στον Πίνακα 16. Πιο αναλυτικά, η κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης έχει θετική συσχέτιση με την κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης [$r(127)= 0,59$], το ASMI [$r(127) = 0,54$] και τους παράγοντες του και αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης [$r(127) = -0,48$]

και τους παράγοντές της. Δηλαδή, όσο πιο θετικές στάσεις έχουν οι επαγγελματίες απέναντι στην ψυχική νόσο και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τόσο καλύτερα κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης, ενώ όσο μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση δηλώνουν οι επαγγελματίες, τόσο λιγότερο κατανοούν το μοντέλο. Η κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως προαναφέρθηκε, σχετίζεται θετικά με την κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης καθώς και με το ASMI [$r(127)= 0,55$] και τους παράγοντές του, εκτός της κατανόησης, και αρνητικά με την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης [$r(127)=-0,64$] και τους παράγοντές της, δηλαδή όσο πιο θετικές στάσεις έχουν οι επαγγελματίες απέναντι στην ψυχική νόσο, τόσο καλύτερα κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης, και όσο λιγότερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης εκφράζουν, τόσο πιο θετικά διάκεινται απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η κλίμακα ASMI έχει αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης [$r(127)=-0,72$], δηλαδή όσο πιο θετικές στάσεις έχουν οι επαγγελματίες απέναντι στη ψυχική νόσο, τόσο μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση δηλώνουν. Επίσης, και οι παράγοντες του ASMI έχουν αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης, εκτός από την κατανόηση, η οποία σχετίζεται αρνητικά μόνο με τις προσωρινές σχέσεις.

Πίνακας 16. Ανάλυση συσχέτισης Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Total ASMI	1	0,91**	0,81**	0,61**	0,4**	-0,72**	-0,65**	-0,57**	-0,67**	0,55**	0,54**
2.Στερεότυπα	0,91**	1	0,64**	0,48**	0,18*	-0,61**	-0,59**	-0,47**	-0,52**	0,48**	0,51**
3.Αισιοδοξία	0,81**	0,64**	1	0,44**	0,12	-0,75**	-0,63**	-0,69**	-0,6**	0,59**	0,52**
4.Εξωτερίκευση	0,61**	0,48**	0,44**	1	-0,05	-0,48**	-0,39**	-0,28**	-0,65**	0,38**	0,19*
5.Κατανόηση	0,4**	0,18*	0,12	-0,05	1	-0,15	-0,15	-0,08	-0,19*	0,04	0,2*
6.Total social Distance	-0,72**	-0,61**	-0,75**	-0,48**	-0,15	1	0,93**	0,89**	0,75**	-0,64**	-0,48**
7.Σταθερές Σχέσεις	-0,65**	-0,59**	-0,63**	-0,39**	-0,15	0,93**	1	0,76**	0,63**	-0,58**	-0,45**
8.Σχέσεις εμπιστοσύνης	-0,57**	-0,47**	-0,69**	-0,28**	-0,08	0,89**	0,76**	1	0,44**	-0,58**	-0,44**
9.Προσωρινές σχέσεις	-0,67*	-0,52**	-0,6**	-0,65**	-0,19*	0,75**	0,63**	0,44**	1	-0,49**	-0,32**
10.Total rehabilitation	0,55**	0,48**	0,59**	0,38**	0,04	-0,64**	-0,58**	-0,58**	-0,49**	1	0,59**
11.Total recovery	0,54**	0,51**	0,52**	0,19*	0,2*	-0,48**	-0,45**	-0,44**	-0,32**	0,59**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

6. Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης

Παραπάνω παρουσιάστηκαν μέσω των μονοπαραγοντικών αναλύσεων οι μεταβλητές, οι οποίες βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές. Προκειμένου να ανιχνευθεί, ποιες από αυτές έχουν ανεξάρτητη επίδραση, εισήχθησαν ταυτόχρονα, ως προβλεπτικοί παράγοντες, σε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η οποία εξετάζει τη συνολική συμβολή των προβλεπτικών μεταβλητών στην πρόβλεψη.

Στον πίνακα 17 αναφέρεται ο συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού ($R^2 = 0,63$), ο οποίος ορίζει το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής

επιθυμία για κοινωνική απόσταση, που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες φύλο, απασχόληση, εκπαίδευση, εισόδημα, προσωπική εμπειρία με ψυχικά ασθένεια, κλίμακα ASMI και οι ερωτήσεις για το αν έχουν λάβει ή πιστεύουν πως χρειάζεται να λάβουν πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, και στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι 63%. Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, αυτές με τον αστερίσκο στην στήλη των Beta (β) είναι οι στατιστικά σημαντικές και βοηθούν στη εξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς έχουν $p < 0,05$. Οι μεταβλητές που προβλέπουν την επιθυμία για κοινωνική απόσταση είναι η απασχόληση, η κλίμακα ASMI και το αν έχουν λάβει πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, με μεγαλύτερη βαρύτητα στην πρόβλεψη να έχει η κλίμακα ASMI ($\text{Beta} = -0,58$). Περιγραφικά, τα αποτελέσματα μας δείχνουν, πως οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί εκφράζουν μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ψυχιάτρους και γενικά οι επαγγελματίες που δήλωσαν, πως έχουν λάβει πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης και απάντησαν πιο θετικά στην κλίμακα ASMI, δήλωσαν και μειωμένη επιθυμία κοινωνικής απόστασης.

Πίνακας 17. Ανάλυση παλινδρόμησης- Συνολικό σκορ κοινωνικής απόστασης

Variable	B	SEB	β
φύλο	-0,7	1,31	-0,04
ψυχολόγος	-3,78	1,81	-0,17*
κοινωνικός λειτουργός	-6,18	2,21	-0,25*
νοσηλεύτης	-3,48	2,11	-0,18
εκπαίδευση	-1,05	0,85	-0,11
εισόδημα	-0,76	0,79	-0,06
Έχετε λάβει πληροφορίες σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης στη ψυχική υγεία;	-3,3	1,16	-0,17*
Πιστεύετε ότι χρειάζεστε πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης;	-2,14	1,46	-0,09
προσωπική εμπειρία με ψυχική ασθένεια	-2,17	1,23	-0,11
TOTAL_ASMI	-0,48	0,06	-0,58*

Note. $R^2 = 0,63$ ($N=127$, $p < 0,05$). * $p < 0,05$.

Στον πίνακα 18 φαίνεται πως το 35% της μεταβλητότητας ($R^2=0,35$) της εξαρτημένης μεταβλητής, στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο (κλίμακα ASMI), ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες, προσωπική εμπειρία με ψυχική ασθένεια και απασχόληση. Στατιστικά σημαντική με $p<0,05$ βρέθηκε μόνο η απασχόληση των συμμετεχόντων και η ερμηνεία του είναι, πως οι ψυχολόγοι δήλωσαν πιο θετικές στάσεις από τους ψυχιάτρους, ενώ οι νοσηλευτές πιο αρνητικές. Στην διερεύνηση κάθε παράγοντα της κλίμακας ξεχωριστά βρέθηκε πως το 44% της μεταβλητότητας ($R^2=0,44$) των στερεοτύπων ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες εκπαίδευση, απασχόληση, προσωπική εμπειρία με ψυχική ασθένεια, και προσωπική επαφή με κάποιον συνεργάτη (πίνακας 19), το 26% της μεταβλητότητας ($R^2=0,26$) της αισιοδοξίας ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες εισόδημα, φύλο και απασχόληση (πίνακας 20), το 18% της μεταβλητότητας ($R^2=0,18$) της εξωτερίκευσης ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη απασχόληση (πίνακας 21) και το 12% της μεταβλητότητας ($R^2=0,12$) της κατανόησης ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, οικογενειακή κατάσταση και υπηρεσία εργασίας (πίνακας 22). Για τον παράγοντα στερεότυπα στατιστικά σημαντικές με $p<0,05$ βρέθηκαν οι μεταβλητές απασχόληση και προσωπική επαφή με κάποιον συνεργάτη, που σημαίνει, ότι οι ψυχολόγοι δήλωσαν λιγότερα στερεότυπα από τους ψυχιάτρους και οι νοσηλευτές περισσότερα, ενώ οι επαγγελματίες, που έχουν κάποιον συνεργάτη με ψυχική νόσο εξέφρασαν λιγότερα στερεότυπα. Για τους παράγοντες αισιοδοξία και εξωτερίκευση μόνο η απασχόληση βρέθηκε στατιστικά σημαντική και από τα αποτελέσματα προκύπτει, πως οι ψυχολόγοι ήταν πιο αισιόδοξοι από τους ψυχιάτρους και μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς παρότρυναν περισσότερο την εξωτερίκευση της νόσου από τους ψυχιάτρους. Τέλος, για τον παράγοντα κατανόηση, στατιστικά σημαντικά ήταν η οικογενειακή κατάσταση και η υπηρεσία εργασίας, τα οποία σημαίνουν, πως η ομαδοποίηση έγγαμος- αρραβωνιασμένος- σε συμβίωση δηλώνει λιγότερη κατανόηση για τον ψυχικά πάσχοντα από τους άγαμους, και πως η κατανόηση αυξάνει, όταν η τιμή της υπηρεσίας αυξάνεται (0= Δρομοκαΐτειο, 1= Δαφνί).

Πίνακας 18. Ανάλυση παλινδρόμησης- Συνολικό σκορ ASMI

Variable	B	SEB	β
εκπαίδευση	-0,88	1,29	-0,08
ψυχολόγος	9,36	2,51	0,34*
κοινωνικός λειτουργός	3,24	3,04	0,11
νοσηλεύτης	-8,62	2,99	-0,36*
προσωπική εμπειρία με ψυχική ασθένεια	2,19	1,91	0,09

Note. $R^2 = 0,35$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Πίνακας 19. Ανάλυση παλινδρόμησης- Στερεότυπα

Variable	B	SEB	β
προσωπική εμπειρία με ψυχική ασθένεια	1,49	0,98	0,11
συνεργάτης	2,54	0,97	0,19*
εκπαίδευση	-0,81	0,66	-0,13
ψυχολόγος	3,08	1,29	0,2*
κοινωνικός λειτουργός	-0,26	1,61	-0,02
νοσηλεύτης	-7,26	1,55	-0,56*

Note. $R^2 = 0,44$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Πίνακας 20. Ανάλυση παλινδρόμησης- Αισιοδοξία

Variable	B	SEB	β
ψυχολόγος	2,89	0,95	0,32*
κοινωνικός λειτουργός	1,75	1,1	0,18
νοσηλεύτης	-1,12	0,89	-0,14
εισόδημα	0,68	0,41	0,14
φύλο	0,98	0,71	0,13

Note. $R^2 = 0,26$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Πίνακας 21. Ανάλυση παλινδρόμησης- Εξωτερίκευση

Variable	B	SEB	β
ψυχολόγος	2,11	0,58	0,37*
κοινωνικός λειτουργός	1,9	0,61	0,31*
νοσηλεύτρια	-0,06	0,51	-0,01

Note. $R^2 = 0,18$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Πίνακας 22. Ανάλυση παλινδρόμησης- Κατανόηση

Variable	B	SEB	β
έγγαμος/ αρραβωνιασμένος/ συμβίωση	-1,45	0,61	-0,22*
διαζευγμένος	1,25	1,04	0,11
υπηρεσία εργασίας	1,41	0,54	0,23*

Note. $R^2 = 0,12$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Το 67% της μεταβλητότητας ($R^2=0,67$) των απαντήσεων στην κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο, υπηρεσία εργασίας, εκπαίδευση, εισόδημα, απασχόληση, κλίμακα μοντέλου ανάρρωσης, κλίμακα κοινωνικής απόστασης, κλίμακα ASMI και τις ερωτήσεις για το αν έχουν λάβει ή πιστεύουν πως χρειάζονται πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης (πίνακας 23), με στατιστικά σημαντικές την απασχόληση, την κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης και την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης και μεγαλύτερη βαρύτητα στην πρόβλεψη, την απασχόληση (Beta=0,42). Από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων διαπιστώνεται, ότι οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί συμφωνούν περισσότερο με τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από τους ψυχιάτρους, ότι οι επαγγελματίες, που επιθυμούν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση, συμφωνούν λιγότερο με τις διαδικασίες της και πως οι επαγγελματίες, που γνωρίζουν περισσότερα για το μοντέλο της ανάρρωσης, συμφωνούν περισσότερο με τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σχετικά με την κλίμακα του μοντέλου της ανάρρωσης, το 35% της μεταβλητότητάς

της ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες εισόδημα, εκπαίδευση, κλίμακα κοινωνικής απόστασης, κλίμακα ASMI και τις τρεις ερωτήσεις για το μοντέλο (πίνακας 24), με στατιστικά σημαντική την κλίμακα ASMI. Η εξήγηση είναι, πως όσο πιο θετικές στάσεις δήλωσαν στην κλίμακα ASMI, τόσο περισσότερο κατανοούν το μοντέλο.

Πίνακας 23. Ανάλυση παλινδρόμησης- Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Variable	B	SEB	β
φύλο	-1,59	0,91	-0,11
υπηρεσία εργασίας	-0,26	0,83	-0,02
εκπαίδευση	-0,09	0,6	-0,01
εισόδημα	-0,5	0,56	-0,06
Έχετε λάβει πληροφορίες σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης στη ψυχική υγεία;	0,28	0,86	0,02
Πιστεύετε ότι χρειάζεστε πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης;	1,39	1,03	0,08
ψυχολόγος	5,53	1,31	0,33*
κοινωνικός λειτουργός	7,45	1,63	0,42*
νοσηλεύτης	-0,65	1,48	-0,05
TOTAL_ASMI	-0,08	0,06	-0,14
TOTAL_SOCIAL DISTANCE	-0,23	0,06	-0,31*
TOTAL_RECOVERY	0,39	0,07	0,41*

Note. $R^2 = 0,67$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Πίνακας 24. Ανάλυση παλινδρόμησης- Συνολικό σκορ μοντέλου ανάρρωσης

Variable	B	SEB	β
Έχετε λάβει πληροφορίες σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης στη ψυχική υγεία;	1,13	1,29	0,08
Έχετε λάβει εκπαίδευση σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης;	2,4	1,75	0,12
Πιστεύετε ότι χρειάζεστε πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης;	1,53	1,39	0,09
εισόδημα	0,55	0,77	0,06
εκπαίδευση	-0,45	0,63	-0,06
TOTAL_SOCIAL	-0,07	0,09	-0,09
DISTANCE			
TOTAL_ASMI	0,28	0,07	0,44*

Note. $R^2 = 0,35$ (N=127, $p < 0,05$).

* $p < 0,05$.

Συζήτηση

Η έρευνα ανέδειξε, πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας των δύο ψυχιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, Δαφνί και Δρομοκαϊτειο, διατηρούν θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Οι ίδιοι οι επαγγελματίες φαίνεται, πως δεν στιγματίζουν τη νόσο και τον ασθενή και αντιλαμβάνονται τον τρόπο που νιώθουν και σκέφτονται. Αυτό σημαίνει, πως οι επαγγελματίες, λόγω της εξειδικευμένης γνώσης τους, κατανοούν τις συνέπειες στον ψυχισμό του ασθενούς, των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων που φέρει η "ταμπέλα" της ψυχικής ασθένειας, και συχνά

υιοθετούνται από την κοινωνία, γι' αυτό το λόγο δεν αφήνουν το στίγμα να αποτελέσει τροχοπέδη στο έργο τους (Schulze, 2007). Οι δηλώσεις για τις στάσεις τους σχετίζονται με τις δηλώσεις τους για την πρόθεση συμπεριφοράς, επιβεβαιώνοντας, πως οι στάσεις είναι πρόδρομοι ή καθοριστικοί παράγοντες της έκδηλης συμπεριφοράς (Augoustinos & Walker, 2011). Όσον αφορά τις σταθερές σχέσεις και τις προσωρινές, οι επαγγελματίες στην πλειοψηφία τους δεν επιθυμούν κοινωνική απόσταση από τους πάσχοντες. Προβληματισμό δημιουργούν οι δηλώσεις τους για τις σχέσεις εμπιστοσύνης, οι οποίες αφορούν σχέσεις υψηλής εγγύτητας που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα ασφάλειας, καθώς η πλειοψηφία δεν θα παντρευόταν ένα ψυχικά ασθενή. Παράλληλα, διαχωρισμένες ισόποσα μεταξύ του "σίγουρα ναι", "δεν είμαι σίγουρος" και "σίγουρα όχι" είναι οι απαντήσεις τους στις ερωτήσεις αν θα νοίκιαζαν το σπίτι τους ή θα τους αναστάτωνε, αν έμεναν με κάποιον ψυχικά ασθενή. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα πολλών ερευνών στο γενικό πληθυσμό αλλά και στους επαγγελματίες, πως όσο μεγαλώνει η εγγύτητα με τον ψυχικά ασθενή, τόσο μεγαλώνει και η επιθυμία για κοινωνική απόσταση (Schulze, 2007, Smith & Cashwell, 2011).

Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης, ότι οι επαγγελματίες των δύο ψυχιατρικών νοσοκομείων κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης. Παρά τη δήλωση της πλειοψηφίας για έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης για το μοντέλο και την άγνοια, την οποία έδειξε κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για την έννοια, φαίνεται πως οι γνώσεις τους και η εκπαίδευση τους, τους βοήθησε, ώστε να κατανοήσουν τη σημασία της εξατομικευμένης αντιμετώπισης της νόσου και το ρόλο του αυτοπροσδιορισμού στην ανάρρωση. Μικρή διχογνωμία παρουσιάστηκε μόνο στις απαντήσεις που αφορούσαν στις ευθύνες και τη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία της ανάρρωσης. Ένας στους δύο επαγγελματίες δεν ενθάρρυνε την ανάληψη ευθυνών από τον ίδιο τον ασθενή, γεγονός που οδηγεί στη σκέψη, πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι θετικοί απέναντι στη φιλοσοφία του μοντέλου της ανάρρωσης, αλλά σε πρακτικό επίπεδο προτιμούν να έχουν αυτοί τον έλεγχο των αποφάσεων (Cleary, 2009). Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες συμφωνούν και με τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι στάσεις τους φάνηκαν θετικές απέναντι στις πρακτικές της αποκατάστασης, οι οποίες δίνουν έμφαση στις προτιμήσεις του ψυχικά πάσχοντα και τις υπηρεσίες που ενσωματώνουν τις φιλοδοξίες τους. Ωστόσο, όσον αφορά τη στέγαση, την εκπαίδευση και την

απασχόληση έδιναν μεγαλύτερη βαρύτητα στη μείωση των συμπτωμάτων και την υποστήριξη των ασθενών, παρά στην ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων, προκειμένου να ενταχθούν στην κοινωνία, να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους και να επιτύχουν τους προσωπικούς τους στόχους. Αυτό ίσως εξηγείται από το πλαίσιο εργασίας των επαγγελματιών, καθώς είναι ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου δίνεται περισσότερο έμφαση στη θεραπεία του συμπτώματος παρά σε ένα σχέδιο αποκατάστασης (Song, 2007).

Οι αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης και η ανάλυση συσχέτισης Pearson, επιβεβαίωσαν τις βασικές υποθέσεις της έρευνας. Οι στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και η επιθυμητή κοινωνική απόσταση βρέθηκαν να έχουν πολύ σημαντική συσχέτιση με την κατανόηση του μοντέλου της ανάρρωσης και με τις στάσεις απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, με την κλίμακα ASMI να έχει ανεξάρτητη επίδραση στην κατανόηση του μοντέλου και την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης να έχει ανεξάρτητη επίδραση στις στάσεις απέναντι στην αποκατάσταση, όπως διαφαίνεται από την ανάλυση παλινδρόμησης. Αυτό σημαίνει, πως όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις των επαγγελματιών απέναντι στη ψυχική νόσο, τόσο περισσότερο κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης και συμφωνούν με τους στόχους, τις πρακτικές και τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και όσο μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τον ψυχικά πάσχοντα εκφράζουν, τόσο περισσότερο κατανοούν το μοντέλο και συμφωνούν με τις διαδικασίες της αποκατάστασης. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη σχέση του στίγματος με το μοντέλο της ανάρρωσης και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Τα αποτελέσματα του στίγματος είναι αντίθετα των αποτελεσμάτων της ανάρρωσης και της αποκατάστασης. Το στίγμα επηρεάζει το ηθικό του ατόμου και οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ η ανάρρωση και η αποκατάσταση νοηματοδοτούν τη ζωή του ασθενούς και του δημιουργούν έναν κοινωνικό κύκλο. Στις βασικές αρχές του μοντέλου και στις πρακτικές της αποκατάστασης, η καταπολέμηση του στίγματος αποτελεί βασικό στόχο (Avdibecovic & Hasanovic, 2017) και ο λόγος διαφαίνεται στην παρούσα εργασία. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι είναι απαλλαγμένοι από το στίγμα, κατανοούν καλύτερα τους στόχους του μοντέλου της ανάρρωσης και είναι πιο θετικοί απέναντι στις πρακτικές της αποκατάστασης, γεγονός που ανοίγει τον δρόμο, ώστε να προαχθεί η φιλοσοφία τους και να εφαρμοστούν οι αρχές τους. Επίσης, βρέθηκε συσχέτιση και ανεξάρτητη επίδραση

στην ανάλυση παλινδρόμησης της κατανόησης του μοντέλου της ανάρρωσης με τις στάσεις απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, γεγονός που επιβεβαιώνει την υπόθεση, πως όσο περισσότεροι οι επαγγελματίες κατανοούν το μοντέλο της ανάρρωσης, τόσο πιο θετικά διακείμενοι θα είναι απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, το μοντέλο της ανάρρωσης αποτελεί το θεμέλιο, πάνω στο οποίο δομούνται τα αποκαταστασιακά προγράμματα. Το μοντέλο είναι ο προσωπικός πόλος και η αποκατάσταση ο κοινωνικός του ίδιου φαινομένου (Deegan, 1988). Επομένως, γνωρίζοντας οι επαγγελματίες, ότι η χρονιότητα της ασθένειας δεν συνεπάγεται και το ανίατο της κατάστασης και κατανοώντας, πως ο ψυχικά ασθενής είναι σε θέση να ανακτήσει τον έλεγχο της ζωής του, να της δώσει καινούργιο νόημα και να συμμετέχει ενεργά στην ανάρρωση, θα είναι πιο θετικοί στις πρακτικές της αποκατάστασης που θέλουν τον πάσχοντα να είναι ενεργό μέλος της κοινωνίας. Πέρα από τις υποθέσεις, στατιστικά σημαντική βρέθηκε και η συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας ASMI και της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης, με την ανάλυση παλινδρόμησης να δείχνει την ανεξάρτητη επίδραση της πρώτης στη δεύτερη, πράγμα το οποίο σημαίνει, πως όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις των επαγγελματιών απέναντι στη ψυχική νόσο, τόσο πιο μικρή θα είναι η επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση. Είναι γενικά αποδεκτό, ότι οι στάσεις μπορούν να αποκτήσουν μια προγνωστική αξία της συμπεριφοράς, όταν οι στάσεις και η συμπεριφορά μετρηθούν στα ίδια επίπεδα σαφήνειας. Η στάση μπορεί να καταλήξει σε σκοπούμενη συμπεριφορά, δηλαδή σε πρόθεση, που μπορεί να εκδηλωθεί ή όχι στις συγκεκριμένες κάθε φορά συνθήκες. Βέβαια αυτό το μοντέλο, κατά το οποίο μια μεμονωμένη στάση θα ανταποκριθεί σε μια μεμονωμένη πράξη είναι πολύ απλό και δεν υπολογίζει τη συνθετότητα της προσωπικής, συγκυριακής και περιβαλλοντικής επιρροής (Γιαννακόπουλος, 2011). Οπότε υπάρχει πιθανότητα η σχέση αυτή να εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, που δε μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις ανέδειξαν και τη σημασία ορισμένων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, επιβεβαιώνοντας κάποιες από τις υποθέσεις και απορρίπτοντας κάποιες άλλες. Σημαντικό εύρημα είναι οι διαφορές που βρέθηκαν μεταξύ των ειδικοτήτων στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, οι οποίες επιβεβαίωσαν την υπόθεση, πως οι ειδικότητες που έχουν περισσότερη εξειδίκευση σχετικά με την ψυχική νόσο, θα έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και την

ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η ειδικότητα δε φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική για την κατανόηση του μοντέλου της ανάρρωσης, τόσο στις μονοπαραγοντικές, όσο και στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές εξέφρασαν λιγότερο θετικές στάσεις έναντι της ψυχικής νόσου και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους άλλους επαγγελματίες, καθώς και συμφωνούσαν λιγότερο με τις πρακτικές της αποκατάστασης. Οι απαντήσεις των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών φάνηκαν να ταυτίζονται και να είναι πιο θετικές στην κλίμακα ASMI, στην κλίμακα της κοινωνικής απόστασης και στην κλίμακα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, συγκριτικά με αυτές των ψυχιάτρων, χωρίς αυτό να σημαίνει, πως οι τελευταίοι υιοθετούσαν αρνητικές στάσεις. Οι περισσότερες μελέτες των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχουν εξετάσει τις υποομάδες των επαγγελματιών χωριστά. Οι ερευνητές έχουν τυπικά καταγράψει, ότι το προσωπικό με χαμηλότερο επίπεδο είναι πιο αυταρχικό και περιοριστικό στις στάσεις του προς τους ψυχικά ασθενείς, ενώ εκείνοι με υψηλή επαγγελματική εκπαίδευση – ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί – δείχνουν μεγαλύτερη επίγνωση των δυνατοτήτων των ασθενών, είναι πιο φιλελεύθεροι και ανεκτικοί στις στάσεις τους και πιο αισιόδοξοι για τις προοπτικές ανάρρωσης (Bhugra, 1989).

Όσον αφορά την προσωπική επαφή με την ψυχική νόσο, η προσωπική εμπειρία μέσω κάποιου φίλου, συγγενή ή προσωπικού βιώματος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική μόνο στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, ενώ η προσωπική επαφή με κάποιον συνεργάτη με ψυχική νόσο, φάνηκε στατιστικά σημαντική στο πολυπαραγοντικό μοντέλο για την υιοθέτηση λιγότερο στερεοτυπικών αντιλήψεων, γεγονός που επιβεβαιώνει μερικώς την υπόθεση μας, πως τα άτομα, που γνωρίζουν κάποιον ψυχικά ασθενή σε προσωπικό επίπεδο θα έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη νόσο, χωρίς, όμως, να επιβεβαιώνεται η υπόθεση για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Έρευνες έχουν δείξει, πως η προσωπική επαφή με την ψυχική ασθένεια κάνει τα άτομα πιο ευαισθητοποιημένα. Κατά συνέπεια αντιμετωπίζουν την ψυχική νόσο με σοβαρότητα, υιοθετώντας μια πιο φιλόξενη παρά κριτική στάση απέναντι σε έναν ψυχικά πάσχοντα (Corrigan, 2001, Boyd, 2010).

Στατιστικά σημαντική βρέθηκε και η μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης για τον παράγοντα της κατανόησης. Οι άγαμοι φάνηκαν να κατανοούν περισσότερο τον ψυχικά ασθενή από τους έγγαμους, τους αρραβωνιασμένους και αυτούς που

συμβιώνουν. Η διαφορά πιθανόν εξηγείται από τον παράγοντα της ύπαρξης παιδιών, ο οποίος δεν μετρήθηκε, καθώς έχει βρεθεί πως οι οικογένειες που έχουν μικρά παιδιά, έχουν πιο αρνητικές στάσεις και εκφράζουν μεγαλύτερο φόβο για τους ψυχικά ασθενείς (Wolff et al., 1996).

Η υπηρεσία εργασίας φάνηκε στατιστικά σημαντική στον παράγοντα της κατανόησης του ASMI, με τους επαγγελματίες που εργάζονται στο Δαφνί να δείχνουν μεγαλύτερη κατανόηση. Η διαφορά αυτή, μπορεί να εξηγείται από μεταβλητές που δε μετρήθηκαν, όπως η επαγγελματική εξουθένωση. Μπορεί οι υποχρεώσεις και οι ευθύνες να επιβαρύνουν περισσότερο τους εργαζομένους του Δρομοκαΐτειου και να τους εξουθενώνουν τόσο επαγγελματικά όσο και ψυχικά, με αποτέλεσμα να μην έχουν διάθεση να προσπαθήσουν να αντιληφθούν, το πως νιώθουν και το πώς σκέφτονται οι ψυχικά πάσχοντες. Άλλωστε πέρα από τις υποχρεώσεις της εργασίας, η συνεχής επαφή με άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, έχει έμμεσο αντίκτυπο και επιρροή στους εργαζομένους, εφόσον εκτίθενται έμμεσα σε «τραυματικές εμπειρίες», με αποτέλεσμα να εμφανίζεται η αποκαλούμενη «κόπωση συμπόνιας» (Bride & Kintzle, 2011).

Η ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας σε δομές ψυχικής υγείας δε φάνηκαν να έχουν κάποια στατιστική σημαντικότητα στις πολυπαραγοντικές, αλλά και στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, απορρίπτοντας την υπόθεση, ότι οι επαγγελματίες με τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας θα έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την ανάρρωση και θετικότερες απόψεις για τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ακόμα η εκπαίδευση, το φύλο και το εισόδημα, αν και αρχικά βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, στο πολυπαραγοντικό μοντέλο έχασαν τη στατιστική τους σημαντικότητα. Το γεγονός αυτό, καθιστά αδύνατη την επιβεβαίωση των υποθέσεων, ότι οι γυναίκες θα έχουν πιο θετικές απόψεις σχετικά με την ψυχική νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, πως οι συμμετέχοντες με χαμηλό εισόδημα, θα διατηρούν μεγαλύτερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης και πιο αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο και πως οι επαγγελματίες υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης θα έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση καθώς και περισσότερες γνώσεις για το μοντέλο της ανάρρωσης, αφού τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που εμφανίστηκαν μονοπαραγοντικά, πιθανόν εξηγούνται από άλλες μεταβλητές του πολυπαραγοντικού μοντέλου. Δηλαδή τα ευρήματα, πως οι

γυναίκες είναι πιο θετικές απέναντι στην ψυχική νόσο και την αποκατάσταση, πως τα άτομα υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης έχουν θετικότερες στάσεις και μικρότερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης και πως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα εκφράζουν μεγαλύτερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης και λιγότερο θετικές αντιλήψεις για τη νόσο, την ανάρρωση και την αποκατάσταση, εξηγούνται πιθανόν από τη μεταβλητή της ειδικότητας, η οποία βρίσκεται και στα τρία πολυπαραγοντικά μοντέλα που συμπεριλαμβάνουν τις τρεις μεταβλητές. Οι περισσότερες γυναίκες επαγγελματίες, δηλαδή, και οι περισσότεροι επαγγελματίες υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης ήταν ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι φάνηκαν να είναι θετικά διακείμενοι απέναντι στη ψυχική νόσο, την ανάρρωση και την αποκατάσταση, ενώ οι νοσηλευτές, που γενικά δήλωναν χαμηλότερο εισόδημα, φάνηκαν πιο αρνητικοί από τους άλλους επαγγελματίες.

Τέλος, όσοι επαγγελματίες δήλωσαν, πως έχουν λάβει ή χρειάζεται να λάβουν πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης, έδιναν πιο θετικές απαντήσεις, όχι μόνο στην κλίμακα της ανάρρωσης, αλλά και στις υπόλοιπες τρεις κλίμακες. Επομένως, επιβεβαιώνεται η υπόθεσή μας και καταδεικνύεται η σημασία της θέλησης και της γνώσης στην κατανόηση και υιοθέτηση μια πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης του ψυχικά ασθενή, απαλλαγμένη από το στίγμα και επικεντρωμένη στην ανάρρωση και την αποκατάσταση.

Η παρούσα έρευνα, διερευνώντας το μοντέλο της ανάρρωσης και τη συσχέτισή του με το στίγμα, εισάγει κάτι καινοτόμο στον επιστημονικό χώρο, χωρίς όμως να αποφεύγονται και κάποιοι σημαντικοί περιορισμοί. Όσον αφορά το δείγμα, ο αριθμός του ήταν μικρός, ειδικά ως προς τις υποομάδες της ειδικότητας. Παράλληλα η εθελοντική συμμετοχή, υποδηλώνει, πως έλαβαν μέρος στην έρευνα εκείνοι, που ήδη είχαν θετικότερες στάσεις. Επιπλέον, το δείγμα αποτελεί ειδικό πληθυσμό (επαγγελματίες ψυχιατρικών νοσοκομείων) και περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα γενικού νοσοκομείου, και στους επαγγελματίες κοινοτικών δομών. Όσον αφορά τα εργαλεία, οι κλίμακες του μοντέλου της ανάρρωσης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δεν είναι σταθμισμένες στον ελληνικό πληθυσμό. Χρειάζεται η προσαρμογή τους σ' αυτόν καθώς και η διερεύνηση των ψυχομετρικών τους ιδιοτήτων, προκειμένου να εξάγουν πιο έγκυρα αποτελέσματα. Επίσης, η κλίμακα της κοινωνικής απόστασης μετρά υποτιθέμενη συμπεριφορά κοινωνικής απόστασης και

δε δύναται να ελεγχθεί, αν τα άτομα συμπεριφέρονται πραγματικά, όπως δηλώνουν. Ακόμα, πρέπει να υπολογιστεί και η πιθανότητα απάντησης σύμφωνα με το κοινωνικά αποδεκτό και αρεστό, ειδικά από ένα δείγμα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και εξειδίκευσης με τη ψυχική νόσο.

Συμπερασματικά, η έρευνα επισημαίνει τη σημασία της καταπολέμησης του στίγματος στο χώρο της ψυχικής υγείας, προκειμένου να προαχθεί το μοντέλο της ανάρρωσης και οι αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Επιπροσθέτως, διαφαίνεται η ανάγκη εκπαίδευσης και πληροφόρησης για το μοντέλο της ανάρρωσης και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, προκειμένου η φιλοσοφία τους να περάσει σε πρακτικό επίπεδο και οι φορείς τους να δίνουν περισσότερη έμφαση στην ποιότητα ζωής, την κοινωνική επανένταξη και τις ανάγκες του ασθενούς, από την θεραπεία των συμπτωμάτων. Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε μια πρώτη προσέγγιση της σχέσης στίγματος, αποκατάστασης και ανάρρωσης και τα σημαντικά ευρήματα δίνουν το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων απέναντι στις συγκεκριμένες έννοιες σε επαγγελματίες ψυχική υγείας, πέρα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας καθώς και στο γενικό πληθυσμό. Διότι οι ψυχικά ασθενείς έρχονται σε επαφή με ποικίλες δομές και ειδικότητες και η αντιμετώπισή τους επηρεάζει το ψυχισμό τους και κατά συνέπεια οποιοδήποτε σχέδιο θεραπείας.

Βιβλιογραφία

- Alhashem, H. (2017). *Staff Knowledge and Attitudes Toward Recovery Principles Among Mental Health Professionals Who Work with Adult Psychiatric Inpatients*.
- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice*.
- Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.

- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1999). *The future of psychiatric rehabilitation*. International Journal of Mental Health, 28, 48-68.
- Anthony, W. A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
- Avdibegović, E., & Hasanović, M. (2017). *The Stigma of Mental Illness and Recovery*. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 5), 900-905.
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). *The Recovery Knowledge Inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 96.
- Bhugra, D. (1989). *Attitudes towards mental illness: A review of the literature*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(1), 1-12.
- Bogardus EM. (1925). *Measuring social distance*. *J Appl Sociol* 1925,9:299 – 308.
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2010). *The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(11), 1063-1070.
- Bride, B. E., & Kintzle, S. (2011). *Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors*. *Traumatology*, 17(1), 22-28.
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2010). *Review of recovery measures*. Australian mental health outcomes and classification network, 1, 1-78.
- Byrne, P. (2001). *Psychiatric Stigma*. *The British Journal of Psychiatry*, 178,281-284
- Casper, E. S., Oursler, J., Schmidt, L. T., & Gill, K. J. (2002). *Measuring practitioners' beliefs, goals, and practices in psychiatric rehabilitation*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 223.
- Chen, H., Fang, X., Liu, C., Hu, W., Lan, J., Deng, L. (2014). *Associations among the number of mental health problems, stigma, and seeking help from psychological services: A path analysis model among Chinese adolescents*. *Children and Youth Services Review*, 44, 356-362.

- Cleary, A., & Dowling, M. (2009). *Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 539-545.
- Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. *American Psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., A., Penn, D. (2001). *Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness*. *Psychiatric Services*, 52(7): 953-958.
- Cumming, E., & Cumming, G. (1957). *Closed Ranks: an Experiment in Mental Health Education*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Davidson, L., O'connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). *Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480.
- Deegan, P. E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.
- Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C., Stefanis, C. (2005). *Public Attitudes towards people with schizophrenia in Greece*. *World Psychiatry*, 4 (Suppl. 1): 45-49.
- 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), 361-371
- Farkas, M. (2007). *The vision of recovery today: What it is and what it means for services*. *World Psychiatry*, 6(2):68-74
- Gaffey, K., Evans, D. S., & Walsh, F. (2016). *Knowledge and attitudes of Irish Mental Health Professionals to the concept of recovery from mental illness—five years later*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(6-7), 387-398.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Engelwood Cliff: Prentice Hall.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.

- Hayward, P., Bright, J., (1997). *Stigma and mental illness: a review and critique*. Journal of Mental Health, 6: 345–354
- Hovland, C.I. & Rosenberg, M.J. (1960). *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*. (pp.15-64). New Heaven, CT: Yale University Press.
- Jacobson, N, Greenley, D. (2001). *What is recovery? A conceptual model and explication*. Psychiatr Serv , 52(4):482-485.
- Jorm, AF., & Oh, E. (2008) *Desire for social distance from people with mental disorders: a review*. Aust N Z J Psychiatry, 43:183–200.
- Karidi, M.V., Stefanis, C.S., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A.R., Stefanis, N. C. (2010). *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia*. Comprehensive Psychiatry 51, 19–30.
- Krosnick, J.A. & Petty, R.E. (1995). *Attitude strength: Antecedents and consequences* . Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp.1-24
- Lacey, M., Paolini, S., Hanlon, M. C., Melville, J., Galletly, C., Campbell, L. E. (2015). *Parents with serious mental illness: Differences in internalised and externalised mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers*. Psychiatry Research, 225(3), 723-733.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunscheig, C., & Rossler, W. (2006). *Do mental health professionals stigmatize their patients?*. Acta Psychiatrica Scandinavia, 113, 51–59.
- Lefley, H. P. (1989). *Family burden and family stigma in major mental illness*. American Psychologist, 44(3), 556.
- Liberman, R. (1987). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). *Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale*. The European Journal of Psychiatry, 26(1), 55-67.
- Masuda, A., Latzman, R. D. (2011). *Examining associations among factor-analytically derived components of mental health stigma, distress, and*

- psychological flexibility*. *Personality and Individual Differences*, 51(4), 435-438.
- National Standards for Mental Health Services, Australia. (2010). pp. 42-44.
 - O'grady, T. J. (1996). *Public attitudes to mental illness*. *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), 652-652.
 - Perlick, D. A. (2001). *Special section on stigma as a barrier to recovery: Introduction*. *Psychiatric Services*, 52(12), 1613-1614.
 - Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., Landry, S., (2007). *The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness*. *Journal of Mental Health*. 16(3):415-429.
 - Rabkin, J. (1974). *Public attitudes toward mental illness: a review of the literature*. *Schizophrenia Bulletin*, 1(10), 9.
 - Sartorius, N. (2000). *Breaking the Vicious Cycle*. *Mental Health and Learning Disabilities Care*, 4, 3, pp. 80–82
 - Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill III: A sociological theory*. Chicago: Aldine
 - Schulze, B. (2007). *Stigma and mental health professionals: A review of the literature*. *International Review of Psychiatry*, 19, 137–155.
 - Schulze, B. (2007). *Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship*. *International review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
 - Schulze, B., & Angermeyer, MC. (2003). *Subjective experiences of stigma: schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. *Soc Sci Med*, 56:299–312
 - Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2011). *Social distance and mental illness: Attitudes among mental health and non-mental health professionals and trainees*. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1, 13-20.
 - Song, L. Y. (2007). *The attitudes towards and enactment of psychosocial rehabilitation principles: discrepancies and correlates*. *International journal of social psychiatry*, 53(3), 232-246.

- Thomas, N., McLeod, B., Jones, N., Abbott J, A. (2015). *Developing Internet interventions to target the individual impact of stigma in health conditions*. *Internet Interventions*, 2(3), 351-358.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). *Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature*. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.
- White, W. (2000, April). *Toward a new recovery movement: Historical reflections on recovery, treatment and advocacy*. Recovery Community Support Program (RCSP) Conference.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, J. (1996). *Community attitudes to mental illness*. *British Journal of Psychiatry*, 168, σ. 183-19
- World Health Organization. (1996). *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). *World Association for Psychosocial Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation: a consensus statement*. Geneva: WHO.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). *Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities*. *Psychiatric rehabilitation journal*, 22(3), 219.
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). *Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional*. *Health Science Journal*, 4(2):77-83.
- Augoustinos, M., & Walker, I. (2011). *Social Cognition*. εκδόσεις Sage.
- Γιαννακόπουλος, Γ. (2011). *Ψυχική ασθένεια: Στιγματισμός και υπέρβαση*. Εταιρεία Εκπαίδευσης και Ψυχοθεραπείας.
- Ζήση, Α. (2017). *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ατόμων με Χρόνιες Ψυχιατρικές Δυσκολίες: Ερευνητικές Εξελίξεις και Νέες Προοπτικές*. *Encephalos Journal*.
- Καραβάτος, Α., Ανδρέου, Χ. (2004). *Το στίγμα της ψυχικής νόσου*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(3): 213-216
- Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ., Σουλιώτης, Κ. (2015). *Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας*. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας Τόμος 7, Τεύχος 1*, 8-18.

- Μαδιανός Μ. (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ. (1994). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από τη θεωρία στη πράξη*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (1997). *Η ψύχωση στη κοινότητα: Σχέδιο για ένα πρότυπο κοινοτικής ψυχοθεραπείας*. Τετράδια Ψυχιατρικής 55:10
- Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*. εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μέρτικα, Α., Οικονόμου, Μ., Σταλίκας, Α., Γραμανδάνη, Χ. (2006). *Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων*. Ψυχολογία, 13 (3): 1-27
- Οικονόμου, Μ., Αδαμόπουλος, Α. (2014). *Η κοινωνική ανακαιότητα του στίγματος, Μια ιστορική κοινωνιολογική αναδρομή στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας*. Σύναψις 34, τόμος 10
- Οικονόμου, Μ., Γερουλάνου, Κ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Χονδρός, Δ., Θεοδωράκης, Π. (2011) *.Στίγμα και σύγχρονες κοινωνίες: Στάσεις κατοίκων του Δήμου Αθηναίων απέναντι σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες*. Άτη, Νο3, 12-20
- Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λούκη, Ε., Γιώτης, Λ., Στεφανής Κ. (2006). *Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό* . Ψυχολογία, 13 (3): 28-43
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Ε., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Στεφανής, Κ.Ν. (2010). *Κλίμακα κοινωνικής απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες*. Ψυχιατρική, 21:217–225
- Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ. (2010). *Από το στίγμα στη συνηγορία: Τα ανθρώπινα δικαιώματα ως πρόκληση για το χώρο της ψυχικής υγείας*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 111: 62-67
- Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ. (2016). *Η ψυχική ασθένεια στα ελληνικά ΜΜΕ: Νέες εκφάνσεις του στίγματος*. Σύναψις 41, τόμος 12
- Παρασκευαΐδου, Β., Κατσαλιάκη, Σ. (2014). *Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός»*. Αρχεία Ελληνικής Ψυχιατρικής, 32(4):467-474

- Στυλιανίδης, Σ. (2014). *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής: για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική*. εκδόσεις Τόπος.
- Στυλιανίδης, Σ., Λάβδας, Μ., Μάρκου, Κ., Μπελέκου, Π. (2013). *Η έννοια του Recovery από σοβαρή ψυχική ασθένεια στη σύγχρονη ψυχιατρική φροντίδα: από την εννοιολογική θεώρηση στην εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική*. Σύναψις, 24(1):55-64
- <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>
- <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatikh-metarrythmish-sthn-ellada>

Παράρτημα - Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω απόψεις και να σημειώσετε τον βαθμό διαφωνίας ή συμφωνίας σας. Η σοβαρή ψυχική αρρώστια αναφέρεται στις ασθένειες που πληρούν τα παρακάτω κριτήρια):

α) Διάγνωση μη οργανικής ψύχωσης ή διαταραχής της προσωπικότητας

β) Με παρατεταμένη διάρκεια και μακροπρόθεσμη θεραπεία (τουλάχιστον διετή)

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.					
2	Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους					
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο					
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο					
5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι					
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος					
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο					

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
8	Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα					
9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του					
10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση					
11	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις					
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του					
13	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους					
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δε διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους					
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία					
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα					
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται					
18	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους					
19	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του					

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
20	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα					
21	Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια					
22	Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημά του για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους					
23	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο					
24	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω					
25	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό,τι συνέβη					
26	Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένειά του					
27	Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά					
28	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του					

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
29	Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα έτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια					
30	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους					

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με το πώς θα ανταποκριθείτε απέναντι σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε διάφορες καταστάσεις;(σημειώστε X ή √ στο κουτάκι που σας αντιπροσωπεύει)

	Σίγουρα Ναι	Μάλλον Ναι	Δεν είμαι σίγουρος/η	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι
1. Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;					
2. Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;					
3. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;					
4. Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
5. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;					

	Σίγουρα Ναι	Μάλλον Ναι	Δεν είμαι σίγουρος/η	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι
6. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;					
7. Θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
8. Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
9. Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιον/α που γνωρίζατε ότι έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
10. Εάν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο εργαζόταν σε κομμωτήριο/κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;					
11. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
12. Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
13. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;					
14. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής;					

RECOVERY KNOWLEDGE INVENTORY

(ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ)

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης και κυκλώστε τον βαθμό συμφωνίας σας.

1. Η έννοια της ανάρρωσης είναι εξίσου σημαντική σε όλες τις φάσεις της θεραπείας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

2. Τα άτομα που λαμβάνουν ψυχιατρική θεραπεία είναι απίθανο να βρίσκονται σε θέση να αποφασίζουν μόνοι τους για τη θεραπεία και τους στόχους αποκατάστασης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

3. Όλοι οι επαγγελματίες θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να τολμούν κατά την επιδίωξη της ανάρρωσης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

4. Η διαχείριση των συμπτωμάτων αποτελεί το πρώτο βήμα της αποκατάστασης στη ψυχική νόσο.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

5. Δεν είναι όλοι οι ασθενείς σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της ανάρρωσης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

6. Τα άτομα με ψυχική νόσο δε θα πρέπει να επιβαρύνονται με τις ευθύνες της καθημερινής ζωής.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

7. Η ανάρρωση στη σοβαρή ψυχική νόσο επιτυγχάνεται ακολουθώντας ένα καθορισμένο σύνολο διαδικασιών.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

8. Η επιδίωξη για χόμπι και δραστηριότητες αναψυχής είναι σημαντική στην ανάρρωση.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

9. Είναι ευθύνη των επαγγελματιών να προστατέψουν τους ασθενείς τους από πιθανές αποτυχίες και δυσαρέσκεις.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

10. Μόνο οι ασθενείς που είναι κλινικά σταθεροί θα πρέπει να εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

11. Η ανάρρωση δεν είναι τόσο σημαντική για τα άτομα που είναι ενεργά ψυχωσικοί ή κάνουν χρήση ουσιών.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

12. Το να ορίσει κάποιος τον εαυτό του πέρα από την ασθένεια του , αποτελεί βασική συνιστώσα της ανάρρωσης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

13. Είναι συχνά επιβλαβές να υπάρχουν πολύ υψηλές προσδοκίες για τους ασθενείς.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

14. Είναι λίγα αυτά που μπορούν να κάνουν οι επαγγελματίες για να βοηθήσουν ένα άτομο να αναρρώσει, όταν αυτό δεν είναι έτοιμο να δεχθεί την κατάσταση της υγείας του ή την ανάγκη θεραπείας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

15. Η ανάρρωση χαρακτηρίζεται από σταδιακά βήματα προς τα εμπρός από τον ασθενή και την αποφυγή μεγάλων βημάτων προς τα πίσω.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

16. Η μείωση των συμπτωμάτων αποτελεί σημαντική συνιστώσα της ανάρρωσης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

17. Οι προσδοκίες και η ελπίδα για ανάρρωση θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

18. Η ιδέα της ανάρρωσης είναι πιο σημαντική για τους ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει ή κοντεύουν να ολοκληρώσουν την τρέχουσα θεραπεία.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

19. Όσο περισσότερο το άτομο συμμορφώνεται στη θεραπεία, τόσο πιθανότερο να αναρρώσει.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

20. Άτομα του κοινωνικού δικτύου του ασθενούς, που έχουν μια σοβαρή ψυχική νόσο ή αναρρώνουν από χρήση ουσιών μπορούν να συμβάλλουν στη ανάρρωση του, με τον ίδιο τρόπο που συμβάλλουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

**PSYCHIATRIC REHABILITATION BELIEFS, GOALS AND PRACTICES
SCALE**

**(ΚΑΙΜΑΚΑ ΑΠΟΨΕΩΝ, ΣΤΟΧΩΝ, ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ)**

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις, τους στόχους και τις πρακτικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κυκλώστε τον βαθμό συμφωνίας σας.

1. Θα ήθελα οι προτιμήσεις και οι επιλογές των ασθενών να κατευθύνουν κάθε πτυχή της διαδικασίας αποκατάστασης, ακόμα και όταν παρεμβαίνω.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

2. Κατά τη διερεύνηση πιθανής κατοικίας, βασίζομαι στις προτιμήσεις του ατόμου για να κατευθύνουν την αναζήτηση.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

3. Η διαμονή, η εργασία και η εκπαίδευση ενός ατόμου με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να βρίσκονται στο ίδιο περιβάλλον με άτομα που δεν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

4. Ένας από τους στόχους της ψυχιατρικής αποκατάστασης είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν τις προτιμήσεις και τις δεξιότητες τους, σχετικά με το πού θέλουν να ζήσουν, να εργαστούν και να κοινωνικοποιηθούν.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

5. Αν τους δινόταν η ευκαιρία, τα άτομα με ψυχική νόσο θα επέλεγαν τα ίδια πράγματα, που θα επιλέγαμε και θα θέλαμε όλοι μας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

6. Προτιμώ μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της κατάστασης, προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης δεξιοτήτων για τον ασθενή.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

7. Η ψυχιατρική αποκατάσταση είναι μια συμβουλευτική διαδικασία, κατά την οποία ο ασθενής πρέπει πάντα να συζητά τις αποφάσεις του με τον σύμβουλο πριν την υλοποίησή τους.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

8. Ένα καλό πρόγραμμα αποκατάστασης εντοπίζει τα σημαντικότερα προβλήματα και αδυναμίες του ατόμου.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

9. Μια συνέπεια στην ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας είναι ότι τα άτομα τείνουν να στερούνται προσωπικών προτιμήσεων.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

10. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια χρειάζονται περισσότερο την προστασία από την κοινωνία, παρά τη βοήθεια για συμμετοχή σε αυτήν.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

11. Το να κάνεις επιλογές για ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια δεν είναι το ίδιο με το να κάνεις επιλογές για ένα άτομο που δεν πάσχει.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

12. Εξαιτίας του στρες που σχετίζεται με την ασθένεια, μια κανονική θέση εργασίας δεν θα πρέπει πιθανόν να αποτελεί στόχο για πολλούς ψυχικά πάσχοντες.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

13. Δεν νιώθω άνετα με έναν ασθενή μου, που έχει ενταχθεί σε μια ομάδα αυτοβοήθειας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

14. Μια κανονική θέση εργασίας είναι ένας κατάλληλος στόχος, εφόσον το άτομο είχε προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

15. Ένα σχέδιο αποκατάστασης με στόχο να βοηθήσει ένα ψυχικά ασθενή να εργαστεί, θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνει σταδιακά αυξημένα βήματα για τη μείωση του στρες και τη μεγιστοποίηση της απόκτησης δεξιοτήτων.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

16. Το να ζήσει ο ασθενής μόνος του σε κάποιου την κατοικία, είναι κατάλληλος στόχος μόνο για τα άτομα, των οποίων τα συμπτώματα είναι απολύτως σταθερά.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

17. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενδιαφέρονται τόσο για την ποιότητα ζωής όσο και για τα συμπτώματα των ασθενών.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

18. Η εκπαίδευση των ψυχικά πασχόντων για την ασθένειά τους, τα συμπτώματα, καθώς και για τα οφέλη και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, αποτελεί τον καλύτερο τρόπο ενθάρρυνσης της συνεργασίας του κατά τη θεραπεία.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

19. Το να έχει κανείς μια ψυχική ασθένεια σημαίνει εν μέρει ότι οι ικανότητες μάθησης και ανάπτυξης μειώνονται σημαντικά.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

20. Τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται από τις εξατομικευμένες υπηρεσίες ψυχιατρικής αποκατάστασης, δεν αξίζουν συχνά το υψηλό κόστος και την εξαιρετικά περίπλοκη παροχή τους.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

21. Η παροχή υποστήριξης στην εργασία ή στη διαμονή των ψυχικά ασθενών πρέπει να είναι χρονικά οριοθετημένη, ώστε τα άτομα να μην εξαρτώνται από την υποστήριξη.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

22. Κατά την ανάπτυξη ενός σχεδίου αποκατάστασης του ψυχικά πάσχοντος και τη διαμόρφωση στόχων, καθοδηγούμαι κυρίως από μια καλή αξιολόγηση της ψυχικής του κατάστασης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

23. Συνήθως μπορώ να κρίνω την πρόοδο του ασθενούς στη δουλειά ή στο σχολείο σύμφωνα με την πρόοδο του στον τόπο διαμονής του.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

24. Η ανάπτυξη υποστήριξης και οι περιβαλλοντικές αλλαγές μπορεί να είναι μακροπρόθεσμα πιο σημαντικές από την εκπαίδευση σε δεξιότητες, στη βοήθεια του ψυχικά ασθενούς για επίτευξη της κοινωνικής του ένταξης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

25. Το να δημιουργήσει ο ψυχικά ασθενής μια νέα, θετική εικόνα για τον εαυτό του είναι ένας μακροπρόθεσμος και βιώσιμος στόχος της ψυχιατρικής αποκατάστασης.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

26. Η πραγματική ανάρρωση συχνά περιλαμβάνει την έκθεση του ατόμου σε κινδύνους υποτροπής και αποτυχίας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Παρακαλώ δώστε μας μερικά προσωπικά σας στοιχεία βάζοντας \surd ή \times σε ένα από τα κουτάκια κάθε ερώτησης. Συμπληρώστε τα κενά διαστήματα όπου χρειάζεται.

1) Ηλικία

2) Φύλο

Άνδρας	<input type="checkbox"/>
Γυναίκα	<input type="checkbox"/>

3) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/>
Αρραβωνιασμένος/η	<input type="checkbox"/>
Συμβίωση	<input type="checkbox"/>

4) Τόπος τωρινής κατοικίας:

5) Ποια είναι η εκπαίδευσή σας;

Διετής Εκπαίδευση	
Τεχνική Εκπαίδευση (ΤΕΙ)	
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ)	
Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση	
Διδακτορική Εκπαίδευση	

6) Ποια ειδικότητα ακολουθείτε;

7) Ποια είναι η υπηρεσία εργασίας σας;

8) Πόσα χρόνια υπηρεσίας γενικά έχετε σε δομές ψυχικής υγείας;

9) Γνωρίζετε κάποιον με ψυχική ασθένεια;

Ναι, ο ίδιος είχα/ έχω κάποια ψυχική ασθένεια	
Ναι, κάποιον/α συγγενή	
Ναι, κάποιον/α φίλο/η	
Ναι, κάποια/α γνωστό/η	
Ναι, κάποιον/α συνεργάτη	
Δεν είμαι βέβαιος	
Όχι	

10) Πως χαρακτηρίζεται το μηνιαίο εισόδημα σας;

Χαμηλό	
Μεσαίο προ; χαμηλό	
Μεσαίο	
Μεσαίο προς υψηλό	
Υψηλό	
Πολύ υψηλό	

11) Έχετε λάβει πληροφορίες σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης στη ψυχική υγεία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12) Έχετε λάβει εκπαίδευση σχετικά με το μοντέλο της ανάρρωσης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13) Πιστεύετε ότι χρειάζεστε πληροφορίες για το μοντέλο της ανάρρωσης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ
ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ**

