



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στάσεις επαγγελματιών υγείας
απέναντι στο στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη
και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αικατερίνη Κορδώση

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Μ. Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μ. Σαρίδη, Επιστημονική Συνεργάτης

Κόρινθος, Ιανουάριος 2015

Copyright © Αικατερίνη Κορδώση, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Με την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών, για την επιτυχή έκβαση του οποίου οφείλω να ευχαριστήσω πολλούς.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τη καίρια συμβολή τους στη διερεύνηση των γνώσεών μου σχετικά με θέματα που άπτονται του ευαίσθητου χώρου της υγείας.

Ιδιαίτερα νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας μελέτης, κ. Σουλιώτη Κυριάκο, «Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου» καθώς και την κ. Σαρίδη Μαρία, «Επιστημονική Σύμβουλο» της έρευνας για την ανάθεση του θέματος, την πολύτιμη βοήθεια, στήριξη και καθοδήγηση κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου μελέτης.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους και συναδέλφους μου στο Γ.Ν.Νοσοκομείο Κορίνθου, που συμμετείχαν στην έρευνα, συμβάλλοντας με τον καλύτερο τρόπο στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Την εργασία αυτή την αφιερώνω στην οικογένειά μου, στο σύζυγό μου Γιώργο και στα δύο υπέροχα παιδιά μου, τον Παύλο και την Αγγελική, για την υπομονή και την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iv
ΠΙΝΑΚΕΣ	viii
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	x
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	xi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	xii
ABSTRACT	xiv
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	xvi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
Κατάθλιψη.....	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Η κατάθλιψη.....	1
1.3 Επιδημιολογία κατάθλιψης	3
1.4 Αιτιοπαθογένεια κατάθλιψης	6
1.4.1 Βιολογικοί παράγοντες	7
1.4.2 Ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	8
1.5 Συμπτώματα κατάθλιψης	9
1.6 Τύποι κατάθλιψης.....	12
1.7 Συστήματα ταξινόμησης – Διαγνωστικά κριτήρια	13
1.8 Θεραπεία κατάθλιψης	16
1.8.1 Βιολογικές θεραπείες.....	17
1.8.2 Ψυχοθεραπείες.....	19
1.8.3 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	22
Το κοινωνικό στίγμα.....	22
2.1 Εισαγωγή.....	22
2.2 Το στίγμα.....	23
2.2.1 Η διαδικασία του στίγματος.....	26
2.3 Κοινωνικό στίγμα	28
2.4 Κοινωνικός στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας.....	30
2.5 Το στίγμα στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων.....	32

2.6	Κατάθλιψη και κοινωνικό στίγμα.....	34
2.7	Επιπτώσεις του στίγματος.....	36
2.8	Στάσεις των επαγγελματιών υγείας.....	39
2.9	Αντιμετώπιση του στίγματος.....	43
2.9.1	Δράσεις κατά του στίγματος στην Ελλάδα.....	46
2.9.2	Πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του στίγματος.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3		50
Οικονομική κρίση.....		50
3.1	Εισαγωγή.....	50
3.2	Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	51
3.3	Ευρωπαϊκή και Ελληνική πραγματικότητα.....	56
3.4	Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.....	58
3.4.1	Υγεία.....	60
3.4.2	Ψυχική υγεία.....	64
3.5	Πολιτική υγείας.....	69
3.5.1	Προτάσεις ενίσχυσης της υγείας.....	71
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4		75
Έρευνα.....		75
4.1	Σκοπός και στόχοι.....	75
4.2	Ερευνητικά ερωτήματα.....	75
4.3	Μεθοδολογία.....	76
4.4	Δείγμα της μελέτης.....	78
4.5	Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	79
4.5.1	Δομή του ερωτηματολογίου.....	80
4.6	Η πιλοτική μελέτη.....	82
4.6.1	Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.....	82
4.6.2	Εσωτερική συνάφεια.....	82
4.7	Δεοντολογικά θέματα και ηθική της έρευνας.....	83
4.7.1	Έγκριση διεξαγωγής της μελέτης.....	83
4.7.2	Συνειδητή συγκατάθεση και διασφάλιση ανωνυμίας συμμετεχόντων.....	83
4.8	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	84
Αποτελέσματα Έρευνας.....	84
5.1 Στατιστική ανάλυση.....	84
5.2 Αξιοπιστία κλιμάκων	85
5.3 Αποτελέσματα έρευνας.....	86
5.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	86
5.3.2 Βινιέτα	91
5.3.3 Κλίμακα Στάσεων	98
5.3.3 Κλίμακα Στάσεων	98
5.3.4 Αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας - παρέμβασης.....	101
5.3.5 Αυτοσχέδια Κλίμακα Στάσεων απέναντι στα Ψυχιατρικά Φάρμακα.....	104
5.3.6 Γενικές ερωτήσεις	106
5.4 Διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών μεταβλητών.....	118
5.5 Συσχετίσεις.....	136
5.6 Γραμμική παλινδρόμηση.....	138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	142
Συζήτηση.....	142
6.1 Εισαγωγή.....	142
6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	144
6.3 Στάσεις απέναντι σε βινιέτα	146
6.4 Στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη.....	147
6.5 Στάσεις απέναντι στις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	151
6.6 Στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα	153
6.7 Γενικές ερωτήσεις.....	154
6.8 Οικονομική κρίση.....	159
6.9 Συσχέτιση στάσεων και δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	160
6.9.1 Συσχέτιση στάσεων και φύλου	160
6.9.2 Συσχέτιση στάσεων και ηλικίας.....	161
6.9.3 Συσχέτιση στάσεων και περιοχής καταγωγής	161
6.9.4 Συσχέτιση στάσεων και οικογενειακής κατάστασης	162
6.9.5 Συσχέτιση στάσεων και μορφωτικού επιπέδου	162
6.9.6 Συσχέτιση στάσεων και ειδικότητας.....	163

6.9.7	Συσχέτιση στάσεων και προϋπηρεσίας.....	164
6.9.8	Συσχέτιση στάσεων και τομέα εργασίας.....	164
6.9.9	Συσχέτιση ψυχικής υγείας και οικονομικής κρίσης.....	165
6.10.	Περιορισμοί – Αδύνατα σημεία.....	167
6.11.	Συμπεράσματα.....	168
6.12.	Προτάσεις.....	170
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		171
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		171
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		175
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....		189
Παράρτημα Α.....		190
Παράρτημα Β.....		198
Παράρτημα Γ.....		208

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) του ερωτηματολογίου	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=203)	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ειδικότητες επαγγελματιών υγείας του δείγματος (N=203).....	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Χρόνια προϋπηρεσίας δείγματος (N=203)	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Τομέας εργασίας δείγματος (N=203)	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Αναγνώριση ψυχικής διαταραχής	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Ονομασία ψυχικών διαταραχών	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Επανακωδικοποίηση ειδικοτήτων	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αναγνώριση ψυχικής διαταραχής (ανά ομάδες)	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Βαθμός σοβαρότητας ψυχικής διαταραχής.....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Βαθμός σοβαρότητας (ανά ομάδες).....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Στάσεις απέναντι στην Κατάθλιψη.....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Στάσεις απέναντι στις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	101
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Στάσεις απέναντι στα Ψυχιατρικά Φάρμακα	104
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Γνώση τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας.....	106
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Γραμμές Βοήθειας	106
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Πρόθεση αναζήτησης βοήθειας (N=203)	107
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Γνώση τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας (ανά ομάδες).....	108
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Προβλήματα ψυχικής υγείας.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Πρόβλημα ψυχικής υγείας (ανά ομάδες).....	110
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής (ανά ομάδες).....	111
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Επίσκεψη σε ψυχολόγο (ανά ομάδες).....	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Αίτια προβλημάτων ψυχικής υγείας (N=203).....	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Οικονομική Κρίση (N=203).....	114
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Οικονομική κρίση – Ψυχισμός (ανά ομάδες).....	116
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Οικονομική κρίση – Προβλήματα εργασίας (ανά ομάδες).....	117
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Στάσεις – διαφορές ανά φύλο.....	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Στάσεις - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Στάσεις – διαφορές ανά περιοχή καταγωγής	121
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Στάσεις - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Στάσεις - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο	123

ΠΙΝΑΚΑΣ 32	Στάσεις - διαφορές ανά ειδικότητα.....	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 33	Στάσεις - διαφορές ανά χρόνια προϋπηρεσίας.....	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 34	Στάσεις - διαφορές ανά τομέα εργασίας.....	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 35	Γενικές ερωτήσεις – διαφορές ανά φύλο.....	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 36	Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα.....	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 37	Γενικές ερωτήσεις – διαφορές ανά περιοχή καταγωγής.....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 38	Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση.....	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 39	Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο.....	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 40	Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά ειδικότητα.....	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 41	Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά χρόνια προϋπηρεσίας.....	134
ΠΙΝΑΚΑΣ 42	Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά τομέα εργασίας.....	135
ΠΙΝΑΚΑΣ 43	Συσχετίσεις υποκλιμάκων στάσεων.....	136
ΠΙΝΑΚΑΣ 44	Συσχετίσεις ψυχικής υγείας και οικονομικής κρίσης.....	137
ΠΙΝΑΚΑΣ 45	Γραμμική παλινδρόμηση (στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη).....	139
ΠΙΝΑΚΑΣ 46	Γραμμική παλινδρόμηση (στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις).....	140
ΠΙΝΑΚΑΣ 47	Γραμμική παλινδρόμηση (στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα)	141
ΠΙΝΑΚΑΣ 48	Ανάλυση 1 ^{ης} Υποκλίμακας (Γ. Κλίμακα Στάσεων).....	208
ΠΙΝΑΚΑΣ 49	- Ανάλυση 2 ^{ης} Υποκλίμακας (Δ. Αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας-παρέμβασης).....	208
ΠΙΝΑΚΑΣ 50	Ανάλυση 3ης Υποκλίμακας (Ε. Αυτοσχέδια κλίμακα στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα).....	209

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Άξονες δράσης προγράμματος "αντι-στίγμα" (2004-σήμερα).....	48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Το ΑΕΠ σε σταθερές τιμές.....	51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Εξέλιξη Δημόσιου Χρέους στην Ευρωζώνη, (2012-2013).....	52
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Ποσοστό ανεργίας (1990-2013 και πρόβλεψη 2014-2015).....	54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Αύξηση του προσδόκιμου ζωής (1983-2008).....	57
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Ποσοστό γενικού πληθυσμού με Μείζων Κατάθλιψη (1984-2013) ..	66
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Προφίλ ατόμων με Μείζων Κατάθλιψη (2013)	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Οικονομική Δυσχέρεια και Κατάθλιψη	68

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Ειδικότητες επαγγελματιών υγείας.....	88
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Ειδικότητες νοσηλευτικού προσωπικού.....	88
ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Χρόνια προϋπηρεσίας.....	89
ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Τομέας εργασίας επαγγελματιών υγείας.....	90
ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Αναγνώριση ψυχικής διαταραχής.....	91
ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Αναγνώριση της νόσου.....	93
ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Βαθμός σοβαρότητας ψυχικής διαταραχής.....	96
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Στάσεις απέναντι στην Κατάθλιψη.....	100
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Στάσεις απέναντι στις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	103
ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Στάσεις απέναντι στα Ψυχιατρικά Φάρμακα.....	105
ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Πρόθεση Αναζήτησης Βοήθειας.....	107
ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Αίτια Προβλημάτων Ψυχικής Υγείας.....	113
ΓΡΑΦΗΜΑ 13 Οικονομική κρίση - Ψυχισμός.....	114
ΓΡΑΦΗΜΑ 14 Οικονομική κρίση – Προβλήματα εργασίας.....	115

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη αποτελεί το βασικότερο εμπόδιο στην παροχή επαρκούς ψυχιατρικής φροντίδας και την παροχή αποτελεσματικής θεραπείας, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο την ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας των ψυχικά ασθενών. Μειώνει την αυτό-εκτίμησή τους, επηρεάζοντας αρνητικά την ικανότητά τους για κοινωνικοποίηση, αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, εργασία. Οι καθοριστικές επιπτώσεις που έχει στην ατομική ευημερία, στην κοινωνική συνοχή και στην ηθική και πολιτισμική διάσταση της κοινωνίας, καθιστούν την ανάγκη καταπολέμησής του επιτακτική.

Σκοπός: Η καταγραφή της στιγματιστικής στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας ενός επαρχιακού νοσοκομείου έναντι της ψυχικής ασθένειας, των μορφών θεραπείας-παρέμβασης για την αντιμετώπιση της νόσου, και των ψυχιατρικών φαρμάκων.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 203 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Γ.Ν.Νοσοκομείου Κορίνθου, όλων των επαγγελματικών ομάδων και ειδικοτήτων. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου που περιελάμβανε μια κλίμακα 46 ερωτήσεων για την ανίχνευση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, με τη μέθοδο των προσωπικών δομημένων συνεντεύξεων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής και με τη στατιστική δοκιμασία Chi Square test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας, παρά το γεγονός ότι παρουσίασαν περισσότερο αισιόδοξη στάση ως προς τις ικανότητες των ψυχικά ασθενών, φαίνεται να διατηρούν στερεότυπες αντιλήψεις, αποδεικνύοντας ότι ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων και η προκατάληψη γύρω από την ψυχική νόσο εξακολουθούν να υφίστανται. Οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν ως αποτελεσματικότερες μορφές θεραπείας τις ψυχοκοινωνικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως τον κοινωνικό υποστηρικτικό περίγυρο (74,4%), την υγιεινή διατροφή και τη φυσική άσκηση (67,9%), την ψυχανάλυση (60,6%), τεχνικές χαλάρωσης (60,5%) και συμβουλευτική (53,2%), καταγράφοντας αμφιθυμικές στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα, αμφισβητώντας την αποτελεσματικότητά τους. Παρά το γεγονός ότι μόλις ένας στους δύο επαγγελματίες υγείας γνώριζε την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας, θα απευθύνονταν σε επαγγελματία ψυχικής υγείας (68,5%) σε περίπτωση που εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Προσδιόρισαν την αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας κυρίως στην οικονομική αβεβαιότητα (59,1%), στην αδυναμία του χαρακτήρα (34%) και στην ανεργία (30,5%). Η οικονομική κρίση είχε άμεσο αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας, καθώς επιβάρυνε τον ψυχισμό τους (78,3%) και δημιούργησε προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους (86,7%).

Συμπεράσματα: Η ειδικότητα ήταν ο σημαντικότερος ανεξάρτητος παράγοντας που επηρέασε στο δείγμα μας τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, ενώ οι στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα επηρεάστηκαν περισσότερο από το μορφωτικό τους επίπεδο. Τα αποτελέσματα της μελέτης φωτίζουν πτυχές του στίγματος που περιβάλλει την κατάθλιψη μέσα από τις στάσεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην νόσο, οι οποίοι πρέπει να είναι πλήρως ενήμεροι για τη φύση, τις εκδηλώσεις και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Παρά το γεγονός ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας αποδεικνύεται λιγότερο στιγματιστική, ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών και η προκατάληψη γύρω από την ψυχική ασθένεια εξακολουθούν να υφίστανται. Για την αποτελεσματική καταπολέμηση του στίγματος που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις, κάθε παρέμβαση οφείλει να αντικρούσει συγκεκριμένες στερεοτυπικές πεποιθήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πρωταγωνιστές, απαλλαγμένοι από το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες καθώς μόνο με αυτό τον τρόπο θα είναι σε θέση να μεταδώσουν αισθήματα αισιοδοξίας και αποδοχής.

Λέξεις κλειδιά: *Κατάθλιψη, στίγμα, θεραπευτικές προσεγγίσεις, επαγγελματίες υγείας, οικονομική κρίση.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: The stigma surrounding depression constitutes the main obstacle to the provision of adequate psychiatric care and the provision of effective treatment, further exacerbating the already overloaded health situation of mental patients. It reduces their self-esteem, it has a negative impact on their ability to socialize, to seek medical assistance, and to work. The decisive impact on individual well-being, social cohesion as well as the moral and cultural aspects of society, make the need to combat it urgent.

AIM: To record stigmatic attitudes of health professionals towards depression and patients who suffer from it and the available therapeutic approaches . The present study investigated the attitudes of health professionals of a provincial hospital against mental illness, the treatment-intervention forms to treat disease, and psychiatric drugs.

EVIDENCE-METHOD: The research sample consisted of 203 health professionals working in the General Hospital in Corinth, from all professional groups and specialties. The collection of empirical material was performed using a questionnaire that included a range of 46 questions to detect the views of health professionals, with the method of personal structured interviews. The data were analyzed by the method of descriptive statistics and statistical test Chi Square test. The Student's T-test was used for the comparison of quantitative variables between two groups. The parametric cluster analysis control ANOVA was used to compare quantitative variables among more than two groups. To investigate the factors affecting the attitudes of health professionals, linear regression models were applied. The statistical analysis was performed with the statistical program SPSS 17.0.

RESULTS: Despite the fact that health professionals exhibited a more optimistic attitude towards the abilities of the mentally ill, they seem to maintain stereotypes, proving that stigmatization of the mentally ill and prejudice surrounding mental illness still exist. The participants identified the following as effective forms of therapy: psycho-social and psycho-therapeutic interventions, such as social support around (74.4%), healthy eating and physical activity (67.9%), psychoanalysis (60.6%), relaxation techniques (60.5%) and counseling (53.2%), recording ambivalent attitudes toward psychiatric medicines, questioning their effectiveness. Despite the fact that only

one in two health professionals were aware of the availability of telephone hotlines, they would consult a mental health professional (68.5%) in the event they had depressive symptoms. They determined the increase in mental health problems in our time mainly to economic uncertainty (59.1%), weakness of character (34%) and unemployment (30.5%). The economic crisis has had a direct impact on health professionals, as it exacerbated their psychological state (78.3%) and created problems in everyday work (86.7%).

CONCLUSIONS: Specialty was the most important independent factor affecting our sample attitudes towards depression, while attitudes towards therapeutic approaches and psychiatric medications were more affected by their level of education. The results of the study shed light on aspects of stigma surrounding depression through the attitudes of health professionals themselves against the disease, who should be fully informed about the nature, manifestations and treatment of mental disorders. Despite the fact that the attitude of health workers is less stigmatic, the stigmatization of the mentally ill and the prejudice surrounding mental illness persist. To effectively combat the stigma surrounding depression and the available therapeutic approaches, each intervention must refute certain stereotypical beliefs. Health professionals ,must they themselves be protagonists, free from the stigma associated with mental illness as only in this way will be able to convey optimism and acceptance feelings.

KEY WORDS: *Depression, stigma, treatment approaches, health professionals, financial crisis.*

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Κατάθλιψη

1.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη συνιστά μια πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της έως σήμερα. Ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές, ερμηνεύοντάς την ως μια πνευματική κατάσταση μακροχρόνιων φόβων που οφείλονταν στην υπερβολική ποσότητα μέλαινας (μαύρης) χολής στην σπλήνα. Οι Ρωμαίοι εστίαζαν στα πνευματικά αίτια της ασθένειας, ενώ στο Μεσαίωνα θεωρούνταν εκδήλωση της θεϊκής δυσμένειας, επακόλουθο της δαιμονοποίησης. Μετά την Αναγέννηση και το Διαφωτισμό άρχισαν να αναπτύσσονται ορθολογικές ερμηνείες σχετικά με την αιτιολογία της κατάθλιψης. Η ονομασία «κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου ως ψυχική διαταραχή επικράτησε τον 19^ο αιώνα (Χριστοδούλου, 2005).

1.2 Η κατάθλιψη

Η κατάθλιψη ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του άτομου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Συνιστά μία πνευματική και ψυχική διαταραχή που υπάγεται στην διαταραχή και δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης (Tomson et al, 2003), η οποία εκδηλώνεται συχνά με συμπτώματα φυσιολογικά, ψυχολογικά και επιπέδου συμπεριφοράς (Cryan et al, 2002). Αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές και συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της σημερινής κοινωνίας, καθώς συνεπάγεται τεράστιες αρνητικές προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων, όπως φτωχή ποιότητα ζωής, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία αντιμετώπισης άλλων συννοσηρών σωματικών διαταραχών, κίνδυνος αυτοκτονίας κ.ά. (Λυκούρας και συν, 2009; Brown, 2009).

Συνδέεται με κακή διάθεση, ανικανότητα εύρεσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αβεβαιότητα για το μέλλον, παραίτηση από κοινωνικές σχέσεις, σωματικά συμπτώματα όπως διατροφικές διαταραχές, προβλήματα στον ύπνο ακόμη και ροπή στον αλκοολισμό (Landers & Arent, 2007).

Η διαφοροποίηση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης από την κλινική κατάθλιψη είναι συχνά δύσκολη, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά σύγχυση μεταξύ των συγκεκριμένων συναισθηματικών καταστάσεων. Αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι ότι άλλο είναι η θλίψη και άλλο η κατάθλιψη. Η θλίψη είναι μια φυσιολογική και αναμενόμενη απάντηση σε ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως π.χ. απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή ακόμη και υλικών αγαθών. Παθολογική θα ήταν η έλλειψη συναισθηματικής ανταπόκρισης και όχι η συναισθηματική απάντηση της θλίψης. Η θλίψη είναι μια αναμενόμενη, φυσιολογική κατάσταση που κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να είναι και παραγωγική. Επομένως, θα πρέπει να διαχωρίζεται μια «δυσλειτουργική» κατάσταση (κατάθλιψη) από μια «προσαρμοστική» κατάσταση (θλίψη). Ενώ η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται από μια επώδυνη απώλεια που βιώνει το άτομο, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια «πεσμένη» διάθεση που έχει περιγραφεί και ως «επώδυνη αναισθησία» (Δασκαλόπουλος, 2007). Όταν η θλίψη γίνεται εντονότερη με το πέρασμα του χρόνου και διαρκεί περισσότερο από δύο εβδομάδες, εμποδίζοντας τις φυσιολογικές δραστηριότητες και την καθημερινή λειτουργικότητα στην εργασία, τις διατροφικές συνήθειες, τον ύπνο και τις διαπροσωπικές σχέσεις, τότε εισάγεται η διάσταση και διάγνωση της κατάθλιψης (Beekman et al, 1999).

Η κατάθλιψη αποτελεί μια κατάσταση όπου μεταβάλλεται η ποιότητα και η ένταση της διάθεσης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και δεν μπορεί να ξεπεραστεί εύκολα. Έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς και οικονομικές συνέπειες πρωτίστως για τον πάσχοντα και δευτερευόντως για το σύστημα (αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας) (Yadid et al, 2000).

Η ευρεία χρήση του όρου «κατάθλιψη» συχνά δημιουργεί συγχύσεις, ασάφειες και διαγνωστικές δυσκολίες, καθώς χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές.

Συνεπώς μπορεί να αποτελεί ένα συναίσθημα ή μια φυσιολογική διάθεση, ένα σύμπτωμα, μια φυσιολογική διαταραχή ή ένα σύνδρομο (Χριστοδούλου 2005; Αλεβίζος, 2008):

- *Καταθλιπτικό συναίσθημα*: είναι το βραχύβιο, δυσάρεστο ή αρνητικό υποκειμενικό αίσθημα ή βίωμα του ατόμου που είναι δυνατό να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή, το οποίο περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση.
- *Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση*: είναι η παρουσία κατ' εξοχήν καταθλιπτικών συναισθημάτων κατά τη διάρκεια σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος, το οποίο έχει μεγάλη ένταση και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του (Ευθυμίου και συν, 2007).
- *Καταθλιπτική διαταραχή*: είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο συγκροτεί διάφορα συμπτώματα που σχετίζονται μεταξύ τους, με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης, έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση, και διακρίνεται ως συμπτωματική δομή από τις άλλες ψυχοπαθολογικές δομές.

1.3 Επιδημιολογία κατάθλιψης

Η κατάθλιψη συναντάται παγκοσμίως σε ανθρώπους όλων των ηλικιακών ομάδων και κοινωνικών προελεύσεων, τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (από 15-70 χρονών), η έναρξή της όμως τοποθετείται συνήθως στη μέση ηλικία. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα στην εφηβική ηλικία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή (Andrade et al, 2003).

Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από καταθλιπτική διαταραχή, ενώ η ετήσια συχνότητα του συνόλου των συναισθηματικών διαταραχών είναι περίπου 1,5%. (Conn, 2010). Από ανάλογες μελέτες και επιδημιολογικές έρευνες (Preising et al, 2001, Kaplan and Sandock, 2001, Andrade et al, 2003, American Psychiatric Association, 2004), υπολογίζεται ότι το 6-8% περίπου του γενικού πληθυσμού διεθνώς, σε δεδομένη στιγμή του χρόνου, εμφανίζει κάποιας μορφής κατάθλιψη, με 400-500 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον

κόσμο να παρουσιάζουν κλινικά διαπιστωμένη κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική και κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Η κατάθλιψη ενοχοποιείται για την αυξημένη χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών και καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας, ενώ προβλέπεται πως το 2020 θα αποτελεί τη δεύτερη αιτία ανικανότητας για εργασία και την πρώτη το 2030 ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, εφόσον δεν αναχαιτιστεί, στοιχεία που αναδεικνύουν την εξέλιξή της σε πραγματική μάστιγα (Healthpress, 2013). Σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία, μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους και από αυτούς, μόνο το 20-25% έχει την πιθανότητα θεραπείας. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο (Τσουλέα, 2013). Υπολογίζεται ότι 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ Ελληνίδες) πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικές διαταραχές συνήθως ξεκινούν σε νεαρή ηλικία, μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και συχνά υποτροπιάζουν. Γι' αυτούς τους λόγους, η κατάθλιψη αποτελεί την μεγαλύτερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως όσον αφορά στο σύνολο των ετών που χάνονται λόγω αναπηρίας, με τα αιτήματα για την αντιμετώπισή της να αυξάνονται συνεχώς παγκόσμια. Στις χώρες μεσαίου και υψηλού εισοδήματος η κατάθλιψη προκαλεί την μεγαλύτερη σχετιζόμενη με νόσημα επιβάρυνση (WHO, 2011). Σε μελέτη των Kessler et al. (2009), διαπιστώθηκε ότι μέχρι και 65% των ατόμων που υποφέρουν από κατάθλιψη θεωρούν ότι η κατάστασή τους επιφέρει σοβαρή αναπηρία. Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με κατάθλιψη δεν αξιοποιεί τις υπάρχουσες θεραπείες, καθώς μόνο 1 στα 5 άτομα που έχουν κατάθλιψη λαμβάνει θεραπεία. Αιτίες αποτελούν η ελλιπής ενημέρωση, η άγνοια, τα στερεότυπα, οι μύθοι, οι προκαταλήψεις, το κοινωνικό στίγμα κ.α..(Kessler et al, 2009).

Η μελέτη της επιδημιολογίας της κατάθλιψης έχει δυσκολίες που απορρέουν από την πολυμορφία και την ετερογένεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που δυσκολεύουν την διάγνωση, καθώς και από το γεγονός ότι άλλες επιδημιολογικές έρευνες αφορούν την κατάθλιψη ως διαταραχή (νόσο) και άλλες ως σύμπτωμα (Fryers et al, 2004, Paykel et al, 2005). Όσον αφορά την κατανομή στα δύο φύλα, η κατάθλιψη στις γυναίκες είναι δύο φορές συχνότερη από ότι στους άνδρες (Kroenke, 2007). Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, συντελούν στην συχνότερη εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (WHO, 2012). Οι άντρες συχνά βιώνουν την κατάθλιψη διαφορετικά από ότι οι γυναίκες και υιοθετούν διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης στα συμπτώματά της. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι εργαζόμενες ηλικίας 30 έως 50 ετών, οι οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει (πολύωρη δουλειά, σπίτι και παιδιά, ταυτοχρόνως) - ιδίως όταν δεν έχουν βοήθεια στο μέγαλωμα των παιδιών. Οι άνδρες με κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών, μέσης προς ανώτερης οικονομικής τάξης, οι οποίοι όμως νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις τους και αισθάνονται ότι δεν τους φτάνουν οι ώρες για να εργασθούν, νιώθουν συνέχεια κουρασμένοι, καπνίζουν ή πίνουν πολύ και γενικώς νιώθουν σωματική και ψυχολογική κατάπτωση (Τσουλέα, 2013). Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι η ηλικία των 40 ετών, συχνότερη στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών.

Παράλληλα την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Ως σημαντικότεροι λόγοι προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου

προβλήματος. Αφενός οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε έναν ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών, αφετέρου η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα (Τσουλέα, 2013).

Η πιο καταστροφική συνέπεια της κατάθλιψης είναι συχνά η αυτοκτονία. Κάθε 1 ½ λεπτό της ώρας περίπου ένα άτομο οδηγείται στο θάνατο αυτοκτονώντας, ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας που δεν καταλήγουν στο θάνατο είναι πολλαπλάσιες. Ένας στους δύο ανθρώπους που αυτοκτονούν είχε ιστορικό κατάθλιψης και ένα μικρότερο ποσοστό είχαν σχιζοφρένεια ή εξάρτηση από αλκοόλ/ουσίες. Περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι τον χρόνο αυτοκτονούν (3.000 κάθε μέρα). Σε κάθε αυτοκτονία αντιστοιχούν περισσότερες από 20 απόπειρες (ΠΟΥ, 2012).

1.4 Αιτιοπαθογένεια κατάθλιψης

Στη σημερινή εποχή, η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Αρχικά, λόγω της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης, η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αλματώδης ανάπτυξης της ψυχοφαρμακολογίας, της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς – εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωσή της. Σήμερα, πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό κάθε φορά στην εκδήλωσή της, δρώντας πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο (Happel et al, 2008).

1.4.1 Βιολογικοί παράγοντες

Γενετικοί

Μερικοί τύποι κατάθλιψης «μεταβιβάζονται» από γενιά σε γενιά, υποδεικνύοντας ότι μία βιολογική ευαισθησία στην κατάθλιψη σχετίζεται με την κληρονομικότητα.. Το πιο αποδεκτό μοντέλο σήμερα για το ρόλο της κληρονομικότητας στην κατάθλιψη είναι ότι διάφορα γονίδια κληροδοτούν χαρακτηριστικά προσωπικότητας που αυξάνουν την ευαλωτότητα στη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί). Έρευνες έδειξαν ότι σε άτομα που έχουν ένα συγγενή πρώτου βαθμού που πάσχει από κατάθλιψη, η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου είναι 1,5-3 φορές μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού. Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη παρατηρείται στο 15% των πρώτου βαθμού συγγενών καταθλιπτικών ασθενών, στο 8% των συγγενών δεύτερου βαθμού και στο 4% συγγενών υγιών μαρτύρων ενώ από μελέτες διδύμων προκύπτει ότι αν ένα δίδυμο αναπτύσσει τη διαταραχή, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, σε ποσοστό ακόμη και ως 50%, για το άλλο να επηρεαστεί. Παρά τη βέβαιη συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, παρατηρείται αδυναμία ταυτοποίησης γονιδιακής βλάβης, η οποία αποδίδεται στην ετερογένεια της κατάθλιψης (Tsigos and Chrousos, 2002).

Νευροχημικοί

Τα αίτια αυτά σχετίζονται με αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών, δηλαδή βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων «επικοινωνούν» τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Δύο νευροδιαβιβαστές κυρίως, η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη, θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, μιας και βρέθηκε ότι, στη κατάθλιψη, αυτά τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα υπολειτουργούν. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι ο μηχανισμός δράσης των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αποσκοπεί στο να βελτιώσει τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο, αυξάνοντας τα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Μια ανεπάρκεια στη σεροτονίνη μπορεί να ευθύνεται για διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστικότητα και άγχος, ενώ μειωμένη ποσότητα της νορεπινεφρίνης μπορεί να συνδέεται με αισθήματα κόπωσης, εξάντλησης και εν γένει καταθλιπτικής διάθεσης (Κοκκώλης, 2004).

Νευροενδοκρινικοί

Η σχέση ορμονών και κατάθλιψης έχει επισημανθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Πολλές ορμονικές διαταραχές συνδέονται με κατάθλιψη, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η νόσος Addison, η νόσος Cushing, αλλά και οι ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν πριν από την έμμηνου ρύση, μετά την εμμηνόπαυση και κατά τη λοχεία, συχνά συνοδεύονται από κατάθλιψη (Χατζάκη, 2008).

Άλλοι παράγοντες – Ιατρικές παθήσεις

Μερικά σωματικά νοσήματα όπως η νόσος Parkinson, η ρευματοειδής αρθρίτις, καθώς και φάρμακα όπως η κορτιζόνη και τα αντιυπερτασικά ή ουσίες όπως το αλκοόλ, μπορεί δευτερογενώς να προκαλέσουν κατάθλιψη. Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα επηρεάζοντας τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου, οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα. Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι άτομα που υποφέρουν από παθήσεις όπως καρδιακά προβλήματα, καρκίνο, νόσο του Parkinson και ορμονικές διαταραχές τείνουν να εμφανίσουν κατάθλιψη. Επίσης άτομα με χρόνιες ασθένειες ή άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης (Holmes et al., 2009).

1.4.2 Ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Τύπος προσωπικότητας

Η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης (Raphael, 2000). Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τη ζωή τους και την πραγματικότητα μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση της κατάθλιψης. Έτσι, ο τύπος προσωπικότητας μπορεί να προδιαθέτει έναν άνθρωπο, ώστε να είναι πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη. Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξαρτημένα από τους άλλους, υπερβολικά ευαίσθητα, κοινωνικά απομονωμένα, ενοχικά, απαισιόδοξα, τελειομανή και μυστικοπαθή είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εκδήλωση κατάθλιψης (Ρομφαία., 2012).

Ψυχολογικές εμπειρίες, περιβαλλοντικοί παράγοντες και ψυχοπιεστικές καταστάσεις

Μελέτες έχουν καταδείξει ότι παιδικά τραύματα, πρώιμες απώλειες όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η βίωση ενός χωρισμού ή η έλλειψη φροντίδας και στοργής, καθώς και η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία, οι οικογενειακές συγκρούσεις, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για να εμφανιστεί αργότερα η κατάθλιψη. Άτομα που ως παιδιά έχουν βιώσει σοβαρά και δύσκολα γεγονότα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν κατάθλιψη ως ενήλικες. Στρεσογόνα γεγονότα όπως ένα διαζύγιο, οι δύσκολες συνθήκες ζωής ή η αλλαγή του τόπου διαμονής, η φτώχεια, τα οικονομικά προβλήματα, το καθημερινό άγχος αυξάνουν την πιθανότητα για άτομα που είναι ήδη επιρρεπή στην εκδήλωση κατάθλιψης να εμφανίσουν αυτή τη διαταραχή. Αλλά και αλλαγές στην ενήλικη ζωή που οφείλονται σε εξωγενή παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης, όπως η απώλεια της εργασίας, η συνταξιοδότηση, το επαγγελματικό στρες, ένας γάμος, ο ερχομός ενός παιδιού αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης (Anapolis, 2012).

1.5 Συμπτώματα κατάθλιψης

Η δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής επιβάλλει την κατανομή των επιμέρους συμπτωμάτων στις εξής πέντε (5) βασικές διαστάσεις:

Συναισθηματική διάσταση

Η παθολογία της καταθλιπτικής διάθεσης συνιστάται στο ότι είναι δυσανάλογη προς αυτό που συμβαίνει στη ζωή του ατόμου, επιδρά σε όλη τη λειτουργικότητά του και είναι αυτόνομο σε σχέση με άλλες συγκυρίες. Παρατηρούνται καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση, άγχος και ευερεθιστότητα, ένταση, θυμός, εκνευρισμός σε κάθε αντιξοότητα, απελπισία, απόγνωση, απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες και ανηδονία (Cryan et al, 2002). Οι αλλαγές στη συναισθηματική διάθεση περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαβαθμίσεων, όπου στις ηπιότερες καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχει πτώση του γενικού συμπαθητικού τόνου ενώ στις σοβαρότερες έντονα αρνητική συγκινησιακή διέγερση. Η καταθλιπτική διάθεση παρουσιάζει χρονικές διακυμάνσεις, για παράδειγμα μπορεί να είναι εντονότερη το

πρωί και βελτιωμένη το βράδυ, να είναι συνεχής ή να παρουσιάζεται εντονότερη σε περιόδους τις οποίες ο ασθενής βιώνει ως δύσκολες (Λυκούρας, 2009).

Συμπεριφορική διάσταση

Σε αυτή τη διάσταση, ο ασθενής δυσκολεύεται ακόμα και να κινητοποιηθεί για να κάνει τις πιο απλές πράξεις, ενώ η προτροπή ή απειλή τον κάνει πιο αδρανή. Επίσης, συχνά χρονοτριβεί, αποφεύγει να αναλάβει ευθύνες και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις. Στη μείζονα κατάθλιψη υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση με απουσία ή μείωση των αυθόρμητων κινήσεων, σκυφτή στάση σώματος και χαμηλωμένο βλέμμα, μειωμένη ροή λόγου, καθυστέρηση στις απαντήσεις, υποκειμενική αίσθηση επιβράδυνσης της σκέψης ή σταματήματος του χρόνου. Λιγότερο συχνά κυρίως στη μονοπολική Μείζων Κατάθλιψη εμφανίζεται ψυχοκινητική διέγερση (Σολδάτος, 2005).

Σωματική διάσταση

Οι κυριότερες σωματικές εκδηλώσεις είναι η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η κόπωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υποσιτισμό και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ενώ αντιθέτως σε ηπιότερες καταστάσεις είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αύξηση της προσλαμβανόμενης τροφής και αύξηση του σωματικού βάρους, γεγονός, που επιδεινώνει άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη, κ.ά. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές ως προς την αρχιτεκτονική και επάρκεια του ύπνου (μείωση του συνολικού χρόνου, συχνές αφυπνίσεις). Συχνά υπάρχει μειωμένη ή ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία και σε μερικές γυναίκες προσωρινή αμηνόρροια. Η συχνότητα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων από τη σωματική διάσταση αυξάνεται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάθλιψης και την ηλικία (Χριστοδούλου, 2005).

Γνωστική διάσταση

Το άτομο έχει αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ιδέες ανεπάρκειας, απώλειας, αποτυχίας, ήττας, αναξιότητας και αποστέρησης. Ως προς τη λειτουργία της σκέψης, υπάρχουν μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης με τάση για ανεύρεση αποδείξεων που να στηρίζουν την αρνητική εκτίμηση του εαυτού και με εκλεκτική επιλογή των δεδομένων ώστε να απαρτίζουν την αρνητική εικόνα. Η διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης μπορεί να φθάσει έως τις παραληρητικές ιδέες και αφορά στο 15% της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής. Επίσης, υπάρχει απαισιοδοξία και απώλεια της ελπίδας, η οποία σχετίζεται με ιδέες θανάτου και αυτοκτονικό ιδεασμό ως μια προσπάθεια απαλλαγής από τα βάσανα. Στις μείζονες καταθλίψεις, υπάρχει διαταραχή των νοητικών λειτουργιών, όπως διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής και εμφανείς διαταραχές της μνήμης, όπως εύκολη απώλεια μνήμης και έκπτωση της μνημονικής ανάκλησης. Επίσης, υπάρχει ακαμψία στην επεξεργασία πληροφοριών και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων (Brown, 2009).

Λειτουργική διάσταση

Σε αυτή τη διάσταση υπάρχει διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Όσον αφορά τον εργασιακό χώρο παρατηρείται ελάττωση της αποδοτικότητας και δημιουργικότητας ενώ στις διαπροσωπικές σχέσεις παρατηρείται δυσλειτουργία, κακή επικοινωνία, ένταση, τριβές, αντιδικίες, συγκρούσεις ρόλων ή δυσκολία ανάληψης νέων ρόλων. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινισθεί εάν αυτά σχετίζονται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης (Αλεβίζος, 2008).

1.6 Τύποι κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι η ασθένεια με τα πολλά πρόσωπα. Η πολυμορφία είναι το βασικό της χαρακτηριστικό, καθώς μπορεί να πάρει πολλές μορφές, με ποιοτικές και ποσοτικές παραλλαγές των συμπτωμάτων της. Στην ψυχιατρική ορολογία συχνά χρησιμοποιούνται ειδικοί όροι για τις διαφορετικές μορφές κατάθλιψης, όπως: αγχώδης, ενδογενής, μελαγχολία, ψυχωσική, αντιδραστική, λανθάνουσα, άτυπη, εποχική, επιλόχειος και άλλες.

Οι τρεις βασικοί τύποι της κατάθλιψης είναι:

Μείζων κατάθλιψη: είναι ο τύπος εκείνος της κατάθλιψης που χαρακτηρίζεται από έντονο και βαθύ καταθλιπτικό συναίσθημα. Μπορεί να εμφανιστεί ως καταθλιπτικό επεισόδιο στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής, που παλαιότερα λεγόταν μανιοκατάθλιψη, ή στο πλαίσιο της μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Η κατάθλιψη που συμβαίνει στο πλαίσιο της μονοπολικής διαταραχής διαφέρει από αυτή που συμβαίνει στο πλαίσιο της διπολικής ως προς την πορεία στο χρόνο, καθώς στη μονοπολική υπάρχει στερεότυπη επανάληψη της καταθλιπτικής φάσης, ενώ στη διπολική υπάρχει εναλλαγή φάσεων κατάθλιψης και μανίας. Και στις δύο περιπτώσεις τα κλινικά χαρακτηριστικά είναι τα κλασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης.

Ήπια ή ελλάσων κατάθλιψη: τα συμπτώματά της είναι πιο ήπια από αυτά της κατάθλιψης στο πλαίσιο της μονοπολικής ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι ευμετάβλητο και επηρεάζεται από τα γεγονότα της ζωής.

Δυσθυμική διαταραχή (δυσθυμία): όταν τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την ήπια κατάθλιψη επιμένουν και διαρκούν περισσότερο από δύο χρόνια, τότε η κατάθλιψη παίρνει τη μορφή της δυσθυμικής διαταραχής, που πιο απλά αποκαλείται «δυσθυμία». Τα συμπτώματα στη δυσθυμία μπορεί να είναι ήπια, δημιουργούν όμως στο άτομο ένα αίσθημα ανεπάρκειας, το εμποδίζουν να νιώθει καλά και να λειτουργεί φυσιολογικά.

Η κατάθλιψη μπορεί να ταξινομηθεί από κλινική άποψη σε σοβαρή, μέτρια και ήπια μορφή, με βάση τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και την επίδραση στη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή. Η μείζων κατάθλιψη αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

1.7 Συστήματα ταξινόμησης – Διαγνωστικά κριτήρια

Είναι ευρέως γνωστό και αποδεκτό ότι η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό όμως δε συνεπάγεται ότι δεν προκύπτουν ευρήματα από το εργαστήριο, απλώς τα ευρήματα αυτά δεν είναι καταδεικτικά αλλά μόνο ενδεικτικά της κατάθλιψης. Δεν αφορούν δηλαδή αυτήν καθ' αυτήν τη νόσο αλλά τον αποκλεισμό κάποιας πιθανής πρωτογενούς σωματικής διαταραχής ώστε από εκεί και πέρα να αναζητηθούν και να διερευνηθούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου (Μενεδιάτου, 2012). Σε πρώτη λοιπόν φάση είναι απαραίτητο για το άτομο που εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης να επισκεφτεί τον γενικό γιατρό ή τον παθολόγο ώστε να ελεγχτεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλονται σε κάποια άλλη ιατρική πάθηση ή προκύπτουν από τη χρήση οποιωνδήποτε φαρμάκων. Αν εξακριβωθεί ότι τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ασθένεια, τότε το επόμενο βήμα είναι η επίσκεψη στον ψυχίατρο ή στον κλινικό ψυχολόγο που θα εκτιμήσει -σε ψυχολογική πλέον βάση- το πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων και στη συνέχεια θα ακολουθήσει τις απαιτούμενες ενέργειες ώστε να ολοκληρωθεί η διάγνωση της νόσου. Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση τόσο πιο γρήγορα θα επέλθει και η θεραπεία της.

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης δεν είναι πάντα η ίδια σε όλους τους πάσχοντες, καθώς δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλους τους ανθρώπους. Άλλοι εμφανίζουν λύπη, απελπισία και τάσεις αυτοκαταστροφής, άλλοι σωματικά ενοχλήματα και άλλοι εκφράζουν παράλληλα με το καταθλιπτικό συναίσθημα παραληρητικές ιδέες. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης προκύπτουν από τα ακόλουθα ταξινομικά συστήματα:

DSM – IV Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Το εγχειρίδιο αυτό εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία και αφορά όλες τις διαταραχές ψυχικής υγείας σε παιδιά και ενήλικες (American Psychiatric Association APA, 2002). Περιλαμβάνει τις αιτίες των διαταραχών αυτών, στατιστικές σχετικές με το φύλο και την ηλικία, αναφορές στην πρόληψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Διακρίνεται για την πολυδιάστατη προσέγγιση της διάγνωσης καθώς αξιολογεί πέντε διαστάσεις:

- Κλινικά σύνδρομα.με τα οποία νοούνται οι εκάστοτε διαγνώσεις (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κτλ)
- Αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός, νοητική υστέρηση) και διαταραχές της προσωπικότητας(αντικοινωνική και οριακή διαταραχή)
- Φυσικές συνθήκες που επιδρούν στην εμφάνιση διαταραχών (π.χ. εγκεφαλική βλάβη)
- Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες
- Υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας

Ταξινόμηση ICD -10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical description and diagnostic guidelines). Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εγχειρίδιο παρόμοιο με το DSM που εκδίδει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στο οποίο περιέχονται όλες οι ασθένειες κωδικοποιημένες με τα σημάδια και τα συμπτώματά τους. Ειδικά σε ό,τι αφορά την κατάθλιψη καταγράφονται η καταθλιπτική διαταραχή, το καταθλιπτικό επεισόδιο, το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο, το μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο, το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα και το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά συμπτώματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ψυχικές διαταραχές είναι ουσιαστικά περιγραφές των συναισθηματικών, συμπεριφορικών, γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων. Στην περίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, στα συναισθηματικά συμπτώματα ανήκουν τα αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και αυτο-τιμωρίας, στα συμπεριφορικά ανήκει η κοινωνική απόσυρση, στα γνωστικά ανήκουν η αδυναμία συγκέντρωσης και η δυσκολία λήψης αποφάσεων και τέλος στα σωματικά οι διαταραχές ύπνου. Το DSM – IV συνιστά αναγκαίο οδηγό για τον καθορισμό των συμπτωμάτων και το συνακόλουθο προσδιορισμό των διαταραχών ώστε να επιτευχθεί συναίνεση μεταξύ των επιστημόνων, στην περίπτωση μάλιστα που μπορεί να υπάρχουν λεπτές αλλά πολύ σημαντικές διαφορές. Τέτοια περίπτωση συνιστούν για παράδειγμα τα άτυπα χαρακτηριστικά και τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά η διάκριση μεταξύ των όποιων είναι εξαιρετικά δύσκολη.

Για να διαγνωστεί η κατάθλιψη στην περίπτωση κάποιου ασθενούς, θα πρέπει να παρουσιάζονται τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα, τουλάχιστον για 15 μέρες συνεχώς και μέσα σε αυτά να περιλαμβάνεται τουλάχιστον το ένα από τα δύο πρώτα (Tomson et al, 2003). Θα πρέπει ταυτόχρονα να έχουν αποκλειστεί οι περιπτώσεις σωματικών νόσων ή οι επιδράσεις κάποιων ουσιών ή φαρμάκων που προκαλούν κατάθλιψη.

Τα κριτήρια αυτά είναι τα εξής (Σκαπινάκης, 2003, Wilkin, 2003):

- Καταθλιπτική διάθεση, σχεδόν κάθε μέρα και κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος ή μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που ήταν ευχάριστες στο παρελθόν
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας
- Αισθήματα ενοχής, αυτομομφής και απαξίωσης
- Έλλειψη συγκέντρωσης, μνήμης και αδυναμία λήψης αποφάσεων
- Ανησυχία και άγχος
- Αύξηση ή μείωση της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα την αυξομείωση του βάρους
- Προβλήματα ύπνου που μπορεί να πάρει τη μορφή αϋπνίας ή υπερυπνίας, σχεδόν καθημερινά
- Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας ή απώλεια της ενεργητικότητας
- Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση, καθημερινά
- Σεξουαλική δυσλειτουργία (ανικανότητα, ανηδονία, ψυχρότητα κ.ά.)

1.8 Θεραπεία κατάθλιψης

Όπως ισχύει για κάθε ασθένεια έτσι και για την κατάθλιψη η θεραπεία της έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι αποτελεσματική αν ξεκινήσει έγκαιρα. Ωστόσο, και σε αυτό διαφέρει η κατάθλιψη από τις υπόλοιπες ασθένειες, το πρώτο βήμα για την εκκίνηση της θεραπείας πρέπει να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή. Εκείνος πρέπει να αποδεχτεί τη σοβαρότητα της κατάστασης και την αναγκαιότητα αντιμετώπισης της. Επιπλέον, καθώς τα αίτια της κατάθλιψης συνιστούν συνιστάμενη πολλών παραγόντων, έτσι και η αντιμετώπιση της καθίσταται επιτυχής ύστερα από το συνδυασμό των διαφόρων ειδών θεραπείας που προτείνονται. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι μία σοβαρή ασθένεια, ωστόσο σήμερα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων. Το πρώτο βήμα για τη θεραπεία είναι η επίσκεψη σε ένα γιατρό. Αφού γίνει η διάγνωση, η θεραπεία την κατάθλιψης περιλαμβάνει δύο στάδια: τη θεραπεία των οξέων συμπτωμάτων και τη θεραπεία συντήρησης προκειμένου να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τον τελευταίο καιρό αυξάνεται συνεχώς η αναγνώριση της σημασίας της επίτευξης πλήρους ύφεσης των συμπτωμάτων και της επαναφοράς στην αρχική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Οι κύριες θεραπείες για την κατάθλιψη, σήμερα, είναι οι βιολογικές θεραπείες, οι ψυχοθεραπείες και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Η επιλογή της θεραπείας θα εξαρτηθεί από την εκτίμηση του ειδικού για την κατάσταση του ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας (Χατζάκη, 2008). Ο συνδυασμός αυτός πλεονεκτεί, γιατί διατηρεί το θεραπευτικό όφελος και προστατεύει το άτομο από την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Καθοριστικό ρόλο για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας διαδραματίζει η «σχέση» ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο.

Γενικά, για τις ήπιες μορφές κατάθλιψης, η ψυχοθεραπεία είναι καλή θεραπευτική επιλογή. Για τη σοβαρή κατάθλιψη όμως, η ψυχοθεραπεία μόνο δεν είναι αρκετή, ενώ η φαρμακευτική αγωγή είναι πολύ αποτελεσματική. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας είναι ο πλέον ενδεδειγμένος (Δασκαλόπουλος, 2007).

1.8.1 Βιολογικές θεραπείες

Φαρμακευτική θεραπεία

Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν συνήθως τη θεραπεία πρώτης επιλογής για την κατάθλιψη (Νικολάκη, 2006). Υπάρχουν διάφοροι τύποι αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν την καταθλιπτική διαταραχή. Τα τρικυκλικά φάρμακα (TCAs) όπως η αμυτριπτυλίνη και η χλωριμιπραμίνη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα. Το ίδιο ισχύει και για τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (φλουοξετίνη, παροξετίνη, σιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, εσκιταλοπράμη), της μονοαμινοοξειδάσης (αναστολείς MAO) (μοκλοβεμίδη, φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη) και τους αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης. Ευρείας χρήσης είναι και τα ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη) καθώς επίσης και αντικαταθλιπτικά της φαινουθλαμίνης όπως η βενλαφαζίνη (Effexor).

Τα αντικαταθλιπτικά δρουν αποκαθιστώντας την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, επιδρώντας δηλαδή στη σεροτονίνη ή στη νοραδρεναλίνη ή και στους δύο αυτούς νευροδιαβιβαστές. Η συνεργασία θεράποντος ιατρού-ασθενή είναι σημαντική για την επιλογή της κατάλληλης αγωγής και θα πρέπει να διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει το αναμενόμενο αποτέλεσμα και χρειάζεται ο γιατρός να το αντικαταστήσει ή να προσθέσει και κάποιο άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ώστε να βρεθεί το καταλληλότερο φάρμακο ή συνδυασμός φαρμάκων, ενώ κάποιες φορές χρειάζεται να αυξηθεί η δοσολογία ενός φαρμάκου για να έχει αποτέλεσμα (Δασκαλόπουλος, 2007).

Αν και κάποια βελτίωση μπορεί να παρατηρηθεί από τις πρώτες εβδομάδες, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται 3 με 4 (ή και περισσότερο) εβδομάδες συστηματικής λήψης, ώστε να εμφανίσουν το πλήρες θεραπευτικό τους αποτέλεσμα. Ποτέ δεν πρέπει να σταματά κανείς τη λήψη ενός αντικαταθλιπτικού χωρίς να συμβουλευτεί το γιατρό του (NIMH, 2010). Πρέπει να επισημανθεί ότι οι παρενέργειες τους είναι συχνά πιο δυσάρεστες από την ίδια την κατάθλιψη και το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλό. Οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι συνήθως ήπιες και παύουν να υφίστανται λίγες ημέρες μετά τη χρήση του φαρμάκου.

Οι πιο συχνές είναι η κεφαλαλγία που συνήθως σταματά γρήγορα, η ναυτία που και αυτή είναι προσωρινή, η νευρικότητα και η αϋπνία καθώς και σεξουαλικές διαταραχές.

Τα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν εξάρτηση, ωστόσο, όπως και για κάθε φάρμακο, ο γιατρός θα πρέπει να ελέγχει τακτικά τη δοσολογία και την αποτελεσματικότητα του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου. Τα φάρμακα κάθε είδους δεν θα πρέπει ποτέ να αναμιγνύονται χωρίς τη συμβουλή γιατρού. Κάποια φάρμακα, αν και ακίνδυνα όταν τα παίρνει κανείς μόνα τους, όταν ληφθούν μαζί με άλλα μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές και επικίνδυνες παρενέργειες. Επίσης, το αλκοόλ θα πρέπει να αποφεύγεται γιατί μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστες αλληλεπιδράσεις με τα αντικαταθλιπτικά.

Μια άλλη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται τόσο θεραπευτικά όσο και προληπτικά είναι τα ηρεμιστικά-αγχολυτικά φάρμακα και τα αντιμανιακά φάρμακα, γνωστά ως «σταθεροποιητές διάθεσης». Από τα τελευταία ευρέως χρησιμοποιούμενα είναι το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό (epilim) και το semisodium βαλπροϊκό (depakote). Το λίθιο συγκεκριμένα χρησιμοποιείται επίσης στη διπολική συναισθηματική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη).

Τα αγχολυτικά δεν είναι αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κάποιες φορές, όταν το έντονο άγχος συνυπάρχει με την κατάθλιψη, τα αγχολυτικά μπορεί να χορηγηθούν μαζί με τα αντικαταθλιπτικά για μικρό όμως χρονικό διάστημα γιατί προκαλούν εξάρτηση. Η διακοπή τους πρέπει να γίνεται με βάση τις οδηγίες του ειδικού. Δεν είναι αποτελεσματικά όταν λαμβάνονται μόνα τους για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν μαζί με τα αντικαταθλιπτικά όταν στην κατάθλιψη συνυπάρχουν ψευδαισθήσεις ή και παραληρητικές ιδέες (Δασκαλόπουλος, 2007).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (electroconvulsive therapy) είναι μία θεραπεία που έχει χρησιμοποιηθεί για πολλές δεκαετίες στην κατάθλιψη. Από πολλούς θεωρείται η αποτελεσματικότερη, ταχύτερη και σε ορισμένες περιπτώσεις η μόνη σωτήρια μορφή θεραπείας λόγω της άμεσης και γρήγορης λειτουργίας της. Ωστόσο για κάποιους είναι αμφιλεγόμενη, καθώς έχει ορισμένες παρενέργειες, η σημαντικότερη εκ των όποιων θεωρείται η απώλεια μνήμης. Οι υποστηρικτές της πάντως τονίζουν ότι δεν έχει αποδεδειχθεί επιστημονικώς ότι προκαλεί μόνιμα προβλήματα μνήμης και πρόκειται

για ένα βραχυπρόθεσμο γεγονός που παρουσιάζεται σε μικρό ποσοστό ασθενών (Mulholland, 2010). Η σύγχυση επίσης που μπορεί να εμφανιστεί σε κάποιους ασθενείς μετά την εφαρμογή της είναι προσωρινή.

Σήμερα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σπάνια και μόνο στις περιπτώσεις ατόμων με βαριά και απειλητική για τη ζωή κατάθλιψη ή για ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν για διάφορους λόγους φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή. Πραγματοποιείται στο νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα για διάστημα συνήθως 6-12 εβδομάδων (Grohol, 2010), με διάρκεια που εξαρτάται πάντα από το κάθε μοναδικό περιστατικό. Διενεργείται με τη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στις κροταφικές περιοχές στον εγκέφαλο του ασθενούς, κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλαση. Το ρεύμα ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα και στη συνέχεια προκαλείται επιληπτική κρίση για κάποια δευτερόλεπτα. Τα φαινόμενα που σχετίζονται με την κρίση είναι και αυτά που έχουν την αντικαταθλιπτική επίδραση (Kennedy, 2005).

1.8.2 Ψυχοθεραπείες

Γενικά, η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να υποστηρίξει το άτομο να κατανοήσει τα προβλήματά του στη ζωή και να το βοηθήσει να επιστρέψει σε έναν πιο υγιή και ικανοποιητικό τρόπο ζωής, να ξαναβρεί ελπίδα και νόημα στη ζωή του. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας που είναι κατάλληλοι στην κατάθλιψη:

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία (CBT)

Αποτελεί μία σύγχρονη μορφή ψυχοθεραπείας με πολύ καλά αποτελέσματα στην κατάθλιψη και στις αγχώδεις διαταραχές. Αποτελεί, σήμερα, την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στον κόσμο. Εστιάζει στα παρόντα προβλήματα του ασθενή, έχει σχετικά μικρή διάρκεια και βασίζεται στη συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου. Στοχεύει στην τροποποίηση βαθιά ριζωμένων αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών και στην αλλαγή του αρνητικού τρόπου με τον οποίο κάποιος σκέφτεται για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Γιατί, «ο κόσμος δεν αλλάζει, αλλάζει όμως ο τρόπος που τον αντιμετωπίζουμε» (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008).

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT)

Είναι και αυτή μία βραχεία ψυχοθεραπεία, αποτελεσματική στις ήπιες μορφές κατάθλιψης. Εστιάζει στις διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου που προκαλούν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Βασική αρχή αυτής της θεωρίας είναι ότι η κατάθλιψη και τα διαπροσωπικά προβλήματα είναι αλληλένδετα. Η απώλεια ενός αγαπημένου πρόσωπου, μια ξαφνική αλλαγή στη ζωή του άτομου, η κοινωνική απομόνωση, η εργασία, οι συγκρούσεις με την οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον δεν το αφήνουν ανεπηρέαστο. Η θεραπεία αυτή αποσκοπεί στο να βελτιώσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ατόμου και κατ' επέκταση τις σχέσεις του με τον κοινωνικό του περίγυρο. Η διάρκεια της εκτείνεται συνήθως στο διάστημα 3-4 μηνών (Scott, 2000).

Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Προέρχεται από την ψυχαναλυτική παράδοση που θεωρεί ότι τα άτομα αντιδρούν σε υποσυνείδητες δυνάμεις, ενώ ταυτόχρονα εστιάζει στις διαδικασίες αλλαγής και ανάπτυξης και δίνει προτεραιότητα στην κατανόηση του εαυτού και του ασυνείδητου. Είναι συνήθως μακροχρόνια και θεωρείται πιο χρήσιμη σε ανθρώπους με προβλήματα προσωπικότητας ή ήπιες μορφές κατάθλιψης που χρονίζουν. Επικεντρώνεται στη συνειδητοποίηση των επιθυμιών, των αναγκών και των ενδόμυχων σκέψεων του ατόμου, που επηρεάζουν τις επιλογές στη ζωή του. Εστιάζει σε γεγονότα της ζωής που συνέβησαν στην παιδική ηλικία του ατόμου και στοχεύει στην επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων (DeRubies et al, 1999).

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Βοηθάει στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και μειώνει την αποξένωση των ατόμων, παρέχοντας σημαντική υποστήριξη ενώ παράλληλα εξοικονομεί χρόνο και χρήματα. Μπορεί να είναι βραχεία ή μακροχρόνια. Το άτομο αντλεί την υποστήριξη που χρειάζεται από την ομάδα και εξερευνά το πρόβλημά του μαζί με αυτή. Ενθαρρύνεται να μιλήσει για το προβλήματά του, τον εαυτό του και τις σχέσεις του με τους άλλους και να εκφράσει τα συναισθήματά του.

1.8.3 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στο να αμβλύνουν τους παράγοντες που προκαλούν άγχος και συμβάλλουν στην έναρξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, στην επιδείνωση της συμπτωματολογίας και στην υποτροπή της διαταραχής. Ασκούνται παρεμβάσεις στην οικογένεια, ώστε να εξομαλυνθούν οι ενδοοικογενειακές σχέσεις και ενισχύονται οι οικογενειακοί και κοινωνικοί δεσμοί του ατόμου, έτσι ώστε το άτομο να υποστηριχθεί και να γίνει πιο λειτουργικό (Mulholland, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Το κοινωνικό στίγμα

2.1 Εισαγωγή

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 κουλτούρας, έθνους και θρησκευτικών πεποιθήσεων (Zartaloudi & Madianos, 2010). Στο Μεσαίωνα στιγματίζαν κατά τρόπο εμφανή το σώμα των ψυχικά ασθενών, τους οποίους τιμωρούσαν με εξορκισμούς, βασανιστήρια ή ακόμη και θάνατο. Τον 16^ο αιώνα εμφανίζονται οι πρώτες δομές φιλοξενίας ψυχικά ασθενών, αλλά οι ασθενείς εξακολουθούν να τιμωρούνται για την κατάσταση της υγείας τους, καθώς οι συνθήκες νοσηλείας είναι απάνθρωπες και εξαιρετικά σκληρές. Μόνο τον 18^ο αιώνα, και συγκεκριμένα κατά την περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης αρχίζει να εξαπλώνεται η ιδέα πως οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με περισσότερη ανθρωπιά, πως δεν θα πρέπει να παραμένουν αλυσοδεμένοι στα κρεβάτια τους και κυρίως, πως πρόκειται για ασθενείς οι οποίοι χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Ο 20^{ος} αιώνας χωρίζεται σε δύο μέρη καθώς το πρώτο μισό αφιερώθηκε στην αναζήτηση των βιολογικών αιτιών που βρίσκονται πίσω από τις ψυχικές ασθένειες, ενώ το δεύτερο μισό οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν στην πρόοδο της φαρμακολογίας. Κατά τη δεύτερη αυτή περίοδο αρχίζει να γίνεται έντονα λόγος για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και την αντιμετώπισή του. (Zartaloudi & Madianos, 2010). Τη δεκαετία του 60' παρατηρούνται τα πρώτα μεγάλα κύματα αποασυλοποίησης καθώς μεγάλα ψυχιατρεία κλείνουν και επιχειρείται η επιστροφή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα μέσω μικρότερων και πιο ανθρώπινων δομών. Το εγχείρημα αποδεικνύεται αμφιλεγόμενο και η επιστροφή στην κοινότητα μάλλον ανεπιτυχής, λόγω της ανεπαρκούς συνέχειας στην φροντίδα και την παρακολούθηση των ασθενών εκτός των μεγάλων ψυχιατρικών δομών. Μέχρι τις αρχές του 1980 οι κοινοτικές δομές φιλοξενίας των ψυχικά ασθενών αντιμετωπίζουν προβλήματα ανεπαρκούς χρηματοδότησης με αποτέλεσμα είτε να υπολειτουργούν, είτε να διακόπτουν τη λειτουργία τους.

Η αστικοποίηση των τελευταίων ετών, η συνεχής εξειδίκευση και αύξηση των απαιτήσεων σε τυπικά προσόντα κατάφεραν να σκιαγραφήσουν τα πλαίσια της «κανονικότητας», τοποθετώντας τους «μη κανονικούς» στη σφαίρα της περιθωριοποίησης. Η σύγχρονη, κυρίως αστική κοινωνία, διατηρεί την τάση να αντιλαμβάνεται άμεσα το διαφορετικό και να συμπεριφέρεται σαν να απειλείται από αυτό. Καταφεύγει σε στερεότυπα και προκαταλήψεις που τις περισσότερες φορές υιοθετούνται ακόμη και από τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι τελικά, ντροπιασμένοι και μόνοι απομακρύνονται στο περιθώριο των λίγων, των «μη κανονικών», των στιγματισμένων (Kadri & Sartorius, 2005).

Σήμερα, τον 21^ο αιώνα, την εποχή της γνώσης και της πληροφορίας, η εικόνα της ψυχικής ασθένειας εξακολουθεί να είναι στρεβλή για τους περισσότερους από εμάς. Το παράδοξο είναι πως οι ψυχικά ασθενείς είναι πολύ περισσότεροι απ' αυτούς που η σύγχρονη κοινωνία γνωρίζει ή, πολύ πιθανόν, περισσότεροι από αυτούς που θα ήθελε να παραδεχτεί. Η ψυχική ασθένεια υπάρχει όπου υπάρχει κοινωνία και άνθρωπος, παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με το φόβο και την επικινδυνότητα και καθώς οι ασθενείς δεν είναι δυνατόν πλέον να εξολοθρευτούν, επιλέγεται η απομάκρυνσή τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Τόσο όσο χρειάζεται, προκειμένου να νιώθουν οι υπόλοιποι, οι «κανονικοί», ασφαλείς.

2.2 Το στίγμα

Στην ελληνική γλώσσα *στίγμα* σημαίνει κηλίδα, λεκές, ανεξίτηλο σημάδι, ένα σημάδι με το οποίο η κοινωνία διαχωρίζει αυτούς που θέλει να στιγματίσει. Μεταφορικά το στίγμα αποτελεί έναν έντονα μειωτικό χαρακτηρισμό που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαρύνει οριστικά κάποιον. Σημαίνει οτιδήποτε προκαλεί ντροπή ή κοινωνική καταδίκη (Μπαμπινιώτης, 2002). Τα τελευταία χρόνια, η λέξη στίγμα χρησιμοποιείται κυρίως για να δείξει ότι ορισμένες ασθένειες, όπως η φυματίωση, ο καρκίνος και ιδίως η ψυχική ασθένεια, καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν, εγείρουν προκαταλήψεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από αυτές (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2009).

Ο τυπικός ορισμός του στίγματος αναφέρεται στην απώλεια της κοινωνικής υπόστασης και στις εξ' αυτής διακρίσεις ως αποτέλεσμα σειράς αρνητικών στερεοτύπων για τα άτομα που στιγματίζονται. Κατά τη διαδικασία του στιγματισμού, κάποια ανθρώπινη διαφορά συσχετίζεται με ανεπιθύμητες ιδιότητες, αναλόγως των κυρίαρχων κοινωνικών πεποιθήσεων. Τα αρνητικά αυτά στερεότυπα, με τη σειρά τους, δικαιολογούν το διαχωρισμό και την κατηγοριοποίηση των «χαρακτηρισμένων ατόμων» σε ξεχωριστές ομάδες, που συνοδεύεται από απώλεια της κοινωνικής τους υπόστασης («κατεστραμμένη ταυτότητα»), η οποία επισύρει και τις ανάλογες διακρίσεις. Το στίγμα δεν έγκειται, στην αναγνώριση των όποιων λειτουργικών εκπτώσεων των ατόμων που το φέρουν, αλλά αφορά κυρίως στην υποτίμηση ή και αγνόηση κάθε οφέλους που μπορεί να προκύψει από τη θεραπευτική αγωγή, όπως και στον αποκλεισμό τους από τη δυνατότητα να δοκιμαστούν, βάσει λανθασμένων υποθέσεων (Ανδρέου και Καραβάτος, 2004).

Επιχειρώντας τον ορισμό τους στίγματος αναπόφευκτα επιστρέφουμε πάντοτε στο έργο του Goffman (1963) και τον τρόπο με τον οποίο το σύστησε ως «ένα χαρακτηριστικό βαθιά απαξιωτικό» που «υποβιβάζει το φορέα του, από ολοκληρωμένο και συνηθισμένο άτομο σε μολυσμένο και απαξιωμένο». Ο Goffman, όρισε το στίγμα ως μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση.

Γενικά ο στιγματισμός αποτελεί την αρνητική αξιολόγηση ενός ατόμου ως αλλοιωμένο ή ως απαξιωμένο, με βάση κάποια του χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να είναι κάποια ψυχική διαταραχή, η εθνικότητα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών ή κάποια σωματική αναπηρία. Πρόκειται για την αιτία ή την αρνητική επίπτωση μίας «ταμπέλας» ικανής να διαχωρίζει το άτομο από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με τον χαρακτηρισμό του Goffman, πρόκειται για τη σχέση ανάμεσα «σε ένα χαρακτηριστικό και ένα στερεότυπο».

Το έργο του Goffman έχει χαρακτηριστεί μεταξύ άλλων βαθιά διορατικό καθώς αποτέλεσε και αποτελεί το σταθερό σημείο αναφοράς όλων των ερευνητών που συχνά επιχειρούν να ορίσουν το στίγμα ή να το προσδιορίσουν εννοιολογικά. Το 1963 ο Goffman μίλησε για δύο έννοιες, «τους εκείνους» (the own) και «τους

σοφούς» (the wise). Οι μεν είναι οι στιγματισμένοι, ενώ οι δε είναι εκείνοι που γνωρίζουν το στίγμα και το αποδέχονται. Με άλλα λόγια σήμερα θα λέγαμε πως το στίγμα υφίσταται στην «απόσταση» μεταξύ των στιγματισμένων και των «στιγματιστών».

Μεταγενέστεροι και σύγχρονοι ερευνητές του στίγματος συνηθίζουν να το προσδιορίζουν με πολλούς τρόπους, ανάλογα με τις παραμέτρους που εξετάζουν σε κάθε περίπτωση. Μεταξύ άλλων το στίγμα είναι ο ψευδής και αδικαιολόγητος συσχετισμός των ατόμων που έχουν κάποια ψυχική ασθένεια, των οικογενειών τους, των φίλων τους και των υπηρεσιών που χρησιμοποιούν με κάτι επαίσχυντο (Rosen et al., 2000). Σε διαφορετική περίπτωση το στίγμα προσδιορίζεται ως ο συνδυασμός της αντιληπτής επικινδυνότητας και της κοινωνικής απόστασης (Zartaloudi, Madianos, 2010).

Το στίγμα ως κοινωνική έννοια εμπεριέχει το στοιχείο της ετικετοποίησης και σχετίζεται με την απόρριψη της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Είναι κάτι που συνοδεύει ένα άτομο και υπονομεύει ριζικά την κοινωνική θέση του, ένα ανεξίτηλο σημάδι ντροπής ή απαξίας. Πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές φαίνονται διαφορετικά εξ αιτίας των συμπτωμάτων τους ή των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής. Οι άλλοι μπορεί να διακρίνουν τις διαφορές, να μην τις κατανοούν, να αισθάνονται άβολα και να αντιδρούν αρνητικά προς τα άτομα αυτά (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004). Παρά την αφθονία των ορισμών που επιχειρούν να επεξηγήσουν την έννοια του στίγματος, το πρώτο βήμα προς την κατανόησή του αποτελεί η μελέτη των συστατικών του και κυρίως, η μελέτη της διαδικασίας μέσω της οποίας προκύπτει και υφίσταται.

2.2.1 Η διαδικασία του στίγματος

Ο στιγματισμός και ο επακόλουθος κοινωνικός αποκλεισμός οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της ψυχικής νόσου. Η ψυχική ασθένεια δεν είναι κάτι χειροπιαστό, είναι γενικό κι αόριστο. Και ότι δεν γνωρίζουμε μας φοβίζει. Η διαίωσιση του στίγματος εξαιτίας της ψυχικής νόσου, εκτός από την έλλειψη γνώσεων, εξηγείται και από τη φυσική ροπή του ανθρώπου στο να διατυπώνει προκατειλημμένες και στερεότυπες εκτιμήσεις. Συχνά ο άνθρωπος οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας, ιδιαίτερα υπό το καθεστώς έντονου άγχους και φόβου. Οι ανθρώπινες κοινωνίες ότι φοβούνται το γελοιοποιούν και το περιθωριοποιούν, γιατί νιώθουν ότι αυτό απειλεί τη συνοχή τους. Αυτή η περιθωριοποίηση ενδυναμώνει την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας μας, αλλά δυσκολεύει τόσο την πρόληψη όσο και την αποκατάσταση αυτών που αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες. Προϊόν της παραπάνω διαδικασίας είναι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα. Τα στερεότυπα (stereotypes), οι προκαταλήψεις (prejudices) και οι επακόλουθες διακρίσεις (discrimination) αποτελούν τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την έννοια του στίγματος.

Στερεότυπα

Τα στερεότυπα είναι ένας τρόπος κατηγοριοποίησης πληροφοριών σχετικών με διάφορες κοινωνικές ομάδες. Θεωρούνται κοινωνικά μορφώματα, καθώς σχετίζονται με απόψεις που διαμορφώνονται μεταξύ των διαφορετικών δρώντων ενός κοινωνικού συνόλου. Αποτελούν υπεραπλουστευμένες, συχνά παρερμηνευμένες και παραπλανητικές πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για άτομα και ομάδες. Θεωρούνται εξαιρετικά αποτελεσματικά καθώς μπορούν με εξαιρετική ταχύτητα να διαμορφώσουν εντυπώσεις για άγνωστα πρόσωπα, μόνο με την ένταξή τους σε μία νοητή κατηγορία. Κοινά στερεότυπα σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς περιλαμβάνουν την αυξημένη επικινδυνότητα και βίαιη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών, καθώς και την αδυναμία τους να εργαστούν ή να ζήσουν μόνοι τους.

Προκαταλήψεις

Οι προκαταλήψεις είναι οι γνώμες που διαμορφώνονται εκ των προτέρων από επηρεασμό και χωρίς μελέτη του θέματος, κρίσεις οι οποίες έχουν συναχθεί αυθαίρετα, χωρίς επαρκείς αποδείξεις (π.χ. αποδέχομαι την πεποίθηση ότι τα άτομα με κατάθλιψη είναι επικίνδυνα και τα φοβάμαι), οπότε συνήθως είναι εσφαλμένες και μεροληπτικές (Μπαμπινιώτης, 2002). Εκείνοι που θα υποκύψουν στα στερεότυπα θα υιοθετήσουν και τις ανάλογες προκαταλήψεις διαμορφώνοντας και τις αντίστοιχες στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό που διαχωρίζει τα στερεότυπα από τις προκαταλήψεις είναι ο βαθμός της δριμύτητάς τους. Τα στερεότυπα αποτελούν απόψεις, ενώ οι προκαταλήψεις περιλαμβάνουν αξιολογικά στοιχεία καθώς και προσωπικά συναισθήματα απέναντι στα στερεότυπα που έχουμε εγκρίνει. Οι προκαταλήψεις αποκαλύπτουν την ετοιμότητα των ανθρώπων να ενεργήσουν θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης. Επίσης, η υιοθέτηση προκαταλήψεων ευνοεί τον ενστερνισμό περαιτέρω στερεοτύπων γύρω από το κεντρικό ζήτημα δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο.

Διακρίσεις

Οι διακρίσεις είναι συμπεριφορικές αντιδράσεις που ακολουθούν τις προκαταλήψεις και οδηγούν αξιωματικά σε αρνητικές απόψεις και συμπεριφορές. Η μεροληπτική συμπεριφορά εκδηλώνεται ως αποκοπή των στιγματισμένων από το υπόλοιπο σύνολο, αποδοκιμασία, αποφυγή, προσβλητικές και αποδοκιμαστικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς ή ακόμη και πράξεις βίας. Κλασικό παράδειγμα αδικαιολόγητης διάκρισης αποτελεί ο δισταγμός των εργοδοτών στην πρόσληψη ατόμων με ιστορικό ψυχικών παθήσεων, όχι εξαιτίας των φυσικών ή των πνευματικών τους προσόντων αλλά εξαιτίας των στερεοτύπων που έχουν ενστερνιστεί με αποτέλεσμα να προκαταβάλλονται και να υποκύπτουν στις εν λόγω αδικαιολόγητες διακρίσεις. Οι διακρίσεις επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή νόσο, στην προσπάθεια επανάκτησης της κοινωνικής λειτουργικότητάς τους καθώς και της ένταξης στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη της.

2.3 Κοινωνικό στίγμα

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

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

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

Η έννοια του στίγματος σχετίζεται λοιπόν με τις έννοιες της παρέκκλισης και της περιθωριακότητας, τις οποίες και εμπεριέχει. Ένα στιγματισμένο άτομο, ομάδα, συμπεριφορά ή φαινόμενο αντιπροσωπεύει στις αναπαραστάσεις του κοινού νου την απόκλιση από αυτό που, ανάλογα με το πλαίσιο, ορίζεται ως «κανονικότητα». Ωστόσο, ένα φαινόμενο μπορεί να θεωρηθεί παρεκκλίνον ή περιθωριακό εξαιτίας χαρακτηριστικών του που ξεφεύγουν από το μέσο όρο, από το κανονικό, το σύνηθες, χωρίς αυτά να προσλαμβάνονται κατ' ανάγκη ως αρνητικά (Fable, 1993). Το στίγμα, αντίθετα, φέρει σαφώς αρνητικές αξιολογήσεις για την οντότητα στην οποία επισυνάπτεται. Μια παρεκκλίνουσα ή περιθωριοποιημένη συμπεριφορά, από την άλλη πλευρά, ακόμα και αν σημασιοδοτείται αρνητικά, μπορεί να μην είναι στιγματιστική για το υποκείμενό της, τουλάχιστον αν το διαφοροποιητικό χαρακτηριστικό της δεν συνδέεται με γενικευμένες αναγωγές στην ατομική και κοινωνική ταυτότητά του, αναγωγές που απαξιώνουν το άτομο συνολικά, ως ανθρώπινη οντότητα, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του στιγματισμού.

Το στίγμα κατά κανόνα καθιστά το άτομο που το φέρει στόχο προκαταλήψεων, αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων που επάγουν ανάλογες συμπεριφορές, οι οποίες βασίζονται σε στερεοτυπικές πεποιθήσεις, άκαμπτες και συνήθως αναληθείς γενικεύσεις που αποδίδονται σε ένα άτομο, ανεξάρτητα από το αν το σύνολο των χαρακτηριστικών του πραγματικά εμπίπτει στο στερεότυπο. Το στιγματισμένο υποκείμενο, εξαιτίας της ιδιαίτερης κοινωνικής του ταυτότητας ή της κοινωνικής κατηγορίας στην οποία εμπίπτει, αποπροσωποποιείται και γίνεται απλώς μια στερεοτυποποιημένη καρικατούρα, χάνει τη μοναδικότητά του ως άτομο, την ιδιαίτερη ταυτότητά του. Η διαδικασία του στιγματισμού εμπεριέχει την προκατάληψη και τη στερεοτυποποίηση, όπως και την έννοια της κοινωνικής παρέκκλισης και της περιθωριοποίησης, αλλά επεκτείνεται και πέρα από αυτές, ορίζοντας το σύνολο της ταυτότητας του ατόμου. Ο Goffman (1963) ερμηνεύει την έννοια του στίγματος ως υποβάθμιση της ίδιας της ανθρώπινης ποιότητας του στιγματιζόμενου. Η ταυτότητα του ανθρώπου που φέρει το στίγμα εκλαμβάνεται ως κατά κάποιον τρόπο «χαλασμένη», κατεστραμμένη, έτσι ώστε θεωρείται ότι αξίζει λιγότερο από τους άλλους.

2.4 Κοινωνικός στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας

Η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής συνεπάγεται την άμεση ανάκληση στιγματιστικών στερεοτύπων για το άτομο που πάσχει, στερεοτύπων που διαχρονικά έχουν καταστεί αναπόσπαστο μέρος της οντότητας στην οποία αντιστοιχεί η έννοια της ψυχικής ασθένειας. Το γεγονός ότι το κοινωνικό στίγμα αποτελεί μια δεύτερη νόσο, που έρχεται να προστεθεί στις ήδη αρνητικές συνθήκες που προδιαγράφει η ιατρικά προσδιορισμένη παθολογία, αποτελεί μια διαπίστωση που δεν είναι πρωτότυπη πλέον, αλλά είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτική ως προς τις διαστάσεις που παίρνει η ψυχική ασθένεια λόγω του στιγματισμού της.

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια αποτυπώνεται ανεξίτηλα στην ταυτότητα του ανθρώπου που πάσχει. Ο ασθενής παύει να είναι άτομο με τα ίδια δικαιώματα, με την ίδια ανθρώπινη αξία όπως όλα τα ανθρώπινα όντα (Goffman, 1963). Η ταυτότητά του ακρωτηριάζεται, καθώς η «ταμπέλα» της ψυχικής ασθένειας και οι «σκοτεινές» συνδηλώσεις της καταλήγουν να αποτελούν το μόνο τρόπο ορισμού του ως ατόμου. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, οι ιδιαιτερότητες και οι ανθρώπινες ποιότητες του υποβαθμίζονται, όταν δεν απαλείφονται τελείως, από τις στερεοτυπικές, γενικευμένες αναπαραστάσεις του ψυχικά ασθενή που κυριαρχούν στην κοινή γνώμη. Το στίγμα μένει ανεξίτηλο πάνω στον άνθρωπο που το φέρει, είναι ένα σημάδι που παγιώνεται εφ' όρου ζωής. Ακόμα και αν τα συμπτώματα υποχωρήσουν, ακόμα και αν ο άνθρωπος με ψυχική ασθένεια αποδείξει ότι μπορεί να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο, να εργαστεί και να έχει μια ομαλή κοινωνική ζωή, η δυσπιστία, ο φόβος, η αποφυγή, η απόρριψη και οι συμπεριφορές διακρίσεων εναντίον του τον ακολουθούν (Sartorius & Schulze, 2005).

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

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνούς μελέτης που δημοσιεύτηκε στο έγκυρο Lancet (στην μελέτη συμμετείχε και δείγμα Ελλήνων ασθενών), το στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη μπορεί να αποδειχθεί χειρότερο από την ίδια την ασθένεια (Σκαπινάκης, 2012). Σχεδόν τα δύο τρίτα των ανθρώπων που έπαθαν κάποτε κατάθλιψη ανέφεραν στην έρευνα ότι βίωσαν διακρίσεις εναντίον τους σε έναν τουλάχιστον σημαντικό τομέα της ζωής τους. Πιο συχνές ήταν οι διακρίσεις από μέλη της οικογένειάς τους (40%), από τα φιλικά τους πρόσωπα (33%), από τον σύντροφό τους (23%) και από τον εργασιακό τους χώρο (21%). Σχεδόν επτά στους δέκα ασθενείς θα επιθυμούσαν να αποκρύψουν την διάγνωσή τους από τους άλλους, καθώς θα περίμεναν ότι αυτή θα είχε αρνητικό αντίκτυπο και θα οδηγούσε σε διακρίσεις. Ο φόβος των διακρίσεων και του στιγματισμού κάνει πολλούς ασθενείς με κατάθλιψη να αποφεύγουν να αναζητήσουν θεραπεία υπό τον φόβο της αποκάλυψης της διάγνωσης και του πιθανού στιγματισμού.

Σε συνδυασμό με την πλασματική συχνά εικόνα παρουσίασης της ψυχικής ασθένειας από τα ΜΜΕ και της έλλειψης σωστής ενημέρωσης από το κοινό, ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών έρχεται ουσιαστικά σαν φυσικό επακόλουθο. Η ετικετοποίηση που υφίστανται αυτά τα άτομα δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση, την αποκατάστασή αλλά και την ομαλή ενσωμάτωσή τους από την κοινωνία (Μαδιανός 1997; Sartorius, 1998; Björkman et al., 2007; Pitre et al., 2007). Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές φέρουν το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο, καθώς επηρεάζουν όλες της πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής ζωής και της συμπεριφοράς του ατόμου. Αντιλήψεις σχετικές με την επικινδυνότητα και την απρόβλεπτη συμπεριφορά, την κοινωνική 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.

2.5 Το στίγμα στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων

Φαινόμενα αποκλεισμού και αρνητικής κοινωνικής αντίδρασης, όπως αυτά που συνεπάγεται ο στιγματισμός μιας παρεκκλίνουσας κατάστασης ή ιδιότητας, αποτελούν μέρος της γενικότερης κοινωνικής δυναμικής, εξυπηρετώντας ανάγκες και καταστάσεις που γεννιούνται στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Στο ατομικό, ψυχολογικό επίπεδο, ο στιγματισμός κάποιων τρίτων λειτουργεί για το άτομο που στιγματίζει ως μια πρακτική που αυξάνει την αυτοπεποίθηση, την αίσθηση του ελέγχου στην εξωτερική πραγματικότητα και καταπραΰνει το άγχος. Το χαρακτηριστικό που εκλαμβάνεται ως σημάδι της διαφορετικότητας, ως στίγμα, σημασιοδοτείται ως απειλή (Blascovich et al., 2000) και αυξάνει τα επίπεδα άγχους στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Η απαξίωση της ταυτότητας των ατόμων που εκλαμβάνονται ως διαφορετικά, άρα απειλητικά, η οποία εκδηλώνεται μέσω πρακτικών «ειδικής» αντιμετώπισης, όπως η συστηματική αποφυγή τους, ο διαχωρισμός από αυτά και, τελικά, η περιθωριοποίησή τους, επιτρέπει τη νοητική αλλά και πραγματική σε ένα βαθμό εξουδετέρωση αυτής της απειλής.

Η απειλή που σηματοδοτεί αυτό που εκλαμβάνεται ως «επικίνδυνα διαφορετικό», ακόμα και για το μεμονωμένο άτομο που υιοθετεί στιγματιστικές πεποιθήσεις ή πρακτικές, έχει κοινωνική προέλευση και σημασία. Πηγάζει από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά που συγκροτούν την ταυτότητα των επιμέρους ομάδων σε μια κοινωνία και νοηματοδοτείται ανάλογα στο επίπεδο της διομαδικής αλληλεπίδρασης. Οι διαφορετικές κοινωνικές ταυτότητες συγκροτούνται από ομάδες με διαφορετικές κοινωνικές προοπτικές και εμπειρίες. Το σύνολο των κοινών αναγκών, στόχων και κινήτρων, που εξασφαλίζουν την ενδο-ομαδική συνοχή στους κόλπους μιας ομάδας, διαμορφώνουν επίσης την πρόσληψη και την ερμηνεία του εξωτερικού, κοινωνικού περιβάλλοντος (Deaux & Major, 1987, Swann, 1987), δίνοντας έτσι τη δυνατότητα διαφορετικών αναγνώσεων της κοινωνικής πραγματικότητας. Δεδομένου ότι παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις προσλήψεις ομάδων με διαφορετικές κοινωνικές εμπειρίες και προοπτικές, η μελέτη του στίγματος είναι σημαντικό να τοποθετηθεί επίσης στα πλαίσια των διομαδικών σχέσεων και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ της ομάδας που στιγματίζει και της ομάδας που γίνεται δέκτης των στιγματιστικών πεποιθήσεων και πρακτικών.

Το αποδιδόμενα σε μια κατάσταση νοήματα ποικίλουν, λοιπόν, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής ταυτότητας των εμπλεκόμενων. Κατά συνέπεια, οι αποχρώσεις που παίρνει μια εν δυνάμει στιγματιστική κατάσταση πρέπει να εκληφθούν ως συνάρτηση των νοημάτων και του ψυχολογικού περιεχομένου που η κατάσταση εκλαμβάνει για τα υποκείμενα που εμπλέκονται σε αυτή. Σύμφωνα με τον Jones (1984), μια κατάσταση που «ετικετοποιείται» ως απαξιώτική ή παρεκκλίνουσα από κάποιον, μπορεί να ιδωθεί από κάποιον άλλον ως αθώα και γοητευτική (Jones et al, 1984). Η έρευνα στο πεδίο λειτουργίας των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων ενισχύει τα παραπάνω συμπεράσματα, καθώς προκύπτει ότι η διαδικασία διαμόρφωσης των στερεοτύπων και η έκφρασή τους εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το περιεχόμενο της συγκεκριμένης κατάστασης (Gaertner & Diovidio, 1986). Η εμπειρία της απαξίωσης της ταυτότητας για το ίδιο το άτομο που στιγματίζεται καθορίζεται επίσης σε σημαντικό βαθμό από το κοινωνικό περιεχόμενο που εκλαμβάνει. Ο βαθμός στον οποίο το άτομο που γίνεται στόχος του στιγματισμού ενστερνίζεται ή αποποιείται τα απαξιώτικά νοήματα που του αποδίδονται είναι πάντα συνάρτηση των ποιοτήτων που το ίδιο το άτομο αποδίδει στην κοινωνική του ταυτότητα, αλλά, πολύ περισσότερο, των ποιοτήτων που αποδίδει στην κοινωνική ταυτότητα αυτών που το στιγματίζουν.

Ωστόσο, η διαδικασία του στιγματισμού δεν εξαντλείται ερμηνευτικά στο φάσμα των κοινωνικών σχέσεων. Οι εκφάνσεις του στίγματος καθορίζονται από ιστορικές και κοινωνικο-πολιτικές παραμέτρους, από το ευρύτερο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο τοποθετείται και από το οποίο αντλεί τη σημασία του ένα φαινόμενο διαφορετικότητας. Το πλαίσιο, που περιλαμβάνει το σύνολο των αξιών, των ιδεολογιών και των στερεοτύπων που επικρατούν σε μια δεδομένη κοινωνικά και ιστορικά συνθήκη, αλλά και τις ειδικές καταστάσεις στις οποίες εκτυλίσσεται ένα φαινόμενο ή μια συμπεριφορά, είναι καταλυτικής σημασίας ως προς το περιεχόμενο που εκλαμβάνει το φαινόμενο αυτό και, κατά συνέπεια, ως προς το στιγματισμό του.

Ακριβώς επειδή το στίγμα αναφέρεται πρωταρχικά στην ίδια την κοινωνική ταυτότητα και επειδή, παράλληλα, τα χαρακτηριστικά που θεωρούνται ως επιθυμητά για την ταυτότητα και την προσωπικότητα του ατόμου ποικίλουν από κοινωνία σε κοινωνία και από πολιτισμό σε πολιτισμό, παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στο χρόνο και στο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο για το ποιες οντότητες στιγματίζονται και για το βαθμό στιγματισμού τους. Ωστόσο, το στίγμα είναι ένα παγκόσμιο και διαχρονικό

φαινόμενο, παρά τις διαφορετικές μορφές και αποχρώσεις που εκλαμβάνει ανά πλαίσιο, το οποίο παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλους τους πολιτισμούς. Η οικουμενικότητα του φαινομένου υποδηλώνει ότι το στίγμα ενέχει λειτουργική αξία όχι μόνο για το άτομο ή την ομάδα που αποδίδει σε άλλους στιγματιστικούς χαρακτηρισμούς, αλλά και για την κοινωνική ζωή γενικότερα (Crocker et al, 1998). Ο στιγματισμός ορισμένων παρεκκλιτικών οντοτήτων ως παθολογικών, αντικοινωνικών δηλαδή, διαδραματίζει σημαντική λειτουργία ως προς τη διατήρηση της κυρίαρχης ιδεολογίας και, μέσω αυτής, τη διασφάλιση των κεκτημένων δικαιωμάτων και προνομίων του κοινωνικού συνόλου που εμφανίζεται σύμφωνα και συμβατό με αυτήν.

2.6 Κατάθλιψη και κοινωνικό στίγμα

Το κοινωνικό στίγμα που φέρουν οι ψυχικές ασθένειες γενικότερα, καθώς και η ελλιπής ενημέρωση, η άγνοια, τα στερεότυπα, οι μύθοι, οι προκαταλήψεις, αποτελούν τις κύριες αιτίες που χαρακτηρίζουν, ακόμα και σήμερα, την κατάθλιψη ως ένα θέμα – taboo. Πέρα από την προσωπική μάχη με την κατάθλιψη, κάποιος που νοσεί έχει επίσης να αντιμετωπίσει και τις αντιλήψεις που επικρατούν γύρω από το πρόβλημα της κατάθλιψης, αντιλήψεις που πολλές φορές δεν είναι αληθινές ή ακριβείς.

Είναι γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι νιώθουν αμήχανοι ή νιώθουν ντροπή να μιλήσουν ή να αποκαλύψουν το πρόβλημα στην οικογένειά τους, την εργασία τους ή το φιλικό τους περιβάλλον. Συνήθως, το κοινωνικό στίγμα ενάντια στην κατάθλιψη παίρνει την μορφή ανακριβών στερεοτύπων σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τη συμπεριφορά και τις δυνατότητες των ανθρώπων που υποφέρουν από τη νόσο.

Πιο συγκεκριμένα, τα συχνότερα στερεότυπα για την κατάθλιψη είναι ότι:

- Οι άνθρωποι με κατάθλιψη είναι αδύναμοι χαρακτήρες και δεν έχουν αρκετή θέληση
- Οι άνθρωποι με κατάθλιψη δεν μπορούν να ελέγξουν τα συναισθήματά τους
- Οι άνθρωποι με κατάθλιψη είναι αντικοινωνικοί
- Οι άνθρωποι με κατάθλιψη δεν προσπαθούν αρκετά και δεν είναι αρκετά αποδοτικοί
- Οι άνθρωποι με κατάθλιψη είναι επικίνδυνοι για τους άλλους

Το στίγμα απέναντι στην κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα έντονο σε οικογένειες που εστιάζουν στα επιτεύγματα και έχουν υψηλά και ανελαστικά όρια, αλλά και σε εργασιακά περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις.

Το στίγμα αφορά και τα δύο φύλα, δυσκολεύει όμως περισσότερο τους άνδρες οι οποίοι φοβούνται ότι οι άλλοι θα δουν την κατάθλιψη ως ένα σημάδι αδυναμίας. Στην περίπτωση αυτή, προσπαθούν να καλύψουν ή να νικήσουν μόνοι τους την κατάθλιψη και η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας καθυστερεί. Ταυτόχρονα, το κοινωνικό στίγμα της κατάθλιψης έχει μια ακόμα επικίνδυνη διάσταση. Καθώς οι άνθρωποι έχουν την τάση να βλέπουν τον εαυτό τους μέσα από τα μάτια των άλλων, μέσα από τα στερεότυπα, ο άνθρωπος που νοσεί από κατάθλιψη τείνει να βλέπει περισσότερο τον εαυτό του ως μη ικανό, ανεπαρκή, μη παραγωγικό και αδύναμο. Αυτή η «ταμπέλα» του αδύναμου δυναμώνει το αίσθημα μειονεξίας και αποτρέπει το άτομο από την προσπάθεια να ξεπεράσει το πρόβλημα και να διεκδικήσει τη λύση του.

Σημαντικός όγκος ερευνητικού έργου έχει αφιερωθεί στο ζήτημα της έντασης του στίγματος και της διαβάθμισης που παρουσιάζει ανάλογα με την ασθένεια την οποία αφορά. Τα αποτελέσματα ερευνών, συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η ένταση και οι συνέπειες του στίγματος ποικίλουν μεταξύ των ψυχιατρικών διαγνώσεων (Dinos et al., 2004).

Η κοινή γνώμη έχει την τάση να στιγματίζει εντονότερα ασθενείς με γενετήσιες ψυχικές παθήσεις. Θα περιμέναμε να ισχύσει το αντίστροφο καθώς ένας ασθενής που αντιμετωπίζει μία γενετήσια ψυχική ασθένεια σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να κατηγορηθεί για την κατάσταση της υγείας του. Ωστόσο, οι γενετήσιες ψυχικές παθήσεις γίνονται αντιληπτές ως μόνιμες, γεγονός το οποίο προκαλεί μεγαλύτερη δυσαρέσκεια καθώς δημιουργείται η εντύπωση πως ο ασθενής δεν πρόκειται ποτέ να αναρρώσει (Mann, Himelein, 2004). Συμπεραίνουμε οπότε, πως το ενδεχόμενο ανάρρωσης από την ψυχικά ασθένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και την ένταση του στίγματος.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν πως παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση στην ένταση του στίγματος μεταξύ ψυχωτικών και μη ψυχωτικών ασθενειών (Dinos, 2004). Μεταξύ κατάθλιψης και σχιζοφρένειας, η σχιζοφρένεια φαίνεται πάντοτε να επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος του στίγματος, παρόλο που ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη αντιμετωπίζονται συχνά ως υπαίτιοι της κατάστασής τους. Το γεγονός πως η σχιζοφρένεια συνδέεται υποσυνείδητα με την επικινδυνότητα αρκεί προκειμένου οι συγκεκριμένοι ασθενείς να γίνονται αντικείμενο εντονότερων διακρίσεων. Ο βαθμός υπαιτιότητας ωστόσο παραμένει ένα σημαντικό κριτήριο και για το αυτό οι ψυχικά ασθενείς που πάσχουν από αλκοολισμό ή κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα της κλίμακας των διακρίσεων.

2.7 Επιπτώσεις του στίγματος

Οι πολλαπλές εκφάνσεις του στίγματος δεν εννοούνται μόνο ως προς τις κοινωνικές και πολιτισμικές αποχρώσεις του, αλλά και ως προς το εύρος των συνεπειών του, που γίνονται ιδιαίτερα αισθητές τόσο σε ατομικό όσο και σε διομαδικό και κοινωνικό επίπεδο. Διακλαδίζονται σε ολόκληρο τον κοινωνικό ιστό και, με δεδομένο ότι η ευεξία ενός κοινωνικού συστήματος εξαρτάται από την ευημερία των επιμέρους ομάδων που το συγκροτούν, επηρεάζουν το σύνολο της κοινωνίας.

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπισή του ατόμου που νοσεί και εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα, ρητά ή άρρητα, τόσο στο επίπεδο των αντιλήψεων που διαμορφώνονται απέναντί του, όσο και στο επίπεδο των συμπεριφορών και των πρακτικών διακρίσεων που υιοθετούνται και που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του (Corrigan & Watson, 2002). Η κοινωνική απομόνωση επιδεινώνει τη ήδη βεβαρυμένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και οι συμπεριφορές διακρίσεων τον αποκλείουν από το δικαίωμα στην εργασία (Link, 1987; Wahl, 1999; Marwaha & Johnson, 2004) και στην κατοικία (Wahl, 1999), δυσχεραίνοντας την όποια προσπάθεια για αυτόνομη διαβίωση και ισότιμη ύπαρξη την κοινωνία.

Σε κάθε περίπτωση, οι επιπτώσεις του στίγματος είναι καταλυτικές για τους ανθρώπους που νοσούν. Η ψυχολογική πίεση και οι δυσχερείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητά τους επιδεινώνουν την ήδη επιβαρυνόμενη ψυχική τους υγεία, με σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία και την έκβαση της ίδιας της ασθένειας (Corrigan et al., 2003; Green et al., 2003; Knight et al., 2003; Lai et al., 2000; Link et al., 2001; Shulze & Angermeyer, 2003; Wright et al., 2000). Παράλληλα, το βίωμα του στιγματισμού από τον κοινωνικό τους περίγυρο διαβρώνει την αυτοεικόνα τους, δημιουργώντας τους αμφιβολίες και ενοχές και οδηγώντας, τελικά, στον αυτοστιγματισμό τους (Byrne, 2000). Το στίγμα ενδοβάλλεται ως μέρος της ταυτότητας του ατόμου που, στη συνέχεια, λειτουργεί κοινωνικά σύμφωνα με αυτή την ιδιότητα, αποκλείοντας τον εαυτό του από την κοινωνική ενσωμάτωση (Angermeyer et al., 2004).

Το στίγμα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας (Corrigan & Penn, 1999), καθώς αποτρέπει από τη σωστή και έγκαιρη θεραπεία και ειδικά την εφαρμογή φαρμακευτικής αγωγής, επηρεάζοντας δυσμενώς την πορεία της ασθένειας και την ποιότητα ζωής του ασθενή (Schulze & Angermeyer, 2003). Πρόσθετη συνέπεια του στίγματος είναι και η αύξηση της επιβάρυνσης που θέτουν οι ψυχικές διαταραχές στη δημόσια υγεία. Ο λόγος είναι απλός. Η διάβρωση της κοινωνικής υπόστασης, του κοινωνικού δικτύου και της αυτοπεποίθησης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας, την πλημμελή θεραπεία ή την απουσία κάθε θεραπείας, την ελαττωμένη συνεργασιμότητα στη θεραπευτική αγωγή, την παρατεταμένη πορεία της νόσου, εν τέλει τις νοσηλείες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

Οι επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν επίμονα πως η πλειοψηφία των ατόμων που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είτε δε ζητούν ποτέ βοήθεια, είτε εγκαταλείπουν πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας (Corrigan, 2007). Οι έρευνες ισχυρίζονται πως βασικό αίτιο παραμένει το γεγονός πως κανένας δεν θέλει να στιγματιστεί ως «ψυχικά ασθενής». Το παραπάνω συνδυάζεται με σκέψεις σχετικά με το τι μπορεί οι άλλοι να σκεφτούν καθώς και με την ανάγκη να αντιμετωπίσει κάποιος μόνος του το πρόβλημά του (Corrigan, 2007). Η επιφύλαξη των ίδιων των χρηστών απέναντι στο σύστημα που σκοπός του είναι η φροντίδα και η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών, θεωρείται πως έχει αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο

στην ανάπτυξή του. Ο ασθενής αρνούμενος την ανάγκη του για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αρνείται την ταμπέλα του ψυχικά ασθενούς. Ταυτόχρονα δυστυχώς αρνείται και το ίδιο του το πρόβλημα το οποίο δεν παύει να βρίσκεται εκεί και να εξελίσσεται με επιβαρυντικές επιπτώσεις για τον ίδιο.

Όμως, οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που νοσεί. Επεκτείνονται και στα άτομα του στενού περιβάλλοντός του, στην οικογένειά του, που συμπάσχει μαζί του και αντιμετωπίζει με τη σειρά της ένα μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόρριψης και, παράλληλα, ενοχής και αυτοστιγματισμού (Corrigan et al., 2003). Το στίγμα πλήττει και όλους αυτούς που συνδέονται με τον ασθενή και την ασθένειά του, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών και τις μεθόδους θεραπείας (Cutcliffe & Hannigan, 2001). Πέρα από τις ψυχολογικές και πρακτικές επιπτώσεις, το στίγμα επηρεάζει σημαντικά, στο βαθμό που η κοινή γνώμη επηρεάζει την επίσημη κοινωνική πολιτική και τη θεσμική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Σε επίπεδο θεσμικό, οι στερεότυπες πεποιθήσεις αναφορικά με τον κοινωνικό παρασιτισμό, την περιορισμένη παραγωγικότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια και την χρονιότητα των ψυχικών διαταραχών, στερεότυπα που ενδυναμώνονται από τη φτώχη έκβαση της ασθένειας λόγω της ελλιπούς ή ανύπαρκτης θεραπευτικής αντιμετώπισης που σχετίζεται με την αποφυγή του στίγματος, οδηγούν σε μεγαλύτερη απαξίωση των ατόμων με ψυχική ασθένεια και των δομών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την κρατική πολιτική. Η ανέλπιδη και πεσιμιστική προοπτική υπό την οποία αντιμετωπίζεται ο ψυχικά ασθενής έχει ως συνέπεια τη μείωση των κονδυλίων που διατίθενται για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και την απουσία πρωτοβουλιών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και του ψυχιατρικού συστήματος γενικότερα (Cutcliffe & Hannigan, 2001).

Ο φαύλος κύκλος του στίγματος διαιωνίζεται, καθώς η φτώχη έκβαση της ασθένειας, με τις παράπλευρες συνέπειες της βίας και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, παγιώνει στις προσλήψεις της κοινής γνώμης το αρνητικά χρωματισμένο πλαίσιο στο οποίο τοποθετείται η ψυχική ασθένεια (Sartorius, 1999). Το πλαίσιο αυτό καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την προσπάθεια προάσπισης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους, ενώ αντανακλάται στην κρατική

πολιτική με επιπτώσεις και στις σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με την υποτιθέμενη επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια οδηγούν σε σκεπτικισμό τις νομοθετικές αρχές αναφορικά με αιτήματα για το σεβασμό της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου και την αποφυγή του εγκλεισμού του, όταν αυτό δεν παρουσιάζεται απαραίτητο, και συντελούν στην εφαρμογή αυστηρών μέτρων περιοριστικού και καταναγκαστικού χαρακτήρα (Cutcliffe & Hannigan, 2001).

Αυτή η «αλυσιδωτή αντίδραση» που προκαλούν σε κοινωνικό επίπεδο οι στιγματιστικές πεποιθήσεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια καταδεικνύει τη σοβαρότητα του φαινομένου του στίγματος. Οι καθοριστικές επιπτώσεις που έχει στην ατομική ευημερία, στην κοινωνική συνοχή και στην ηθική και πολιτισμική διάσταση της κοινωνίας, καθιστούν την ανάγκη καταπολέμησής του επιτακτική. Πέρα από αυτό, όμως, ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας συνιστά πάνω από όλα ένα φαινόμενο κοινωνικής αδικίας και, ταυτόχρονα, μια πρόκληση στα ιδανικά μιας κοινωνίας που θέλει να ονομάζεται δίκαιη, ανθρωπιστική και ευνομούμενη, συνιστά μια πρόκληση για αλλαγή.

2.8 Στάσεις των επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται γενικά περισσότερο απαισιόδοξοι σε σχέση με την εξέλιξη της υγείας των ασθενών τους. Βασική αιτία αποτελεί το γεγονός πως τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα και σε συνέχεια είναι τα δριμύτερα. Αντιθέτως, τα πιο ελαφρά περιστατικά διακόπτουν πολύ σύντομα την παρακολούθηση με αποτέλεσμα ο γιατρός να είναι σε συνεχή επαφή με περιστατικά που ο ίδιος αξιολογεί ως ανίατα. Επιπλέον, λόγω της λεπτότητας του ζητήματος της ψυχικής υγείας και της σοβαρότητας των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η ορθή ολοκλήρωση της θεραπείας, οι ψυχίατροι τείνουν να είναι αποθαρρυντικοί, υπερβολικοί και υπερπροστατευτικοί με τους ασθενείς τους, με απώτερο στόχο την προφύλαξή τους. Αυτό σημαίνει πως είναι πιθανό το ειδικά εκπαιδευμένο δυναμικό των ψυχιάτρων να προωθεί και να διαιώνίζει το φαινόμενο του στίγματος (Thornicroft et al., 2010). Το αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς να συνειδητοποιούν για ακόμη μία φορά τη διαφορετικότητά τους και την αδυναμία τους να διατηρήσουν μία φυσιολογική

καθημερινότητα, να επιχειρήσουν να ζήσουν μόνοι τους, να εργαστούν και γενικότερα να αυτονομηθούν.

Ο ιατρογενής στιγματισμός ωστόσο δεν αφορά μόνο το ψυχιατρικό σώμα αλλά και τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Είναι γεγονός πως οι ψυχικά ασθενείς τείνουν να απολαμβάνουν παγκοσμίως, χαμηλότερου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως το προσωπικό που δεν διαθέτει κατάλληλη εξειδίκευση δεν μπορεί να διαχειρισθεί τους ψυχικά ασθενείς όπως έχουν ανάγκη, η επικοινωνία μεταξύ τους καθίσταται δυσλειτουργική, οι ίδιοι αδυνατούν να περιγράψουν με ακρίβεια τα συμπτώματα που βιώνουν, ενώ οι γιατροί τους αντιμετωπίζουν με δυσπιστία από την πλευρά τους. Το αποτέλεσμα είναι οι ψυχικά ασθενείς να μη λαμβάνουν την περίθαλψη που δικαιούνται, ακόμη και αν πάσχουν από αρκετά σοβαρά προβλήματα υγείας. Το παραπάνω επιβεβαιώνει το γεγονός πως οι ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν παγκοσμίως ιδιαίτερα χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, με νούμερο ένα αίτιο τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Hocking, 2003; Thornicroft et al., 2010). Ο ιατρογενής στιγματισμός δυστυχώς δεν σταματά με το να μπει μια ετικέτα στον άρρωστο, καθώς η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μιας ψυχικής νόσου μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να στιγματίσουν τον ασθενή περισσότερο και από την ίδια τη νόσο (π.χ. εξωπυραμδικές παρενέργειες).

Οι κυβερνήσεις πολλές φορές επιβάλλουν για οικονομικούς λόγους τις φθηνότερες θεραπείες χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το πρόβλημα των ανεπιθύμητων ενεργειών. Δυστυχώς πολλοί γιατροί αποδέχονται αυτή την κατάσταση παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν πως δεν είναι προς συμφέρον των ασθενών τους. Ακόμη χειρότερα ψυχίατροι και επαγγελματίες ψυχικής υγείας στιγματίζουν τους ασθενείς με πολλούς τρόπους. Μέχρι περίπου τις αρχές του 2000, ψυχίατροι σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες και αλλού, ζητούσαν περισσότερες ημέρες άδειας και υψηλότερο μισθό επειδή οι ψυχιατρικοί ασθενείς ήταν σύμφωνα με αυτούς επικίνδυνοι, ενώ ταυτόχρονα ισχυρίζονταν ότι η ψυχική νόσος δεν διαφέρει σε τίποτε από τις άλλες νόσους (Κυζιρίδης, 2007). Οι ψυχίατροι συστήνουν ξεχωριστή νομοθεσία για τα άτομα με ψυχικά νοσήματα ώστε να τα προστατεύσουν, αγνοώντας τις επιδράσεις που κάτι τέτοιο μπορεί να έχει. Θα ήταν χρήσιμο να εξετάσουμε όλοι τη συμπεριφορά μας και να την επαναπροσδιορίσουμε προς την κατεύθυνση ελάττωσης του στίγματος εις βάρος των ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές (Sartorius, 2002).

Δυστυχώς δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που ως επαγγελματίες υγείας συνηθίζαμε να ασκούμε κριτική τόσο στην κοινωνία όσο και στους συγγενείς των ασθενών με ψυχιατρικά προβλήματα, όχι μόνο για έλλειψη οποιασδήποτε ευαισθησίας, αλλά και για έναν παράξενο τύπο ρατσισμού απέναντί τους. Θα πρέπει να αποδεχθούμε ότι ένα κομμάτι αυτής της στάσης προέρχεται και από εμάς τους ίδιους, ίσως με συγκεκριμένο τρόπο (Kyziridis, 2003).

Η διαγνωστική ετικέτα

Τίποτα δεν επιτυγχάνει τον στιγματισμό του ασθενούς στο πλαίσιο της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο η ίδια η διάγνωση της ασθένειάς του (Ben-Zeev et al., 2010). Η απρόσεκτη χρήση της διαγνωστικής ετικέτας αποτελεί μια προφανής πηγή στιγματισμού από τους επαγγελματίες υγείας. Οι διαγνώσεις είναι χρήσιμα εργαλεία στην ιατρική επειδή συνοψίζουν τις πληροφορίες για τη νόσο ενός αρρώστου και διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Γίνονται λιγότερο χρήσιμες στην επικοινωνία με άλλα επαγγέλματα και καθόλου χρήσιμες, ακόμη και επιβλαβείς, όπου χρησιμοποιούνται από μη επαγγελματίες που δεν εξοικειωμένοι με αυτούς τους όρους. Αυτό σημαίνει ότι όσο βοηθητικές μπορεί να αποδειχθούν για τους επαγγελματίες υγείας, τόσο καταστροφικές έχουν αποδειχθεί για τον ίδιο τον ασθενή.

Η διάγνωση αποτελεί μία ετικέτα/ταμπέλα, μία βινιέτα όπως συνηθίζεται να αποκαλείται από τους επιστήμονες που μελετούν το στίγμα, η οποία προσκολλάται στον ασθενή, εσωτερικεύεται από τον ίδιο και υιοθετείται πολύ εύκολα από την κοινή γνώμη των μη ειδικών, οι οποίοι χωρίς να γνωρίζουν την πραγματική της σημασία την αναπαράγουν, τη διαστρεβλώνουν και τη μετατρέπουν σε εργαλείο στιγματισμού (Angermeyer et al., 2004). Τα συμπεράσματα που προκύπτουν αβίαστα στο άκουσμα της μίας διάγνωσης σχετίζονται άμεσα με τη διαβάθμιση του στίγματος ανάλογα με τη φύση της ασθένειας. Με τον τρόπο αυτό οι μη ειδικοί, τείνουν να συνδέουν απερίσκεπτα πάντοτε την ταμπέλα της σχιζοφρένειας με την επικινδυνότητα και εκείνη της κατάθλιψης με τον οίκτο (Corrigan, 2007).

Ακόμη και οι γιατροί πρέπει να επικοινωνούν μέσω των διαγνώσεων με προσεκτικό και επιφυλακτικό τρόπο. Τόσο το κοινό, όσο και οι επαγγελματίες υγείας, έχουν συχνά αρνητική στάση απέναντι στους αρρώστους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και προσαρμόζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους. Ευθύνη έχουν και τα συστήματα υγείας που απαιτούν οι ιατρικές αποφάσεις να λαμβάνονται με βάση τις ιατρικές διαγνώσεις, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η πληροφορία που σχετίζεται με τη διάγνωση του ασθενή.

Σύμφωνα με το άρθρο των Zen et al. (2010), η καταστροφική διαδικασία που ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης περιλαμβάνει τα στάδια της ομαδοποίησης, της ομοιογένειας και της σταθερότητας. Η ομαδοποίηση αφορά την κατάσταση κατά την οποία ένα σύνολο ανθρώπων γίνεται αντιληπτό ως μία ανούσια ολότητα. Η ομοιογένεια δίνει την ψευδαίσθηση πως όλα τα μέλη της ομάδας που εξετάζονται είναι πανομοιότυπα, έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά και τις ίδιες ανάγκες, με αποτέλεσμα η διάγνωση στην πλειοψηφία των περιπτώσεων να είναι λανθασμένη. Η διαγνωστική ετικέτα γίνεται μία ομπρέλα κάτω από την οποία ομαδοποιούνται περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι μπορεί ωστόσο να έχουν πολύ έντονες διαφορές μεταξύ τους, τόσο ως προς την πάθηση όσο και ως προς την διάγνωση (Dinos, 2004). Επιπλέον, η αίσθηση της ομοιογένειας ευνοεί την αναπαραγωγή προκαταλήψεων ενισχύοντας και πάλι το στίγμα. Η σταθερότητα πηγάζει από την αντίληψη της κοινής γνώμης πως η ψυχική ασθένεια είναι ανίατη και η παρούσα κατάσταση είναι μόνιμη καθώς κανένας ασθενής δεν έχει την ελπίδα απενένταξης από την ομάδα στην οποία έχει τοποθετηθεί.

Αξίζει να σημειωθεί πως σε κάποιες περιπτώσεις η διάγνωση έχει αποδειχτεί πολύτιμη για τον ίδιο τον ασθενή. Μαρτυρίες ασθενών υποστηρίζουν πως την στιγμή της διάγνωσης είναι δυνατόν να τους διακατέχει μία αίσθηση ανακούφισης, καθώς για πρώτη φορά αισθάνονται πως δεν είναι μόνοι τους, αλλά πως υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι που μπορεί να αισθάνονται κάτι παρόμοιο. Αυτό που προτείνεται στην προκειμένη περίπτωση δεν είναι φυσικά η κατάργηση της διαγνωστικής ορολογίας αλλά η χρήση της σαν μία διαδικασία δυναμική και όχι σαν κάτι το οποίο ο ασθενής θα «φέρει» για το υπόλοιπο της ζωής του. Ωστόσο, ακόμα και σε περίπτωση παύσης της χρήσης των ιατρικών διαγνώσεων, είναι αμφίβολο (και μάλλον απίθανο) το ότι θα εξαλειφθεί το στίγμα (Κυζιρίδης, 2007).

2.9 Αντιμετώπιση του στίγματος

Πολλές και ποικίλες είναι οι στρατηγικές που έχουν επινοηθεί προκειμένου να συμβάλουν στην τροποποίηση των στρεβλών πεποιθήσεων για την ψυχική νόσο, στην αλλαγή και βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν και στον περιορισμό του στίγματος. 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 άμβλυση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή.

Διαμαρτυρία

Η διαμαρτυρία αναφέρεται κυρίως προς τα ΜΜΕ, τόσο για τις ανακριβείς και αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας και των ατόμων που πάσχουν από αυτή, όσο και για τη γλώσσα που κατά κανόνα χρησιμοποιείται, συχνά ανάληκτη και στιγματιστική για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Πρόκειται για τη διαμαρτυρία όσων έχουν την δυνατότητα να δουν καθαρά την αλήθεια της ψυχικής ασθένειας μέσα από την ομίχλη των μύθων και των προκαταλήψεων. Τα ΜΜΕ, που τόσο εύκολα και αβίαστα διαμορφώνουν απόψεις και συνειδήσεις, θα μπορούσαν να συμβάλλουν τα μέγιστα προς αυτήν την κατεύθυνση, καθώς η εικόνα της ψυχικής ασθένειας δεν είναι κάτι το οποίο θα έπρεπε να ψυχαγωγεί, αλλά κάτι το οποίο θα έπρεπε να κατανοείται. Οι εμπειρίες και οι ιστορίες, οι πραγματικές ιστορίες των ψυχικά ασθενών, εκείνων που επιθυμούν να τις μοιραστούν, θα έπρεπε να ακουστούν καθώς τα ΜΜΕ θα μπορούσαν να αποτελέσουν το κανάλι αυτής της πληροφορίας και η κοινή γνώμη πιθανόν θα είχε επιτέλους την ευκαιρία να αντικρίσει το πιο επικίνδυνο πρόσωπο, το δικό της.

Τα ΜΜΕ μέσα από την υπεύθυνη και ακριβή παρουσίαση των θεμάτων ψυχικής υγείας και την παροχή σωστής ενημέρωσης στο κοινό, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση στη μείωση του στίγματος. Τα τελευταία χρόνια γίνονται συνεχείς παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας, τόσο από τους φορείς ψυχικής υγείας, όσο και από τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειές τους. Οι παρεμβάσεις αυτές δείχνουν να έχουν ως ένα βαθμό ένα θετικό

αποτέλεσμα στον τρόπο που η ψυχική ασθένεια παρουσιάζεται στα ΜΜΕ, παρόλο που υπάρχουν ακόμα πολλά παραδείγματα ανακριβούς πληροφόρησης και στρεβλής παρουσίασης (Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας και Ενημέρωσης, 2007).

Ταυτόχρονα, η διαρκής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ μπορεί να συμβάλλει ενεργά στη σωστή, ισορροπημένη και «αποδραματοποιημένη» παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας, καθώς και στην ενημέρωση και αντικειμενική πληροφόρηση της κοινής γνώμης.

Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση του πληθυσμού, μέσω της παροχής έγκυρης και επιστημονικής πληροφόρησης, αποτελεί κύρια συνιστώσα ώστε να καταρριφθούν οι μύθοι και τα στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Σημαντικό κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα μπορούσε να έρθει και πάλι μέσα από τα ΜΜΕ, ωστόσο η εκπαίδευση θα έπρεπε να ξεκινήσει από τους ίδιους τους φορείς της. Η εκπαιδευτική διαδικασία, της προσχολικής και σχολικής ηλικίας θα έπρεπε πριν απ' όλα να παρέχει την πληροφορία και να προλαμβάνει τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που βρίσκονται διάχυτα στην κοινωνία πριν γίνουν κτήμα καινούργιων συνειδήσεων. Η εκπαίδευση των ειδικών θα πρέπει να κινείται στον άξονα της αποφυγής και της αντιμετώπισης του στίγματος, καθώς πολλοί λίγοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας λαμβάνουν υπόψη τους τον παράγοντα στίγμα κατά τη θεραπευτική διαδικασία, αγνοώντας την σημασία του τόσο στον ψυχισμό του ασθενούς όσο και στη συνέχεια της φροντίδας του. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν θα πρέπει να περιορίζεται στους ψυχιάτρους καθώς η ελλιπής γνώση διαχείρισης τέτοιων περιστατικών από τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων δεν μπορεί να αποτελεί πλέον αποδεκτή δικαιολογία. Τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών δεν είναι απαραίτητως μόνο ψυχικά ή ψυχοσωματικά και οι ανάγκες τους σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν αυτό που είναι, αυτονόητες.

Επαφή

Η επαφή μας με τη ψυχική ασθένεια μειώνει την τάση μας να υιοθετούμε στερεότυπα και να υποκύπτουμε σε προκαταλήψεις. 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 ανάμεσα σε μέλη της κοινότητας και σε ανθρώπους με κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα και μας βοηθάει να δούμε πίσω από τα στίγματα. Η δυνατότητά μας να βρεθούμε κοντά στους ψυχικά ασθενείς, μη αποφεύγοντας τους αλόγιστα, ακούγοντας τι έχουν να πουν και τι βιώνουν καθημερινά, επιτρέποντας τους να παραμείνουν και να αποθεραπευτούν μέσα στην κοινότητα, μπορεί να σημαίνει ένα δυνατό χτύπημα στην πεμπουσία του στίγματος που είναι ο διαχωρισμό τους « εμείς» από το «εσείς».

Εδώ και μερικά χρόνια, ο περιορισμός του στίγματος της ψυχικής νόσου άρχισε να απασχολεί σοβαρά τις οργανώσεις υγείας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο (Ritsher et al., 2003; Thompson et al., 2002). Τώρα πλέον γνωρίζουμε ότι η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα στοχεύουν, όχι μόνο στην ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, αλλά και στην αντιμετώπιση του στίγματος, θα είναι αποτελεσματικότερες και διαρκέστερες (Christensen et al., 1999), σε συνδυασμό, βέβαια, με τη σημαντικότερη βοήθεια που μπορεί να προσφέρουν οι οργανωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες των ασθενών (Tomaras et al., 2000).

2.9.1 Δράσεις κατά του στίγματος στην Ελλάδα

Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (Π.Ψ.Ε.)

Το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) απαντώντας στην πρόκληση για τον αποστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής, ξεκίνησε ένα διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν την πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, με κεντρικό μήνυμα “*Open the doors*” (*Ανοίξτε 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. Το κεντρικό μήνυμα αποτελεί ένα μήνυμα με διαπολιτισμική αξία, αφού η «εικόνα» της πόρτας είναι ένας πανανθρώπινος συμβολισμός για την πρόσβαση και την αποδοχή.

Το πρόγραμμα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των αντιστιγματιστικών προγραμμάτων που διενεργούνται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα σε παγκόσμιο επίπεδο (Rosen et al., 2000), με βασικούς στόχους:

- Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης
- Τη βελτίωση των στάσεων και αντιλήψεων του κοινού
- Την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2003)

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε πιλοτικά στην Αυστρία, την Ισπανία και τον Καναδά ενώ στο επόμενο κύμα εντάχθηκε και η Ελλάδα. Σε κάθε περίπτωση το πρόγραμμα αναλαμβάνεται από κάποιον εθνικό φορέα και κάποιον αντίστοιχο επιστημονικό υπεύθυνο και προσαρμόζεται στα δεδομένα της κάθε χώρας.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)

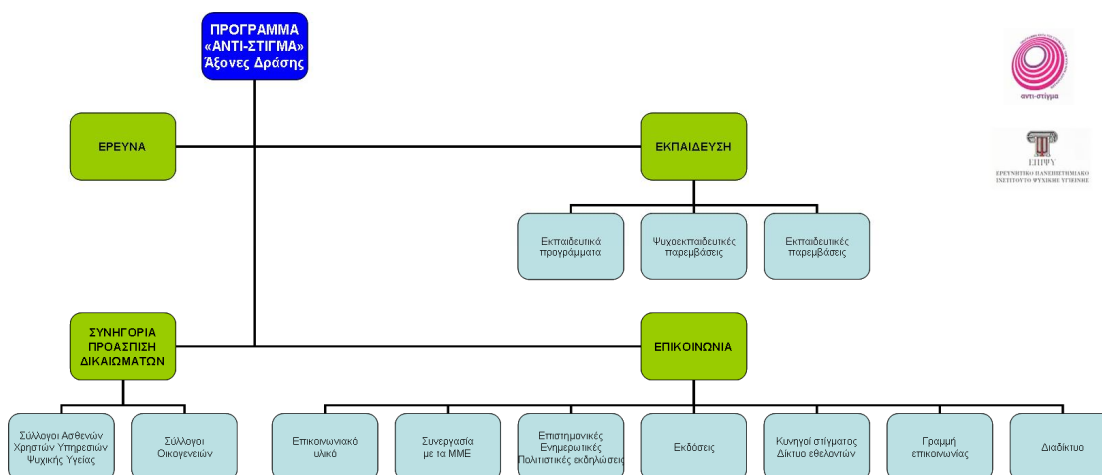
Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο ΕΠΨΥ τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας, με επικεφαλής τον καθηγητή και ακαδημαϊκό Κώστα Στεφανή. Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πολύ σημαντική, γιατί δόθηκε η ευκαιρία να έρθει στην επιφάνεια ένα θέμα που καλυπτόταν και στην ελληνική κοινωνία από ένα «πέπλο μυστηρίου» ενδεδυμένου με πολλούς μύθους, δοξασίες και προκαταλήψεις. Παράλληλα, αποτέλεσε μια μοναδική ευκαιρία να αξιοποιηθεί η διεθνής εμπειρία και να προσαρμοστεί στις ελληνικές συνθήκες, έτσι ώστε να οργανωθεί και στη χώρας μιας μια αποτελεσματική εκστρατεία για την καταπολέμηση του στίγματος.

Έτσι, το 2000, με κεντρικό μήνυμα «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ξεκίνησε και στην Ελλάδα το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας» (*Schizophrenia: Open the doors*), 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 των στάσεων του κοινού. Το πλάνο του προγράμματος προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα και εκτελέστηκε ως μία πανελλαδική εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης με την βοήθεια όλων των ειδών ΜΜΕ και την διανομή ειδικώς επεξεργασμένου ενημερωτικού υλικού από σχολεία μέχρι και νοικοκυριά. Η έκβαση και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αξιολογήθηκε ως επιτυχής καθώς οι στόχοι που τέθηκαν εκπληρώθηκαν σε σημαντικό μέρος. Ωστόσο, 15 χρόνια μετά δεν μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσο τα αποτελέσματα αυτά έχουν διαρκέσει.

Πρόγραμμα «αντι-στίγμα»

Από το 2004 μέχρι και σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το ΕΠΙΨΥ υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών «αντι-στίγμα». Πρόκειται για ένα επιστημονικό πρόγραμμα που δραστηριοποιείται πολυεπίπεδα στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας (Διάγραμμα 1). Πλέον, μετά από μια 10χρονη πορεία, το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» διαθέτει βαθιά εμπειρία, τόσο από τη συστηματική και συνεχιζόμενη έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό, όσο και από τις ποικίλες αντι-στιγματιστικές παρεμβάσεις που έχει υλοποιήσει.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Άξονες δράσης προγράμματος "αντι-στίγμα" (2004-σήμερα)



Πηγή: ΕΠΙΨΥ (2012)

Παρά τις ειδικές στρατηγικές και τις εν γένει προσπάθειες που μέχρι τώρα έχουν καταβληθεί, το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Είναι εντυπωσιακό ότι, στο σύγχρονο κόσμο της άνθησης των ανθρωπιστικών κινημάτων, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό και επικρατούν ακόμα η άγνοια και οι απαξιοτικές λογικές για τον ψυχικά πάσχοντα. Γι' αυτό το λόγο, η καταπολέμηση του στίγματος αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας παράμετρο για τη σύγχρονη, ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και παγκόσμιο ζητούμενο.

2.9.2 Πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του στίγματος

Σημαντικό βήμα για την καταπολέμηση του στίγματος αποτελεί η ευαισθητοποίηση του κοινού για τα ζητήματα της ψυχικής υγείας. Σε αυτό μπορούν να συμβάλλουν ποικίλες πρωτοβουλίες και εκστρατείες σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, ιδιαίτερα εκστρατείες που βοηθούν στην επαφή του κοινού με τους ψυχικά ασθενείς. Αυτό μπορεί να γίνει σε τοπικό επίπεδο και κυρίως όπου υπάρχουν εγκαταστημένες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Για τον περιορισμό του στίγματος της ψυχικής ασθένειας προτείνεται:

- Αγωγή κοινότητας με τη διάδοση έγκυρων πληροφοριών για την ψυχική νόσο
- Αντίκρουση όταν παρουσιάζονται εσφαλμένες αντιλήψεις από τα ΜΜΕ
- Ενθάρρυνση της χρήσης θετικών εικόνων για την αναφορά σε ανθρώπους με ψυχική νόσο και υπογράμμιση της πραγματικότητας ότι η ψυχική νόσος μπορεί εύκολα να αντιμετωπιστεί
- Έμφαση στις ικανότητες και όχι στους περιορισμούς
- Έμφαση στην ανοικτή συζήτηση η οποία βοηθάει στο να έρθει το θέμα στην επιφάνεια και να φύγει από τα στενά προσωπικά όρια
- Αποφυγή της εστίασης στην ασθένεια ως συνώνυμη της μειονεξίας. Είναι καλύτερο να γίνεται αναφορά στις δυσκολίες και στα προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια στην καθημερινή ζωή
- Αποφυγή εξίσωσης των ανθρώπων με την ασθένεια. Δεν είναι ο άνθρωπος η ασθένεια. Για το λόγο αυτό, να χρησιμοποιείται γλώσσα που σέβεται. Αντί να λέμε *καταθλιπτικός*, να λέμε *το άτομο που έχει κατάθλιψη*

Αντίθετη προς το στιγματισμό, αλλά εξίσου απλουστευτική, είναι η αντίληψη, που δεν έχει παύσει να προβάλλεται, ότι η ψύχωση είναι μια απλή ιδιαιτερότητα, ενώ, ταυτόχρονα παραγνωρίζεται το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές είναι μια οδυνηρή ιδιαιτερότητα. Αν ένα μέρος της οδύνης ανήκει στη νόσο, το άλλο μέρος οφείλεται στην εσωτερίκευση του στίγματος. Κι εδώ χωράει η ξεχωριστή μας παρέμβαση για τον περιορισμό ή και την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής νόσου, άσχετα από το αν η θεραπευτική μας επιλογή είναι τα φάρμακα ή η ψυχοθεραπεία ή ο συνδυασμός τους. Το ζήτημα του αποστιγματισμού είναι μια πρόκληση στα ιδανικά κάθε κοινωνίας που θέλει να ονομάζεται δίκαιη, ανθρωπιστική και ευνοούμενη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Οικονομική κρίση

3.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας και για τομείς μείζονος σημασίας, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Κύριες συνέπειές της αποτελούν η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημοσίων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, τα περιθώρια επένδυσης στον τομέα της υγείας περιορίζονται σημαντικά, ενώ παράλληλα ανακύπτουν σημαντικά προβλήματα υγείας στον πληθυσμό ως αρνητικά αποτελέσματα της οικονομικής δυσχέρειας.

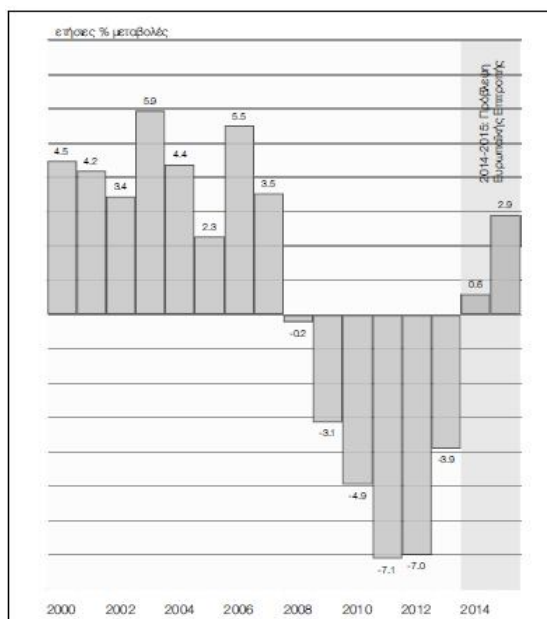
Η επιβάρυνση των πολιτών και του συστήματος υγείας των χωρών που θα υποστούν μια οικονομική κρίση καθώς και την επακόλουθη οικονομική ύφεση, προκαλεί την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας. Οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου καθώς είναι οι πρώτοι που πλήττονται, ενώ παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.

Άλλωστε η υγεία, σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του ΠΟΥ (1946), δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ο τρόπος ζωής, καθώς επίσης και οι κοινωνικοί προσδιοριστές όπως η ανεργία, η εκπαίδευση και το οικονομικό επίπεδο επηρεάζουν την υγεία των ατόμων, αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας (Πατελάρου et al., 2011).

3.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα, αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας. Η χώρα έχει ήδη διανύσει 25 συνεχόμενα τρίμηνα (2^ο τρίμηνο 2008 - 3^ο τρίμηνο 2014) και βρίσκεται στο 7^ο έτος οικονομικής δυσπραγίας με ραγδαία αύξηση της ανεργίας. Η μείωση του ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές του 2005) ξεκίνησε από το 0,2% το 2008 για να φτάσει στο 7,1% το 2011, στο 7% το 2012 και στο 3,9% το 2013 (Διάγραμμα 2), με σωρευτική συρρίκνωση του ΑΕΠ της χώρας σε 23,5% την περίοδο 2009-2013 και αντίστοιχη υποχώρηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ έναντι των εταίρων μας στην ΕΕ (European Commission, 2012). Επομένως, στη διάρκεια της κρίσης, χάθηκε το 1/4 περίπου του ακαθάριστου προϊόντος που παρήγαγε η ελληνική οικονομία κατά το 2007-2008. Για το 2014, η πρόβλεψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το ΑΕΠ ανέρχεται σε +0,6% και για το 2015 σε +2,9%. Εάν επαληθευθεί η πρόβλεψη αυτή, στο τέλος του 2015 το ΑΕΠ θα έχει επανέλθει στο επίπεδο του πρώτου τριμήνου του 2013.

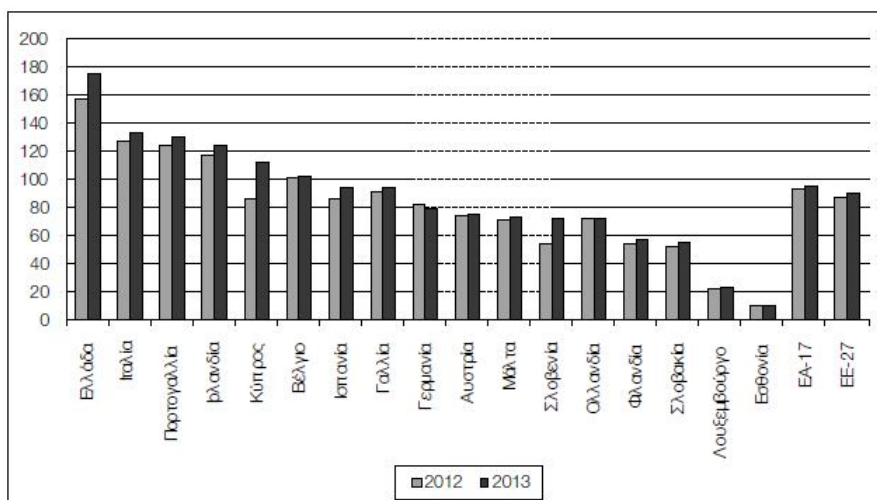
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Το ΑΕΠ σε σταθερές τιμές



Πηγή: Annual Macroeconomic Database, Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας δημόσιων ελλειμμάτων, του δημόσιου χρέους και της κρίσης δανεισμού. Το δημόσιο χρέος της χώρας αυξήθηκε μεταξύ 2006 και 2013 από 104,3% σε 175,1% του ΑΕΠ, σημειώνοντας σε ετήσια βάση αύξηση της τάξης του 13,5%. Αύξηση του δημόσιου χρέους σημειώθηκε τόσο στην Ευρωζώνη (από 92,7% του ΑΕΠ το 2012 σε 95% του ΑΕΠ το 2013), όσο και στο σύνολο της ΕΕ (από 86,7% του ΑΕΠ το 2012 σε 88,9% του ΑΕΠ το 2013) (Διάγραμμα 3). Παρά τον περιορισμό των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, το δημόσιο χρέος συνεχίζει να αυξάνεται, με αιτία την αύξηση των δαπανών για τόκους σε αντιδιαστολή με την μείωση των ρυθμών ανάπτυξης. Για το 2014 προβλέπεται η περαιτέρω αύξηση του δημόσιου χρέους ως ποσοστό του ΑΕΠ με μικρότερο όμως βαθμό σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Συγκεκριμένα στην Ευρωζώνη θα φτάσει το 96% του ΑΕΠ και στην ΕΕ το 89,5% του ΑΕΠ (INE, 2014).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Εξέλιξη Δημόσιου Χρέους στην Ευρωζώνη, (2012-2013)



Πηγή: Ameco Database

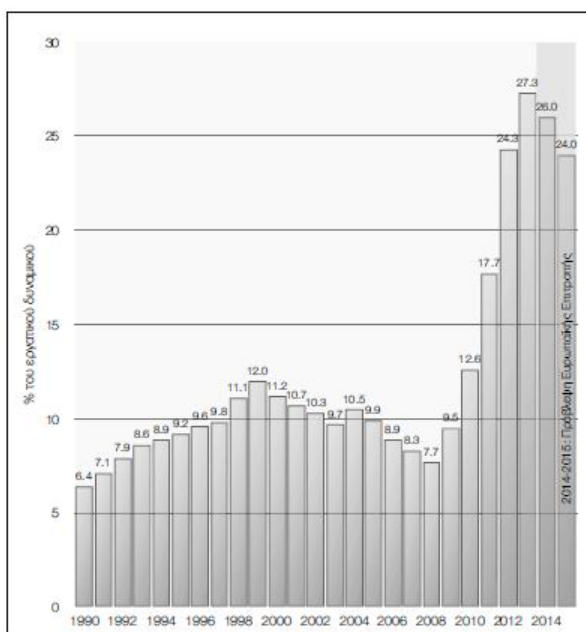
Το πρώτο τρίμηνο του 2014, το ελληνικό χρέος άγγιξε το 174,1% του ΑΕΠ, ελαφρώς μειωμένο κατά 1% σε σχέση με το τέταρτο τρίμηνο του 2013, ενώ αυξήθηκε κατά 13,5% σε σχέση με το πρώτο τρίμηνο του 2013. Σύμφωνα με την κοινοτική στατιστική υπηρεσία, το πρώτο τρίμηνο του 2014 η Ελλάδα είχε το υψηλότερο χρέος στην Ε.Ε. και ακολούθησαν η Ιταλία με 135,6% και η Πορτογαλία με 132,9%, ενώ το χαμηλότερο χρέος είχε η Εσθονία με 10%, η Βουλγαρία με 20,3% και το Λουξεμβούργο με 22,8%. Παράλληλα, το πρώτο τρίμηνο του 2014 παρατηρήθηκε αύξηση του χρέους σε τριμηνιαία βάση στην ευρωζώνη από 92,7% σε 93,9%, αλλά και στην Ε.Ε. από 87,2% σε 88% (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).

Στην Ελλάδα, η οικονομική ύφεση είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια θέσεων εργασίας και την εκτίναξη του ποσοστού ανεργίας στο 27,5% του εργατικού δυναμικού το 4^ο τρίμηνο του 2013, με το υψηλότερο ποσοστό να παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-24 ετών (57%), το οποίο στις νέες γυναίκες φθάνει στο 62,5%. Σύμφωνα με την Στατιστική Αρχή, σε σταθερά υψηλά επίπεδα έμεινε η ανεργία και το 2014, καθώς τον Φεβρουάριο του 2014 κινήθηκε στο 26,5%, σε οριακή πτώση κατά 0,2% σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα της περσινής χρονιάς. Σε πάνω από 1.300.000 είναι ο αριθμός των ανέργων που καταμετρά η ΕΛΣΤΑΤ και σε 3.400.000 ο μη οικονομικά ενεργός πληθυσμός της χώρας, όταν μόλις 200.000 περισσότεροι είναι το σύνολο των απασχολούμενων της χώρας. Το ποσοστό της ανεργίας στις γυναίκες παραμένει σημαντικά υψηλότερο εκείνου των ανδρών, ενώ ηλικιακά το φαινόμενο μαστίζει κυρίως τους νέους, ξεπερνώντας το 60% στις ηλικίες 15-24 ετών. Σε γεωγραφικό επίπεδο, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται σε Ήπειρο, Μακεδονία, Αττική και Θράκη ενώ τα χαμηλότερα στην Κρήτη και τα Νησιά του Αιγαίου (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).

Κατά τα έτη 2010-2013, ο αριθμός των απασχολούμενων μειώθηκε κατά 20% ή 930.000 άτομα, ως επακόλουθο της μείωσης του προϊόντος, όπως εξάλλου ήταν αναμενόμενο αφού οι δύο μεταβλητές (ΑΕΠ και απασχόληση) παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση. Η συνολική μείωση του αριθμού των απασχολούμενων ανήλθε σε περίπου 20% έναντι 23,5% του ΑΕΠ. Το υπόλοιπο τμήμα της μείωσης του προϊόντος προήλθε από την μείωση της παραγωγικότητας της εργασίας. Επομένως, το κύριο βάρος της προσαρμογής, μεταφέρθηκε στην απασχόληση και η μείωσή της στη διάρκεια της κρίσης μετατράπηκε σε κατακόρυφη αύξηση του ποσοστού ανεργίας (Διάγραμμα 4) σε διψήφια ποσοστά.

Το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε κατά το 2009-2013 σε 27,3% σε μέσο επίπεδο (με βάση τον ορισμό της Eurostat), με τον λόγο ανέργων/απασχολούμενων να υπερβαίνει σήμερα το 1/3 (που σημαίνει ότι σε κάθε τρεις εργαζόμενους αντιστοιχεί περίπου ένας άνεργος). Σύμφωνα με τις προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το ποσοστό ανεργίας πρόκειται να μειωθεί κατά το 2014 στο 26,0% (σε μέσο ετήσιο επίπεδο), ενώ η αύξηση της απασχόλησης θα ανέλθει σε περίπου 20.000 άτομα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Ποσοστό ανεργίας (1990-2013 και πρόβλεψη 2014-2015)



Πηγή: Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, ΕΛΣΤΑΤ

Τα στοιχεία της εγγεγραμμένης ανεργίας του ΟΑΕΔ, επίσης, είναι χαρακτηριστικά της εκρηκτικής ανόδου αλλά και δηλωτικά της έλλειψης κοινωνικής προστασίας της πλειοψηφίας των ανέργων. Σύμφωνα με τα στοιχεία της περιόδου 2010-2014, οι εγγεγραμμένοι άνεργοι αυξήθηκαν από 804.597 το 2010 στους 1.062.509 το 2014. Το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων (εγγεγραμμένοι 12 μήνες και άνω) ανήλθε από το 33,7% το 2010 στο 29,81% το 2014, ποσοστό που αγγίζει το 49,50% μεταξύ των εγγεγραμμένων που δηλώνουν ότι αναζητούν εργασία (ΟΑΕΔ, 2014).

Η σύγκριση των στοιχείων μεταξύ εγγεγραμμένων ανέργων στον ΟΑΕΔ που τυγχάνουν επιδοματικής στήριξης και του συνόλου των ανέργων της έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ αποκαλύπτει την ύπαρξη ενός αυξανόμενου πληθυσμού που μένει άνεργο και στερείται επιδοματικής στήριξης. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σε σύνολο 1.062.509 ανέργων τον Ιανουάριο του 2014, τυγχάνουν επιδόματος ανεργίας από τον ΟΑΕΔ μόλις 174.178 άνεργοι, δηλαδή το 16,2% περίπου των ανέργων. Το συγκεκριμένο έλλειμμα κοινωνικής προστασίας των ανέργων αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία λόγω της ανυπαρξίας ενός καθολικού προγράμματος εγγυημένου/αξιοπρεπούς εισοδήματος στη χώρα μας και είναι ενδεικτικό του κινδύνου επιβίωσης μεγάλων τμημάτων των ανέργων.

Η Ελλάδα της «κρίσης» είναι η σύγχρονη κρίση της Ελληνικής κοινωνίας που αγκαλιάζει όλες τις λειτουργίες της. Είναι κρίση της οικονομίας, της ιδεολογίας, του κοινωνικού συμβολαίου, εν τέλει της πολιτικής. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η επιβολή απότομων και βίαιων αλλαγών στο σύνολο των δομών του Ελληνικού Κράτους με μόνο κριτήριο την εξοικονόμηση πόρων για την εξυπηρέτηση του χρέους. Στο διάστημά της οι ελαστικές μορφές εργασίας για πρώτη φορά υπερτερούν στην αγορά εργασίας, ενώ οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα ουσιαστικά έχουν καταργηθεί. Οι μισθοί και οι συντάξεις μειώθηκαν μέχρι 40%, τα κοινωνικά επιδόματα συρρικνώθηκαν, ενώ το 30% των πολιτών ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Ταυτόχρονα τα ασφαλιστικά ταμεία, λόγω του «κουρέματος» των αποθεματικών τους δεν μπορούν να καλύψουν τις τρέχουσες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλισμένων τους. Ο τομέας της Υγείας, μαζί με τους τομείς της Κοινωνικής Πρόνοιας και της Παιδείας, υφίστανται κατά προτεραιότητα τις αρνητικές συνέπειες.

3.3 Ευρωπαϊκή και Ελληνική πραγματικότητα

Η οικονομική κρίση επέφερε μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία σχεδόν σε όλη την Ευρώπη, καθώς σε αντίθεση με τα έτη πριν από την «κρίση», το 2010 ήταν η πρώτη χρονιά που καταγράφηκε μείωση των δαπανών υγείας στην Ευρώπη, με τα μεγαλύτερα «θύματα» τις χώρες που πλήττονται πιο σκληρά από τα νέα οικονομικά δεδομένα. Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, μεταξύ του 2000 και του 2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία (μέσος όρος 6,1% ετησίως), ενώ από το 2010 έχουν μειωθεί σημαντικά λόγω των κυβερνητικών προσπαθειών για συρρίκνωση του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2014), στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία ήταν σε πραγματικές τιμές (δηλαδή πέραν του πληθωρισμού) κατώτερες κατά 25% από το επίπεδό τους το 2009, κυρίως λόγω των περικοπών στις δημόσιες δαπάνες.

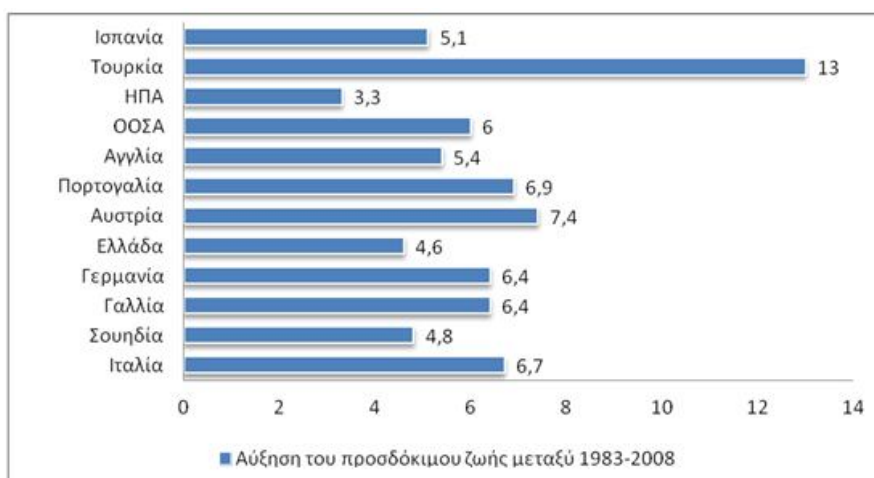
Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ και της Ε.Ε. για την Υγεία στην Ευρώπη (Health at a Glance: Europe 2012) που δημοσιοποιήθηκε πρόσφατα, από μία ετήσια αύξηση της τάξης του 4,6% το διάστημα από 2000-2009, οι δαπάνες υγείας κατά κεφαλήν μειώθηκαν κατά 0,6% το 2010 κατά μέσον όρο στην Ευρώπη. Μάλιστα, σύμφωνα με τους συντάκες της έκθεσης, είναι η πρώτη φορά που παρατηρείται αυτό το φαινόμενο στη Γηραιά Ήπειρο από το 1975. Στην Ελλάδα, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώθηκε κατά 6,7% το 2010 (2.244€), σε αντίθεση με την προηγούμενη δεκαετία όπου είχε καταγραφεί μέση ετήσια αύξηση των δαπανών της τάξης του 5,7%. Η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας το 2010 στην Ευρώπη ήταν 2.171€. Σύμφωνα με την έκθεση, οι μειώσεις στις δαπάνες επιτεύχθηκαν με μία σειρά από μέτρα μεταξύ των οποίων περικοπές στις αποδοχές του υγειονομικού προσωπικού, στον αριθμό εργαζομένων στις μονάδες υγείας, των πληρωμών σε φαρμακευτικές εταιρείες, αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στις δαπάνες και συγχωνεύσεις νοσοκομείων. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην έκθεση επισημαίνεται και ο κίνδυνος μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στους δείκτες υγείας, αλλά και στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της μείωσης των δαπανών υγείας.

Όσον αφορά τους πόρους στον τομέα της υγείας, στην έκθεση καταγράφεται η «πρωτιά» - και με διαφορά - της χώρας μας σε ό,τι αφορά την ποσότητα του ιατρικού προσωπικού (6,1 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε και στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 3,4 και 3,1 ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα), αλλά και η

υστέρηση σε νοσηλευτικό προσωπικό (3,3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, έναντι 7,9 και 8,7 κατά μέσον όρο στην Ευρώπη και στην ΟΟΣΑ). Αυτές οι ενδείξεις έχουν ως αποτέλεσμα την αναποτελεσματική κατανομή των πόρων (OECD, Health Data, 2012). Επίσης, η έκθεση αναφέρεται και σε πρόσφατη μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία καταδεικνύει ότι στην Ελλάδα, 56% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους (το υψηλότερο μεταξύ των χωρών που έλαβαν χώρα), σχεδόν 50% εκτιμούν ότι η κλινική όπου εργάζονται δεν παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα, ενώ ένας στους δύο νοσηλευτές δηλώνει ότι θα ήθελε να αποχωρήσει από τη θέση του.

Επιπλέον, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί πολύ τις τελευταίες δεκαετίες, χάρη στη σημαντική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στη βελτίωση της παροχής δημόσιας υγείας και την πρόοδο της ιατρικής περίθαλψης. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανέρχεται στα 80,6 χρόνια, σχεδόν ένα χρόνο υψηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (79,8). Ωστόσο το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα παραμένει χαμηλότερο από ό,τι σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ (όπως στην Ιαπωνία, την Ελβετία, την Ισπανία και την Ιταλία), όπου το προσδόκιμο ζωής έχει πλέον ξεπεράσει τα 82 χρόνια (OECD, Health Data, 2012), καθώς επίσης και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα τα τελευταία 25 χρόνια (4,6) η οποία είναι πολύ μικρότερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (6) (OECD, Society at a Glance, 2011) (Διάγραμμα 5).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Αύξηση του προσδόκιμου ζωής (1983-2008)



Πηγή: OECD, *Society at a Glance*, 2011

3.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Η επιστημονική έρευνα διεθνώς και στη χώρα μας έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας), τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2000). Η διαφαινόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (κύριους παράγοντες κινδύνου την ανεργία, την επαπειλούμενη εργασία, τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος και το εξ αυτών άγχος) με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα: το κραχ του 1929, την οικονομική κατάρρευση των πρώην Σοβιετικών χωρών στις αρχές του '90 και την ασιατική οικονομική κρίση στην εκπνοή του αιώνα. Παρά το γεγονός ότι κάθε κρίση είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά, παραμένουν χαραγμένες στη μνήμη μας οι μαζικές αυτοκτονίες χρηματιστών στο «κραχ» του '29 και η «μαύρη ζώνη θανάτου» της Ρωσίας, λόγω της δραματικής αύξησης των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών και βίαιων θανάτων (Stuckler et al., 2009).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους, τα οποία σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση και πίεση (OECD, Health at a Glance, 2012). Αφενός ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Δεδομένης της οικονομικής στενότητας, η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας στην κοινωνία (Yang, 2001). Ωστόσο, η έκθεση του ΟΟΣΑ φαίνεται πιο καθησυχαστική τονίζοντας ότι ακόμα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία που να αποδεικνύουν επιδείνωση της υγείας λόγω της κρίσης χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει εφησυχασμός.

Επισημαίνεται ότι η διασφάλιση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη πρέπει να παραμείνει ο βασικός κανόνας στην Ευρώπη (OECD, Health at a Glance, 2012).

Αντιθέτως, οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας. Η σχέση του ΑΕΠ ενός κράτους με το προσδόκιμο επιβίωσης και τις δαπάνες για την υγεία, επιβεβαιώνεται μέσα από σύγχρονα δεδομένα καταγραφών, καθώς παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται το ΑΕΠ μιας χώρας τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και όσο μεγαλώνουν τα έσοδα ενός κράτους αυξάνονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (Πατελάρου et al., 2011). Η επένδυση ενός κράτους στον τομέα της υγείας, προκαλεί αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των πολιτών του.

Αν και υπάρχουν διαφορούμενες απόψεις για τις επιπτώσεις στη γενική υγεία, όλοι σχεδόν οι ερευνητές συμφωνούν ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται δυσμενώς σε περιόδους οικονομικών κρίσεων. Υπάρχει σαφής και εκφρασμένη ανησυχία ότι τα προβλήματα υγείας θα αυξηθούν και στην παρούσα οικονομική κρίση, αφού όπως αναφέρει σε πρόσφατες εκθέσεις η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: «Δε θα πρέπει να εκπλαγούμε αν δούμε αύξηση ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών», «οι φτωχοί και οι ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν», «η προάσπιση των κονδυλίων για την υγεία θα γίνει πιο δύσκολη» (Stuckler et al., 2009). Τέτοιοι φόβοι υποστηρίζονται και από πληθώρα επιδημιολογικών μελετών που δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ χαμηλότερου εισοδήματος ή ανεργίας και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας (Γιωτάκος, 2010).

3.4.1 Υγεία

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία δεν είναι ξεκάθαρη και φαίνεται να ποικίλλει, καθώς αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, ενώ απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών (Moser, 2009). Για τις χώρες υψηλού εισοδήματος, η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δείχνουν απίθανο να επηρεαστούν. Ενίοτε μάλιστα αναφέρονται και θετικές επιδράσεις, αφού η μείωση της υπερκατανάλωσης έχει θετικά αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές τονίζουν ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία ενδέχεται να είναι και θετικές. Σύμφωνα με έρευνες σε ΗΠΑ και Ευρώπη (Uutela, 2010), παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας κατά την οικονομική ανάπτυξη και μείωση κατά την οικονομική ύφεση. Η ύφεση, μάλιστα, δείχνει να σχετίζεται με λιγότερους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, λιγότερους θανάτους σχετιζόμενους με το αλκοόλ και λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία (Gerdtham & Ruhm, 2006).

Άλλες έρευνες σε ευρωπαϊκές χώρες (Gerdtham & Johannesson, 2005; Svensson, 2007), υποστήριξαν τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του προσδόκιμου ζωής των ανδρών, ενώ οι γυναίκες έδειξαν να μην επηρεάζονται. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η εργασία μειωμένης εξειδίκευσης και ο κοινωνικός αποκλεισμός έδειξαν να συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία καθώς και με τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Moser, 2009). Η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, η χαμηλή εκπαίδευση, η εργασία χαμηλών δεξιοτήτων και ο κοινωνικός αποκλεισμός, έδειξε να συνδέονται με κακή σωματική υγεία (Blakely et al., 2002), κακή ψυχολογική και συναισθηματική υγεία (Everson et al., 2002; Theodossiou, 1998), καθώς και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Gardner & Oswald, 2004; Van-Rossum, 2002).

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν αύξηση θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικών κρίσεων. Στην μελέτη των Falagas et al. (2009), πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη

θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al. (2008) σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας. Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση του δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (2,18 θανάτους/100.000) (Πατελάρου et.al, 2011). Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρείται στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω περιορισμού των μετακινήσεων (Μπούρας, Λύκουρας, 2011).

Κοινωνικο-οικονομικές μελέτες έδειξαν ότι οι κυβερνήσεις των χωρών που λαμβάνουν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αναγκάζονται σε περιστολή των δημοσίων κοινωνικών δαπανών, με παράλληλη επιβάρυνση των ασθενών για το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης (Moser, 2009). Πρόσφατο άρθρο παρατηρεί ένα χάσμα μεταξύ της θεωρητικής και της πραγματικής πολιτικής που εφαρμόζει το ΔΝΤ σε σχέση με τα παρεπόμενα που αυτό επιφέρει στην δημόσια υγεία. Ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο κρίνονται οι μακρο-οικονομικές πολιτικές και αποτελούν ισχυρό παράγοντα που υπερβαίνει τα εθνικά σύνορα και τον εθνικό έλεγχο. Βασικό ερώτημα είναι το πώς το ΔΝΤ μπορεί να ενσωματώσει καλύτερα την υγειονομική πρόνοια σε ένα μακρο-οικονομικό πλαίσιο, αποφεύγοντας τις δυσμενείς επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, ως αποτέλεσμα των μακροοικονομικών πολιτικών που επικεντρώνονται μόνο στην οικονομική σταθερότητα (Svensson, 2007). Αναφορικά, με τα αποτελέσματα του δανεισμού από το ΔΝΤ στην υγεία, ορισμένες έρευνες δείχνουν ουδέτερα αποτελέσματα, κάποιες αρνητικά αλλά πάντως καμία θετικά.

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών ακόμα και στο προσδοκώμενο επιβίωσης. Αρκεί να αναφερθεί ότι η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας από 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Bethune 1997). Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία (Stuckler et al. 2009).

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, στην ετήσια έκθεση για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τις κοινωνικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, υποστηρίζει πως με την αναδιοργάνωση του Συστήματος Υγείας που επιχειρείται, όλο και μεγαλύτερο μέρος του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μεταφέρεται στους ασθενείς, με συνέπεια, σύμφωνα με τις στατιστικές της Ε.Ε., σχεδόν οι μισοί Έλληνες (το 47%) να αισθάνονται πως δεν λαμβάνουν την αναγκαία περίθαλψη (ΣΚΛΕ, 2014).

Σύμφωνα με μελέτη ομάδας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2013) σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας του γενικού πληθυσμού, οι χρονίως πάσχοντες¹ αποτελούν το 38% του γενικού πληθυσμού της χώρας μας, ενώ το επίπεδο της αυτοεκτίμησης της υγείας τους έχει μειωθεί κατά 60% από το 2012. Οι χρονίως πάσχοντες, κατά την τριετία 2011-2013, έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατά 50% τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, το 60% εξ αυτών αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, ενώ το 30% αξιολογούν αρνητικά τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τις τριτοβάθμιες νοσοκομειακές δομές.

Μελέτη του Αλέξανδρου Κεντικελένη και άλλων, η οποία δημοσιεύτηκε στο Επιστημονικό Περιοδικό Lancet επιβεβαιώνει τις τραγικές συνέπειες στην υγεία των πολιτών, όπως τον υπερδιπλασιασμό των περιστατικών AIDS μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών κατά την περίοδο 2009-2012 (από 15 σε 484) καθώς και των περιστατικών φυματίωσης μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών το 2013 σε σχέση με το 2012. Σύμφωνα με αποτέλεσμα της μελέτης, παρατηρήθηκε μείωση της κρατικής χρηματοδότησης για την ψυχική υγεία κατά 55% (μεταξύ 2011 και 2012), αύξηση της κατάθλιψης δύομιση φορές περίπου μεταξύ 2008-2011 (από 3,3% του πληθυσμού το 2008 σε 8,2% το 2011), καθώς και αύξηση των αυτοκτονιών κατά 45% (μεταξύ 2007-2011). Επίσης, η βρεφική θνησιμότητα, που προηγουμένως εμφάνιζε πτωτική τάση, αυξήθηκε κατά 43% μεταξύ 2008-2010, ενώ κατά 19% αυξήθηκαν την ίδια περίοδο οι γεννήσεις παιδιών χαμηλού βάρους.

¹ Η μελέτη αφορά τέσσερα χρόνια νοσήματα (Υπέρταση, Σακχαρώδη διαβήτη Τύπου II, ΧΑΠ και Άνοια τύπου Alzheimer) και έλαβε χώρα σε 11 πόλεις της Ελλάδας.

Με τις νέες ρυθμίσεις, όλοι οι πολίτες, ασφαλισμένοι και μη, για να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να πληρώνουν 5€ εισιτήριο ανά επίσκεψη σε γιατρό, το οποίο επεκτείνεται και στις υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΠΕΔΥ, του μετά-ΕΟΠΥΥ φορέα. Οι ασφαλισμένοι επιβαρύνονται εκ νέου στην πρόσβαση στο φάρμακο, καθώς υποχρεούνται σε πληρωμή ενός ευρώ ανά συνταγή (μέχρι περίπου 3 φαρμακευτικά σκευάσματα ανά διάγνωση) και συμμετοχή 25% στην αγορά των φαρμάκων.

Η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μετά και την κατάργηση των υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ, και χωρίς να έχει οργανωθεί διάδοχη κατάσταση, οδηγεί τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα και στα ήδη επιβαρυνόμενα νοσοκομεία με μεγάλες καθυστερήσεις και κινδύνους για την υγεία των πολιτών. Η κατάργηση υγειονομικών υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ είχε ως αποτέλεσμα και την κατάργηση Σταθμών Προστασίας Μάνας, Παιδιού και Εφήβου που παρείχαν σημαντικές ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών έχει αυξηθεί δραματικά, καθώς, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας υπολογίζονται σε 2,5 εκατομμύρια. Εκατομμύρια πολίτες στερούνται πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (εξωτερικά ιατρεία, εργαστηριακές εξετάσεις, εμβολιασμούς, τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις), ενώ εισαγωγές ανασφάλιστων είναι δυνατές στα Δημόσια Νοσοκομεία μόνο με τη διαδικασία του επείγοντος, εφόσον κινδυνεύει η ζωή του πολίτη, χωρίς να είναι δωρεάν (το κόστος νοσηλείας βεβαιώνεται στον ασθενή για εξόφληση σε μεταγενέστερο χρόνο). Σημειώνεται επίσης ότι πολλά Νοσοκομεία υποχρεώνουν τον ίδιο τον ασθενή ή το συνοδό του να υπογράψει «Δήλωση Αναδοχής Χρέους» (ΣΚΛΕ, 2014). Ανάμεσα στους πολίτες που δεν έχουν δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας περιλαμβάνονται και τα παιδιά παραβιάζοντας τη Συνθήκη για τα Δικαιώματα του Παιδιού που έχει υπογράψει και η Ελλάδα.

3.4.2 Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία αποτελεί έναν από τους περισσότερους μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Winefield, 1995). Η οικονομική κρίση επηρεάζει τη ψυχική υγεία με δύο αλληλοτροφοδοτούμενους τρόπους. Πρώτον, εξασθενεί τους προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρησή της και δεύτερον, ενισχύει και αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Ενδεικτικές καταστάσεις της σημερινής πραγματικότητας που εμπίπτουν στα παραπάνω, συμβάλλουν στη σημαντική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σύνολό της και είναι επαρκώς μελετημένα και τεκμηριωμένα από την επιστημονική κοινότητα κατά την έρευνα των κρίσεων διαχρονικά. Ιδιαίτερα έχει δειχθεί η σημαντική αύξηση της κατάθλιψης και των αποπειρών αυτοκτονίας και της αυτοκτονίας, καθώς και η συσχέτισή τους με την ανεργία και την εργασιακή ανασφάλεια (Καραβάτος, Χατζηαντωνίου, 2010). Επίσης η ευθεία συσχέτιση ανάμεσα στον πλούτο μιας χώρας με το επίπεδο της ψυχικής υγείας του πληθυσμού (Kentikelenis et al., 2011).

Σε περιόδους κρίσης έχει παρατηρηθεί το εξής απαράδεκτο αλλά και μακροπρόθεσμα αντιπαραγωγικό φαινόμενο: ενώ οι απαιτήσεις σε υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας αυξάνονται, εξαιτίας των περικοπών στις κοινωνικές δαπάνες, η παροχή τους μειώνεται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που συντηρεί και χειροτερεύει διαρκώς το επίπεδο της ψυχικής υγείας (Triantafyllou & Angeletopoulou, 2011).

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες στο παρελθόν του υψηλού δείκτη συσχετισμού μεταξύ ανεργίας και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Μία μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser (2009) σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%) σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Όσο περισσότερο διαρκεί η ανεργία, διαπιστώνεται άγχος,

αϋπνία, ψυχοσωματικά ενοχλήματα, κεφαλαλγίες, καταθλιπτικά συμπτώματα, λύπη, μειωμένη αυτοεκτίμηση και εκφράζονται ιδέες αναξιοτήτας, ενοχής και απαισιοδοξίας.

Πολλές μελέτες συγκλίνουν στην παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Murphy, Athanasou, 1999). Η σημασία των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δεύτερες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001).

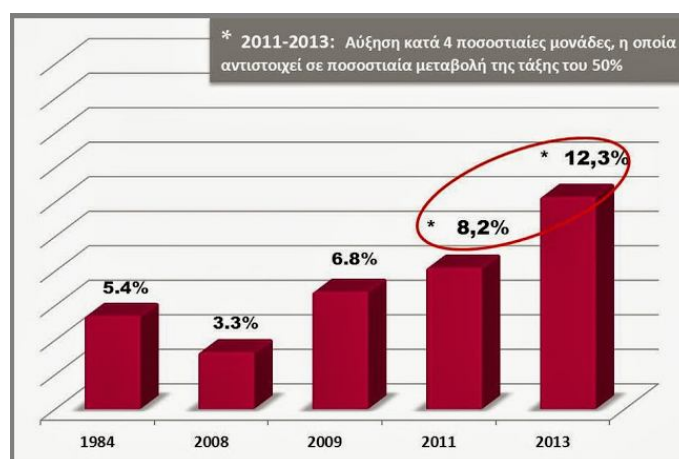
Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, όπου επισημαίνεται η ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας. Στο περιοδικό *Lancet* (Stuckler, 2008) αναφέρεται ότι αναμένεται κατακόρυφη αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και των αυτοκτονιών. Μάλιστα, σύμφωνα με άρθρο του Γιωτάκου (Samaritans, 2008), στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και διπλασιασμός ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων, ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση (Ryall, 2009). Στη Χιλή βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων (Araya et al., 2003).

Επίσης, το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας (Jenkins et al., 2008). Πρόσφατη ανασκόπηση, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών, η οποία προέκυψε με όλους τους δείκτες φτώχειας που χρησιμοποιήθηκαν. Παράμετροι όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανασφάλεια, η απελπισία, η κοινωνική μεταβολή, το στίγμα-διάκριση-κοινωνικός αποκλεισμός, η συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα και κυρίως η περιορισμένη εκπαίδευση εξηγούν τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα των φτωχών στα ψυχικά νοσήματα (Kleinman, 2003).

Στην Ελλάδα, αν και υπάρχουν ανασκοπήσεις με αντικείμενο την οικονομική κρίση και την υγεία γενικά (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010) και την ψυχική υγεία ειδικότερα (Μπούρας, Λύκουρας 2011; Giotakos, 2010), ο αριθμός ερευνητικών εργασιών στο θέμα είναι περιορισμένος. Πρόσφατες μελέτες έχουν ήδη αποτυπώσει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, καταδεικνύοντας σημαντική αύξηση στην επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης. Η σημαντικότητα των ευρημάτων αυτών των ερευνών, στοιχειοθετεί επιστημονικά αυτό που αποτελεί καθημερινό βίωμα των Ελλήνων, δηλαδή τις σοβαρές έως δραματικές επιπτώσεις της εντεινόμενης οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα καταγράφεται προοδευτική αύξηση της κατάθλιψης, η οποία παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις αν ληφθεί υπόψη το μικρό χρονικό διάστημα (2008-2013) μέσα στο οποίο συντελείται.

Πανελλαδικές επιδημιολογικές μελέτες κατά τα έτη 2008, 2009, 2011 και 2013, που διενεργήθηκαν από το ΕΠΙΨΥ, καταγράφουν αύξηση της επικράτησης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013, (Διάγραμμα 6) ενώ επισημαίνεται η ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στον υψηλό βαθμό οικονομικής δυσχέρειας και την επικράτηση μείζονος κατάθλιψης (Economou et al., 2013). Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι ευρήματα επιδημιολογικής μελέτης το 1984 (Madianos & Stefanis, 1992), παρουσιάζουν παρόμοια επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης με ευρήματα της πρόσφατης περιόδου πριν την κρίση. Αυτό σημαίνει ότι τις τελευταίες δεκαετίες μέχρι και το 2008, τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης δεν παρουσίαζαν σημαντικές αποκλίσεις.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Ποσοστό γενικού πληθυσμού με Μείζων Κατάθλιψη (1984-2013)

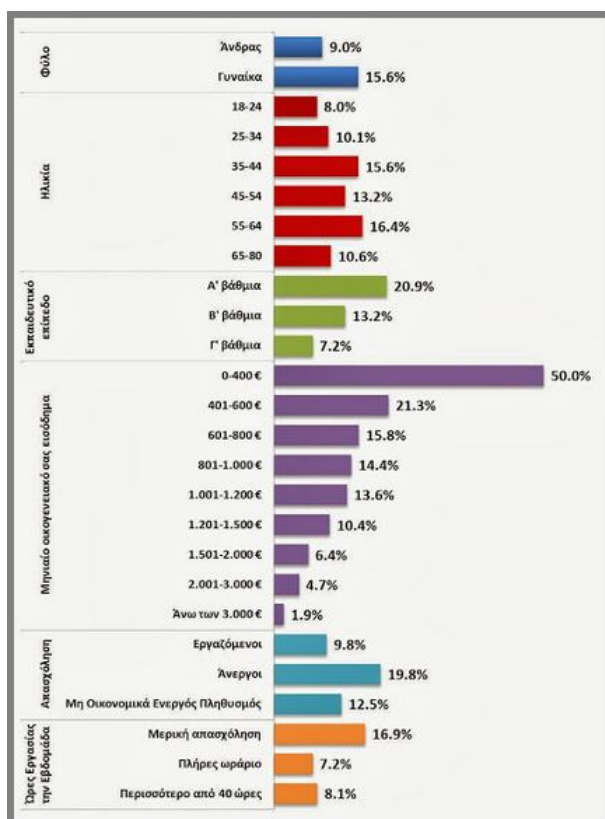


Πηγή: ΕΠΙΨΥ

Οι μελέτες αυτές, καταδεικνύοντας την προοδευτική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας ενόσω η οικονομική κρίση βαθαίνει, υπογραμμίζουν ως επιτακτική ανάγκη τη λήψη μέτρων για την προάσπιση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού και την πρόληψη των αυτοκτονιών. Παρά το γεγονός ότι παρατηρείται μια τάση υπερ-προβολής περιστατικών αυτοκτονίας από τα ΜΜΕ, που συχνά συσκοτίζει το τοπίο δημιουργώντας μια παραπλανητική εικόνα, αυτή η διαπίστωση δεν θα πρέπει να οδηγήσει σε υποτίμηση των διαστάσεων του προβλήματος, ενός προβλήματος που χρήζει άμεσων απαντήσεων.

Από τα δεδομένα της έρευνας του 2013 σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού (ΕΠΨΥ, 2013), προκύπτει ότι οι ομάδες του πληθυσμού στις οποίες καταγράφηκε μεγαλύτερη επικράτηση της κλινικής μείζονος κατάθλιψης ήταν οι γυναίκες, οι ηλικιακές ομάδες των 35-44 και των 55-64 ετών, τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τα άτομα με εισόδημα 0-400 ευρώ, οι άνεργοι και οι υποαπασχολούμενοι (Διάγραμμα 7).

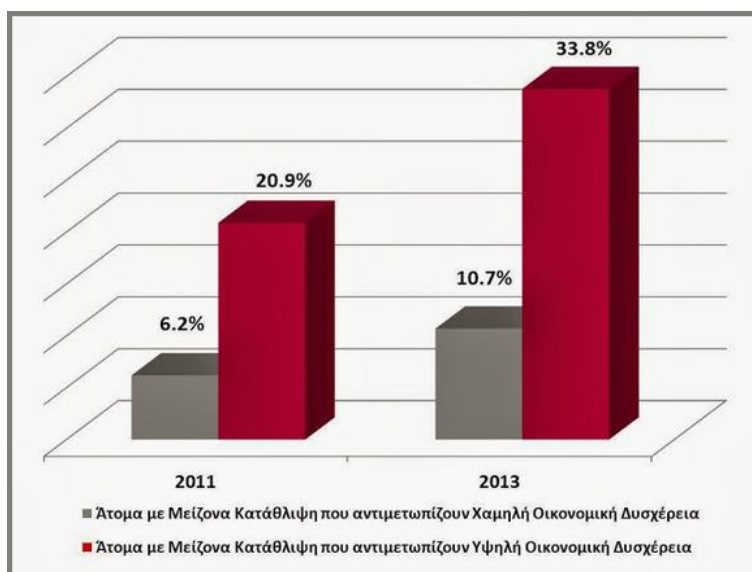
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Προφίλ ατόμων με Μείζων Κατάθλιψη (2013)



Πηγή: ΕΠΨΥ

Από τα συγκριτικά στοιχεία της έρευνας του 2011 και του 2013 (Διάγραμμα 8) αναφορικά με τη συσχέτιση της επικράτησης της κατάθλιψης και της οικονομικής δυσχέρειας, προκύπτει παρόμοια αύξηση της επικράτησης της κατάθλιψης τόσο για αυτούς που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα (από 20,9% σε 33,8%), όσο και για αυτούς με λιγότερα (από 6,2% σε 10,7%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Οικονομική Δυσχέρεια και Κατάθλιψη



Πηγή: ΕΠΙΨΥ

Δηλωτικά των επιπτώσεων της κρίσης είναι και τα στοιχεία από τη χρήση της γραμμής βοήθειας για την κατάθλιψη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής. Το ποσοστό κλήσεων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση αυξήθηκε από 1,8% την περίοδο Ιούλιος-Δεκέμβριος 2008 στο 8,4% και 26,9% την ίδια περίοδο το 2009 και το 2010, αντίστοιχα (Economou et al., 2013).

Σύμφωνα με τη «Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη» οι άνδρες σε ποσοστό 65% και η κατεξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), πλήττονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από την οικονομική κρίση εμφανίζοντας σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους (Μπούρας, Λύκουρας, 2011). Όπως αναφέρεται στην έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την «Ψυχική Υγεία», οι Έλληνες ερωτηθέντες ανησυχούν

περισσότερο για την εξασφάλιση της θέσης εργασίας τους, με τέσσερις στους δέκα (42%) να συμφωνούν ότι κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο που ανέρχεται στο 25%. Νιώθουν το ίδιο με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους σχετικά με το κατά πόσο η δουλειά τους αντικατοπτρίζει τις ικανότητές τους και την αναγνώριση που λαμβάνουν στην εργασία τους (European Commission, Mental Health, 2010).

Τα αιτήματα για ψυχολογική βοήθεια που λαμβάνουν οι γραμμές τηλεφωνικής βοήθειας για κατάθλιψη και αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια κατά μέσο όρο 27% (ΕΠΙΨΥ, 2010).

3.5 Πολιτική υγείας

Η αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία καθίσταται κορυφαία προτεραιότητα της εθνικής υγειονομικής πολιτικής και ειδικότερα η κάλυψη των νοικοκυριών τα οποία υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης (Κυριόπουλος, 2009).

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η παγκόσμια κρίση φαίνεται να «βάζει το μαχαίρι στο λαιμό» των κρατών, προσανατολίζοντας τους στη λήψη απαραίτητων μέτρων για εξυγίανση των συστημάτων υγείας και της εφαρμογής πολιτικών που θα δημιουργήσουν δίκτυ ασφαλείας στην παροχή υπηρεσιών σε όσους έχουν πραγματικά ανάγκη. Αυτό θα μπορέσει να επιτευχθεί μέσα από την περικοπή της σπατάλης, την καλή καταγραφή χρήσιμων πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο, τον συνολικό επαναπροσδιορισμό για την αντιμετώπιση των νοσημάτων και κυρίως των χρόνιων, καθώς και τον προσδιορισμό των ομάδων που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Σήμερα, οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες ομάδες», έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους και των σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συναντούν. Οι μεγάλες ανισότητες στην υγεία, εκτός του προφανούς ηθικού προβλήματος που θέτουν αποτελούν και μια πολύ μεγάλη αιτία μείωσης του ΑΕΠ που συντηρητικά κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 9,5% για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία και αρθρογραφία, διαπιστώνεται ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης τα ζητήματα υγείας όχι μόνο δεν πρέπει να υποτιμούνται αλλά, αντιθέτως πρέπει να αποκτούν προτεραιότητα. Η παραπάνω διαπίστωση συνάδει απόλυτα με τις απόψεις αλλά και τις προτροπές επίσημων παγκόσμιων και διεθνών οργανισμών και φορέων, καθώς η υγεία και η οικονομία αλληλοσυνδέονται στενά. Η καλή υγεία έχει θετικό αντίκτυπο στην οικονομία συνολικά, ενώ αποτελεί βασική προϋπόθεση της ύπαρξης ισχυρού και παραγωγικού εργατικού δυναμικού. Η επένδυση στην υγεία δημιουργεί δυνατότητες νέων θέσεων εργασίας, τόνωσης των αγορών και ενίσχυσης των εμπορικών συναλλαγών (Βασιλείου, 2009).

Η περικοπή των δαπανών για την υγεία αποτέλεσε μια συχνή αντίδραση πολλών κυβερνήσεων και στις προηγούμενες αλλά και στην τωρινή οικονομική κρίση. Ωστόσο, οι περικοπές αυτές εξασθενούν το σύστημα υγείας και προσθέτουν μια κρίση που μπορεί να παρουσιάσει μεγαλύτερες μακροχρόνιες επιπτώσεις από την οικονομική κρίση. Αυτό σημαίνει ότι η αντιμετώπιση μιας βραχυχρόνιας οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που να προκαλέσει μια μακροχρόνια καταστροφή της υγείας, καθώς μέσα από αυτήν οι οικογένειες δεν θα καταφέρουν να αναρρώσουν, ακόμη και σε περίπτωση ανάκαμψης της οικονομίας. Εξάλλου, όπως διαμηνύεται από τον Frenk (2009) η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία αποτελεί τη χειρίστη επιλογή. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να επικεντρωθούν στη μείωση της σπατάλης και τη βελτίωση της αποδοτικότητας, καθώς σε αυτές ακριβώς τις κρίσεις χρειάζονται περισσότερα χρήματα για την υγεία, αλλά και περισσότερη υγεία για χρήματα.

Με δεδομένα τα παραπάνω, η Ελλάδα φαίνεται πως έχει να διανύσει πολύ περισσότερο δρόμο από άλλες ανεπτυγμένες χώρες καθώς ποτέ δεν διέθεσε σημαντικούς πόρους για την υγεία, ακόμα και σε περιόδους μη οικονομικής ύφεσης. Η κακή οργάνωση και διοίκηση του συστήματος, σε συνδυασμό με τον πολυκερματισμό της ασφάλισης υγείας, οδήγησε ήδη στη μετακύλιση σημαντικού μέρους του κόστους στους ίδιους τους ασθενείς (Θεοδώρου et al., 2001). Επίσης, το ήδη επιβαρυνόμενο σύστημα δέχεται ακόμη μεγαλύτερη πίεση, καθώς η αιφνίδια μείωση στα εισοδήματα των οικογενειών, αναγκάζει τους πολίτες που είχαν μέχρι τώρα τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα με δικές τους δαπάνες, να στραφούν στη ζήτηση των αντίστοιχων υπηρεσιών από το δημόσιο σύστημα υγείας, προκαλώντας ακόμη μεγαλύτερη δυσχέρεια σε αυτό και στα ασφαλιστικά ταμεία.

3.5.1 Προτάσεις ενίσχυσης της υγείας

Οι στρατηγικές προτεραιότητες ανάπτυξης της Ελλάδας για τον τομέα της υγείας ορίζονται λαμβάνοντας υπόψη τις αντίστοιχες κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και τις ιδιαίτερα σοβαρές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που διέρχεται η χώρα με έμφαση στις προκλήσεις που τίθενται για ριζική αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένων κοινωνικών αναγκών αλλά και δημοσιονομικών περιορισμών. Οι υφιστάμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί στην Ελλάδα θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως ευκαιρία για τη βελτίωση της σημασίας και της αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς η σχετική κατανομή των χρημάτων μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη εξοικονόμηση. Ο ΟΟΣΑ αποτιμά αυτήν την εξοικονόμηση στο 2% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο μέχρι το 2017 (Υπουργείο Υγείας, 2013).

Ο σχεδιασμός της εθνικής μακροοικονομικής πολιτικής, καθώς και η εφαρμογή της στην τελική φάση πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο, ώστε να ευνοεί την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού τομέα της υγείας. Η διαφθορά και η κακή κατανομή των πόρων μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη βελτίωση της διακυβέρνησης σε όλα τα επίπεδα, έτσι ώστε να βελτιωθεί η υγεία και να προωθηθεί η ανάπτυξη. Επιπλέον, οι ελλείψεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία πόρων και τη δημιουργία θεσμών για την εκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού, που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι επενδύσεις σε στοχευμένους δημόσιους μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την προστασία των πιο ευάλωτων και απόρων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των φτωχών (Unescap, 2007).

Η βιώσιμη πρόοδος για την επίτευξη της υγείας, όπως αυτή αναφέρεται στους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας, είναι δυνατή στο πλαίσιο μιας συνολικής προσέγγισης με επίκεντρο την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, προκειμένου να παραδοθεί μια δέσμη βασικών υπηρεσιών υγείας με δίκαιο και αποτελεσματικό τρόπο. Για την επίτευξη των στόχων, θα πρέπει οι κυβερνώντες να αντιμετωπίσουν σε μεγάλο βαθμό τις ελλείψεις σε υποδομές και να διασφαλίσουν την παροχή βασικών φαρμάκων (Unescap, 2007). Ένα μέτρο που μπορεί να λάβει η ελληνική πολιτεία είναι να

ενισχύσει μέσα στα επιτρεπόμενα όρια τις δαπάνες πρόληψης και προαγωγής. Η αύξηση της ενημέρωσης αποτελεί έναν αποδεδειγμένο τρόπο μείωσης της θνησιμότητας (συμπεριλαμβάνονται οι αυτοκτονίες) λόγω εργασιακού άγχους. Επιπλέον, η έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών μπορεί να μειώσει τα υψηλά μακράς διάρκειας κόστη θεραπείας με την αποφυγή δεκάδων χιλιάδων πρόωρων θανάτων (European Commission, Investing in Health, 2013). Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για την προώθηση της ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην εξοικονόμηση έως και €135 δισεκατομμύριων ετησίως με τη μείωση των συχνών απουσιών και της πρόωρης συνταξιοδότησης (Unescap, 2007). Η υγεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βασικό εργαλείο για τη μείωση της φτώχειας και της πείνας. Η αντιμετώπιση της αυξανουσας ανεργίας πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα της κυβερνητικής πολιτικής, καθώς ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη δημιουργία ψυχολογικών διαταραχών και στην τελική παρεμπόδιση της οικονομικής μεγέθυνσης.

Σε άρθρο του στο επιστημονικό περιοδικό «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής», ο Σουλιώτης (2014) προτείνει τη διεύρυνση της «ατζέντας» της ΠΦΥ, μέσω της ένταξης της ψυχικής υγείας και της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων σε αυτήν. Σύμφωνα με τον ίδιο, αυτή η μετατόπιση της διαχείρισης σε επίπεδο ΠΦΥ αναδεικνύεται στις ημέρες μας ως κυρίαρχη τάση, αλλά και επιταγή, σύμφωνα με τα επιστημονικά ευρήματα και τις συστάσεις διεθνών οργανισμών.

Ο ΠΟΥ σε ειδική έκδοσή του αναφορικά με την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία (WHO, 2011), υπογραμμίζει μεταξύ άλλων τη σημαντικότητα της ύπαρξης προσβάσιμων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού και ειδικά των ομάδων των οποίων η ψυχική υγεία βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (άτομα χαμηλού εισοδήματος, άνεργοι, άτομα με χρέη κ.ά.). Όπως προαναφέρθηκε όμως, η αξιοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετίζεται πολυδιάστατα με το στίγμα και τις κοινωνικές αντιλήψεις για την ψυχική νόσο.

Προγράμματα σωστής, έγκυρης και αντικειμενικής ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της ουσιαστικής αντιμετώπισης του προβλήματος. Υπάρχουν στοιχεία όμως, που δείχνουν ότι τα προγράμματα αυτά που απευθύνονται στο ευρύ κοινό, δεν αρκούν και συχνά έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Οι έρευνες δείχνουν ότι απαιτείται η εφαρμογή καινοτόμων παρεμβάσεων, ειδικά εστιασμένων στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σοβαρότερα από την οικονομική κρίση και διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, κατάθλιψη και αυτοκτονικές συμπεριφορές.

Οι Park et al. (2009), μελετώντας τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του ΟΟΣΑ από το 1980 έως το 2003, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικοοικονομική κρίση.

Η οικονομική κρίση αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας και τομείς μείζονος σημασίας, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Ωστόσο η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι στοχευμένες αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας. Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας, θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες. Η οικονομική κρίση είναι μια ευκαιρία για την Ελλάδα να πραγματοποιήσει διαρθρωτικές αλλαγές στους βασικούς κοινωνικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της απασχόλησης και της υγείας. Αλλαγές που θα έπρεπε να είχαν γίνει πριν χρόνια, χωρίς να χρειαζόταν να φτάσει η χώρα στην σημερινή τραγική κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Έρευνα

4.1 Σκοπός και στόχοι

Ο βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση-διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ενός επαρχιακού νοσοκομείου απέναντι στην κατάθλιψη και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν, καθώς και η μελέτη της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Ειδικότερα, οι στόχοι που η έρευνα αποσκοπεί να επιτύχει, είναι:

- Ικανότητα αναγνώρισης νόσου κατάθλιψης
- Καταγραφή στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη
- Διερεύνηση αποτελεσματικότητας των μορφών θεραπείας – παρέμβασης
- Καταγραφή στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα
- Διερεύνηση αποτελεσματικών παροχών βοήθειας
- Αποτύπωση παραγόντων που κατά την άποψη των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ασθενών

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- α) Ποιες είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη;
- β) Ποιες είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις διαθέσιμες μορφές θεραπείας – παρέμβασης;
- γ) Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας;

δ) Πως σχετίζονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας με τα δημογραφικά τους στοιχεία (φύλο, ηλικία, τόπο καταγωγής, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα και τομέα εργασίας);

Η έρευνα προσπαθεί να αποτυπώσει την υποκειμενική άποψη των επαγγελματιών υγείας για το στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες μορφές θεραπείας – παρέμβασης.

4.3 Μεθοδολογία

Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό (cross-sectional design), η οποία στοχεύει στον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και στη διερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση και περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα και οδηγεί σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και δίνει υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα. Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε θεωρείται κατάλληλος και πρόσφορος για τα περιορισμένα χρονικά περιθώρια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Ο σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η περιγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Μέσω αυτής περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική έρευνα και έλεγχο της θεωρίας (Burns & Grove 2001). Η περιγραφική μελέτη ή μελέτη συσχέτισης σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς που αφορούν στην επικράτηση, στην κατανομή και συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών. Μια περιγραφική μελέτη μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό.

Η ποσοτική προσέγγιση επιλέχτηκε ως η πιο κατάλληλη μέθοδος, εφόσον αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για να ποσοτικοποιήσει, να ελέγξει συγκεκριμένες θεωρητικές υποθέσεις και να παράγει αξιόπιστα, έγκυρα και αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα (Coolikan, 2004; Ιωαννίδη, 2012). Η συλλογή των δεδομένων στην παρούσα ερευνητική μελέτη επιλέχτηκε να γίνει

με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου και με την τεχνική της προσωπικής δομημένης συνέντευξης (face to face interview). Οι λόγοι που οδήγησαν στη συγκεκριμένη επιλογή ήταν: αφενός με την τεχνική αυτή θα δίνονταν όλες οι απαντήσεις και δε θα υπήρχαν κενές ερωτήσεις, ούτε και κενά ερωτηματολόγια, και αφετέρου θα παρέχονταν τυχόν απαραίτητες επεξηγήσεις στους ερωτώμενους, όπου χρειαζόνταν, σχετικά με το νοηματικό περιεχόμενο των ερωτήσεων (Oppenheim, 1992).

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στη λεπτή και διακριτική διαχείριση των αρνητικών σημείων που διακρίνουν αυτές τις μεθόδους της προσωπικής συνέντευξης:

- (α) Η χρονική διάρκεια της συνέντευξης δεν ξεπερνούσε τα 15 λεπτά, χωρίς να αποτελεί χρονοβόρα και ταυτόχρονα κουραστική διαδικασία. Η πραγματοποίηση της διεξάγονταν σε εύλογη χρονική στιγμή, χωρίς να γίνεται χρονική σπατάλη από την εργασία του ερωτώμενου.
- (β) Η ερευνήτρια ανήκε στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου, αποπνέοντας (α) φιλικότητα, που αποτέλεσε προϋπόθεση για την αύξηση της αξιοπιστίας της συνέντευξης, (β) φυσικότητα και (γ) εμπιστοσύνη. Επιπροσθέτως, ο συνεντευκτής διατηρούσε την ουδετερότητα και την αμεροληψία του στην καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων.
- (γ) Διαβεβαιώνονταν από πλευράς του συνεντευκτή η τήρηση της πλήρους ανωνυμίας των ερωτώμενων και σε επιβεβαίωση με το πέρας της συνέντευξης, το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σφραγίζονταν παρουσία των σε φάκελο.
- (δ) Οι ερωτήσεις δεν περιείχαν παραμέτρους που να άπτονται ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Η συμπλήρωση των απαντήσεων και η καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, διεξήχθη με την προσήκουσα διαβεβαίωση της εμπιστευτικότητας των απαντήσεων.
- (ε) Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην κοινωνική επαφή μεταξύ συνεντευκτή και ερωτώμενου, καθώς πολλές φορές ο ερωτώμενος επηρεάζεται από το φύλο του ερευνητή, τα μηνύματα που εκπέμπει, τον τρόπο που εκφέρει τις ερωτήσεις, αλλά και δέχεται τις απαντήσεις. Η παρουσία του συνεντευκτή δεν είχε σκοπό παρέμβασης, παρά μόνο κατεύθυνσης της συζήτησης, εξασφαλίζοντας την αντικειμενικότητά της.

(στ) Η καταγραφή των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας στο ερωτηματολόγιο παρακολούθηθηκε με ιδιαίτερη προσοχή, προκειμένου να διαπιστωθεί εγκαίρως αν οι ερωτώμενοι δυστοκούσαν σε κάποια σημεία του. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε, γεγονός που επιβεβαιώνονταν από τη μη ύπαρξη δισταγμού στις απαντήσεις και επεξηγηματικών ερωτήσεων πριν την αποτύπωση της άποψής τους.

4.4 Δείγμα της μελέτης

Πληθυσμό-στόχο της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κορίνθου, που βρίσκεται στην πόλη της Κορίνθου. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο επιλέχθηκε, επειδή αποτελεί την υπηρεσία υγείας στην οποία εργάζεται η ερευνήτρια, βρίσκεται στη γεωγραφική περιφέρεια της πόλης που κατοικεί, και κατ' επέκταση η πρόσβαση σε κάθε τομέα εργασίας του νοσοκομείου υπήρξε εύκολη.

Ο αφετηριακός προσανατολισμός της μελέτης, στόχευε να αποτυπώσει αποκλειστικά και μόνο την άποψη που εκφράζουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας από την εργασιακή τους εμπειρία στο νοσοκομείο. Δεν ακολουθήθηκε διαδικασία δειγματοληψίας καθώς η έρευνα αφορούσε όλο τον προς διερεύνηση αριθμό των εργαζομένων στην επιλεγμένη υπηρεσία υγείας. Για την πραγματοποίηση της μελέτης και τη διανομή των ερωτηματολογίων συντάχθηκε Ερευνητικό Πρωτόκολλο (*Παράρτημα Α*), το οποίο και κατατέθηκε προς έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 203 επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στο εργατικό δυναμικό του Γ.Ν.Νοσοκομείου Κορίνθου, από όλες τις ειδικότητες και όλους τους τομείς εργασίας της συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας.

4.5 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο (*Παράρτημα Β*), το οποίο περιλάμβανε βινιέτα για την αναγνώριση της νόσου και κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη η οποία αποτελεί μετάφραση της κλίμακας Depression Stigma Scale-Personal (DSS-Personal) που έχει κατασκευασθεί από τους Griffiths και συνεργάτες (Griffiths et al., 2004). Επίσης, περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών θεραπείας/παρέμβασης οι οποίες δεν είναι κλίμακα και βασίζονται σε αντίστοιχες μεθοδολογίες των Jorm και συνεργάτες καθώς και αυτοσχέδια κλίμακα μελέτης στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα που έχει ενσωματωθεί στη δημοσίευση Peppou et al. (2010). Τέλος, περιλαμβάνονταν ερωτήσεις σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για την κατάθλιψη.

Το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε από την ερευνήτρια και την επιστημονική σύμβουλο στη διαμόρφωση των δημογραφικών στοιχείων καθώς και στην εισαγωγή ερωτήσεων για το συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο ερωτηματολόγιο αποκρύφτηκε ο τίτλος της μελέτης και ειδικότερα η λέξη «κατάθλιψη» σε κάθε αναφορά, για τον προφανή λόγο της αναγνώρισης της νόσου από τους ερωτώμενους επαγγελματίες υγείας μέσω βινιέτας. Αντ' αυτής, χρησιμοποιήθηκε ο όρος «ψυχικό νόσημα» και «ψυχική διαταραχή».

Με αφετηρία τις παραπάνω παραμέτρους και στηριζόμενοι στις αντίστοιχες κλίμακες ερωτήσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί στις μελέτες των προαναφερθέντων ερευνητών, δημιουργήθηκε μια τελική κλίμακα 46 ερωτήσεων.

4.5.1 Δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης χωρίζεται σε έξι (6) ενότητες:

A. Δημογραφικά στοιχεία

Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας (φύλο, ηλικία, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, χρόνια προϋπηρεσίας, τομέας εργασίας). Οι ερωτώμενοι επέλεξαν μόνο μία απάντηση από ένα προκαθορισμένο αριθμό απαντήσεων, με εξαίρεση τον τομέα εργασία τους, όπου συμπλήρωναν άνω της μίας επιλογής.

B. Κάδρο/Βινιέτα

Στην δεύτερη ενότητα περιλαμβάνονται δύο (2) ερωτήσεις που αφορούν στην αναγνώριση της ψυχικής διαταραχής καθώς και του βαθμού σοβαρότητας, με βάση πληροφορίες που παρέχονται από ένα συγκεκριμένο παράδειγμα βινιέτας. Το περιεχόμενο της βινιέτας αναφέρεται σε συγκεκριμένα γεγονότα που αφορούν ένα άτομο, την Μαρία, 26 χρονών. Οι επαγγελματίες υγείας, με βάση τη βινιέτα, καλούνταν να απαντήσουν (Ναι/Όχι) εάν αναγνωρίζουν κάποια ψυχική διαταραχή, να την ονοματίσουν, καθώς και να προσδιορίσουν το βαθμό σοβαρότητας της ψυχικής διαταραχής, βάση 3-βαθμης κλίμακας (Ελαφρύ/Μέτριο/Σοβαρό).

Γ. Κλίμακα στάσεων

Στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνονται εννέα (9) ερωτήσεις κλειστού τύπου, σχετικά με τη βινιέτα, με σκοπό την καταγραφή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη. Οι ερωτώμενοι επέλεξαν μόνο μία απάντηση για κάθε δήλωση, εκφράζοντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους, μέσα από μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 1 για την απάντηση «Διαφωνώ πολύ» μέχρι το 5 για την απάντηση «Συμφωνώ πολύ».

Δ. Αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας - παρέμβασης

Στην τέταρτη ενότητα περιλαμβάνονται δώδεκα (12) ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τις θεραπείες-παρεμβάσεις που βοηθούν στην αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνταν με βάση τη βινιέτα, να αποτυπώσουν τις απόψεις τους επιλέγοντας από μία 4-βαθμη διαβάθμιση το ποσοστό (%) αποτελεσματικότητας των προτεινόμενων παρεμβάσεων.

Ε. Αυτοσχέδια κλίμακα στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα

Στην πέμπτη ενότητα περιλαμβάνονται έξι (6) ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα και τα αγχολυτικά ειδικότερα. Οι ερωτώμενοι επέλεξαν μόνο μία απάντηση για κάθε πρόταση, εκφράζοντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους, μέσα από μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 1 για την απάντηση «Διαφωνώ πολύ» μέχρι το 5 για την απάντηση «Συμφωνώ πολύ».

ΣΤ. Γενικές ερωτήσεις

Η έκτη ενότητα περιλαμβάνει οκτώ (8) ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για την κατάθλιψη, το ιστορικό και τα αίτια προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και τον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με αυτά. Οι ερωτώμενοι καλούνταν να επιλέξουν μόνο μία απάντηση για κάθε ερώτηση, εκτός της ερώτησης που αφορούσε τα αίτια αύξησης των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας, στην οποία είχαν τη δυνατότητα επιλογής όσων προτάσεων επιθυμούν. Στις δύο (2) ερωτήσεις που σχετίζονται με την οικονομική κρίση, οι ερωτώμενοι επέλεξαν με «Ναι» ή «Όχι» για το αν η οικονομική κρίση προκάλεσε επιβάρυνση του ψυχισμού τους καθώς και προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους.

4.6 Η πιλοτική μελέτη

4.6.1 Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου

Η στάθμιση και ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή χρήση του στην παρούσα έρευνα. Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης είναι ο βαθμός της συνέπειας με τον οποίο η τεχνική μέτρηση μετρά το χαρακτηριστικό που διατείνεται ότι μετρά (Sproull, 1998), δηλ. ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μετρά κάποιο χαρακτηριστικό με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά, που χρησιμοποιείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες με τα ίδια υποκείμενα και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του τυχαίου σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης.

Στην πρώτη φάση της πιλοτικής εκτίμησης, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 50 άτομα, σε ισότιμες ομάδες επαγγελματιών υγείας για κάθε τομέα εργασίας του νοσοκομείου. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής για να εκτιμηθεί η εσωτερική συνέπεια των κλιμάκων καθώς και του ερωτηματολογίου συνολικά. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υποκλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's Alpha που δείχνει την ομοιογένεια της κλίμακας. Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του Cronbach's Alpha θα πρέπει να είναι $>0,70$. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.

4.6.2 Εσωτερική συνάφεια

Η εσωτερική συνάφεια ερμηνεύεται ως ο βαθμός συνοχής (συσχέτισης) του κάθε ερωτήματος με την κλίμακα (και με τα υπόλοιπα ερωτήματα). Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha για το σύνολο της κλίμακας, βρέθηκε για τους συμμετέχοντες στην πρώτη φάση της έρευνας ($n=50$) να είναι 0,786 εκπληρώνοντας το κριτήριο $>0,70$. Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής των υποκλιμάκων κυμαίνονται από 0,751 έως 0,877 για συγκρίσεις μεταξύ ομάδων (Παράρτημα Γ). Οι ικανοποιητικοί συντελεστές αξιοπιστίας και η υψηλή εσωτερική σταθερότητα της κλίμακας κάνουν αποδεκτή τη μεταφορά του ερωτηματολογίου στο δείγμα για πιλοτική εκτίμηση. Παρατηρείται επίσης, οι ερωτήσεις και οι κλίμακες τους να μην εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανεξάρτητα από την ίδια την τιμή του συντελεστή συσχέτισης, αποδεικνύοντας ότι οι απαντήσεις προέρχονται από το ίδιο δείγμα.

4.7 Δεοντολογικά θέματα και ηθική της έρευνας

4.7.1 Έγκριση διεξαγωγής της μελέτης

Πρώτο βήμα στη διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης, αποτέλεσε η αίτηση της ερευνήτριας προς το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η χορήγηση ενυπόγραφης έγκρισής του, για τη νομιμότητα της διαδικασίας. Η αίτηση εμπεριείχε το ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας με περιληπτική αναφορά στην ερευνητική πρόταση, καθώς και το εργαλείο μέτρησης (ερωτηματολόγιο) και την στατιστική ανάλυση.

4.7.2 Συνειδητή συγκατάθεση και διασφάλιση ανωνυμίας συμμετεχόντων

Στην παρούσα έρευνα, η βασική ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσει τα δικαιώματά τους, τόνιζε εκ των προτέρων στη συνοδευτική ενημερωτική επιστολή του ερωτηματολογίου, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, καθώς και την εθελοντική φύση της μελέτης. Επιπλέον, για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων ακολουθήθηκε η χρήση ξεχωριστού φακέλου για τον κάθε ερωτώμενο, στον οποίο παρουσία του το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σφραγιζόταν.

4.8 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και χωρίς διαμεσολάβηση οποιουδήποτε άλλου συνδέσμου. Σε καθημερινή βάση η ερευνήτρια προσδιόριζε το υπό έρευνα δείγμα και συνέλλεξε στοιχεία συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια μαζί με τους ερωτώμενους επαγγελματίες υγείας. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε τέσσερις μήνες, από τον Νοέμβριο του 2013 έως και τον Φεβρουάριο του 2014. Στη συνέχεια, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα Έρευνας

5.1 Στατιστική ανάλυση

Για τις ποσοτικές και τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών (συνεχείς ή διακριτές), εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), διάμεσου (median) και μέσης τιμής (mode), μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης (σ), τυπικού σφάλματος (stddev) και χρησιμοποιήθηκαν ιστογράμματα. Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών (διάταξης ή ονομαστικές), χρησιμοποιήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων με χρήση απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων, ραβδογράμματα ή κυκλικά διαγράμματα.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$.

Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές ($r > 0$) και αρνητικές ($r < 0$) γραμμικές συσχετίσεις.

Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από $r = 0.1 - 0.3$, μέτριες όταν κυμαίνεται από $r = 0.31 - 0.5$ και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από $r = 0.5$. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA.

Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0 (SPSS, Inc, Chicago, Illinois). Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για το σκοπό αυτό (Babbie et al., 2003).

5.2 Αξιοπιστία κλιμάκων

Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha κυμαίνονται από 0,827 έως 0,897 ικανοποιώντας σε κάθε περίπτωση το κριτήριο $>0,70$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) του ερωτηματολογίου

Εργαλεία Μέτρησης	Alpha (a)
Κλίμακα στάσεων	0,897
Αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας – παρέμβασης	0,827
Αυτοσχέδια κλίμακα στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα	0,866

Οι ερωτήσεις και οι κλίμακές τους δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανεξάρτητα από την ίδια την τιμή του συντελεστή συσχέτισης, αποδεικνύοντας ότι οι απαντήσεις προέρχονται από το ίδιο δείγμα.

5.3 Αποτελέσματα έρευνας

5.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελείται από 203 άτομα. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα Δημογραφικά Στοιχεία των συμμετεχόντων:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=203)

		N	%
Φύλο	Άνδρες	59	29,1
	Γυναίκες	144	70,9
Ηλικία (έτη)	20-30	16	7,9
	31-40	74	36,5
	41-50	91	44,8
	51-60	20	9,9
	>60	2	1,0
Περιοχή που έχετε μεγαλώσει	Αστική	109	53,7
	Ημιαστική	94	46,3
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	51	25,1
	Έγγαμος/η	137	67,5
	Διαζευγμένος/η	11	5,4
	Χήρος/α	4	2,0
Αριθμός παιδιών	Κανένα	59	29,1
	Ένα	33	16,3
	Δύο	88	43,3
	Τρία	19	9,4
	Περισσότερα	4	2,0
Μορφωτικό επίπεδο	Βασική εκπαίδευση	57	28,1
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	71	35,0
	Πτυχίο Α.Ε.Ι.	41	20,2
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	34	16,7

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι γυναίκες (70,9%). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 20 έως 65 χρόνια, με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 41-50 ετών (44,8%) και 31-40 ετών (36,5%) αντίστοιχα. Οι περισσότεροι έχουν μεγαλώσει σε αστική περιοχή (53,7%), είναι έγγαμοι (67,5%), με δύο παιδιά (43,3%). Ένας στους δύο επαγγελματίες υγείας είναι κάτοχος πτυχίου (55,2%), με τους περισσότερους να διαθέτουν πτυχίο Τ.Ε.Ι (35,0%) και πτυχίο Α.Ε.Ι. (20,2%), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού διπλώματος (16,7%).

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας.

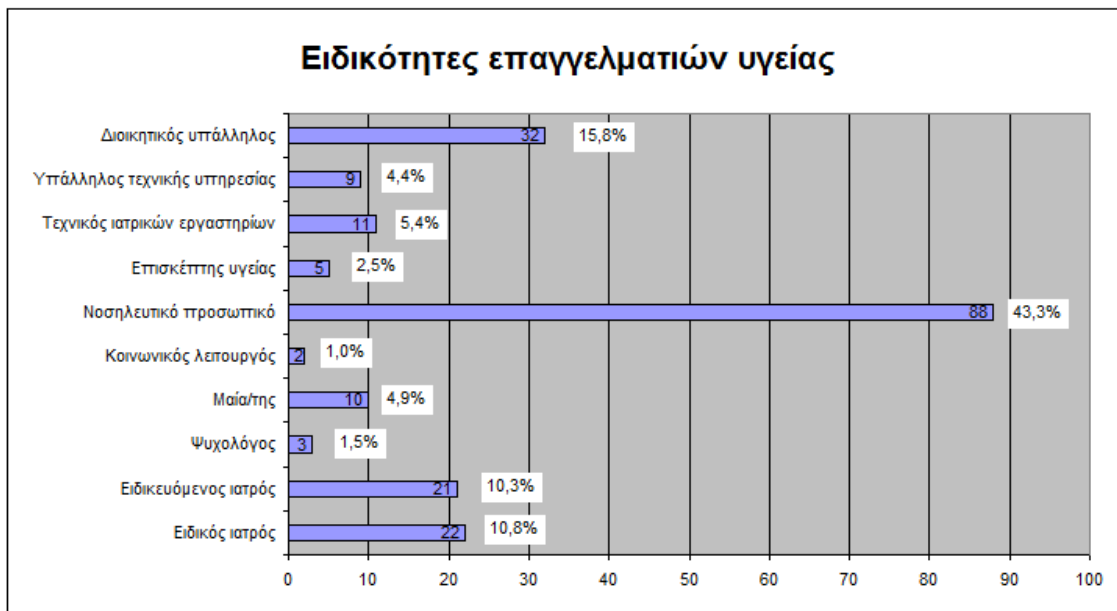
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ειδικότητες επαγγελματιών υγείας του δείγματος (N=203)

Ειδικότητες	N	%
Ειδικός ιατρός	22	10,8
Ειδικευόμενος ιατρός	21	10,3
Ψυχολόγος	3	1,5
Μαία/της	10	4,9
Κοινωνικός λειτουργός	2	1,0
Νοσηλευτικό προσωπικό	88	43,3
Π.Ε.	4	2,0
Τ.Ε.	52	25,6
Δ.Ε.	29	14,3
Υ.Ε.	3	1,5
Επισκέπτης υγείας	5	2,5
Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων	11	5,4
Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας	9	4,4
Διοικητικός υπάλληλος	32	15,8

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι νοσηλευτικό προσωπικό (43,3%) τεχνολογικής (25,6%) και διευθυντικής (14,3%) εκπαίδευσης. Στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας καταγράφονται ειδικοί (10,8%) και ειδικευόμενοι ιατροί (10,3%), διοικητικοί υπάλληλοι (15,8%) και μαιευτές (4,9%). Επίσης, το δείγμα περιλαμβάνει τεχνικούς ιατρικών εργαστηρίων (5,4%), υπάλληλους τεχνικών υπηρεσιών (4,4%), ψυχολόγους (1,5%), καθώς και κοινωνικούς λειτουργούς (1,0%).

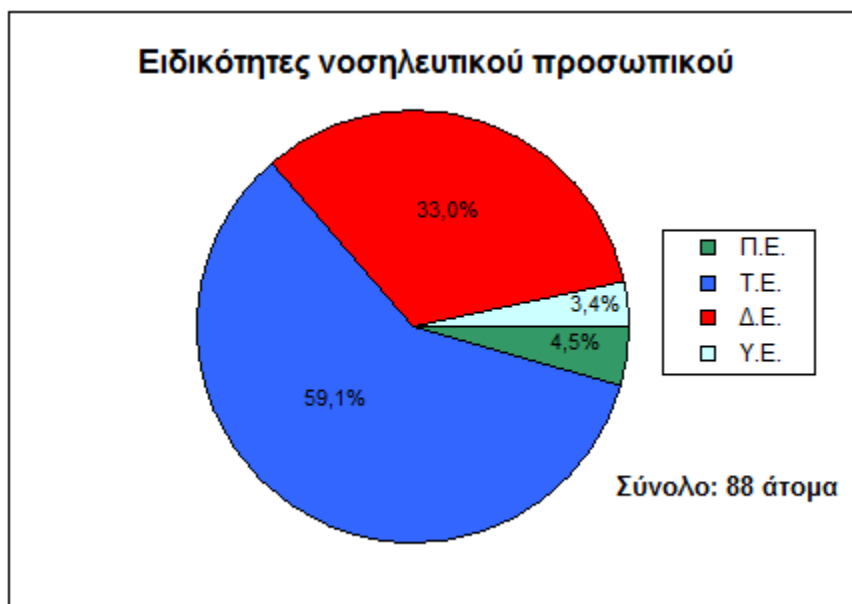
Στο *Γράφημα 1*, απεικονίζονται οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Ειδικότητες επαγγελματιών υγείας



Στο *Γράφημα 2*, απεικονίζονται οι ειδικότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Σημειώνεται πως τα ποσοστά αναφέρονται στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού και όχι στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας του δείγματος.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Ειδικότητες νοσηλευτικού προσωπικού



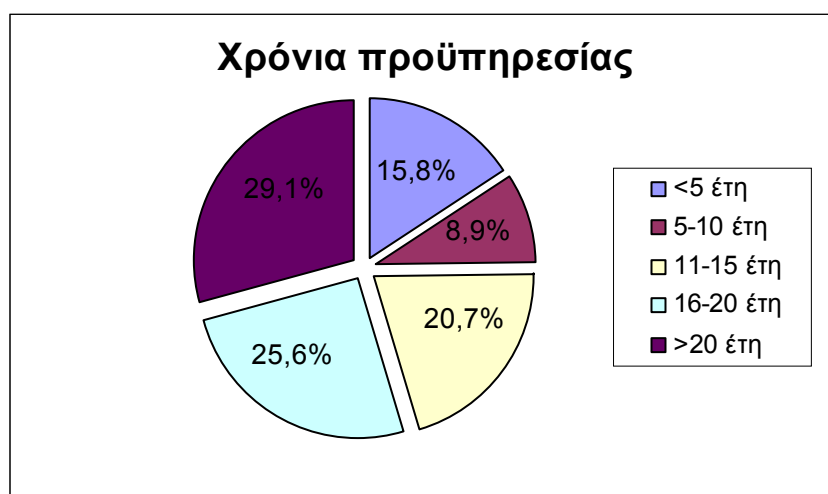
Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα χρόνια προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Χρόνια προϋπηρεσίας δείγματος (N=203)

Έτη προϋπηρεσίας	N	%
<5	32	15,8
5-10	18	8,9
11-15	42	20,7
16-20	52	25,6
>20	59	29,1

Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 ετών (75,4%) με τους περισσότερους να διατηρούν άνω των 20 ετών προϋπηρεσία (29,1%), ενώ ένα μικρό ποσοστό (15,8%) εργάζεται λιγότερο από 5 χρόνια.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Χρόνια προϋπηρεσίας



Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν τον τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας του δείγματος.

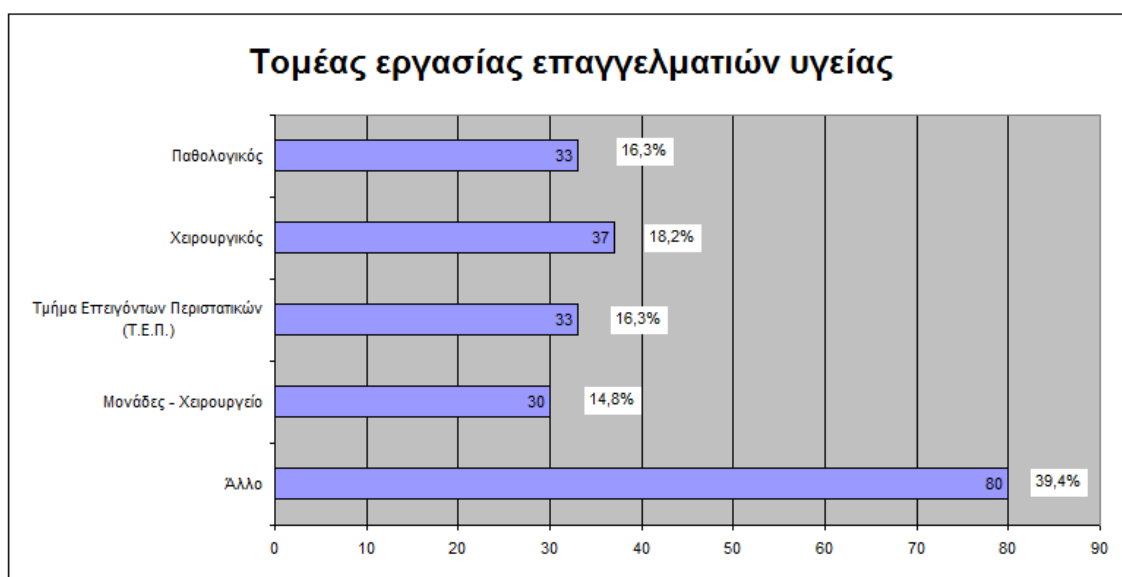
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Τομέας εργασίας δείγματος (N=203)

Τομέας εργασίας	N	%
Παθολογικός	33	16,3
Χειρουργικός	37	18,2
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	33	16,3
Μονάδες – Χειρουργείο	30	14,8
Άλλο	80	39,4

Στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας το 34,5% απασχολείται στον χειρουργικό (18,2%) και παθολογικό (16,3%) τομέα, ενώ το 31,1% εργάζεται στα επείγοντα περιστατικά (16,3%) και στις μονάδες-χειρουργεία (14,8%). Η πλειοψηφία του δείγματος (39,4%) απασχολείται σε άλλο τομέα εργασίας.

Στο Γράφημα 4 απεικονίζεται ο τομέας εργασίας των συμμετεχόντων στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας του δείγματος.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Τομέας εργασίας επαγγελματιών υγείας



5.3.2 Βινιέτα

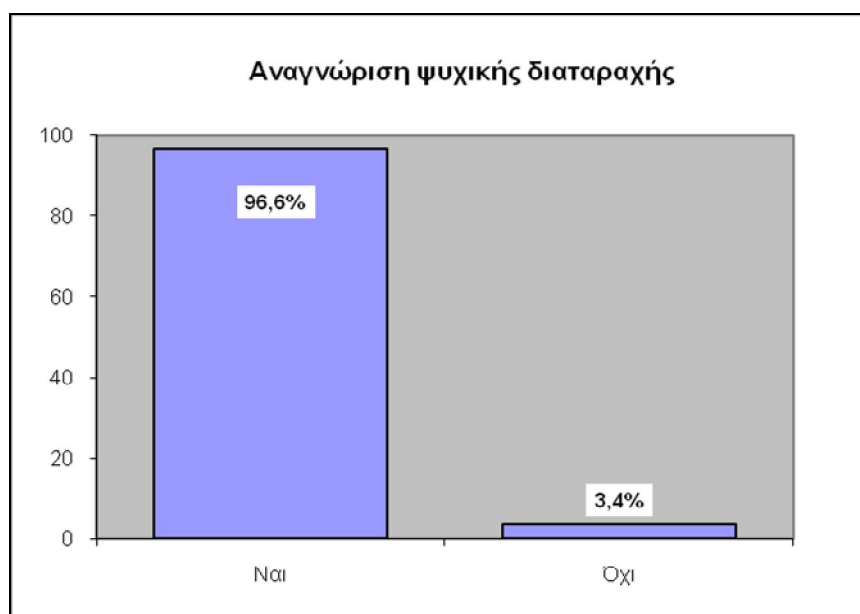
Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σχετίζονται με το παράδειγμα της βινιέτας:

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Αναγνώριση ψυχικής διαταραχής

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	N (%)	N (%)
Από τις πληροφορίες που παρέχονται στο παράδειγμα, πιστεύετε ότι η Μαρία πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή;	196 (96,6)	7 (3,4)

Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (96,6%), αναγνωρίζει την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Αναγνώριση ψυχικής διαταραχής



Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας που αναγνώρισαν κάποια ψυχική διαταραχή στο παράδειγμα της βινιέτας.

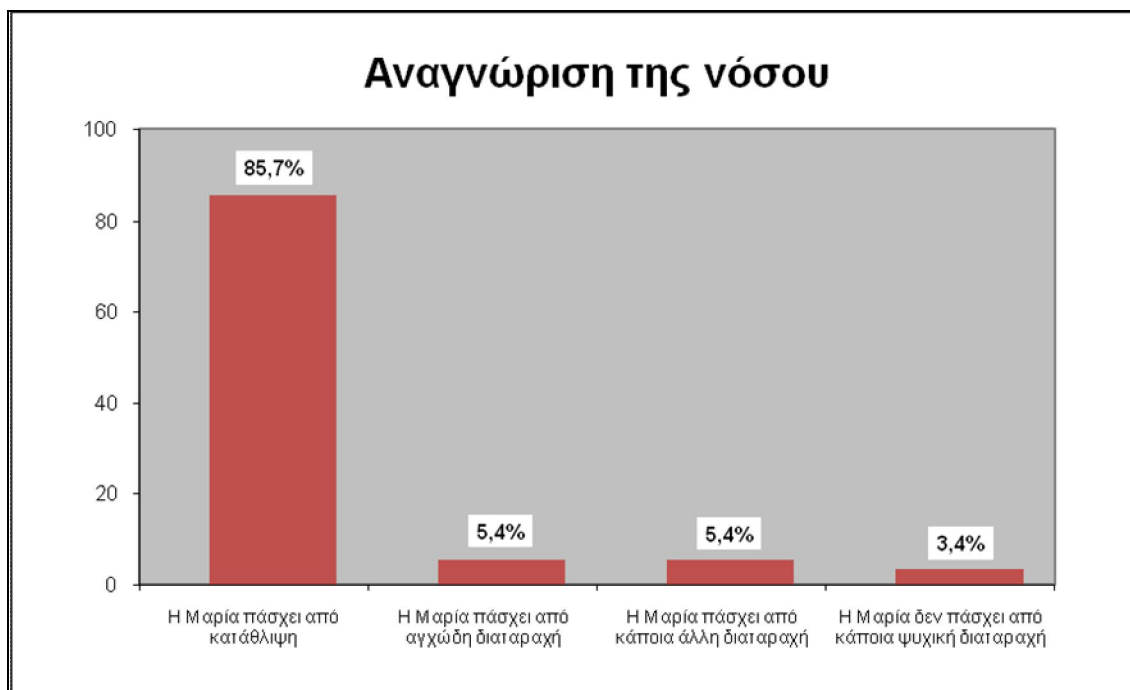
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Ονομασία ψυχικών διαταραχών

Ψυχική διαταραχή	N	% ναι	% συνόλου
Κατάθλιψη	174	88,8	85,7
Άγχος	11	5,6	5,4
Φοβία	2	1,0	1,0
Ψυχωτικό σύνδρομο	2	1,0	1,0
Απομόνωση	1	0,5	0,5
Θλίψη	1	0,5	0,5
Μελαγχολία	1	0,5	0,5
Νευρωτική κατάσταση	1	0,5	0,5
Πεσμένο ηθικό λόγω αδύναμου χαρακτήρα	1	0,5	0,5
Σχιζοφρένεια	1	0,5	0,5
Δεν γνωρίζω	1	0,5	0,5

Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας αναγνωρίζουν την κατάθλιψη (85,7%). Κάποιοι από αυτούς την προσδιορίζουν ως μείζων κατάθλιψη, καταθλιπτική διαταραχή/σύνδρομη, χαμηλή αυτοπεποίθηση, σωματοποίηση άγχους καθώς και έντονο στρες που οδηγεί σε κατάθλιψη. Κάποιοι άλλοι επαγγελματίες υγείας παρατηρούν άγχος (5,4%), το οποίο και προσδιορίζουν ως αγχώδης διαταραχή/σύνδρομη. Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων, καταγράφονται επίσης φοβία, ψυχωτικό σύνδρομο, απομόνωση, θλίψη και μελαγχολία, νευρωτική κατάσταση, πεσμένο ηθικό λόγω αδύναμου χαρακτήρα, καθώς και σχιζοφρένεια. Σημειώνεται η περίπτωση ενός ερωτώμενου, ο οποίος ενώ αντιλαμβάνεται την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, δεν ήταν σε θέση να την προσδιορίσει ονομαστικά.

Στο *Γράφημα 6* απεικονίζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την αναγνώριση της νόσου από τους επαγγελματίες υγείας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Αναγνώριση της νόσου



Σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, το 85,7% πιστεύει ότι η Μαρία πάσχει από κατάθλιψη, το 5,4% πιστεύει ότι πάσχει από αγχώδη διαταραχή, το 5,4% πιστεύει ότι πάσχει από κάποια άλλη διαταραχή, ενώ το 3,4% πιστεύει ότι η Μαρία δεν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή.

Για τη διευκόλυνση της στατιστικής ανάλυσης, η μεταβλητή που αφορά την ειδικότητα επανακωδικοποιήθηκε και μετασηματίστηκε, δημιουργώντας μια νέα μεταβλητή που ομαδοποιεί περαιτέρω τα δεδομένα σε κατηγορίες.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται ο εν λόγω μετασηματισμός/ομαδοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Επανακωδικοποίηση ειδικοτήτων

Ειδικός ιατρός	Ιατροί
Ειδικευόμενος ιατρός	
Νοσηλευτικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό
Π.Ε.	
Τ.Ε.	
Δ.Ε.	
Υ.Ε.	
Μαία/της	Μαία/της
Ψυχολόγος	Κοινωνικοί λειτουργοί
Κοινωνικός λειτουργός	
Επισκέπτης υγείας	
Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων	Τεχνικό προσωπικό
Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας	
Διοικητικός υπάλληλος	Διοικητικό προσωπικό

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην ερώτηση αναγνώρισης κάποιας ψυχικής διαταραχής ανά ειδικότητα, χρόνια προϋπηρεσίας και τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αναγνώριση ψυχικής διαταραχής (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	42 (97,7)	1 (2,3)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	85 (96,6)	3 (3,4)
	Μαία/της	9 (90,0)	1 (10,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	10 (100,0)	0 (0,0)
	Τεχνικό προσωπικό	19 (95,0)	1 (5,0)
	Διοικητικό προσωπικό	31 (96,9)	1 (3,1)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	31 (96,9)	1 (3,1)
	5-10	18 (100,0)	0 (0,0)
	11-15	40 (95,2)	2 (4,8)
	16-20	50 (96,2)	2 (3,8)
	>20	57 (96,6)	2 (3,4)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	32 (97,0)	1 (3,0)
	Χειρουργικός	36 (97,3)	1 (2,7)
	Τ.Ε.Π.	32 (97,0)	1 (3,0)
	Μονάδες – Χειρουργείο	28 (93,3)	2 (6,7)
	Άλλο	78 (97,5)	2 (2,5)

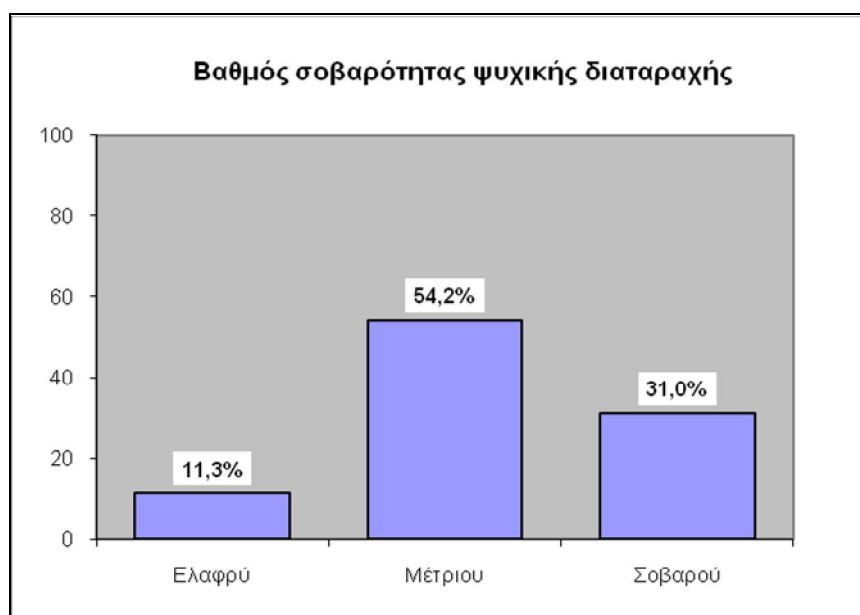
Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τον βαθμό σοβαρότητας της ψυχικής διαταραχής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Βαθμός σοβαρότητας ψυχικής διαταραχής

	ΕΛΑΦΡΥ	ΜΕΤΡΙΟΥ	ΣΟΒΑΡΟΥ
	N (%)	N (%)	N (%)
Τι βαθμού σοβαρότητας θεωρείτε ότι είναι;	23 (11,3)	110 (54,2)	63 (31,0)

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας χαρακτηρίζει ως μέτριου βαθμού σοβαρότητας (54,2%) την ψυχική διαταραχή. Περίπου ένας στους τρεις ερωτώμενους (31,0%) παρατηρεί σοβαρού βαθμού ψυχική διαταραχή, ενώ μόλις το 11,3% χαρακτηρίζει ελαφρύ το βαθμό σοβαρότητας της ψυχικής διαταραχής.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Βαθμός σοβαρότητας ψυχικής διαταραχής



Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην ερώτηση προσδιορισμού του βαθμού σοβαρότητας της ψυχικής διαταραχής ανά ειδικότητα, χρόνια προϋπηρεσίας και τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Βαθμός σοβαρότητας (ανά ομάδες)

		ΕΛΑΦΡΥ	ΜΕΤΡΙΟ	ΣΟΒΑΡΟ
		N (%)	N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	2 (4,7)	29 (67,4)	11 (25,6)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	7 (8,0)	42 (47,7)	36 (40,9)
	Μαία/της	2 (20,0)	6 (60,0)	1 (10,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	1 (10,0)	6 (60,0)	3 (30,0)
	Τεχνικό προσωπικό	3 (15,0)	10 (50,0)	6 (30,0)
	Διοικητικό προσωπικό	8 (25,0)	17 (53,1)	6 (18,8)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	3 (9,4)	18 (56,3)	10 (31,3)
	5-10	3 (16,7)	8 (44,4)	7 (38,9)
	11-15	3 (7,1)	19 (45,2)	18 (42,9)
	16-20	7 (13,5)	31 (59,6)	12 (23,1)
	>20	7 (11,9)	34 (57,6)	16 (27,1)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	5 (15,2)	16 (48,9)	11 (33,3)
	Χειρουργικός	7 (18,9)	24 (64,9)	5 (13,5)
	Τ.Ε.Π.	0 (0,0)	20 (60,6)	12 (36,4)
	Μονάδες – Χειρουργείο	1 (3,3)	16 (53,3)	11 (36,7)
	Άλλο	11 (13,8)	41 (51,3)	26 (32,5)

Σε κάθε περίπτωση, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας χαρακτηρίζει ως μέτριου βαθμού σοβαρότητας την ψυχική διαταραχή, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στους ιατρούς (67,4%), στους έχοντες προϋπηρεσία 16-20 έτη (59,6%) και στους απασχολούμενος στον χειρουργικό τομέα (64,9%).

5.3.3 Κλίμακα Στάσεων

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη, με βάση τη βινιέτα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Στάσεις απέναντι στην Κατάθλιψη

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Η Μαρία θα μπορούσε να συνέλθει εύκολα από μόνη της, αρκεί να το επιθυμούσε	34 (16,7)	51 (25,1)	37 (18,2)	32 (15,8)	49 (24,1)
Η Μαρία έχει αδύναμο χαρακτήρα	59 (29,1)	59 (29,1)	47 (23,2)	21 (10,3)	17 (8,4)
Η Μαρία δεν έχει κάποια ιατρική ασθένεια	45 (22,2)	45 (22,2)	36 (17,7)	26 (12,8)	51 (25,1)
Η Μαρία είναι επικίνδυνη	5 (2,5)	17 (8,4)	49 (24,1)	18 (8,9)	114 (56,2)
Είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία, γιατί θα “κολλήσεις” κι εσύ	0 (0,0)	1 (0,5)	15 (7,4)	14 (6,9)	173 (85,2)
Η Μαρία είναι απρόβλεπτη	9 (4,4)	41 (20,2)	64 (31,5)	35 (17,2)	54 (26,6)
Εάν αντιμετώπιζα δυσκολίες με αυτές της Μαρίας, δε θα το έλεγα σε κανέναν	7 (3,4)	5 (2,5)	33 (16,3)	34 (16,7)	124 (61,1)
Δε θα προσλάμβανα κάποιον αν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας	8 (3,9)	21 (10,3)	30 (14,8)	34 (16,7)	110 (54,2)
Δε θα ψήφιζα έναν πολιτικό εάν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας	43 (21,2)	30 (14,8)	28 (13,8)	27 (13,3)	75 (36,9)

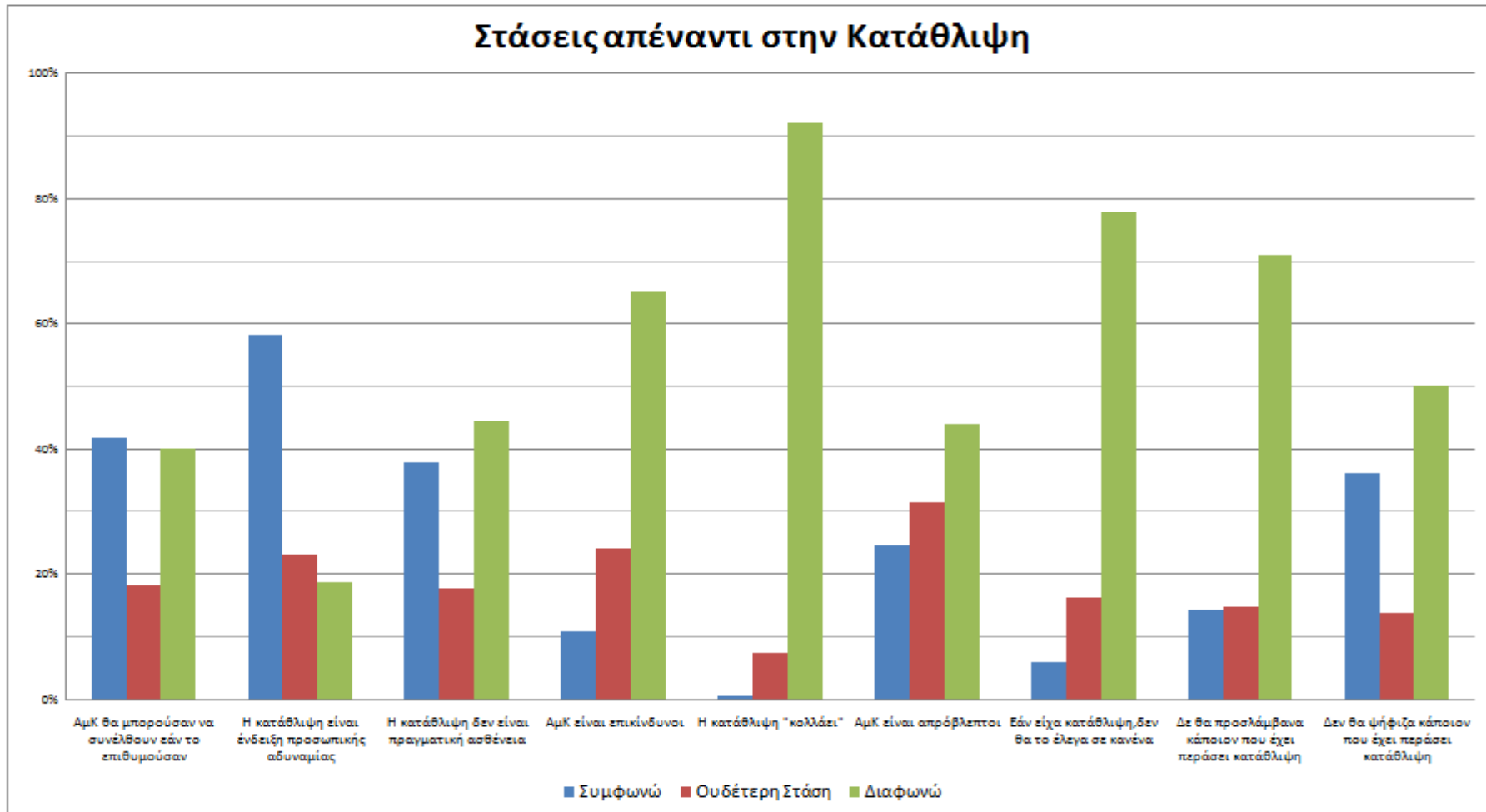
Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει πως η Μαρία θα μπορούσε να συνέλθει εύκολα από μόνη της αρκεί να το επιθυμούσε (41,8%), έχει αδύναμο χαρακτήρα (58,2%), δεν έχει κάποια ιατρική ασθένεια (44,4%), δεν είναι επικίνδυνη (65,1%) και ούτε απρόβλεπτη (43,8%). Διαφωνούν με την άποψη πως είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία (85,2%), να μην μοιράζεσαι με κανέναν το πρόβλημα και τις δυσκολίες όπως αυτές της Μαρίας (77,8%), καθώς επίσης και να εμπιστευτούν για να προσλάβουν (70,9%) ή να ψηφίσουν έναν πολιτικό (51,2%) εάν γνώριζαν ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν δυσκολίες παρόμοιες με αυτές της Μαρίας.

Αντίθετα, το 37,9% υποστηρίζει ότι η Μαρία έχει κάποια ιατρική ασθένεια και το 24,6% ότι είναι απρόβλεπτη.

Τα παραπάνω αποτελέσματα αναδεικνύουν στερεότυπες αντιλήψεις, προσδιορίζοντας μια στιγματιστική στάση απέναντι στην κατάθλιψη με αισιοδοξία ως προς την ικανότητα των ψυχικά ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, υποδηλώνονται η «δύναμη» του χαρακτήρα, η σημασία της κοινωνικότητας για την αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς και η αποφυγή της αποξένωσης που μόνο κακό μπορεί να προκαλέσει σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν δυσκολίες παρόμοιες με αυτές της Μαρίας.

Στο Γράφημα 8 απεικονίζονται οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Στάσεις απέναντι στην Κατάθλιψη



5.3.4 Αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας - παρέμβασης

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, με βάση τη βινιέτα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Στάσεις απέναντι στις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Από το 0 έως το 100, πόσο κατά τη γνώμη σας θα βοηθούσε τη Μαρία:	0-25 (%)	26-50 (%)	51-75 (%)	76-100 (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Να κάνει ψυχανάλυση	45(22,2)	35 (17,2)	51 (25,1)	72 (35,5)
Να κάνει γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία	62 (30,5)	46 (22,7)	52 (25,6)	43 (21,2)
Να κάνει συμβουλευτική	46 (22,7)	49 (24,1)	45 (22,2)	63 (31,0)
Να κάνει δραματοθεραπεία (ή Art Therapy)	118 (58,1)	45 (22,2)	27 (13,3)	13 (6,4)
Να πάρει αντικαταθλιπτικά φάρμακα	77 (37,9)	30 (14,8)	38 (18,7)	58 (28,6)
Να πάρει βιταμίνες ή άλλα φυτικά βοηθήματα	112 (55,2)	42 (20,7)	24 (11,8)	25 (12,3)
Να πάρει αντιβιοτικά	200 (98,5)	2 (1,0)	1 (0,5)	0 (0,0)
Να πάρει αντιψυχωσικά φάρμακα	163 (80,3)	18 (8,9)	13 (6,4)	9 (4,4)
Να βελτιώσει τη διατροφή της και να γυμνάζεται περισσότερο	24 (11,8)	41 (20,2)	63 (31,0)	75 (36,9)
Να κάνει γιόγκα ή άλλου είδους ασκήσεις χαλάρωσης	31 (15,3)	49 (24,1)	62 (30,5)	61 (30,0)
Να διαβάσει βιβλία αυτοβοήθειας	41 (20,2)	47 (23,2)	65 (32,0)	50 (24,6)
Να συζητάει με κάποιο οικείο πρόσωπο	8 (3,9)	44 (21,7)	47 (23,2)	104 (51,2)

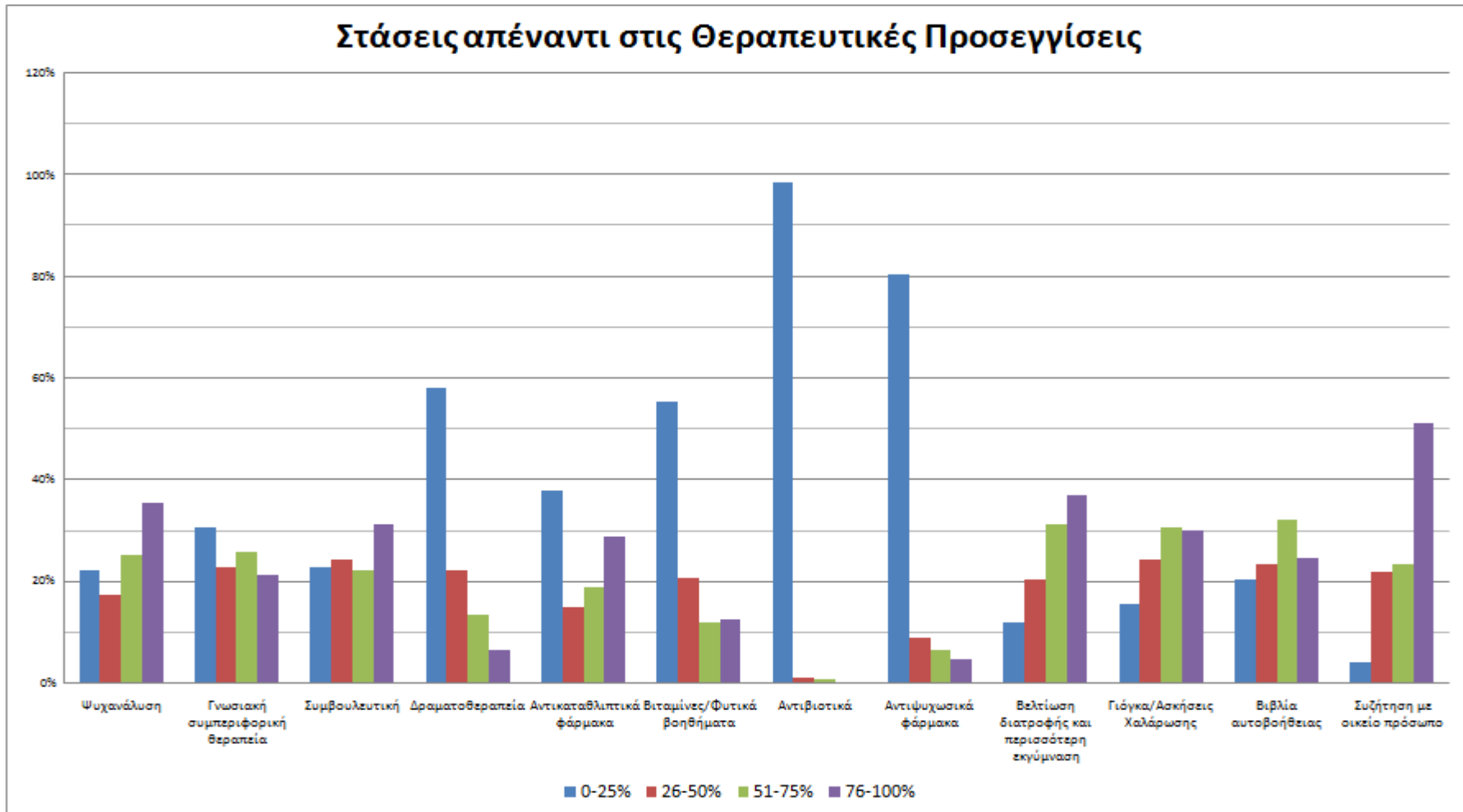
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, οι αποτελεσματικότεροι τρόποι/μορφές θεραπείας-παρέμβασης αφορούν την βοήθεια μέσω συζήτησης με κάποιο οικείο πρόσωπο (74,4%), την βελτίωση της διατροφής (67,9%) και την εκγύμναση-φυσική άσκηση (60,5%), την ανάγνωση βιβλίων αυτοβοήθειας (56,6%), καθώς και την παρέμβαση ψυχανάλυσης (60,6%), συμβουλευτικής (53,2%), και γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (46,8%). Σημειώνεται επίσης και η αποτελεσματικότητα της χρήσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (47,3%).

Αντίθετα χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται σε παρεμβάσεις που αφορούν δραματοθεραπεία (19,7%), καθώς και φαρμακευτικές θεραπείες, όπως η χρήση βιταμινών ή άλλων φυτικών βοηθημάτων (24,1%) και αντιψυχωσικών φαρμάκων (10,8%). Σημειώνεται το σχεδόν μηδενικό ποσοστό που αφορά τη χρήση αντιβιοτικών (0,5%).

Τα παραπάνω ποσοστά καταδεικνύουν τη σημασία του υποστηρικτικού κοινωνικού περιγύρου (οικογένεια), της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, της αυτοβοήθειας, της οικογένειας, της συμβουλευτικής και της ψυχανάλυσης στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. Τα παραπάνω αποτελέσματα αποκτούν ιδιαίτερη αξία, καθώς προέρχονται από επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας.

Στο Γράφημα 9 απεικονίζονται οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Στάσεις απέναντι στις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις



5.3.5 Αυτοσχέδια Κλίμακα Στάσεων απέναντι στα Ψυχιατρικά Φάρμακα

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα γενικότερα και τα αγχολυτικά ειδικότερα.

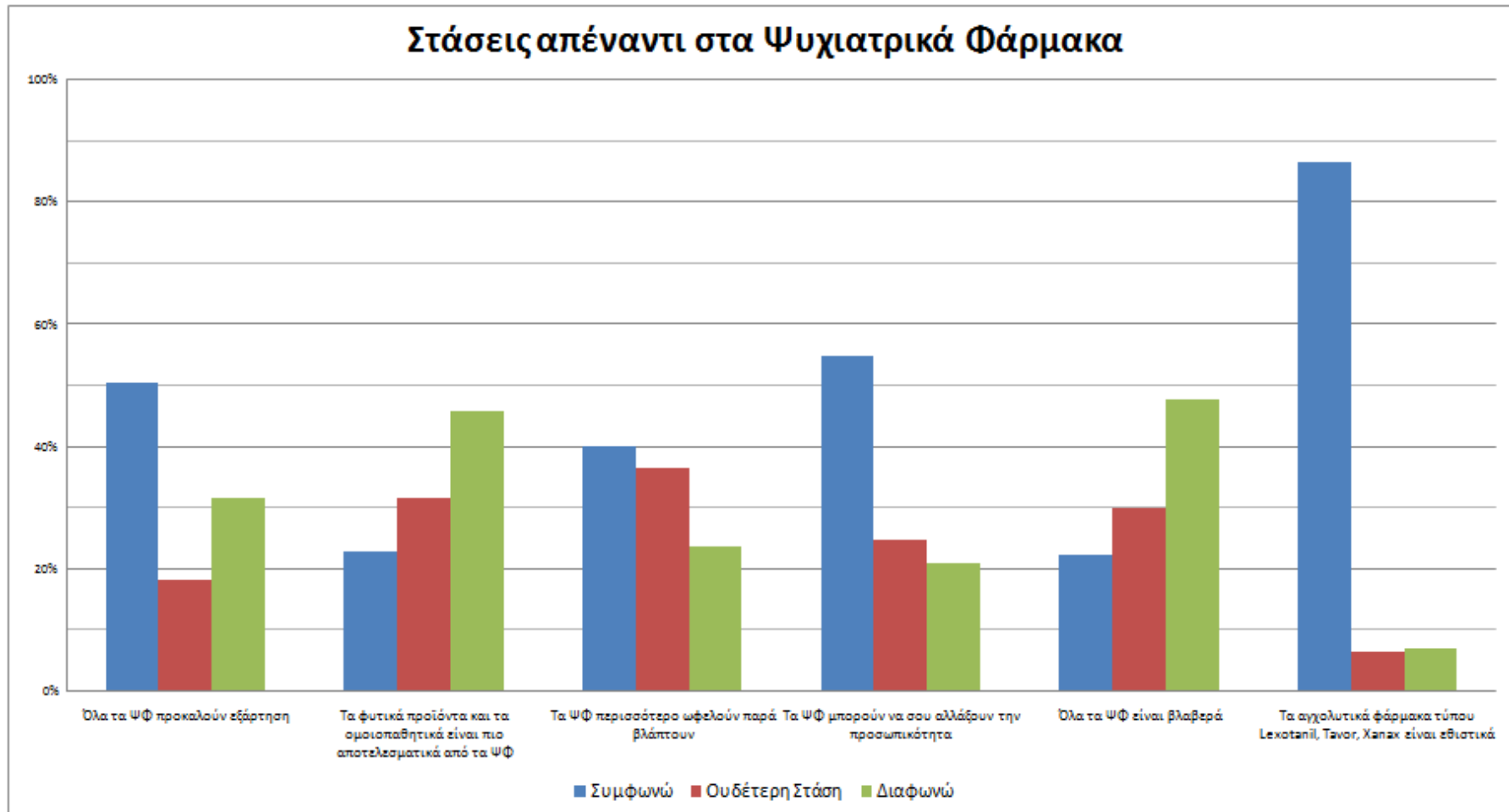
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Στάσεις απέναντι στα Ψυχιατρικά Φάρμακα

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση	47 (23,2)	55 (27,1)	37 (18,2)	20 (9,9)	44 (21,7)
Τα φυτικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά είναι πιο αποτελεσματικά από τα ψυχιατρικά φάρμακα	20 (9,9)	26 (12,8)	64 (31,5)	29 (14,3)	64 (31,5)
Τα ψυχιατρικά φάρμακα περισσότερο ωφελούν παρά βλάπτουν	29 (14,3)	52 (25,6)	74 (36,5)	24 (11,8)	24 (11,8)
Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να σου αλλάξουν την προσωπικότητα	51 (25,1)	60 (29,6)	50 (24,6)	19 (9,4)	23 (11,3)
Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι βλαβερά	21 (10,3)	24 (11,8)	61 (30,0)	43 (21,2)	54 (26,6)
Τα αγχολυτικά φάρμακα τύπου Lexotanil, Tavor και Xanax είναι εθιστικά	120 (59,1)	56 (27,6)	13 (6,4)	5 (2,5)	9 (4,4)

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει πως όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση (50,3%), είναι αποτελεσματικότερα από τα φυσικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά (45,8%), καθώς και περισσότερο ωφέλιμα παρά βλαβερά (39,9%). Για τους περισσότερους, τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να αλλάξουν την προσωπικότητα του ατόμου (54,7%), δεν είναι όλα βλαβερά (47,8%), ενώ τα αγχολυτικά φάρμακα τύπου Lexotanil, Tavor και Xanax είναι εθιστικά (86,7%).

Στο Γράφημα 10 απεικονίζονται οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Στάσεις απέναντι στα Ψυχιατρικά Φάρμακα



5.3.6 Γενικές ερωτήσεις

Στους Πίνακες 15-26 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην ενότητα των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου:

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Γνώση τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	N (%)	N (%)
Γνωρίζετε εάν υπάρχουν τηλεφωνικές γραμμές για δυσκολίες σαν αυτές που αντιμετωπίζει η Μαρία;	104 (51,2)	99 (48,8)

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (51,2%), γνωρίζει την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας. Σημειώνεται το αντίστοιχα μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που δήλωσαν άγνοια στην ερώτηση αυτή (48,8%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Γραμμές Βοήθειας

	N	% ναι	% συνόλου
Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη (1034)	11	10,6	5,4
Γραμμή Ζωής	3	2,9	1,5
197 Γραμμή Κοιν. Βοήθειας & Ε.Κ.Α.	2	1,9	1,0
2106515600	2	1,9	1,0
2108203239	1	1,0	0,5
11880	1	1,0	0,5
112	1	1,0	0,5
www.klimaka.gr	1	1,0	0,5
Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.	1	1,0	0,5
Μπορώ	1	1,0	0,5
Γραμμή βοήθειας (Αιγινήτειο)	1	1,0	0,5
Αναζήτηση στο Internet	1	1,0	0,5
Δεν γνωρίζω	78	75,0	38,4

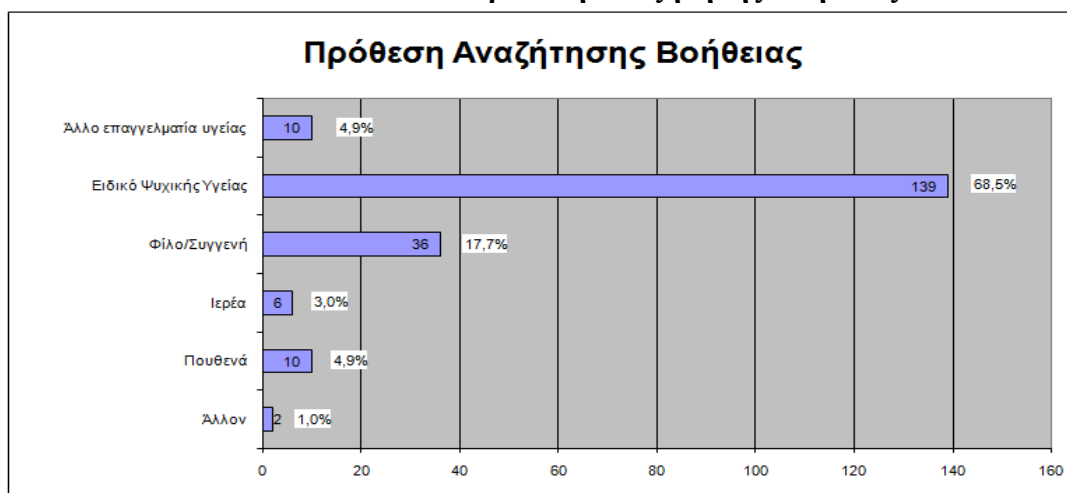
Παρά το γεγονός ότι σχεδόν ένας στους δύο επαγγελματίες υγείας γνώριζαν την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας, η συντριπτική πλειοψηφία τους δεν ήταν σε θέση να αναφέρει ονομαστικά μία εξ αυτών, με αποτέλεσμα οι απαντήσεις που καταγράφηκαν να είναι ελάχιστες (μόνο 26). Σε αυτές γίνεται αναφορά στη Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη (1034), στην Γραμμή Ζωής και στην Γραμμή Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑ), με τις υπόλοιπες των απαντήσεων να αποτελούν μεμονωμένες αναφορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Πρόθεση αναζήτησης βοήθειας (N=203)

Σε περίπτωση που και εσείς αντιμετωπίζατε παρόμοιες δυσκολίες με τη Μαρία, που είναι πιθανό να απευθυνόσασταν;	N	%
Παθολόγο, νευρολόγο ή κάποιον άλλο ιατρό άλλης ειδικότητας (μη ψυχίατρο)	10	4,9
Κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό)	139	68,5
Φίλο ή συγγενή	36	17,7
Ιερέα	6	3,0
Πουθενά, θα περίμενα να μου περάσει	10	4,9
Άλλον	2	1,0

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θα επέλεγαν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό) (68,5%), καθώς και έναν φίλο ή συγγενή (17,7%) σε περίπτωση που αντιμετωπίζαν παρόμοιες δυσκολίες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Πρόθεση Αναζήτησης Βοήθειας



Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην ερώτηση γνώσης τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας ανά ειδικότητα, χρόνια προϋπηρεσίας και τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Γνώση τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	26 (60,5)	17 (39,5)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	47 (53,4)	41 (46,6)
	Μαία/της	4 (40,0)	6 (60,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	5 (50,0)	5 (50,0)
	Τεχνικό προσωπικό	7 (35,0)	13 (65,0)
	Διοικητικό προσωπικό	15 (46,9)	17 (53,1)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	20 (62,5)	12 (37,5)
	5-10	8 (44,4)	10 (55,6)
	11-15	25 (59,5)	17 (40,5)
	16-20	25 (48,1)	27 (51,9)
	>20	26 (44,1)	33 (55,9)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	20 (60,6)	13 (39,4)
	Χειρουργικός	20 (54,1)	17 (45,9)
	Τ.Ε.Π.	17 (51,5)	16 (48,9)
	Μονάδες – Χειρουργείο	16 (53,3)	14 (46,7)
	Άλλο	38 (47,5)	42 (52,5)

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που γνωρίζουν την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας καταγράφονται στους ιατρούς (60,5%), στους έχοντες προϋπηρεσία κάτω των 5 ετών (62,5%) και στους απασχολούμενος στον παθολογικό τομέα (60,6%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στο τεχνικό προσωπικό (35,0%), με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών (44,1%), που απασχολούνται σε άλλο τομέα εργασίας από τους προσδιοριζόμενους (47,5%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Προβλήματα ψυχικής υγείας

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	N (%)	N (%)
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	121 (59,6)	82 (40,4)
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	21 (10,3)	182 (89,7)
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	18 (8,9)	185 (91,1)

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας αναφέρει περιστατικό προβλήματος ψυχικής υγείας στο περιβάλλον του (59,6%), χωρίς να προσδιορίζεται εάν αφορά τον ίδιο ή κάποιο κοντινό τους πρόσωπο. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν χρειάστηκε να πάρει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση τυχόν αγχωτικών καταστάσεων (89,7%), ούτε να επισκεφθεί ψυχολόγο για να ξεπεράσει κάποιο πρόβλημα (91,1%), κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Πρόβλημα ψυχικής υγείας (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	26 (60,5)	17 (39,5)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50 (56,8)	38 (43,2)
	Μαία/της	5 (50,0)	5 (50,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	9 (90,0)	1 (10,0)
	Τεχνικό προσωπικό	12 (60,0)	8 (40,0)
	Διοικητικό προσωπικό	19 (59,4)	13 (40,6)
Χρόνια προϋπηρέσιας	<5	18 (56,3)	14 (43,8)
	5-10	9 (50,0)	9 (50,0)
	11-15	30 (71,4)	12 (28,6)
	16-20	27 (51,9)	25 (48,1)
	>20	37 (62,7)	22 (37,3)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	16 (48,5)	17 (51,5)
	Χειρουργικός	26 (70,3)	11 (29,7)
	Τ.Ε.Π.	16 (48,5)	17 (51,5)
	Μονάδες – Χειρουργείο	16 (53,3)	14 (46,6)
	Άλλο	52 (65,0)	28 (35,0)

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που παρουσίασαν οι ίδιοι ή ένα κοντινό τους πρόσωπο κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας καταγράφονται στους κοινωνικούς λειτουργούς (60,5%), στους έχοντες προϋπηρέσια 11-15 έτη (71,4%) και στους απασχολούμενος στον χειρουργικό τομέα (70,3%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους μαιευτές (50,0%), με προϋπηρέσια 5-10 έτη (50,0%), που απασχολούνται στον παθολογικό τομέα και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (48,5%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	1 (2,3)	42 (97,7)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	8 (9,1)	80 (90,9)
	Μαία/της	2 (20,0)	8 (80,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	1 (10,0)	9 (90,0)
	Τεχνικό προσωπικό	3 (15,0)	17 (85,0)
	Διοικητικό προσωπικό	6 (18,8)	26 (81,3)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	1 (3,1)	31 (96,9)
	5-10	0 (0,0)	18 (100,0)
	11-15	4 (9,5)	38 (90,5)
	16-20	5 (9,6)	47 (90,4)
	>20	11 (18,6)	48 (81,4)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	1 (3,0)	32 (97,0)
	Χειρουργικός	7 (18,9)	30 (81,1)
	Τ.Ε.Π.	2 (6,1)	31 (93,9)
	Μονάδες – Χειρουργείο	2 (6,7)	28 (93,3)
	Άλλο	11 (13,8)	69 (86,2)

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που χρειάστηκαν να πάρουν φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσουν τυχόν αγχωτικές καταστάσεις καταγράφονται στο διοικητικό προσωπικό (18,8%), στους έχοντες προϋπηρεσία άνω των 20 ετών (18,6%) και στους απασχολούμενος στον χειρουργικό τομέα (18,9%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους ιατρούς (2,3%), στους απασχολούμενους στο Τ.Ε.Π. (6,1%), ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 5-10 έτη αναφέρουν ότι ποτέ δεν χρειάστηκε να πάρουν φαρμακευτική αγωγή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Επίσκεψη σε ψυχολόγο (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	2 (4,7)	41 (95,3)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	7 (8,0)	81 (92,0)
	Μαία/της	3 (30,0)	7 (70,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	3 (30,0)	7 (70,0)
	Τεχνικό προσωπικό	1 (5,0)	19 (95,0)
	Διοικητικό προσωπικό	2 (6,3)	30 (93,8)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	4 (12,5)	28 (87,5)
	5-10	1 (5,6)	17 (94,4)
	11-15	6 (14,3)	36 (85,7)
	16-20	2 (3,8)	50 (96,2)
	>20	5 (8,5)	54 (91,5)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	3 (9,1)	30 (90,9)
	Χειρουργικός	8 (21,6)	29 (78,4)
	Τ.Ε.Π.	3 (90,1)	30 (90,9)
	Μονάδες – Χειρουργείο	0 (0,0)	30 (100,0)
	Άλλο	6 (7,5)	74 (92,5)

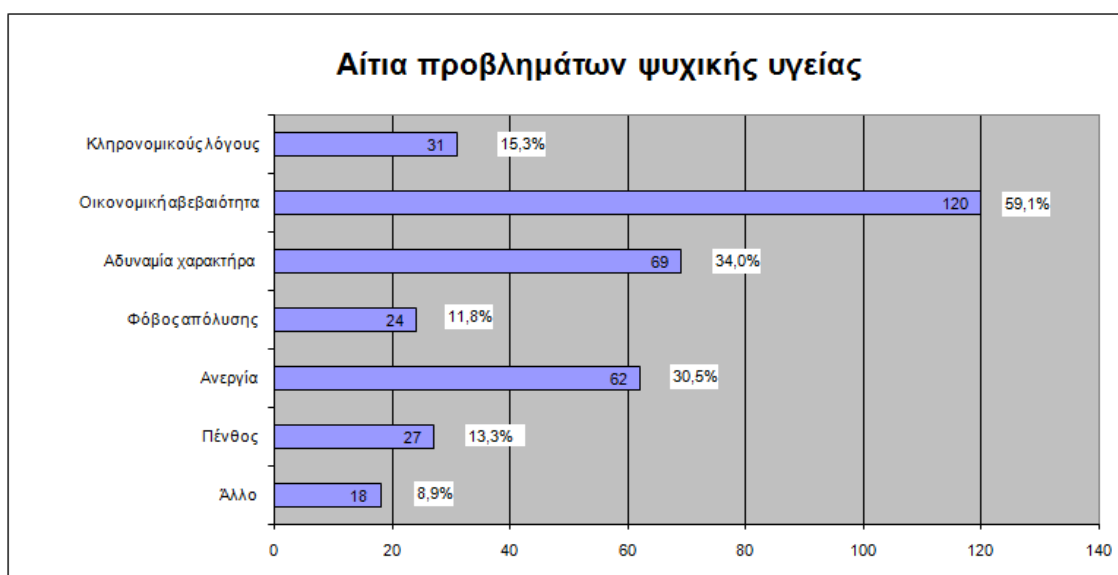
Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που χρειάστηκε να επισκεφθούν ψυχολόγο για να ξεπεράσουν κάποιο πρόβλημα καταγράφονται στους μαιευτές και κοινωνικούς λειτουργούς (30,0%), στους έχοντες προϋπηρεσία 11-15 έτη (14,3%) και στους απασχολούμενος στο Τ.Ε.Π. (90,1%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους ιατρούς (4,7%), με προϋπηρεσία 16-20 έτη (3,8%), ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε μονάδες-χειρουργεία αναφέρουν ότι ποτέ δεν χρειάστηκε να πάρουν φαρμακευτική αγωγή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Αίτια προβλημάτων ψυχικής υγείας (N=203)

Πιστεύετε ότι η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας οφείλεται σε:	N	%
Κληρονομικούς λόγους	31	15,3
Οικονομική αβεβαιότητα	120	59,1
Αδυναμία του χαρακτήρα	69	34,0
Φόβος απόλυσης	24	11,8
Ανεργία	62	30,5
Πένθος	27	13,3
Άλλο	18	8,9

Για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας οφείλεται στην οικονομική αβεβαιότητα (59,1%), την αδυναμία του χαρακτήρα (34,0%) και την ανεργία (30,5%). Ακολουθούν κληρονομικοί λόγοι (15,3%), το πένθος (13,3%) και ο φόβος απόλυσης (11,8%), ενώ ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων (8,9%) προσδιορίζει κάποιον άλλο λόγο.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Αίτια Προβλημάτων Ψυχικής Υγείας

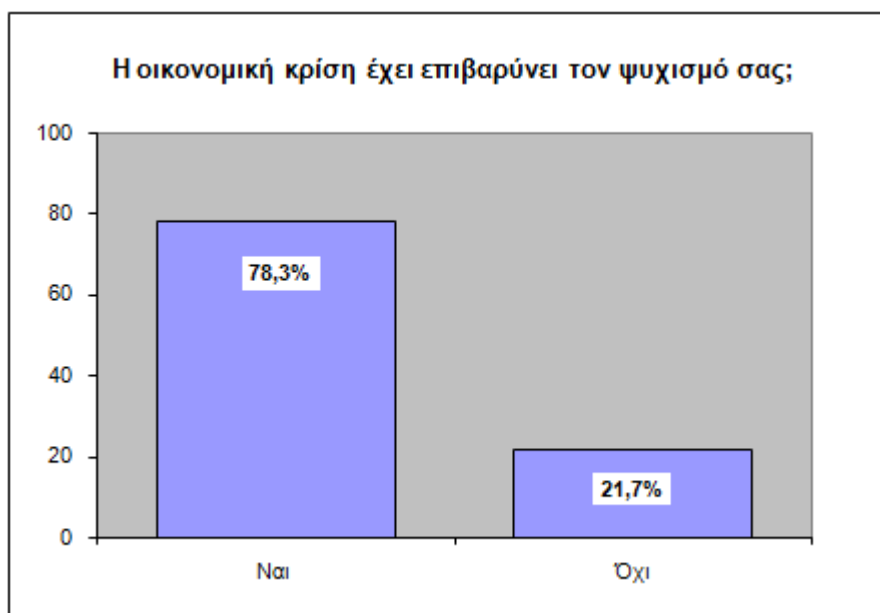


ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Οικονομική Κρίση (N=203)

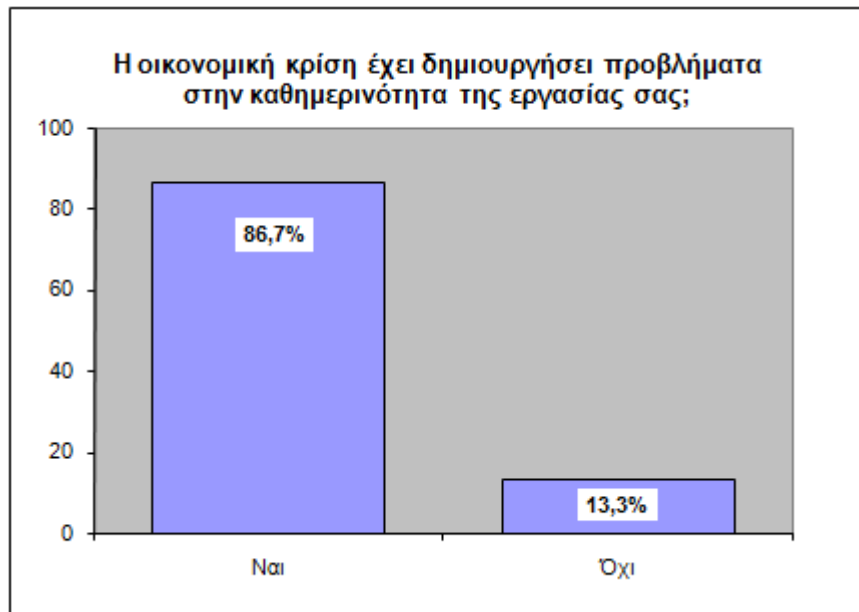
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	N (%)	N (%)
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	159 (78,3)	44 (21,7)
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	176 (86,7)	27 (13,3)

Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει πως η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό τους (78,3%) και έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους (86,7%).

ΓΡΑΦΗΜΑ 13 Οικονομική κρίση - Ψυχισμός



ΓΡΑΦΗΜΑ 14 Οικονομική κρίση – Προβλήματα εργασίας



Τα παραπάνω ποσοστά ενισχύουν την άποψη των ερωτηθέντων για την σημασία και τον ρόλο της οικονομικής κρίσης και της αβεβαιότητας που συνεπάγεται στην αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Οικονομική κρίση – Ψυχισμός (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	30 (69,8)	13 (30,2)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	71 (80,7)	17 (19,3)
	Μαία/της	8 (80,0)	2 (20,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	8 (80,0)	2 (20,0)
	Τεχνικό προσωπικό	18 (90,0)	2 (10,0)
	Διοικητικό προσωπικό	24 (75,0)	8 (25,0)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	24 (75,0)	8 (25,0)
	5-10	11 (61,1)	7 (38,9)
	11-15	34 (81,0)	8 (19,0)
	16-20	41 (78,8)	11 (21,2)
	>20	49 (83,1)	10 (16,9)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	22 (66,6)	11 (33,4)
	Χειρουργικός	30 (81,1)	7 (18,9)
	Τ.Ε.Π.	28 (84,1)	5 (15,9)
	Μονάδες – Χειρουργείο	23 (76,7)	7 (23,3)
	Άλλο	66 (82,5)	14 (17,5)

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που αναφέρουν επιβάρυνση του ψυχισμού τους από την οικονομική κρίση καταγράφονται στο τεχνικό προσωπικό (90,0%), στους έχοντες προϋπηρεσία άνω των 20 ετών (83,1%) και στους απασχολούμενος στο Τ.Ε.Π. (84,1%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους ιατρούς (69,8%), με προϋπηρεσία 5-10 έτη (61,1%), που απασχολούνται στον παθολογικό τομέα (66,6%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Οικονομική κρίση – Προβλήματα εργασίας (ανά ομάδες)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		N (%)	N (%)
Ειδικότητα	Ιατροί	34 (79,1)	9 (20,9)
	Νοσηλευτικό προσωπικό	79 (89,8)	9 (10,2)
	Μαία/της	9 (90,0)	1 (10,0)
	Κοινωνικοί λειτουργοί	6 (60,0)	4 (40,0)
	Τεχνικό προσωπικό	18 (90,0)	2 (10,0)
	Διοικητικό προσωπικό	30 (93,8)	2 (6,3)
Χρόνια προϋπηρεσίας	<5	22 (68,8)	10 (31,3)
	5-10	15 (83,3)	3 (16,7)
	11-15	39 (92,9)	3 (7,1)
	16-20	46 (88,5)	6 (11,5)
	>20	54 (91,5)	5 (8,5)
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	27 (81,8)	6 (18,2)
	Χειρουργικός	32 (86,5)	5 (13,5)
	Τ.Ε.Π.	28 (84,8)	5 (15,2)
	Μονάδες – Χειρουργείο	28 (93,3)	2 (6,7)
	Άλλο	70 (87,5)	10 (12,5)

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που λόγω οικονομικής κρίσης αντιμετωπίζουν προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους καταγράφονται στο διοικητικό προσωπικό (93,8%), στους έχοντες προϋπηρεσία 11-15 έτη (92,9%) και στους απασχολούμενος στις μονάδες-χειρουργεία (93,3%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους κοινωνικούς λειτουργούς (60,0%), με προϋπηρεσία κάτω των 5 ετών (68,8%), που απασχολούνται στον παθολογικό τομέα (81,8%).

5.4 Διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών μεταβλητών

Μελετήθηκαν οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο ανά φύλο, ηλικία, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, χρόνια προϋπηρεσίας και τομέα εργασίας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν απαντήσεις που διαφέρουν σημαντικά.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test, για να ελέγξουμε αν οι μέσοι για κάθε επίπεδο της κατηγορίας είναι ίσοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Σε κάθε περίπτωση το μοντέλο κρίνεται ως στατιστικά σημαντικό όταν $p\text{-value} < 0.05$ (οι μέσοι για κάθε επίπεδο κατηγορίας διαφέρουν μεταξύ τους).

Σε κάθε περίπτωση ο έλεγχος T-test εξάγεται για την περίπτωση που οι διακυμάνσεις είναι ίσες και σε περίπτωση που διακυμάνσεις είναι άνισες. Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που οι μέσοι φαίνεται να ίσοι, τα p-values (sig.) είναι μεγαλύτερα από το 0.05. Στον έλεγχο ANOVA, όσα από τα ζεύγη έχουν $p > 0.05$ σημαίνει ότι οι μέσοι των επιπέδων της κατηγορίας ανά δύο είναι ίσοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Στάσεις – διαφορές ανά φύλο

Παράγοντες/Στάσεις	Άνδρες (N=59)		Γυναίκες (N=144)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,47	,752	2,38	,645	,396
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,20	,427	2,33	,453	,076
Ψυχιατρικά φάρμακα	3,14	,822	3,26	,753	,330

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, με βάση το φύλο. Οι γυναίκες διατηρούν θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη (μικρότερη μέση τιμή), στις θεραπευτικές προσεγγίσεις (μεγαλύτερη μέση τιμή) και στα ψυχιατρικά φάρμακα (μεγαλύτερη μέση τιμή).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Στάσεις - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα

Παράγοντες/Στάσεις	20 – 30 (N=16)		31 – 40 (N=74)		41 – 50 (N=91)		51 – 60 (N=20)		>60 (N=2)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,43	,558	2,34	,550	2,43	,759	2,56	,817	2,34	,629	,759
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,37	,340	2,25	,481	2,30	,449	2,32	,422	2,38	,290	,878
Ψυχιατρικά φάρμακα	2,97	,836	3,26	,756	3,32	,758	2,91	,809	2,84	,474	,132

Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία, παρατηρήθηκαν μέγιστες διαφορές στις ερωτήσεις “Γ5. Είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία γιατί θα “κολλήσεις” κι εσύ» και “Γ9. Δε θα ψήφιζα έναν πολιτικό εάν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας» που αφορούν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη.

Στους επαγγελματίες υγείας, θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι ηλικιακές ομάδες 31-40 και >60 ετών, απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις οι ηλικιακή ομάδα >60 ετών, ενώ ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα εμφανίζουν οι ηλικίες 31-40 ετών, καταγράφοντας μεγαλύτερες μέσες τιμές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Στάσεις – διαφορές ανά περιοχή καταγωγής

Παράγοντες/Στάσεις	Αστική (N=109)		Ημιαστική (N=94)		T-test Sig (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,37	,609	2,45	,749	,403
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,29	,481	2,29	,408	,914
Ψυχιατρικά φάρμακα	3,21	,820	3,24	,720	,774

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, με βάση την περιοχή καταγωγής. Θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας που μεγάλωσαν σε αστικές περιοχές, ενώ ευνοϊκότερες απόψεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα έχουν οι επαγγελματίες ημιαστικής καταγωγής. Οι στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις εμφανίζονται ισοδύναμες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Στάσεις - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση

Παράγοντες/Στάσεις	Άγαμοι (N=51)		Έγγαμοι (N=137)		Διαζευγμένοι (N=11)		Χήροι (N=4)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,39	,616	2,43	,703	2,28	,488	2,05	1,028	,637
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,34	,514	2,26	,420	2,43	,408	2,46	,578	,374
Ψυχιατρικά φάρμακα	3,15	,804	3,26	,760	3,35	,822	2,58	,519	,277

Στις ερωτήσεις με βάση την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρήθηκαν μέγιστες διαφορές στην ερώτηση «Γ2. Η Μαρία δεν έχει κάποια ιατρική ασθένεια» που αφορούν τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, και στην ερώτηση «Δ4. Να κάνει δραματοθεραπεία (ή Art Therapy) που αφορά στις στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις».

Γενικότερα, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Οι χήροι εμφανίζουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ οι διαζευγμένοι κρατούν θετικότερη στάση απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Στάσεις - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο

Παράγοντες/Στάσεις	Βασική Εκπαίδευση (N=57)		Πτυχίο Τ.Ε.Ι. (N=71)		Πτυχίο Α.Ε.Ι. (N=41)		Μεταπτυχιακό Διδακτορικό (N=34)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,54	,710	2,50	,746	2,18	,482	2,26	,590	,018
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,37	,444	2,29	,461	2,28	,407	2,18	,466	,261
Ψυχιατρικά φάρμακα	3,49	,700	3,41	,736	2,91	,713	2,77	,721	,000

Στις ερωτήσεις με βάση το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη και στα ψυχιατρικά φάρμακα. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρούνται στις ερωτήσεις «Γ5. Είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία γιατί θα “κολλήσεις” κι εσύ», «Γ7. Εάν αντιμετώπιζα δυσκολίες με αυτές της Μαρίας, δε θα το έλεγα σε κανέναν», «Γ8. Δε θα προσλάμβανα κάποιον αν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας» και «Γ9. Δε θα ψήφιζα έναν πολιτικό εάν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας» που αφορούν τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη. Επίσης, παρατηρούνται μέγιστες διαφορές στις ερωτήσεις «Δ6. Να πάρει βιταμίνες ή άλλα φυτικά βοηθήματα», «Δ9. Να βελτιώσει τη διατροφή της και να γυμνάζεται περισσότερο» και «Δ11. /να διαβάσει βιβλία αυτοβοήθειας» που αφορούν τις στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Σε ότι αφορά τις στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα, παρατηρούνται μέγιστες διαφορές στις ερωτήσεις «Ε1. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση», «Ε2. Τα φυτικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά είναι πιο αποτελεσματικά από τα ψυχιατρικά φάρμακα» και «Ε5. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι βλαβερά». Θετικότερες στάσεις εμφανίζουν οι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. (κατάθλιψη), καθώς και οι επαγγελματίες υγείας βασικής εκπαίδευσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Στάσεις - διαφορές ανά ειδικότητα

Παράγοντες/Στάσεις	Ιατροί (N=43)		Νοσηλευτικό προσωπικό (N=88)		Μαία/της (N=10)		Κοινωνικοί λειτουργοί (N=10)		Τεχνικό προσωπικό (N=20)		Διοικητικό προσωπικό (N=32)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,22	,490	2,29	,670	2,61	,491	1,96	,601	2,66	,658	2,89	,714	,000
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,27	,452	2,35	,453	2,33	,517	2,03	,530	2,24	,477	2,26	,348	,385
Ψυχιατρικά φάρμακα	2,71	,695	3,42	,789	3,32	,488	2,82	,553	3,55	,466	3,26	,777	,000

Στις ερωτήσεις με βάση την ειδικότητα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις περισσότερες απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη. Οι μεγαλύτερες διαφορές εμφανίζονται στις ερωτήσεις «Γ1. Η Μαρία θα μπορούσε να συνέλθει εύκολα από μόνη της, αρκεί να το επιθυμούσε», «Γ2. Η Μαρία έχει αδύναμο χαρακτήρα», «Γ5. Είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία γιατί θα “κολλήσεις” κι εσύ», «Γ7. Εάν αντιμετώπιζα δυσκολίες με αυτές της Μαρίας, δε θα το έλεγα σε κανέναν», «Γ8. Δε θα προσλάμβανα κάποιον αν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας» και «Γ9. Δε θα ψήφιζα έναν πολιτικό εάν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας» που αφορούν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στις ερωτήσεις «Δ2. Να κάνει γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία», «Δ6. Να πάρει βιταμίνες ή άλλα φυτικά βοηθήματα», «Δ11. Να διαβάσει βιβλία αυτοβοήθειας» και «Δ12. Να συζητάει με κάποιο οικείο πρόσωπο» που αφορούν τις στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και στις περισσότερες απαντήσεις της κλίμακας στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα, με τις μέγιστες διαφορές στις ερωτήσεις «Ε1. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση», «Ε2. Τα φυτικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά είναι πιο αποτελεσματικά από τα ψυχιατρικά φάρμακα», «Ε4. Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να σου αλλάξουν την προσωπικότητα» και «Ε5. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι βλαβερά».

Τις θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί/ψυχολόγοι, το νοσηλευτικό προσωπικό στις στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ το τεχνικό προσωπικό κρατά θετικότερη στάση απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Στάσεις - διαφορές ανά χρόνια προϋπηρεσίας

Παράγοντες/Στάσεις	<5 (N=32)		5 – 10 (N=18)		11 – 15 (N=42)		16 – 20 (N=52)		>20 (N=59)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,36	,507	2,36	,642	2,16	,497	2,47	,761	2,57	,761	,048
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,32	,454	2,22	,391	2,12	,434	2,38	,487	2,34	,414	,059
Ψυχιατρικά φάρμακα	3,11	,828	3,26	,886	3,26	,677	3,22	,818	3,25	,751	,927

Στις ερωτήσεις με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις «Γ5. Είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία γιατί θα “κολλήσεις” κι εσύ», «Γ7. Εάν αντιμετώπιζα δυσκολίες με αυτές της Μαρίας, δε θα το έλεγα σε κανέναν» και «Γ9. Δε θα ψήφιζα έναν πολιτικό εάν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας». Επίσης μέγιστες διαφορές παρατηρήθηκαν στην ερώτηση «Δ11. Να διαβάσει βιβλία αυτοβοήθειας» σχετικά με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στην ερώτηση «Ε6. Τα αγχολυτικά φάρμακα τύπου Lexotanil, Tavor και Xanax είναι εθιστικά» που αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα.

Σε ότι αφορά τις θετικότερες στάσεις των επαγγελματιών υγείας, αυτές εμφανίζονται στους 11-15 έτη προϋπηρεσία απέναντι στην κατάθλιψη, στους 16-20 έτη απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα ευνοϊκότεροι είναι οι 5-15 έτη προϋπηρεσίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Στάσεις - διαφορές ανά τομέα εργασίας

Παράγοντες/Στάσεις	Παθολογικός (N=33)		Χειρουργικός (N=37)		Τ.Ε.Π. (N=33)		Μον.-Χειρουργείο (N=30)		Άλλο (N=80)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Κατάθλιψη	2,34	,692	2,25	,619	2,37	,621	2,39	,663	2,54	,730	,707
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	2,26	,430	2,42	,450	2,40	,473	2,20	,363	2,28	,438	,018
Ψυχιατρικά φάρμακα	2,75	,744	2,93	,774	3,50	,729	3,75	,767	3,25	,667	,000

Στις ερωτήσεις με βάση τον τομέα εργασίας, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις θεραπείες-παρεμβάσεις, καθώς και στις αντιλήψεις τους σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν στην ερώτηση «Γ7. Εάν αντιμετώπιζα δυσκολίες με αυτές της Μαρίας, δε θα το έλεγα σε κανέναν» σχετικά με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας και στην ερώτηση «Δ10. Να κάνει γιόγκα ή άλλου είδους ασκήσεις χαλάρωσης» σχετικά με τις θεραπείες-παρεμβάσεις. Η αυτοσχέδια κλίμακα στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα παρουσιάζει μέγιστες διαφορές στις ερωτήσεις «Ε1. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση», «Ε3. Τα ψυχιατρικά φάρμακα περισσότερο ωφελούν παρά βλάπτουν», «Ε4. Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να σου αλλάξουν την προσωπικότητα» και «Ε5. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι βλαβερά».

Οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα κρατούν θετικότερη στάση απέναντι στην κατάθλιψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ οι εργαζόμενοι στο Τ.Ε.Π. εμφανίζουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Γενικές ερωτήσεις – διαφορές ανά φύλο

Παράγοντες	Άνδρες (N=59)		Γυναίκες (N=144)		T-test Sig (2-tailed)
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	27 (45,8)	32 (54,2)	94 (65,3)	50 (34,7)	,010
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	6 (10,2)	53 (89,8)	15 (10,4)	129 (89,6)	,958
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	1 (1,7)	58 (98,3)	17 (11,8)	127 (88,2)	,021
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	43 (72,9)	16 (27,1)	116 (80,6)	28 (19,4)	,230
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	47 (79,7)	12 (20,3)	129 (89,6)	15 (10,4)	,059

Στις ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας με βάση το φύλο. Οι γυναίκες εμφάνισαν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και μεγαλύτερη ανάγκη αναζήτησης βοήθειας. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τα δύο φύλα καταγράφουν μικρά ποσοστά.

Στις ερωτήσεις που αφορούν την οικονομική κρίση, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Οι γυναίκες νιώθουν μεγαλύτερη επιβάρυνση του ψυχισμού τους από τους άνδρες και αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους λόγω της οικονομικής κρίσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα

Παράγοντες	20 – 30 (N=16)		31 – 40 (N=74)		41 – 50 (N=91)		51 – 60 (N=20)		>60 (N=2)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	10 (62,5)	6 (37,5)	44 (59,5)	30 (40,5)	56 (61,5)	35 (38,5)	9 (45,0)	11 (55,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	,511
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	1 (6,3)	15 (93,8)	4 (5,4)	70 (94,6)	12 (13,2)	79 (86,8)	4 (20,0)	16 (80,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	,264
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	3 (18,8)	13 (81,3)	5 (6,8)	69 (93,2)	9 (9,9)	82 (90,1)	1 (5,0)	19 (95,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	,560
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	12 (75,0)	4 (25,0)	59 (79,7)	15 (20,3)	70 (76,9)	21 (23,1)	17 (85,0)	3 (15,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	,784
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	10 (62,5)	6 (37,5)	65 (87,8)	9 (12,2)	81 (89,0)	10 (11,0)	19 (95,0)	1 (5,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	,015

Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία. Στις ηλικίες 20-30, 41-50 και άνω των 60 ετών καταγράφονται αναλογικά τα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ στις ηλικίες 51-60 παρουσιάζεται εντονότερα η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων. Σε ότι αφορά την αναζήτηση βοήθειας, διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα για κάθε ηλικιακή κατηγορία. Αντίθετα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν τη δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας από την οικονομική κρίση. Οι απόψεις αυτές ενισχύονται περισσότερο στις ηλικίες 31-40 και 41-50, όπου παρατηρούνται και τα μεγαλύτερα ποσοστά επιβάρυνσης του ψυχισμού των επαγγελματιών υγείας από την οικονομική κρίση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Γενικές ερωτήσεις – διαφορές ανά περιοχή καταγωγής

Παράγοντες	Αστική (N=109)		Ημιαστική (N=94)		T-test Sig (2-tailed)
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιον κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	61 (56,0)	48 (44,0)	60 (63,8)	34 (36,2)	,257
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	5 (4,6)	104 (95,4)	16 (17,0)	78 (83,0)	,004
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	4 (3,7)	105 (96,3)	14 (14,9)	80 (85,1)	,005
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	85 (78,0)	24 (22,0)	74 (78,7)	20 (21,3)	,899
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	98 (89,9)	11 (10,1)	78 (83,0)	16 (17,0)	,149

Στις ερωτήσεις με βάση την περιοχή καταγωγής, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και στην αναζήτηση βοήθειας. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν μεγαλώσει σε ημιαστικές περιοχές εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε κάθε κατηγορία, συμπεριλαμβανομένου και του προβλήματος ψυχικής υγείας.

Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την οικονομική κρίση. Για τους ερωτώμενους που έχουν μεγαλώσει σε αστικές περιοχές, παρατηρείται μία μεγαλύτερη επιρροή της οικονομικής κρίσης στην καθημερινότητα της εργασίας τους, ενώ παρατηρείται ισορροπία στις απαντήσεις που σχετίζονται με την επιβάρυνση του ψυχισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση

Παράγοντες	Άγαμοι (N=51)		Έγγαμοι (N=137)		Διαζευγμένοι (N=11)		Χήροι (N=4)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	34 (66,7)	17 (33,3)	78 (56,9)	59 (43,1)	6 (54,5)	5 (45,5)	3 (75,0)	1 (25,0)	,583
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	4 (7,8)	47 (92,2)	16 (11,7)	121 (88,3)	1 (9,1)	10 (90,9)	0 (0,0)	4 (100,0)	,784
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	6 (11,8)	45 (88,2)	11 (8,0)	126 (92,0)	1 (9,1)	10 (90,9)	0 (0,0)	4 (100,0)	,796
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	39 (76,5)	12 (23,5)	107 (78,1)	30 (21,9)	9 (81,8)	2 (18,2)	4 (100,0)	0 (0,0)	,735
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	40 (78,4)	11 (21,6)	122 (89,1)	15 (10,9)	10 (90,9)	1 (9,1)	4 (100,0)	0 (0,0)	,218

Στις ερωτήσεις με βάση την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε καμία κατηγορία. Οι άγαμοι παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας από τους έγγαμους, καθώς και εμφανίζουν μεγαλύτερη ανάγκη αναζήτησης βοήθειας. Οι έγγαμοι καταγράφουν μεγαλύτερα ποσοστά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος. Στο σύνολο των απαντήσεων σχετικά με την οικονομική κρίση, οι άγαμοι αποτελούν την ομάδα των επαγγελματιών υγείας με τη λιγότερη επιρροή της οικονομικής κρίσης τόσο στον ψυχισμό τους, όσο και στη δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας τους. Σημειώνεται το απόλυτο ποσοστό επιρροής που καταγράφεται στους χήρους/ες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο

Παράγοντες	Βασική Εκπαίδευση (N=57)		Πτυχίο Τ.Ε.Ι. (N=71)		Πτυχίο Α.Ε.Ι. (N=41)		Μεταπτυχιακό Διδακτορικό (N=34)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	34 (59,6)	23 (40,4)	44 (62,0)	27 (38,0)	24 (58,5)	17 (41,5)	19 (55,9)	15 (44,1)	,946
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	9 (15,8)	48 (84,2)	10 (14,1)	61 (85,9)	1 (2,4)	40 (97,6)	1 (2,9)	33 (97,1)	,053
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	7 (12,3)	50 (87,7)	7 (9,9)	64 (90,1)	2 (4,9)	39 (95,1)	2 (5,9)	32 (94,1)	,559
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	51 (89,5)	6 (10,5)	56 (78,9)	15 (21,1)	28 (68,3)	13 (31,7)	24 (70,6)	10 (29,4)	,050
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	52 (91,2)	5 (8,8)	63 (88,7)	8 (11,3)	33 (80,5)	8 (19,5)	28 (82,4)	6 (17,6)	,367

Στις ερωτήσεις με βάση το μορφωτικό επίπεδο, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία και την οικονομική κρίση. Σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας βασικής εκπαίδευσης καθώς και οι κάτοχοι πτυχίου Τ.Ε.Ι. παρουσίασαν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, λήψης φαρμακευτικής αγωγής, αναζήτησης βοήθειας, καθώς και μεγαλύτερο συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά ειδικότητα

Παράγοντες	Ιατροί (N=43)		Νοσηλευτικό προσωπικό (N=88)		Μαία/της (N=10)		Κοινωνικοί λειτουργοί (N=10)		Τεχνικό προσωπικό (N=20)		Διοικητικό προσωπικό (N=32)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	26 (60,5)	17 (39,5)	50 (56,8)	38 (43,2)	5 (50,0)	5 (50,0)	9 (90,0)	1 (10,0)	12 (60,0)	8 (40,0)	19 (59,4)	13 (40,6)	,484
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	1 (2,3)	42 (97,7)	8 (9,1)	80 (90,9)	2 (20,0)	8 (80,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	3 (15,0)	17 (85,0)	6 (18,8)	26 (81,3)	,220
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	2 (4,7)	41 (95,3)	7 (8,0)	81 (92,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	1 (5,0)	19 (95,0)	2 (6,3)	30 (93,8)	,025
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	30 (69,8)	13 (30,2)	71 (80,7)	17 (19,3)	8 (80,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	2 (20,0)	18 (90,0)	2 (10,0)	24 (75,0)	8 (25,0)	,558
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	34 (79,1)	9 (20,9)	79 (89,8)	9 (10,2)	9 (90,0)	1 (10,0)	6 (60,0)	4 (40,0)	18 (90,0)	2 (10,0)	30 (93,8)	2 (6,3)	,056

Στις ερωτήσεις με βάση την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, εκτός της αναζήτησης βοήθειας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί καταγράφουν τα μεγαλύτερα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας στο περιβάλλον τους, το διοικητικό προσωπικό τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση τυχόν αγχωτικών καταστάσεων, οι μαιευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί τα μεγαλύτερα ποσοστά στην ανάγκη αναζήτησης βοήθειας από ειδικό.

Στις ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κρίση, οι ιατροί (ειδικοί και ειδικευμένοι) δηλώνουν λιγότερη επιβάρυνση στον ψυχισμό τους από τους υπόλοιπους, με τους κοινωνικούς λειτουργούς/επισκέπτες υγείας να αποτελούν την ομάδα επαγγελματιών με τα λιγότερα προβλήματα λόγω οικονομικής κρίσης στην καθημερινότητα της εργασίας τους. Αντίθετα, το τεχνικό και το διοικητικό προσωπικό φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από την οικονομική κρίση στον ψυχισμό και στην καθημερινότητα της εργασίας τους αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά χρόνια προϋπηρεσίας

Παράγοντες	<5 (N=32)		5 – 10 (N=18)		11 – 15 (N=42)		16 – 20 (N=52)		>20 (N=59)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	18 (56,3)	14 (43,8)	9 (50,0)	9 (50,0)	30 (71,4)	12 (28,6)	27 (51,9)	25 (48,1)	37 (62,7)	22 (37,3)	,314
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	1 (3,1)	31 (96,9)	0 (0,0)	18 (100,0)	4 (9,5)	38 (90,5)	5 (9,6)	47 (90,4)	11 (18,6)	48 (81,4)	,080
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	4 (12,5)	28 (87,5)	1 (5,6)	17 (94,4)	6 (14,3)	36 (85,7)	2 (3,8)	50 (96,2)	5 (8,5)	54 (91,5)	,422
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	24 (75,0)	8 (25,0)	11 (61,1)	7 (38,9)	34 (81,0)	8 (19,0)	41 (78,8)	11 (21,2)	49 (83,1)	10 (16,9)	,371
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	22 (68,8)	10 (31,3)	15 (83,3)	3 (16,7)	39 (92,9)	3 (7,1)	46 (88,5)	6 (11,5)	54 (91,5)	5 (8,5)	,018

Στις ερωτήσεις με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μόνο στον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με τα προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας. Οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 11-15 έτη καταγράφουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και ανάγκης αναζήτησης βοήθειας, ενώ στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής οι επαγγελματίες προϋπηρεσίας άνω των 20 ετών. Σχετικά με την οικονομική κρίση, την μικρότερη επιρροή παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας με την μικρότερη προϋπηρεσία (<5 ετών) σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, ενώ μεγαλύτερο βαθμό επιρροής εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 11-15 έτη και >20 έτη αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Γενικές ερωτήσεις - διαφορές ανά τομέα εργασίας

Παράγοντες	Παθολογικός (N=33)		Χειρουργικός (N=37)		Τ.Ε.Π. (N=33)		Μον.- Χειρουργείο		Άλλο (N=80)		ANOVA
	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	
Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;	16 (48,5)	17 (51,5)	26 (70,3)	11 (29,7)	16 (48,5)	17 (51,5)	16 (53,3)	14 (46,7)	52 (65,0)	28 (35,0)	,249
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;	1 (3,0)	32 (97,0)	7 (18,9)	30 (81,1)	2 (6,1)	31 (93,9)	2 (6,7)	28 (93,3)	11 (13,8)	69 (86,2)	,118
Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;	3 (9,1)	30 (90,9)	8 (21,6)	29 (78,4)	3 (9,1)	30 (90,9)	0 (0,0)	30 (100,0)	6 (7,5)	74 (92,5)	,059
Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;	22 (66,7)	11 (33,3)	30 (81,1)	7 (18,9)	28 (84,8)	5 (15,2)	23 (76,7)	7 (23,3)	66 (82,5)	14 (17,5)	,735
Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;	27 (81,8)	6 (18,2)	32 (86,5)	5 (13,5)	28 (84,8)	5 (15,2)	28 (93,3)	2 (6,7)	70 (87,5)	10 (12,5)	,585

Στις ερωτήσεις με βάση τον τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, χρήσης φαρμακευτικής αγωγής, επίσκεψης ειδικού για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος, συσχετίζοντας εντονότερα την οικονομική κρίση ως παράγοντα δημιουργίας προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας τους. Οι εργαζόμενοι στο Τ.Ε.Π. υποστηρίζουν περισσότερο τον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με προβλήματα ψυχικής υγείας που επιβαρύνουν τον ψυχισμό τους.

5.5 Συσχετίσεις

Υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που εκφράζουν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, τα προβλήματα ψυχικής υγείας και την οικονομική κρίση. Ο έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της γραμμικής φύσεως σχέσης που μπορεί να συνδέει τις ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές είναι ο έλεγχος Pearson.

ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Συσχετίσεις υποκλιμάκων στάσεων

	Κατάθλιψη		Θεραπευτικές Προσεγγίσεις		Ψυχιατρικά Φάρμακα	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
Κατάθλιψη	1	.	,014	,846	,247	,000
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις			1	.	,026	,715
Ψυχιατρικά Φάρμακα					1	.

Στον Πίνακα 43 παρατηρούνται θετικές συσχετίσεις στις υποκλίμακες των στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη, στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα, γεγονός που εκφράζει και την σχέση των παραγόντων που εκφράζουν τη μέση ένταση κάθε κλίμακας στάσεων.

Επίσης παρατηρείται στατιστικά σημαντική συνάφεια (R) μεταξύ των στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη και στα ψυχιατρικά φάρμακα. Αντιθέτως, δεν παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές συνάφειες μεταξύ των άλλων παραγόντων (1^η στήλη). Η συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις χαρακτηρίζεται ως χαμηλή, όπως φαίνεται και από την τιμή του συντελεστή Pearson (24,7%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Συσχετίσεις ψυχικής υγείας και οικονομικής κρίσης

	1		2		3		4		5		6	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
1	1	.	,141	,045	,008	,912	,131	,062	,037	,601	-.034	,631
2			1	.	,247	,000	,186	,008	,127	,070	,062	,380
3					1	.	,349	,000	,061	,388	,133	,058
4							1	.	,080	,257	,020	,776
5									1	.	,392	,000
6											1	.

1= «Γνωρίζετε εάν υπάρχουν τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας για δυσκολίες σαν αυτές που αντιμετωπίζει η Μαρία;»,

2= «Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιος κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;»,

3 = «Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;»,

4= «Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;»,

5= «Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;»

6= «Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;»

Στον Πίνακα 44, υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων που καταγράφουν την αναζήτηση βοήθειας, τα προβλήματα ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας και τις απόψεις τους σχετικά με την οικονομική κρίση. Λόγω της ανεξαρτησίας των παραγόντων που εξετάζονται ήταν αναμενόμενο να μην παραχθούν αποτελέσματα σε όλες τις περιπτώσεις. Παρατηρούνται οι συσχετίσεις μεταξύ της αναζήτησης βοήθειας και της εμφάνισης κάποιου προβλήματος ψυχικής υγείας, της εμφάνισης κάποιου προβλήματος ψυχικής υγείας και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής/επίσκεψης σε ειδικό, καθώς και μεταξύ της επιβάρυνσης του ψυχισμού και της δημιουργίας προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας από την οικονομική κρίση, οι οποίες κυμαίνονται σε χαμηλά/μέτρια/επίπεδα, δείχνοντας την ανάλογη εξάρτηση μεταξύ τους.

Σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφονται θετικές συσχετίσεις. Στις ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κρίση παρατηρήθηκε μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης του ψυχισμού των επαγγελματιών υγείας και στα προβλήματα που δημιουργεί η οικονομική κρίση στην καθημερινότητα της εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και αν η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό των επαγγελματιών υγείας, δεν σημαίνει απόλυτα ότι θα δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους.

5.6 Γραμμική παλινδρόμηση

Για την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη, στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα, εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις στάσεις και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, τόπος καταγωγής, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, χρόνια προϋπηρεσία, τομέας εργασίας).

Εφαρμόστηκαν τρία μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για κάθε κλίμακα στάσεων.

Στους Πίνακες 45-47 περιέχονται οι εκτιμήσεις των μοντέλων. Τα μοντέλα που προσαρμόστηκαν στα δεδομένα αυτά είναι τα εξής:

$\begin{aligned} \text{Στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη} = & 2,367 + 0,180 \text{ Φύλο} - 0,079 \text{ Ηλικία} - 0,031 \text{ Καταγωγή} - \\ & 0,095 \text{ Οικογενειακή κατάσταση} - 0,063 \text{ Μορφωτικό επίπεδο} + 0,105 \text{ Ειδικότητα} + 0,068 \\ & \text{Προϋπηρεσία} - 0,001 \text{ Τομέας εργασίας} \end{aligned}$
--

$\begin{aligned} \text{Στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις} = & 2,508 - 0,097 \text{ Φύλο} + 0,043 \text{ Καταγωγή} - \\ & 0,068 \text{ Μορφωτικό επίπεδο} - 0,035 \text{ Ειδικότητα} + 0,020 \text{ Προϋπηρεσία} - 0,006 \text{ Τομέας εργασίας} \end{aligned}$
--

$\begin{aligned} \text{Στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα} = & 3,916 - 0,003 \text{ Φύλο} - 0,050 \text{ Ηλικία} + 0,063 \\ & \text{Καταγωγή} + 0,032 \text{ Οικογενειακή κατάσταση} - 0,275 \text{ Μορφωτικό επίπεδο} + 0,020 \text{ Ειδικότητα} - \\ & 0,017 \text{ Προϋπηρεσία} - 0,006 \text{ Τομέας εργασίας} \end{aligned}$
--

ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Γραμμική παλινδρόμηση (στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη)

	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2,637	,233		10,145	,000		
Φύλο	,180	,109	,121	1,646	,101	,829	1,206
Ηλικία	-,079	,084	-,095	-,947	,345	,446	2,240
Τόπος καταγωγής	-,031	,093	-,023	-,330	,742	,944	1,059
Οικογενειακή κατάσταση	-,095	,085	-,085	-1,119	,265	,782	1,279
Μορφωτικό επίπεδο	-,063	,047	-,098	-1,332	,184	,831	1,203
Ειδικότητα	,105	,028	,274	3,694	,000	,815	1,227
Χρόνια προϋπηρεσίας	,068	,052	,141	1,313	,191	,389	2,573
Τομέας εργασίας	-,001	,005	-,017	-,258	,797	,974	1,026

Εξαρτημένη μεταβλητή: Στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 45, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας αυξάνονται κατά 0,105 μονάδες για κάθε αύξηση της προϋπηρεσίας κατά 1 μονάδα, ενώ μειώνονται κατά 0,079 μονάδες για κάθε για αύξηση της ηλικίας κατά 1 μονάδα. Από τα p-value παρατηρείται ότι η ειδικότητα επηρεάζει περισσότερο τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Γραμμική παλινδρόμηση (στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις)

	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2,508	,138		18,236	,000		
Φύλο	-,097	,070	-,098	-1,377	,170	,940	1,064
Τόπος καταγωγής	,043	,064	,048	,674	,501	,949	1,054
Μορφωτικό επίπεδο	-,068	,032	-,160	-2,113	,036	,836	1,196
Ειδικότητα	-,035	,019	-,137	-1,798	,074	,822	1,216
Χρόνια προϋπηρεσίας	,020	,024	,064	,854	,394	,857	1,166
Τομέας εργασίας	-,006	,003	-,125	-1,784	,076	,975	1,026

Εξαρτημένη μεταβλητή: Στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 46, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας αυξάνονται κατά 0,020 μονάδες για κάθε αύξηση της προϋπηρεσίας κατά 1 μονάδα, ενώ μειώνονται κατά 0,068 μονάδες για κάθε για αύξηση του μορφωτικού επιπέδου κατά 1 μονάδα. Από τα p-value παρατηρείται ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει περισσότερο τις στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις..

ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Γραμμική παλινδρόμηση (στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα)

	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	3,916	,265		14,793	,000		
Φύλο	-,003	,124	-,002	-,026	,979	,829	1,206
Ηλικία	-,050	,095	-,052	-,525	,600	,446	2,240
Τόπος καταγωγής	,063	,106	,041	,597	,551	,944	1,059
Οικογενειακή κατάσταση	,032	,097	,025	,332	,740	,782	1,279
Μορφωτικό επίπεδο	-,275	,054	-,372	-5,110	,000	,831	1,203
Ειδικότητα	,020	,032	,045	,616	,539	,815	1,227
Χρόνια προϋπηρεσίας	-,017	,059	-,032	-,297	,767	,389	2,573
Τομέας εργασίας	-,006	,006	-,075	-1,119	,264	,974	1,026

Εξαρτημένη μεταβλητή: Στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 47, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας αυξάνονται κατά 0,063 μονάδες για κάθε αύξηση του τόπου καταγωγής κατά 1 μονάδα, ενώ μειώνονται κατά 0,050 μονάδες για κάθε για αύξηση της ηλικίας κατά 1 μονάδα. Από τα p-value παρατηρείται ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει περισσότερο τις στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συζήτηση

6.1 Εισαγωγή

Η ψυχική ασθένεια είναι η πιο στιγματισμένη εκ των ασθενειών. Τα ψυχικά άρρωστα άτομα δίνουν μια άνιση μάχη, όχι μόνο απέναντι στην ίδια τους την ασθένεια αλλά και εναντίον της «δεύτερης ασθένειας»-του κοινωνικού στίγματος. Το στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή της, αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο.

Όλα αυτά τα χρόνια οι κοινωνίες παρακολουθούσαν αμέτοχες τα μηνύματα αρνητισμού που λάμβαναν οι ψυχικά ασθενείς, δημιουργώντας μια μη αναστρέψιμη κατάσταση που χειροτέρευε με το πέρασμα των χρόνου. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερα βλέμματα έχουν στραφεί προς αυτά τα άτομα. Μελέτες και έρευνες που βοηθούν στην προαγωγή της γνώσης αλλά και στρατηγικές για την καταπολέμηση του στίγματος, έχουν ήδη ξεκινήσει να βρίσκονται δίπλα στα ψυχικά διαταραγμένα άτομα. Όλες οι μελέτες έχουν εντοπίσει και επισημάνει την ύπαρξη του στίγματος για τα άτομα αυτά. Ευελπιστούν όμως, πως στα επόμενα χρόνια και με τις ορθολογικότερες κινήσεις, αρχής γενομένης από τις υπηρεσίες που ασχολούνται με τα άτομα αυτά, τα νέα αποτελέσματα να είναι ενθαρρυντικά και να φανερώσουν την σταδιακή μείωση του στίγματος.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ασφαλώς δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την ίδια την οικονομική κρίση, μπορούν όμως να προλάβουν και να περιορίσουν τις επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Για το λόγο αυτό και, σε μια τέτοια περίοδο διάχυτης κοινωνικής αλλά και προσωπικής δυσφορίας, αδιεξόδων, οργής και πολλαπλών μαινώσεων, είναι πιο απαραίτητοι από ποτέ οι μηχανισμοί κοινωνικής στήριξης, η έμφαση σε υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την ενδυνάμωση, την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση. Είτε πρόκειται για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος ψυχικής υγείας είτε, τελικά, για την προστασία της ίδιας της ανθρώπινης ζωής, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών που είναι σε θέση να στηρίζουν, να κατευθύνουν και να δώσουν λύσεις είναι καίριας σημασίας σε δύσκολους καιρούς.

Αντικείμενο της μελέτης μας, αποτέλεσε η αποτύπωση-διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ενός επαρχιακού νοσοκομείου απέναντι στην κατάθλιψη και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν, καθώς και η μελέτη της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Στην παρούσα μελέτη, καταγράφονται επίσης η αναγνώριση της νόσου, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα, η πρόθεση αναζήτησης βοήθειας καθώς και ο συσχετισμός της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία.

Σε παγκόσμιο επίπεδο το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει την ψυχική ασθένεια έχει αποτελέσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας (Sartorius, 2002; Dinos et al., 2004; Thermicroft, 2008). Το φαινόμενο του στιγματισμού δεν ισχύει μόνο για τα άτομα που είναι ανενημέρωτα περί του θέματος, καθώς επαγγελματίες ακόμα και από το φάσμα των επαγγελμάτων υγείας διατηρούν στάση αρνητική απέναντι στα ψυχικά άρρωστα μέλη της κοινωνίας (Corrigan & Watson, 2002). Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι γιατροί και οι σπουδαστές της ιατρικής τείνουν να συμμαριστούν τις ίδιες αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες όπως αυτές του ευρέος κοινού. Από την άλλη πλευρά οι ψυχίατροι φαίνονται να διατηρούν την θετικότερη στάση-άποψη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και τα άλλα επαγγέλματα (Imran & Haider, 2007).

Στην Ελλάδα, η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης της ομάδας του ΕΠΨΥ (Πέππου και συν. 2010). Στην συγκεκριμένη έρευνα διερευνήθηκαν οι στάσεις του γενικού πληθυσμού και των φοιτητών ψυχολογίας απέναντι στην κατάθλιψη και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν, καθώς και απέναντι στις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Επίσης, πανελλαδικές επιδημιολογικές μελέτες, επεσήμαναν την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στην οικονομική κρίση και την ψυχική υγεία (Economou et al., 2013). Ωστόσο, η διερεύνηση των στάσεων επαγγελματιών υγείας απέναντι στο στίγμα και την κατάθλιψη δεν φαίνεται να έχει μελετηθεί επαρκώς καθώς δεν έχει καταγραφεί καμία αντίστοιχη μελέτη.

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη μας έχει ως σκοπό την ανίχνευση των ιδιαίτερων παραγόντων που κατά την άποψη των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ασθενών. Διερευνήθηκε η ικανότητα αναγνώρισης της νόσου, οι στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, και στα ψυχιατρικά φάρμακα σε επαγγελματίες υγείας και συσχετίστηκαν παράγοντες όπως η αναζήτηση βοήθειας, η ψυχική υγεία, η φαρμακευτική αγωγή καθώς και η συσχέτισή τους με την οικονομική κρίση.

Τα ευρήματα της μελέτης στηρίζονται αμιγώς στην αξιολόγηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και ακολουθεί η ερμηνεία τους σε συνάφεια ή αντιδιαστολή με ευρήματα ανάλογων ερευνών του Διεθνή και Ελλαδικού χώρου, οι οποίες εστιάζουν στην καταγραφή των στάσεων στο περιγραφόμενο επαγγελματικό σώμα.

6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης μας αποτελείται από 203 άτομα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (70,9%), έγγαμοι (67,5%) και με δύο παιδιά (43,3%). Οι περισσότεροι έχουν τόπο καταγωγής αστικές περιοχές (53,7%). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 20 έως 65 χρόνια, με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 41- 50 ετών (44,8%). Τα ευρήματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την επαγγελματική κατάρτιση των συμμετεχόντων, καθώς το 35,2% είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ, το 20,2% είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 16,7% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού διπλώματος.

Στο δείγμα μας περιλαμβάνονται όλες ανεξαιρέτως οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου, με τους περισσότερους να αποτελούν νοσηλευτικό προσωπικό τεχνολογικής εκπαίδευσης (25,6%). Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο έχουν προϋπηρεσία άνω των 20 ετών (29,1%), γεγονός που – λόγω εργασιακής επάρκειας/εμπειρίας – προσδίδει ακόμη μεγαλύτερη αξία στην έρευνά μας.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης μας ουσιαστικά προσδιορίζουν το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου. Τα παραπάνω ποσοστά είναι απολύτως δικαιολογημένα καθώς μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι γυναίκες τείνουν να επιλέγουν επαγγέλματα υγείας λόγω του ότι είναι άτομα πιο ευαίσθητοποιημένα σε αντίθεση με τους άνδρες (Imgran & Haider, 2007). Επιπλέον, η νοσηλευτική αποτελεί πρωτίστως γυναικείο επάγγελμα, ενώ αναμενόμενα στην μελέτη μας συμμετείχαν και άλλοι επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο νοσηλευτές. Το ιδιαίτερο ποσοστό κατόχων μεταπτυχιακού-διδακτορικού διπλώματος (16,7%), δικαιολογείται από το γεγονός ότι η απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος στα επαγγέλματα υγείας αποτελεί κοινό προσανατολισμό των εργαζομένων στα πλαίσια της διερεύνησης των γνώσεων για την παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικής φροντίδας.

Σε σχετική μελέτη από την Κύπρο που αφορούσε δομές της Θεσσαλονίκης (Τανακάκη, 2014), το δείγμα αποτελέσαν 313 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με τις γυναίκες να αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος (54,2%), ενώ οι επαγγελματικές ομάδες ήταν νοσηλευτές (49,5%), ιατροί (33,1%) και λοιποί επαγγελματίες υγείας (17,4%). Σε μια ακόμα σχετική μελέτη από την Κύπρο (Χριστοδούλου, 2011), η στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών εμφάνισε παρόμοια ανομοιογένεια όσον αφορά την ειδικότητα, καθώς το δείγμα αποτελούνταν από 4 επαγγελματικές ομάδες: τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (83%), εργοθεραπευτές (7%), ψυχολόγους (6%) και ψυχίατρους (3%) που εργάζονται στο Δημόσιο καλύπτουν παγκύπρια όλες τις ψυχιατρικές δομές. Επίσης, σε Ελληνική μελέτη στοιχείων και χαρακτηριστικών του άγχους και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Κυλούδης και συν., 2011), το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε 62 επαγγελματίες ψυχικής υγείας (25 άνδρες και 37 γυναίκες), ηλικία $39,4 \pm 8,4$ έτη. Οι επαγγελματικές ομάδες που συμμετείχαν στη μελέτη αποτελούνταν από 35 νοσηλευτές (56,5%), 12 γιατρούς (19,4%) και 15 λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς) (24,2%), ενώ το 54,8% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 32,7% άγαμοι, το 9,7% διαζευγμένοι και το 3,2% χήροι. Σε ότι αφορά στο επίπεδο σπουδών, το 3,2% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, το 25,8% είχαν ολοκληρώσει το Λύκειο, ενώ 19 άτομα (30,7%) και 25 άτομα (40,3%) είχαν αποφοιτήσει από ΤΕΙ και ΑΕΙ, αντίστοιχα.

6.3 Στάσεις απέναντι σε βινιέτα

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας τεκμηριώνει πως ότι η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης δεν είναι πάντα η ίδια σε όλους τους πάσχοντες, καθώς δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλους τους ανθρώπους.

Η Μαρία πάσχει από κατάθλιψη. Τα κριτήρια που οδηγούν στο συμπέρασμα αυτό είναι ότι παρουσιάζει συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, σχεδόν κάθε μέρα και κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, καθώς και έλλειψη ενδιαφέροντος αφού περνάει τον περισσότερο χρόνο στο σπίτι της θεωρώντας ανούσιες τις δραστηριότητες που ήταν ευχάριστες στο παρελθόν. Έχει απομακρυνθεί από τις φίλες της, καθώς βιώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής και απαξίωσης, ενώ παρουσιάζει έλλειψη συγκέντρωσης και μνήμης, ανησυχία και άγχος. Επίσης, παρουσιάζει αύξηση ή μείωση της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα την αυξομείωση του βάρους, καθώς και προβλήματα ύπνου που μπορεί να πάρει τη μορφή αϋπνίας ή υπερυπνίας, σχεδόν καθημερινά. Δυσκολεύεται να κάνει τις δουλειές του σπιτιού, καθώς εμφανίζει αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας ή απώλεια της ενεργητικότητας.

Οι «ενδείξεις» της βινιέτας «προδίδουν» την ψυχική ασθένεια της Μαρίας, στους επαγγελματίες υγείας και σχετίζονται με τη φύση της ασθένειάς της. Η συντριπτική πλειοψηφία τους (96,6%) αναγνώρισε την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, την οποία και προσδιόρισε ονομαστικά ως «κατάθλιψη» (85,7%). Το 5,4% πιστεύει ότι πάσχει από αγχώδη διαταραχή, το 5,4% πιστεύει ότι πάσχει από κάποια άλλη διαταραχή, ενώ το 3,4% πιστεύει ότι η Μαρία δεν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή.

Στην επιδημιολογική συγχρονική μελέτη του ΕΠΨΥ που πραγματοποιήθηκε το 2010 σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 632 ατόμων (κατοίκων του Δήμου Γαλατσίου) και σε μη τυχαίο δείγμα με τη συμμετοχή όλων των φοιτητών ψυχολογίας του Παντείου από όλα τα έτη (N=143) διερευνήθηκαν οι στάσεις των φοιτητών απέναντι σε παρόμοια βινιέτα (Πέππου και συν., 2010). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των φοιτητών ψυχολογίας, το 80% πιστεύει ότι η Μαρία πάσχει από κατάθλιψη, το 8% πιστεύει ότι πάσχει από αγχώδη διαταραχή, το 3% πιστεύει ότι πάσχει από κάποια άλλη διαταραχή, ενώ το 9% πιστεύει ότι η Μαρία δεν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή.

Στην ίδια έρευνα, αποτυπώθηκαν οι στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι σε διαγνωστική κατηγορία. Στα αποτελέσματα της μελέτης του γενικού πληθυσμού και στην ερώτηση προσδιορισμού των χαρακτηριστικών της κατάθλιψης, καταγράφηκαν η απομόνωση (54,9%), η καταθλιπτική διάθεση (43,9%), η απαισιοδοξία για το μέλλον (25,3%), η έλλειψη ευχαρίστησης για καθημερινές δραστηριότητες (16,5%) και οι διαταραχές ύπνου (11,4%).

Στο ερώτημα της μελέτης μας για το βαθμό σοβαρότητας της νόσου, το 54,2% των επαγγελματιών υγείας τη χαρακτηρίζει ως μέτριας μορφής, ενώ αρκετοί τη χαρακτηρίζουν ως ήπιας μορφής. Σε αυτό φαίνεται να συμφωνεί και η αντίστοιχη έρευνα του ΕΠΨΥ (Πέππου και συν., 2010) καθώς αρκετοί από τους φοιτητές ψυχολογίας δηλώνουν πως η κατάθλιψη είναι ήπιας μορφής.

Έρευνες γενικού πληθυσμού σε διάφορες χώρες έχουν παρουσιάσει φτωχή αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών που συχνά αποκλίνουν από εκείνες των επαγγελματιών υγείας (Griffiths et al., 2008). Υποστηρίζουν την ανάγκη για εκπαίδευση του πληθυσμού για καλύτερη κατανόηση της ψυχικής ασθένειας, καθώς η έλλειψη «παιδείας» μπορεί να περιορίσει σημαντικά τη βέλτιστη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Σε έρευνες γενικού πληθυσμού που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία και την Ιαπωνία (Griffiths, 2006) για τη διερεύνηση των πεποιθήσεων σχετικά με τη θεραπεία και την έκβαση των ψυχικών διαταραχών, το Ιαπωνικό κοινό παρατηρήθηκε περισσότερο απρόθυμο στη χρήση ψυχιατρικών ετικετών, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις κατάθλιψης. Αντίθετα, οι Αυστραλοί πολίτες χρησιμοποιούσαν συχνότερα ψυχιατρικές ετικέτες/ταμπέλες, και πιο συγκεκριμένα «κατάθλιψη».

6.4 Στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη

Η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη προσδιορίζει το επίπεδο διατήρησης των στερεοτυπικών αντιλήψεων για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, το 41,8% πιστεύει ότι η Μαρία θα μπορούσε να συνέλθει εύκολα από μόνη της αρκεί να το επιθυμούσε, το 58,2% πιστεύει ότι έχει αδύναμο χαρακτήρα, ενώ το 23,2% δεν είναι σίγουροι, το 37,9% πιστεύει ότι πάσχει από κάποια ιατρική ασθένεια, το 10,9% πιστεύει ότι είναι επικίνδυνη, ενώ το 24,6% πιστεύει ότι είναι απρόβλεπτη.

Στην αντίστοιχη έρευνα του ΕΠΨΥ (Πέππου και συν., 2010), οι φοιτητές ψυχολογίας υποστηρίζουν πως η Μαρία θα μπορούσε να συνέλθει από μόνη της εάν το επιθυμούσε (55,3%), έχει αδύναμο χαρακτήρα (44,1%) ενώ το 24,5% δεν είναι σίγουροι, πάσχει από κάποια ιατρική ασθένεια (35%), είναι επικίνδυνη (6,3%) και απρόβλεπτη (16,1%).

Στην ίδια έρευνα, ο γενικός πληθυσμός θεωρεί πως τα άτομα με κατάθλιψη θα μπορούσαν να συνέλθουν εάν το επιθυμούσαν (82,2%), η κατάθλιψη είναι ένδειξη προσωπικής αδυναμίας (61,7%), πραγματική ασθένεια (66,3%), ενώ θεωρεί τους ασθενείς με κατάθλιψη επικίνδυνους (26,8%) και απρόβλεπτους (53,9%).

Στους επαγγελματίες υγείας της μελέτης μας, μόλις το 0,5% υποστήριξε ότι η κατάθλιψη «κολλάει», το 5,9% υποστήριξε ότι εάν είχε κατάθλιψη δεν θα το έλεγε σε κανέναν, ενώ για κάποιον που έχει περάσει κατάθλιψη το 14,8% υποστηρίζει ότι δεν θα τον προσλάμβανε και το 36% υποστηρίζει ότι δεν θα τον ψήφιζε. Στην αντίστοιχη μελέτη του γενικού πληθυσμού για τις στάσεις απέναντι σε διαγνωστική κατηγορία (Πέππου και συν., 2010), το 10,6% υποστήριξε ότι η κατάθλιψη «κολλάει», το 15,2% υποστήριξε ότι εάν είχε κατάθλιψη δεν θα το έλεγε σε κανέναν, το 70,9% θα προσλάμβανε κάποιον που είχε περάσει κατάθλιψη, ενώ το 51,2% θα τον ψήφιζε κιόλας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη (ΕΠΨΥ, 2012), είναι χαρακτηριστικό ότι σε ποσοστό κλήσεων 17,8% διατυπώθηκε από τους καλούντες η επιθυμία απόκρυψης του προβλήματος ψυχικής υγείας που αντιμετώπιζε από τον κοινωνικό περίγυρο. Άξιο μνείας, είναι και το γεγονός ότι σε ποσοστό κλήσεων 9,2% διατυπώθηκε η επιθυμία να απευθυνθούν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας που δεν βρίσκονται κοντά στον τόπο διαμονής τους, προς αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού.

Η έρευνα κατέδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν σαφώς λιγότερο στιγματιστική στάση απέναντι στην κατάθλιψη και περισσότερο αισιόδοξη στάση ως προς τις ικανότητες των ψυχικά ασθενών συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Αντίθετα, παρουσιάζουν περισσότερο στιγματιστικές στάσεις και λιγότερη αισιοδοξία σε σχέση με τους φοιτητές ψυχολογίας.

Στην μελέτη αποτύπωσης των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού της Κύπρου έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας (Χριστοδούλου, 2011), ένα πολύ μικρό ποσοστό (6,1%) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας παρουσίασε στίγμα, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (23,7%) που καταγράφει στίγμα. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών (95,5%) θεωρεί ότι ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να πετύχει αρκετά πράγματα. Στην συγκεκριμένη μελέτη, μόνο το 4,5% του συνόλου των επαγγελματιών είναι αισιόδοξο, παρουσιάζοντας θετικές απόψεις για τις ικανότητες ενός ατόμου που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια. Πολύ παραπλήσια αποτελέσματα εντοπίζονται και στο γενικό πληθυσμό αφού θετική στάση καταγράφει μόνο το 5,6% του γενικού πληθυσμού στο πεδίο αισιοδοξίας. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι μόνο το 1,9% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να ενθαρρύνεται το άτομο που υποφέρει από σοβαρή ψυχική ασθένεια να συμμετέχει ενεργά στη κοινωνική ζωή, σε αντίθεση με το 27,0% του γενικού πληθυσμού. Τόσο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και ο γενικός πληθυσμός επιρρίπτουν ευθύνες στα ίδια τα άτομα για την κατάσταση της υγείας τους, και θεωρούν ότι τα άτομα που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια αισθάνονται συνήθως ένοχα για τα προβλήματά τους, με ποσοστά 56,5% και 55,1%, αντίστοιχα.

Σε έρευνα που έλαβε χώρα μεταξύ των εργαζομένων πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Τανζανία (Mbatia et al., 2009), η πλειοψηφία του δείγματος παρουσίασε συμπεριφορές στιγματισμού σχετικά με την κατάθλιψη, καθώς υποστήριξε πως η κατάθλιψη αποτελεί αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της ζωής άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση/αντοχή.

Στην έρευνα των Griffiths et al. (2006) για τη διερεύνηση των πεποιθήσεων σχετικά με τη θεραπεία και την έκβαση των ψυχικών διαταραχών στην Αυστραλία και την Ιαπωνία, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών και τις πεποιθήσεις σχετικά με τη θεραπεία, οι οποίες σχετίστηκαν με τη διαφορετικότητα των συστημάτων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την Αυστραλία να είναι περισσότερο προσανατολισμένη στην κοινωνική φροντίδα, ενώ η Ιαπωνία να εστιάζει στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης, οι περισσότεροι Ιάπωνες πολίτες αποδείχθηκαν περισσότερο απρόθυμοι να συζητήσουν τις ψυχικές διαταραχές με άλλους, ειδικότερα εκτός οικογένειας.

Σε έρευνα διερεύνησης των στάσεων επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων ειδικοτήτων (Gateshill et al., 2011), καταγράφηκαν θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και στις δύο επαγγελματικές ομάδες. Ωστόσο, οι επαγγελματίες μη-ψυχικής υγείας θεωρούν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας σημαντικά πιο επικίνδυνα και απρόβλεπτα.

Το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί από τον ΠΟΥ και την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία, ως «μέγιστη πρόκληση για το Δημόσιο Τομέα» (WHO, 2001; WPA, 2004). Έρευνες υποστηρίζουν πως είτε εμποδίζει την αναζήτηση βοήθειας για ψυχολογικά προβλήματα, είτε την καθυστερεί (Thornicroft, 2008). Οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην αναζήτηση βοήθειας ασθενών με κατάθλιψη, περιλαμβάνουν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), την αναγνώριση της κατάθλιψης και τις στάσεις απέναντι στη νόσο, τις στάσεις απέναντι στις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις, καθώς και τις στάσεις των ίδιων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Sartorius, 1999; Schomerus et al., 2009; Thornicroft, 2008).

Συνοπτικά στη μελέτη μας, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να διατηρούν τη στερεοτυπική αντίληψη πως η κατάθλιψη υποδηλώνει αδυναμία χαρακτήρα και κατ' επέκταση κάποιος που πάσχει από αυτήν είναι σε θέση και μπορεί να συνέλθει από μόνος του εάν το επιθυμεί. Οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν την κατάθλιψη ιατρική ασθένεια, ούτε «κόλλημα», και θα το μοιράζονταν με άλλους εάν είχαν κατάθλιψη. Θεωρούν τα άτομα με κατάθλιψη απρόβλεπτα, αλλά όχι επικίνδυνα. Για το λόγο αυτό, θα προσλάμβαναν και θα ψήφιζαν κάποιον που είχε περάσει κατάθλιψη, θεωρώντας με τον τρόπο αυτό ότι μπορεί να πετύχει αρκετά πράγματα.

6.5 Στάσεις απέναντι στις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Στο πλαίσιο της μελέτης των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις αποτυπώθηκαν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις θεραπείες-παρεμβάσεις που βοηθούν στην αντιμετώπιση της νόσου, σε μια προσπάθεια διερεύνησης της αποτελεσματικότητας των μορφών αυτών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και καταγράφοντας σε φθίνουσα σειρά την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων, το 74,4% των επαγγελματιών προτείνει να συζητάει με κάποιο οικείο πρόσωπο, το 67,9% να βελτιώσει τη διατροφή και να γυμνάζεται περισσότερο, το 60,6% να κάνει ψυχανάλυση, το 60,5% να κάνει γιόγκα ή άλλου είδους ασκήσεις χαλάρωσης, το 56,6% να διαβάζει βιβλία αυτοβοήθειας, το 53,2% να κάνει συμβουλευτική, το 47,3% να πάρει αντικαταθλιπτικά φάρμακα, το 46,8% να κάνει γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, το 24,1% να πάρει βιταμίνες ή άλλα φυτικά βοηθήματα, το 19,7% να κάνει δραματοθεραπεία, το 10,8% να πάρει αντιψυχωσικά φάρμακα, ενώ μόλις το 0,5% να πάρει αντιβιοτικά.

Στην αντίστοιχη έρευνα του ΕΠΙΨΥ (Πέππου και συν., 2010), οι φοιτητές ψυχολογίας υποστηρίζουν τη συζήτηση με ένα οικείο πρόσωπο (68%), τη χρήση συμβουλευτικής (64%) και γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (60%), την ψυχανάλυση (59%), τη βελτίωση της διατροφής και τη περαιτέρω εκγύμναση (54%), τη δραματοθεραπεία (50%), τη γιόγκα ή άλλου είδους ασκήσεις χαλάρωσης (48%), το διάβασμα βιβλίων αυτοβοήθειας (37%), τη λήψη αντικαταθλιπτικών (33%), καθώς και τη χορήγηση βιταμινών (32%).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υποστηρίζεται ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας (Χατζάκη, 2008), που πλεονεκτεί λόγω της διατήρησης του θεραπευτικού οφέλους και της προστασίας του ατόμου από τυχόν επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός ότι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας είναι ο πλέον ενδεδειγμένος (Δασκαλόπουλος, 2007), η ψυχοθεραπεία είναι καλή θεραπευτική επιλογή γενικά για τις ήπιες μορφές κατάθλιψης, ωστόσο όχι αρκετή για τη σοβαρή κατάθλιψη, όπου η φαρμακευτική αγωγή είναι πολύ αποτελεσματική.

Η έρευνα μας κατέδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν σαφώς θετικότερες στάσεις απέναντι σε μη βιολογικού τύπου μεθόδους αντιμετώπισης (ψυχοκοινωνικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις), όπως υποστηρικτικό κοινωνικό περίγυρο, υγιεινή διατροφή, φυσική άσκηση, τεχνικές χαλάρωσης, ψυχανάλυση, συμβουλευτική, γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, πνευματική ζωή, έναντι των βιολογικών θεραπειών (φαρμακοθεραπείες), με εξαίρεση ίσως τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Στην αντίστοιχη έρευνα του ΕΠΨΥ (Πέππου και συν., 2010), οι φοιτητές ψυχολογίας κατέγραψαν παρόμοιες στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, με τη διαφορά ότι αποτυπώνουν εντονότερες στάσεις στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (συμβουλευτική, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, ψυχανάλυση) από τη βελτίωση της διατροφής και τη φυσική άσκηση. Σε κάθε περίπτωση αποτυπώνεται έντονα η αναποτελεσματικότητα της χρήσης αντιβιοτικών.

Τα αποτελέσματα της έρευνά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης του γενικού πληθυσμού στην Ιαπωνία (Griffiths et al., 2006), σύμφωνα με τα οποία οι Ιάπωνες πιστεύουν στα οφέλη των θεραπευτικών προσεγγίσεων, αλλά δεν είναι αισιόδοξοι για την πλήρη ανάκαμψη. Στην ίδια έρευνα, πιο θετικοί εμφανίζονται οι Αυστραλιανοί, διατηρώντας ισχυρές προτιμήσεις και για παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής.

Σε μελέτες γενικού πληθυσμού για την αξιολόγηση των διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων, οι δεξιότητες αυτοβοήθειας βρέθηκαν στην κορυφή της λίστας στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ (Rippere, 1979; Parker & Brown, 1982; Jorm et al., 1997). Οι δημοφιλέστερες παρεμβάσεις αυτοβοήθειας περιλάμβαναν την υποστήριξη από την οικογένεια/φίλους, την άσκηση ευχάριστων δραστηριοτήτων, την ανάληψη νέων και της φυσικής άσκησης. Ωστόσο, για μέτριας μορφής κατάθλιψη, καταγράφονται έντονες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής υποστήριξης (Goldberg & Huxley, 1992), της φυσικής άσκησης (Martinsen, 1994) και των βιβλίων αυτοβοήθειας βασισμένα στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (Cuijpers, 1997).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελβετία, κατέδειξε ότι ο γενικός πληθυσμός διατηρεί δυσκολία στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, καθώς δε γνωρίζει πώς να συμπεριφερθεί, φοβάται μήπως κάνει λάθη και δεν διαθέτει επαρκή γνώση (Brandli, 1999).

6.6 Στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα

Η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας προσδιορίστηκε μέσω της καταγραφής των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα γενικότερα και τα αγχολυτικά ειδικότερα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση (50,3%), είναι αποτελεσματικότερα από τα φυσικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά (45,8%), περισσότερο ωφελούν παρά βλάπτουν (39,9%), μπορούν να αλλάξουν την προσωπικότητα (54,7%) και δεν είναι όλα βλαβερά (47,8%). Σε ότι αφορά τα αγχολυτικά φάρμακα, οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως τα φάρμακα τύπου Lexotanil, Tavor και Xanax είναι εθιστικά (86,7%).

Σύμφωνα με την μελέτη του γενικού πληθυσμού στην έρευνα του ΕΠΨΥ (Πέππου και συν., 2010), το 67,4% θεωρεί πως όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση, το 42,2% ότι είναι αποτελεσματικότερα από τα φυσικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά, το 47,6% υποστηρίζει πως περισσότερο ωφελούν παρά βλάπτουν, το 56,9% ότι μπορούν να αλλάξουν την προσωπικότητα, ενώ το 34,7% θεωρεί πως όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι βλαβερά.

Η έρευνα κατέδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν αμφιθυμικές στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα. Παρουσιάζουν σαφώς λιγότερο στιγματιστική στάση απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα σχετικά με την εξάρτηση που προκαλούν και τα οφέλη της χρήσης τους, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης, εμφανίζονται περισσότερο θετικοί στην αποτελεσματικότητα των ψυχιατρικών φαρμάκων σε σχέση με τα φυσικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά, καθώς και στην επιρροή τους στην αλλαγή της προσωπικότητας.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Τανζανία (Mbatia et al., 2009), φαίνεται να αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των ψυχιατρικών φαρμάκων, ευνοώντας τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

6.7 Γενικές ερωτήσεις

Οι ελλείψεις στην πληροφόρηση και στην πρόσβαση στις διαθέσιμες πηγές φροντίδας είναι έντονες στο χώρο της ψυχικής υγείας και το πρόβλημα επιτείνεται από το κοινωνικό στίγμα, τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν ακόμη και σήμερα την ψυχική νόσο (Corrigan, 2004).

Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη (1034) αποτελεί μια εμπιστευτική, πανελλαδικής εμβέλειας υπηρεσία που έχει οργανωθεί από το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» του ΕΠΙΨΥ προσφέροντας έργο στο χώρο της ψυχικής υγείας από το Μάιο του 2008, που ξεκίνησε η λειτουργία της. Μία από τις δράσεις του προγράμματος είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για θέματα ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο της οποίας εντάχθηκε η λειτουργία τηλεφωνικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας, στελεχωμένη από ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπό την εποπτεία ομάδας ψυχιάτρων.

Οι καταγραφές που προέκυψαν από τη λειτουργία των τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας, έρχονται να επιβεβαιώσουν τα επιχειρήματα που υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα αυτού του τύπου υπηρεσιών και τη χρησιμότητα των παροχών τους. Η δυνατότητα παροχής συμβουλευτικής και υποστήριξης μέσω τηλεφώνου αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική σε θέματα όπως οι ψυχικές διαταραχές. Μέσω της παροχής, επιστημονικά υπεύθυνης πληροφόρησης, αφενός μεν η άγνοια και οι στρεβλές αντιλήψεις που υπάρχουν διάχυτες, ειδικά όσον αφορά τη σοβαρή ψυχική ασθένεια, είναι δυνατόν να αναιρεθούν, αφετέρου δε, το στίγμα και η προκατάληψη που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια αποτρέπει τον ενδιαφερόμενο από το να αναζητήσει πληροφόρηση ή ιατρική βοήθεια, με συνέπειες ιδιαίτερα δυσμενείς πολλές φορές για την ψυχική του υγεία.

Παράλληλα, δίνεται η ευκαιρία να συζητηθούν ζητήματα όπως το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός, να αρθεί σε ένα βαθμό η ψυχολογική επιβάρυνση του στιγματισμού και να διευκολυνθεί η αναζήτηση βοήθειας. Επίσης, παρέχεται ενημέρωση στο θέμα της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, όπως της φαρμακευτικής αγωγής και των αρνητικών στάσεων των ασθενών απέναντι στη λήψη των φαρμάκων. Η σωστή πληροφόρηση για τη σημασία της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις συστάσεις του θεράποντα και η αναίρεση παρερμηνειών που οδηγούν

σε φόβους εξάρτησης ή άλλου τύπου βλάβης, από τα φάρμακα συμβάλλει στην καλύτερη «συμμόρφωση» με τη θεραπεία και, δυνητικά, σε μία καλύτερη έκβαση στην πορεία της νόσου. (Οικονόμου, 2008).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης μας, μόλις το 51,2% των επαγγελματιών υγείας γνώριζε την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να επιβεβαιώσουν τη βιβλιογραφία, καθώς η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ανάγκη από βοήθεια και υπηρεσίες δεν τις αναζητούν ποτέ ή αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν τη θεραπείας τους (Corrigan, 2007) και ο φόβος του στίγματος, είτε άμεσα είτε έμμεσα, σχετίζεται άρρηκτα με το φαινόμενο αυτό. Ο φόβος του στίγματος μπορεί να αποβεί καταστροφικός, όχι αποτρέποντας την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας αλλά και καθυστερώντας την. Η επιτυχία της θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται και από τη φάση της ασθένειας και ο χρόνος που ο ασθενής χάνει αισθανόμενος πως απειλείται από το στίγμα της ψυχικής νόσου, είναι συνήθως πολύτιμος.

Στην έρευνα του ΕΠΨΥ (2010), η πλειοψηφία των ερωτηθέντων του γενικού πληθυσμού (59%), δεν γνώριζε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει ο δήμος κατοικίας τους. Στη μελέτη μας μάλιστα, παρά το γεγονός ότι σχεδόν ένας στους δύο επαγγελματίες υγείας γνώριζαν την ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας, η συντριπτική πλειοψηφία τους δεν ήταν σε θέση να αναφέρει ονομαστικά μία εξ αυτών, με αποτέλεσμα οι απαντήσεις που καταγράφηκαν να είναι ελάχιστες (12,8%).

Στο ερώτημα της μελέτης μας για σχετικά με την πρόθεση αναζήτησης βοήθειας, οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό) (68,5%), έναν φίλο/συγγενή (17,7%), πουθενά (4,9%), άλλον επαγγελματία υγείας (παθολόγο, νευρολόγο, ιατρό άλλης ειδικότητας – μη ψυχίατρο), έναν ιερέα (3,0), ενώ ένα μικρό ποσοστό (1%) επιλέγει κάποιον άλλον χωρίς να δηλώνει ποιον. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έρχονται σε συμφωνία με εκείνα πρωτύπων μελετών. Στην έρευνα του ΕΠΨΥ (2010), με βάση τα αποτελέσματα μελέτης του γενικού πληθυσμού, το 63,1% επιλέγει κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, το 21,1% έναν φίλο/συγγενή, το 7,2% κανέναν, το 6,3% άλλον επαγγελματία υγείας, ενώ το 1,7% του γενικού πληθυσμού επιλέγει έναν ιερέα. Στην ίδια έρευνα, στην πρόθεση αναζήτησης βοήθειας στους φοιτητές ψυχολογίας, το 59,6% επιλέγει κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, το 36,2% έναν φίλο/συγγενή και το 4,3% πουθενά.

Σε κάθε περίπτωση η πρόθεση αναζήτησης βοήθειας εστιάζει σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, ενώ επόμενη επιλογή αποτελεί κάποιος από το κοντινό κοινωνικό/οικογενειακό περίγυρο. Συγκρίνοντας τα τρία δείγματα πληθυσμού, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται πιο σίγουροι στο να απευθυνθούν σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, σε περίπτωση που εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αντίθετα ευρήματα εμφανίζονται σε έρευνα στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας και την αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπειών για ψυχιατρικά προβλήματα, η οποία αποκαλύπτει πως ο γενικός πληθυσμός θεωρεί τους ψυχιάτρους και ψυχολόγους χρήσιμους για ασθενείς με σχιζοφρένεια, αλλά όχι για ασθενείς με κατάθλιψη (Angermeyer et al., 1999).

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρείται πως η ψυχιατρική νοσηρότητα δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μακροχρόνιων ψυχιατρικών προβλημάτων στους επαγγελματίες υγείας, όπως επαγγελματική εξουθένωση (συναισθηματική, ψυχική), κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Arnold et al., 1995; Boumans et al., 1996; Bakker et al., 2000). Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι αποτελούν αιτιολογικούς μηχανισμούς εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχιατρικής νοσηρότητας σε επαγγελματίες υγείας. Οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού στο νοσοκομείο, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η διαταραγμένη ή η ελλιπής σχέση με τους συναδέλφους τους, καθώς και η έλλειψη ύπνου, συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Reuben, 1985; Parthasarathy, 2005).

Στην έρευνά μας, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας αναφέρει περιστατικό προβλήματος ψυχικής υγείας στο περιβάλλον του (59,6%), χωρίς να προσδιορίζεται εάν αφορά τον ίδιο ή κάποιο κοντινό τους πρόσωπο. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν χρειάστηκε να πάρει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση τυχόν αγχωτικών καταστάσεων (89,7%), ούτε να επισκεφθεί ψυχολόγο για να ξεπεράσει κάποιο πρόβλημα (91,1%), κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που παρουσίασαν οι ίδιοι ή ένα κοντινό τους πρόσωπο κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας καταγράφονται στους κοινωνικούς λειτουργούς (60,5%), στους έχοντες προϋπηρεσία 11-15 έτη (71,4%) και στους απασχολούμενος στον χειρουργικό τομέα (70,3%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους μαιευτές (50,0%), με προϋπηρεσία 5-10 έτη (50,0%), που απασχολούνται στον παθολογικό τομέα και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (48,5%).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που χρειάστηκαν να πάρουν φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσουν τυχόν αγχωτικές καταστάσεις καταγράφονται στο διοικητικό προσωπικό (18,8%), στους έχοντες προϋπηρεσία άνω των 20 ετών (18,6%) και στους απασχολούμενος στον χειρουργικό τομέα (18,9%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους ιατρούς (2,3%), στους απασχολούμενους στο Τ.Ε.Π. (6,1%), ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 5-10 έτη αναφέρουν ότι ποτέ δεν χρειάστηκε να πάρουν φαρμακευτική αγωγή.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που χρειάστηκε να επισκεφθούν ψυχολόγο για να ξεπεράσουν κάποιο πρόβλημα καταγράφονται στους μαιευτές και κοινωνικούς λειτουργούς (30,0%), στους έχοντες προϋπηρεσία 11-15 έτη (14,3%) και στους απασχολούμενος στο Τ.Ε.Π. (90,1%). Αντίθετα τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στους ιατρούς (4,7%), με προϋπηρεσία 16-20 έτη (3,8%), ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε μονάδες-χειρουργεία αναφέρουν ότι ποτέ δεν χρειάστηκε να πάρουν φαρμακευτική αγωγή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Healy και McKay (2008) έδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του στρες του νοσηλευτικού επαγγέλματος και των διαταραχών στη διάθεση, με βασική αιτία τον φόρτο εργασίας (Baba et al., 1999). Η Ruggiero σε μελέτη για τη σχέση του άγχους και της κατάθλιψης με το κυκλικό ωράριο σε επαγγελματίες υγείας αναφέρει ότι όσοι εργάζονταν λιγότερες βάρδιες και σαββατοκύριακα το μήνα, εμφάνιζαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερη συναισθηματική εξουθένωση και προτείνει βελτιώσεις και παρεμβάσεις στον προγραμματισμό του ωραρίου, με στόχο τη μείωση της εμφάνισης της κατάθλιψης, της συναισθηματικής πίεσης και την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία (Ruggiero, 2005).

Παρελθούσα μελέτη των Moore και Cooper αναφέρει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δέχονται τις ίδιες πιέσεις στη εργασία τους με τους υπόλοιπους εργαζομένους αλλά αντιμετωπίζουν επιπλέον συναισθηματική ένταση για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας της ειδικότητάς τους (Moore & Cooper, 1996).

Η ψυχιατρική νοσηρότητα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ένα υπαρκτό θέμα που αρχίζει να τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά τα τελευταία χρόνια μέσα από μελέτες, κυρίως από το διεθνή χώρο. Ο χώρος της υγείας και κυρίως ο νοσοκομειακός είναι οπωσδήποτε από μόνος του επιβαρυντικός παράγοντας όσον αφορά την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των ατόμων που εργάζονται μέσα σε αυτόν. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε νοσηλευτές και γιατρούς σε σχέση με άλλες ομάδες πληθυσμού (Sapountzi & Lemonidou, 1994). Το αυξημένο επαγγελματικό στρες που απορρέει από τη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων αυξάνει την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση και την εμφάνιση καταστάσεων ψυχικής νοσηρότητας (Keramidas, 2004, Piceto et al., 2013). Η επαγγελματική εξουθένωση, φαινόμενο που μελετάται εντατικά τα τελευταία χρόνια, είναι άλλος ένας παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ψυχιατρικών νοσημάτων (Jones, 1999, Goebting et al., 2005).

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Sapountzi & Lemonidou, 1994). Άλλοι παράγοντες, όπως η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η ευθύνη του ρόλου, η λήψη σημαντικών αποφάσεων, η διάπραξη σφαλμάτων και η απειλή μηνύσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, μπορεί να προδιαθέσουν επίσης το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό σε κατάθλιψη (Kandri et al., 2004).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη μας, η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας οφείλεται στην οικονομική αβεβαιότητα (59,1%), την αδυναμία του χαρακτήρα (34,0%) και την ανεργία (30,5%). Ακολουθούν κληρονομικοί λόγοι (15,3%), το πένθος (13,3%) και ο φόβος απόλυσης (11,8%), ενώ ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων (8,9%) προσδιορίζει κάποιον άλλο λόγο.

6.8 Οικονομική κρίση

Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί αποτελεί πλέον υπαρκτή πραγματικότητα, προκαλώντας σημαντικά προβλήματα υγείας στον πληθυσμό ως αρνητικά αποτελέσματα της οικονομικής δυσχέρειας. Η επιβάρυνση των πολιτών αλλά και του συστήματος υγείας των χωρών που θα υποστούν μια οικονομική κρίση, προκαλεί την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2000). Η διαφαινόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Ένα φαινόμενο που έχει ήδη προκαλέσει μεγάλη εντύπωση και τα τελευταία χρόνια έχει εμφανισθεί και στη χώρα μας είναι η συσχέτιση της οικονομικής κρίσης και της αύξησης εμφάνισης κατάθλιψης και αυτοκτονιών στο δοκιμαζόμενο πληθυσμό. Σε έρευνα του Ινστιτούτου του Χογκ Κογκ για τις επιπτώσεις της κρίσης σε χώρες της Ασίας σε δείγμα 2000 ατόμων διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 12% των συμμετεχόντων στην έρευνα το οποίο και υφίσταντο συνέπειες της οικονομικής κρίσης παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Στην μελέτη μας, σημειώνεται η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει πως η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό τους (78,3%) και έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους (86,7%).

Η οικονομική κρίση έχει άμεσο αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας, καθώς σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ των χαμηλών επιπέδων στελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού και χαμηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης (Needleman et al., 2002), ενώ οι σημαντικές ελλείψεις υγειονομικού

προσωπικού καθιστούν επίπονη την εκτέλεση των καθηκόντων τους (Notara et al., 2010). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι υψηλότερες αμοιβές είναι πιο σημαντικό κίνητρο για την μετανάστευση των εργαζομένων στην υγεία από την δυσαρέσκεια στην εργασία, τις ευκαιρίες σταδιοδρομίας και την πολιτική αστάθεια (WHO, 2010).

Οι μειώσεις των δαπανών σε μισθούς και λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων λόγω περικοπών του κράτους οδηγούν σε μια πτώση της ποιότητας των υποδομών και υπηρεσιών. Αυτό σε ένα περιβάλλον εντατικοποίησης των επαγγελματικών απαιτήσεων έχει προκαλέσει πτώση του ηθικού και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού (Karamanoli, 2011; Luna, 2011). Με βάση τα παραπάνω, είναι επιτακτική ανάγκη η ανάπτυξη νέων πρακτικών διαχείρισης και η ταχεία τροποποίηση της οργάνωσης των πολιτικών διαδικασιών εργασίας και της ιεραρχικής δομής (Οικονομου & Tountas, 2011).

6.9 Συσχέτιση στάσεων και δημογραφικών χαρακτηριστικών

6.9.1 Συσχέτιση στάσεων και φύλου

Η αποκωδικοποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης φανερώνει ότι στις ερωτήσεις με βάση το φύλο δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Οι γυναίκες παρουσιάζουν θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα. Το συγκεκριμένο εύρημα δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες (Kroenke, 2007), είναι άτομα πιο ευαίσθητοποιημένα σε αντίθεση με τους άνδρες (Imgran & Haider, 2007) με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ευνοϊκότερες στάσεις, υιοθετώντας περισσότερο αμυντικούς προσανατολισμούς στις στάσεις τους.

Το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη των στάσεων απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και συναισθηματικής εμπάθειας (Gateshill, 2011) στον τομέα της ψυχικής υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας, στην οποία δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες που μελετήθηκαν με βάση το φύλο.

Οι γυναίκες (ιατροί και νοσηλεύτριες), εκδηλώνουν συχνότερα κατάθλιψη από τους άνδρες συναδέλφους τους, εύρημα που αντικατοπτρίζει άλλωστε τη διαπιστωμένα

υψηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό (Hsu et al., 1987). Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, οι γυναίκες ιατροί είναι μιάμιση φορές πιθανότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη και οκτώ φορές πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους (Hsu et al., 1987).

Στην έρευνα των Griffiths et al. (2008) σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες για το στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη, οι άνδρες εμφανίζουν σταθερά υψηλότερο στίγμα.

6.9.2 Συσχέτιση στάσεων και ηλικίας

Στις ερωτήσεις με βάση την ηλικία δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στους επαγγελματίες υγείας, θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι ηλικιακές ομάδες 31-40 και >60 ετών, απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις οι ηλικιακή ομάδα >60 ετών, ενώ ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα εμφανίζουν οι ηλικίες 31-40 ετών, καταγράφοντας μεγαλύτερες μέσες τιμές.

Το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης έρχεται σε αντίθεση με εκείνο σχετικής έρευνας των Κυλούδη και συν.(2011), σύμφωνα με το οποίο βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην επίδραση της ηλικίας και της κατάθλιψης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των Gateshill et al. (2011), που διεξήχθη μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων ειδικοτήτων.

6.9.3 Συσχέτιση στάσεων και περιοχής καταγωγής

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, με βάση την περιοχή καταγωγής. Θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας που μεγάλωσαν σε αστικές περιοχές, ενώ ευνοϊκότερες απόψεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα έχουν οι επαγγελματίες ημιαστικής καταγωγής. Οι στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις εμφανίζονται ισοδύναμες.

Το αποτέλεσμα αυτό δεν συμφωνεί με το εύρημα του Bell και της ομάδας του αλλά και του Corrigan και του Watson που καταργεί το μύθο πως οι λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στους ψυχικά διαταραγμένους ανθρώπους.

6.9.4 Συσχέτιση στάσεων και οικογενειακής κατάστασης

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Οι χήροι εμφανίζουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ οι διαζευγμένοι κρατούν θετικότερη στάση απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία που προέρχονται από τις οικογενειακές σχέσεις έχουν αυξηθεί στη σύγχρονη εποχή, καθώς ασκείται μεγαλύτερη κοινωνική πίεση στην ομαλή λειτουργία του οικογενειακού θεσμού, κυρίως λόγω των σύγχρονων επαγγελματικών σχέσεων και εργασιακών συνθηκών. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι τα διαζευγμένα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη προδιάθεση για ψυχικές διαταραχές. Οι αυτοκτονίες σχετίζονται άμεσα με την οικογενειακή κατάσταση. Η ζωή των έγγαμων υπόκειται περισσότερο σε κανονιστικές ρυθμίσεις που ενισχύουν τη θέληση για ζωή, ενώ αντίθετα οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι ζουν μια πιο «άναρχη» ζωή που μειώνει τη θέληση αυτή (Davey et al., 1994).

6.9.5 Συσχέτιση στάσεων και μορφωτικού επιπέδου

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη και στα ψυχιατρικά φάρμακα, καθώς θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. και οι επαγγελματίες υγείας βασικής εκπαίδευσης.

Το αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με εκείνα προγενέστερων μελετών. Η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η ευθύνη του ρόλου που προσδίδει ο τίτλος σπουδών, καθώς και η λήψη σημαντικών αποφάσεων, μπορεί να προδιαθέσουν επίσης το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό σε κατάθλιψη (Kandri και et al., 2004). Το αυξημένο επαγγελματικό στρες που απορρέει από τη

διαχείριση επειγουσών καταστάσεων αυξάνει την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση και την εμφάνιση καταστάσεων ψυχικής νοσηρότητας (Keramidas, 2004, Piceto et al., 2013).

Πράγματι, το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται θετικά με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και γενικότερα την καλύτερη διαχείριση του αντίκτυπου της νόσου. Ειδικότερα, η μόρφωση του επαγγελματία μπορεί να διαμορφώσει τις ψυχολογικές αντιδράσεις και στάσεις προς το νόσημα (Asnani et al., 2010).

6.9.6 Συσχέτιση στάσεων και ειδικότητας

Στις ερωτήσεις με βάση την ειδικότητα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις περισσότερες απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και στις περισσότερες απαντήσεις της κλίμακας στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα. Τις θετικότερες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη εμφανίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί/ψυχολόγοι, το νοσηλευτικό προσωπικό στις στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ το τεχνικό προσωπικό κρατά θετικότερη στάση απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με εκείνα προγενέστερων μελετών. Παρελθούσα μελέτη των Moore και Cooper αναφέρει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δέχονται τις ίδιες πιέσεις στη εργασία τους με τους υπόλοιπους εργαζομένους αλλά αντιμετωπίζουν επιπλέον συναισθηματική ένταση για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας της ειδικότητάς τους (Moore & Cooper, 1996). Άλλη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι γιατροί και τείνουν να συμεριστούν τις ίδιες αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες όπως αυτές του ευρέος κοινού. Από την άλλη πλευρά οι ψυχίατροι φαίνονται να διατηρούν την θετικότερη στάση-άποψη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και τα άλλα επαγγέλματα (Imran & Haider, 2007).

6.9.7 Συσχέτιση στάσεων και προϋπηρεσίας

Στις ερωτήσεις με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά διαφορές στην κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη. Σε ό,τι αφορά τις θετικότερες στάσεις των επαγγελματιών υγείας, αυτές εμφανίζονται στους 11-15 έτη προϋπηρεσία απέναντι στην κατάθλιψη, στους 16-20 έτη απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα ευνοϊκότεροι είναι οι 5-15 έτη προϋπηρεσίας.

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων επαγγελματιών υγείας, αφού εκεί διανύουν, σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής τους. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς και το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και την ποιότητα ζωής, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του (Boumans & Landweerd, 1996; Renzi et al., 2012).

6.9.8 Συσχέτιση στάσεων και τομέα εργασίας

Στις ερωτήσεις με βάση τον τομέα εργασίας, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις θεραπείες-παρεμβάσεις, καθώς και στις αντιλήψεις τους σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα. Οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα κρατούν θετικότερη στάση απέναντι στην κατάθλιψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ οι εργαζόμενοι στο Τ.Ε.Π. εμφανίζουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα.

Ο τομέα εργασίας και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων επαγγελματιών υγείας, αφού εκεί διανύουν, σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής τους. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς και το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και την ποιότητα ζωής, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του (Boumans et al., 1996; Renzi et al., 2012).

6.9.9 Συσχέτιση ψυχικής υγείας και οικονομικής κρίσης

Στις ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κρίση παρατηρήθηκε μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης του ψυχισμού των επαγγελματιών υγείας και στα προβλήματα που δημιουργεί η οικονομική κρίση στην καθημερινότητα της εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και αν η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό των επαγγελματιών υγείας, δεν σημαίνει απόλυτα ότι θα δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους.

Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές, στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας με βάση το φύλο. Οι γυναίκες νιώθουν μεγαλύτερη επιβάρυνση του ψυχισμού τους από τους άνδρες και αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας τους λόγω της οικονομικής κρίσης. Το αποτέλεσμα της μελέτης δικαιολογείται από την συχνότερη εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες, καθώς και του συσχετισμού της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία.

Αντίθετα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν τη δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας από την οικονομική κρίση. Οι απόψεις αυτές ενισχύονται περισσότερο στις ηλικίες 31-40 και 41-50, όπου παρατηρούνται και τα μεγαλύτερα ποσοστά επιβάρυνσης του ψυχισμού των επαγγελματιών υγείας από την οικονομική κρίση. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που αφορούν την επιβάρυνση του ψυχισμού από την οικονομική κρίση.

Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, με βάση τον τόπο καταγωγής. Σε αυτούς που έχουν μεγαλώσει σε αστικές περιοχές, παρατηρείται μία μεγαλύτερη επιρροή της οικονομικής κρίσης στην καθημερινότητα της εργασίας τους, ενώ παρατηρείται ισορροπία στις απαντήσεις που σχετίζονται με την επιβάρυνση του ψυχισμού.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας με βάση την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, και την ειδικότητα.

Οι άγαμοι αποτελούν την ομάδα των επαγγελματιών υγείας με τη λιγότερη επιρροή της οικονομικής κρίσης τόσο στον ψυχισμό τους, όσο και στη δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας τους. Σημειώνεται το απόλυτο ποσοστό επιρροής που καταγράφεται στους χήρους/ες.

Οι επαγγελματίες υγείας βασικής εκπαίδευσης παρουσίασαν το μεγαλύτερο συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Οι ιατροί (ειδικοί και ειδικευμένοι) δηλώνουν λιγότερη επιβάρυνση στον ψυχισμό τους από τους υπόλοιπους, με τους κοινωνικούς λειτουργούς/επισκέπτες υγείας να αποτελούν την ομάδα επαγγελματιών με τα λιγότερα προβλήματα λόγω οικονομικής κρίσης στην καθημερινότητα της εργασίας τους. Αντίθετα, το τεχνικό και το διοικητικό προσωπικό φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από την οικονομική κρίση στον ψυχισμό και στην καθημερινότητα της εργασίας τους αντίστοιχα.

Στις ερωτήσεις με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μόνο στον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με τα προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας. Την μικρότερη επιρροή παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας με την μικρότερη προϋπηρεσία (<5 ετών) σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, ενώ μεγαλύτερο βαθμό επιρροής εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 11-15 έτη και >20 έτη αντίστοιχα.

Στις ερωτήσεις με βάση τον τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα συσχετίζουν εντονότερα την οικονομική κρίση ως παράγοντα δημιουργίας προβλημάτων στην καθημερινότητα της εργασίας τους. Οι εργαζόμενοι στο Τ.Ε.Π. υποστηρίζουν περισσότερο τον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με προβλήματα ψυχικής υγείας που επιβαρύνουν τον ψυχισμό τους.

6.10. Περιορισμοί – Αδύνατα σημεία

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, παρατηρούνται αδύνατα σημεία ως προς το δείγμα, το εργαλείο και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Λόγω του σχετικά μικρού δείγματος, τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι δυνατό να γενικευθούν μόνο στο συγκεκριμένο επαρχιακό νοσοκομείο που αποτέλεσε και το πεδίο της μελέτης. Σε καμιά περίπτωση τα αποτελέσματα δεν αποτελούν γενίκευση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στο σύνολο των νοσοκομείων της χώρας.

Το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο) που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη δεν αποτέλεσε ήδη υπάρχουσα σταθμισμένη κλίμακα. Δημιουργήθηκε, στηριζόμενο σε εργαλεία άλλων μελετητών και προσαρμόστηκε στην Ελληνική πραγματικότητα σύμφωνα με την κλινική εμπειρία του μελετητή, αφού προηγουμένως ελέχθη μέσω πιλοτικής μελέτης για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του.

Ως προς τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εστιάζει αποκλειστικά σε ορισμένους μόνο τομείς του υπό διερεύνηση θέματος, με αποτέλεσμα τον περιορισμό έκφρασης των ερωτώμενων. Η μεθοδολογία που θα συνδύαζε ποσοτική και ταυτόχρονα ποιοτική (σε βάθος συνέντευξη) έρευνα, ενδεχομένως να αναδείκνυε επιπλέον τομείς σχετικούς με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης.

6.11.Συμπεράσματα

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κυρίως κοινωνιών, που με το πέρασμα των χρόνων συνεχώς αυξάνεται, όπως ακριβώς και η θνησιμότητά της. Επηρεάζει σημαντικά πολλές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου, την κοινωνικότητά του, την ανάπτυξη σχέσεων, τον απομονώνει, ενώ σε περίπτωση συνύπαρξης με αυτοκτονικό ιδεασμό, μπορεί να φτάσει μέχρι και το θάνατο.

Η συμβολή της μελέτης έγκειται στο ότι παρείχε τη δυνατότητα σε εκείνους που αποτελούν τον πυλώνα του τομέα των υπηρεσιών υγείας, να εκφράσουν τις απόψεις τους. Επιπλέον, προσέγγισε μια από τις κατ' εξοχήν σημαντικές παραμέτρους, την οικονομική κρίση, σε μια προσπάθεια ανάδειξης του συσχετισμού της με την αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης φώτισαν πτυχές του στίγματος που περιβάλλει την κατάθλιψη μέσα από τις στάσεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη, στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα. Παρά τους περιορισμούς και τα αδύνατα σημεία της μελέτης, αποτυπώνεται η αισιόδοξη στάση των επαγγελματιών υγείας ως προς τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών, αποδοχή και κοινωνική συμμετοχή. Η ειδικότητα αποτέλεσε τον σημαντικότερο ανεξάρτητο παράγοντα που επηρέασε στο δείγμα μας τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, ενώ οι στάσεις απέναντι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και στα ψυχιατρικά φάρμακα επηρεάστηκαν περισσότερο από το μορφωτικό τους επίπεδο.

Οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν κάποιες στερεοτυπικές αντιλήψεις απέναντι στην κατάθλιψη, παρά το γεγονός ότι οι στάσεις τους αποδεικνύονται σαφώς λιγότερο στιγματιστικές συγκριτικά με αυτή του γενικού πληθυσμού. Για το λόγο αυτό, προκύπτει επιτακτική η ανάγκη υιοθέτησης αποτελεσματικών μέτρων αντιμετώπισης του στίγματος της κατάθλιψης μέσα από συλλογικές και συντονισμένες δράσεις, με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων, την πρόληψη της ψυχικής νόσου, καθώς επίσης, και τη στήριξη, την φροντίδα και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Για την αποτελεσματική καταπολέμηση του στίγματος που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις, κάθε παρέμβαση οφείλει να αντικρούσει συγκεκριμένες στερεοτυπικές πεποιθήσεις.

Ο χώρος της υγείας, σαφέστατα βιώνει μεγάλη έκπτωση, τόσο σε έμψυχο όσο και άψυχο υλικό, με αποτέλεσμα οι εργασιακές συνθήκες να δυσκολεύουν και να δυσχεραίνεται η επαγγελματική καθημερινότητα των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πρωταγωνιστές στο γκρέμισμα των τειχών της άγνοιας και της προκατάληψης προωθώντας τη γνώση, την κατανόηση και το σεβασμό και οφείλουν πρωτίστως αυτοί οι ίδιοι να είναι πλήρως 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 με αυτό τον τρόπο θα είναι σε θέση να μεταδώσουν αισθήματα αισιοδοξίας και αποδοχής.

Δεν ευελπιστούμε στην εξάλειψη του στίγματος. Άλλωστε, το στίγμα δεν αφορά μόνο την ψυχική ασθένεια αλλά οτιδήποτε το διαφορετικό και ακατανόητο. Η ψυχική ασθένεια, ευτυχώς ή δυστυχώς, δεν είναι δυνατόν να γίνει πλήρως κατανοητή από τον μη ασθενή και μάλιστα τον μη ειδικό. Ο ασθενής όμως μπορεί να διεκδικήσει τον σεβασμό που του αρμόζει. Τον σεβασμό της προσωπικότητάς του, το σεβασμό του απορρήτου της ιδιωτικής του ζωής, το δικαίωμα στην ισότιμη ιατρική φροντίδα και περίθαλψη και φυσικά το δικαίωμα να αναζητά χωρίς ενδοιασμούς υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν ο ίδιος κρίνει πως το έχει ανάγκη. Το ίδιο το στίγμα ίσως να μην είναι δυνατόν να καταπολεμηθεί. Ο φόβος του στίγματος όμως μπορεί, και συνεπώς η εξάλειψη του φόβου αυτού να δύναται να αποτελέσει μία καινούρια σελίδα στην μακρά και πολυτάραχη ιστορία της ψυχικής υγείας, στη χώρα μας αλλά και παγκοσμίως.

6.12. Προτάσεις

Αξιολογώντας τα στοιχεία που συλλέξαμε σε συνεκτίμηση με τα ήδη υπάρχοντα της διεθνούς βιβλιογραφίας, συμπεραίνουμε πως το έδαφος είναι πρόσφορο για τη διενέργεια περεταίρω ερευνών. Συγκεκριμένα, διαπιστώσαμε πως οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μία εξαιρετική πηγή πληροφοριών, τόσο από άποψη προσβασιμότητας (σε σχέση με τον ασθενή) όσο και από άποψη εγκυρότητας, καθώς πολλά αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν και από τη δική μας έρευνα. Ο επαγγελματίας υγείας είναι ίσως το πρόσωπο κλειδί στη διαδικασία του στίγματος, καθώς όντας υγιής και συναναστρεφόμενος τα στερεότυπα και τις στιγματιστικές αντιλήψεις της κοινωνίας, είναι σε θέση ταυτόχρονα να γνωρίζει εκ των έσω, τον τρόπο που ο ασθενής βιώνει τον στιγματισμό αυτό.

Η διενέργεια ερευνών, πολύ μεγαλύτερης κλίμακας από την δική μας, θα μπορούσαν να εφοδιάσουν την επιστημονική κοινότητα με όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να αποκτηθεί μία πιο ολοκληρωμένη, πιο αληθινή αντίληψη του στίγματος, πέρα από τη θεωρία. Οι ίδιοι οι πληροφορητές θα μπορούσαν να αποτελέσουν επίσης τους ιδανικότερους φορείς ανατροφοδότησης, συμβάλλοντας στην ενημέρωση, όχι μόνο των μη ειδικών αλλά και των συναδέλφων τους. Εάν παραδεχτούμε πως η ψυχική ασθένεια αναπόφευκτα θα συνοδεύεται παράλληλα από κάποιας μορφής και κάποιας έντασης στίγμα, τότε ίσως η ενημέρωση και η εκπαίδευση ακόμη της ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι σύμφυτη με την έννοια και την αντιμετώπιση του στίγματος, αφού η άγνοια φαίνεται να αποτελεί την κύρια αιτία έκφρασης περισσότερων στιγματισμένων απόψεων. Επιπλέον, η διενέργεια ποσοτικών ερευνών και σε άλλα δείγματα πληθυσμού, θα μας επέτρεπε να προβούμε και σε γενικεύσεις των αποτελεσμάτων.

Η ενεργοποίηση του κοινωνικού ιστού στο σύνολό του, σχετικά με την αντίληψη του στίγματος της κατάθλιψης και η ευαισθητοποίηση των ατόμων απέναντι σε πάσχοντες από κατάθλιψη, χρειάζεται συστηματική και συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση σε πολλές δομές της κοινωνίας. Τα προγράμματα αυτά, οι ημερίδες, τα ΜΜΕ, το σχολικό περιβάλλον αλλά και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο, θα συμβάλλει ουσιαστικά στη βέλτιστη αντιμετώπιση ατόμων με σχετικά προβλήματα.

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεβίζος, Β., (2008), *Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*, Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα

Ανδρέου, Χ., Καράβατος, Α., (2004), *Το στίγμα της ψυχικής νόσου*, Archives of Hellenic Medicine, 21(3), 213-216

Βασιλείου, Α., (2009), *Προκλήσεις και προοπτικές για τα θέματα υγείας στην Ε.Ε.* Ευρωπαϊκή Πρόκληση, Διαθέσιμο σε: <http://www.proeuro.gr/articles.php?artid=3278&lang=1&catid=1>

Γιωτάκος, Ο., (2010), *Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία*, Ψυχιατρική 2010; 21 (3): 195-204

Δασκαλόπουλος, Θ., (2007), *Κατάθλιψη – Ο καταθλιπτικός ασθενής*, Διαθέσιμο σε: <https://athens.indymedia.org/post/688228/>

Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ., Καλαντζή-Αζίζι, Α., (2007), *Πανελλήνια Επιδημιολογική έρευνα ψυχικής υγείας στον φοιτητικό πληθυσμό*, Αθήνα: Τόπος

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (2001), *Συστήματα Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ (2014), *Η Ελληνική οικονομία και απασχόληση*, Ετήσια Έκθεση 2013, Διαθέσιμο σε: <http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/ekthesh-15email.pdf>

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ (2012), *Η ελληνική Οικονομία και Απασχόληση, έτους 2010, 2011 και 2012*, Αθήνα, Διαθέσιμο σε: <http://www.tovima.gr/files/1/2012/09/06/EKgsee.pdf>

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ (2011), *Κρίση Δημόσιου Χρέους στην Ελλάδα, Αιτίες και Προοπτικές*, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Διαθέσιμο σε: <http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report4.pdf>

Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε., (2012), *Κοινωνιολογική Έρευνα-Μέθοδοι και Τεχνικές. Μαθήματα Μεθοδολογίας Έρευνας*, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διαθέσιμο σε: <http://www.nsph.gr/?page=tkmethodtexnik>

- Καράβατος, Α., Χατζηαντωνίου, Α., (2010), *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία*, Σύναψις, 6:4–6
- Κοκκώλης, Κ., (2004), *Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση*, ιatronet, Διαθέσιμο σε: http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/155/katathlipsi-aitia-kai-antimetw_pisi.html
- Κυζιρίδης, Θ., (2007), *Στίγμα και ψυχική νόσος*, Άρθρο, Η Ιατρική Σήμερα, τεύχος 55. Σ. 23-26
- Κυλούδης, Π., Γεωργιάδης, Μ., Ρεκλείτη, Μ., Γιαγλής, Γ., Βόζνιακ, Γ., Ρούπα, Ζ., (2011), *Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας*, Περιοδικό Νοσηλευτικής Α΄
- Κυριόπουλος Ι., Β. Τσιάντου, (2010), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2010, Διαθέσιμο σε: <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>
- Λυκούρας, Α., Σολδάτος, Κ., Ζέρβας, Γ., (2009), *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα
- Μαδιανός, Μ., (2002), *Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα*, Ψυχιατρική, 13:297-300
- Μαδιανός, Μ., (1997), *Η ψύχωση στην κοινότητα: Σχέδιο για ένα πρότυπο κοινοτικής ψυχοθεραπείας*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Ν. 55, σελ. 10
- Μενεδιάτου, Α., (2012), *Συμπτώματα και διάγνωση της κατάθλιψης*, Διαθέσιμο σε: <http://www.mazi.org.gr>
- Μπαμπινιώτης, Γ., (2002), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε, Αθήνα
- Μπούρας, Γ., Λύκουρας, Α., (2011), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία*, Εγκέφαλος 2011, 48:54–61
- Οικονόμου, Μ, Πέππου, Λ.,Ε., Λουκή, Ε., Κομπορόζος, Α., Μέλλου, Α., Στεφανής, Κ., (2012), *Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης*, Ψυχιατρική, 23:17–28

- Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ., (2009), *Κοινωνικό στίγμα και ψυχιατρικές υπηρεσίες: Ο φαύλος κύκλος*. Στο: Σακέλλης Ι (Επιμ) *Συνήγορος του Πολίτη, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Σάκκουλας, σ.135–142, Αθήνα-Θεσσαλονίκη
- Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (2012), *Ενημέρωση για τη Σχιζοφρένεια- Καταπολέμηση του Στίγματος και των Διακρίσεων*, Information about Schizophrenia Relevant to Programme Implementation, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- Πατελάρου, Α.,(2011), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση*, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4, Τεύχος 3, σ.53-61
- Πέππου, Λ., Καραγιάννη, Ι., Προκόπη, Α., Σκαλκώτος, Γ., Κολουστούμπης, Δ., Κοντοάγγελος, Κ., Οικονόμου, Μ., (2010), *Στίγμα και Κατάθλιψη: Στάσεις γενικού πληθυσμού και φοιτητών ψυχολογίας*, ΕΠΨΥ, Αθήνα
- Πολυνείκη, Α., (2011), *Η στάση των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού έναντι της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας στην Κύπρο*, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
- Ρομφαία, Ε., (2012), *Οι τρεις βασικές αιτίες της κατάθλιψης*, e-psycology, Διαθέσιμο σε: <http://www.e-psychology.gr/grief-depression/483-oi-treis-vasikes-aities-tis-katathlipsis>
- Σκαπινάκης Π., (2012), *Το στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη*, Διαθέσιμο σε: <https://stressgr.wordpress.com/2012/10/28/166878015/>
- Σκαπινάκης, Π., (2011), *Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα*, 1^η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας, Παρουσίαση στο 21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα, Διαθέσιμο σε: <http://pskapinakis.posterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna>
- Σκαπινάκης Π., (2003), *Συμπτώματα της κατάθλιψης*, Διαθέσιμο σε: <http://web4health.info>
- Σολδάτος, Κ., (2005), *Άγχος και κατάθλιψη: εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο
- Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (2014), *Ετήσια Έκθεση για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Ελλάδα*, Αθήνα

Τανακάκη, Μ., (2014), *Επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμέτωποι με το άγχος και την κατάθλιψη. Η περίπτωση των εργαζομένων σε δομές της Θεσσαλονίκης*, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τσουλέα, Ρ., (2013), *Καλπάζει η κατάθλιψη*, Άρθρο της εφημερίδας τα Νέα, Στοιχεία από το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας

Υπουργείο Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης (2004), *Με το Ψυχαργός για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, ΜΥΠ, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας, (2013), *Αναπτυξιακή Συνάντηση "Υγεία 2014-2020"*, Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση των κατευθύνσεων του Συμφώνου Εταιρικής Σχέσης 2014 – 2020, Διαθέσιμο σε: <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf>

Χατζάκη, Α., (2008), *Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης, Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(4):456-462

Χουντουμάδη, Α., Πατεράκη, Λ., (2008), *Λεξικό Ψυχολογίας*, Εκδόσεις Τόπος

Χριστοδούλου, Γ., Ν., (2005), *Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα

Χριστοδούλου, Μ., (2011), *Αποτύπωση και μελέτη των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού έναντι της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας*, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (APA 2002), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Washington

Anapolis (2012), *Αίτια-αιτίες κατάθλιψης*, Διαθέσιμο σε: http://www.anapolis.gr/art_katathlipsi_arthra.html

Andrade, E.H., Vega, C., Uchart, S., Cirilio, A., Cantarero, M., Valentinuz, O., (1999), *Kernel number determination in maize*, Crop Sci 39, 453-459

Angermeyer, M.C., Buyantugs, L., Kenzine, D.V., Matschinger, H., (2004), *Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?* Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 420–425

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. Riedel-Heller, S., G., (1999), *Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34, 202-210

Araya, R., et al., (2003), *Education and income: which is more important for mental health?* J Epidem Comm Health, 57:501-505.

Arnold, J., Cooper, C., Robertson, I., T., (1995), *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place*, 2nd edition, Pitman, London

Asnani, M., R., Fraser, R., Lewis, N., A., Reid, M., E., (2010), *Depression and loneliness in Jamaicans with sickle cell disease*, BMC Psychiatry, 10:40

Baba, V., V., Galperin, B., L., Lituchy, T., R., (1999), *Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean* International Journal of Nursing, Int J Nursing Studies, 36(2): 163-169

Babbie, E., Halley, F, Wagner, William, E., Zaino, Jeanne, (2003), *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*, Brockport Bookshelf

Bakker, A., B., Killmer, C., H., Siegriest, J., Schaufeli, (2000), *Effort-reward imbalance and burnout among nurses*, Journal of Advanced Nursing, (31):884-891

Beekman, ATF, Copeland JRM, Prince MJ, (1999), *Review of community prevalence of depression in later life*, Br J Psychiatry, 174:307–311

- Ben-Zeev, D., Young, M., Corrigan, P., (2010), *DSM-V and the stigma of mental illness*, Journal of Mental Health, 19(4): 318–327
- Bethune, A., (1997), *Unemployment and mortality*, in F. Drever and M. Whitehead (eds) Health inequalities, London: The Stationery Office, Series DS no 15, pp 157-67
- Björkman, T., Svensson, B., Lundberg, B., (2007), *Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences*, Nordic Journal of Psychiatry, 61(5): 332-338
- Blakely, T., A., et al., (2002), *Metropolitan Area Income Inequality and Self-rated Health-A Multi-level Study*, Soc Sci Med, 54:65–77
- Blascovich, J., Mendes, W.M., Hunter, S.B., Lickel, B., (2000), In D.T. Gilbert, T.S. Fiske, G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*, 4th ed., Vol. 2, Boston: McGraw-Hill
- Boumans, N., Landeweerd, J., (1996), *A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes*, Journal of Advanced Nursing. (24):16-23
- Brandli, H., (1999), *The image of mental illness in Switzerland*, In *The image of Madness: The Public facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, eds. J. Guimon, W. Fitscher & N. Sartorius, pp. 29-37, Basel: Karger
- Brown, E., H., (2009), *Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία*, επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκλ.,Λαγός, Αθήνα
- Burns & Grove,CK., (2001), *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*, 4th Edition, WB Saunders Company, Philadelphia PA. p:49-50,55,250-253,395-404,426-434
- Byrne, P., (2000), *Stigma of mental illness and ways of diminishing it*, Advances in Psychiatric Treatment, 6, 65 -72
- Christensen, A., J., Dormink, R., Ehlers, S., L., Schultz, S., K., (1999), *Social environment and longevity in schizophrenia*, Psychosom Med, 61:141–145

- Coolican, H., (2004), *Research Methods and Statistics in Psychology*, 4th (eds), Hodders & Stoughton, London
- Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., A., Penn, D., (2001), *Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness*, *Psychiatric Services*. Vol. 52 No. 7
- Corrigan, P., (2007), *How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness*, Διαθέσιμο σε: <http://s.tt/16vKz>
- Corrigan, P., (2004), *How Stigma Interferes With Mental Health Care*, *American Psychologist*, Vol. 59, No. 7, 614–625
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J.G., Campbell, J., (2003), *Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness*, *Psychiatric Services*, 54, 1105-1110
- Corrigan, P., Watson, A., (2002), *The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness*, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1): 35–53
- Corrigan, P., Watson, A., (2002), *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, *World Psychiatry* 1:1
- Corrigan, P.W. & Penn, D., (1999), *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*, *American Psychologist*, 54, 765-776
- Crocker, J., Major B., Steele, C., (1998), Social Stigma. In D.T. Gilbert, T.S. Fiske, G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*, 4th ed., Vol. 2, Boston: McGraw-Hill
- Cryan, J., F., Markou,, A., Lucki, I., (2002), *Assessing antidepressant activity in rodents: recent developments and future needs*, *Trends Pharmacol. Sci.*, 23, 238-245
- Cuijpers, P., (1997), *Bibliotherapy for unipolar depression: a meta-analysis*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139-147
- Cutcliffe, J., Hannigan, B., (2001), *Mass media, ‘monsters’ and mental health clients: the need for increased lobbying*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315-321
- Davey, Smith, G., Blane, D., Bartley, M., (1994), *Explanations for socio-economic differential in mortality*, *European Journal of Public Health*, 4: 131-144

- Deaux, K., Major, B., (1987), *Putting gender into context: An integrating model of gender-related behavior*, Psychological review, 94, 369-389
- DeRubeis, R., J., Gelfand, L., A., Tang, T., Z., et al., (1999), *Medication versus cognitive behaviour therapy for severely depressed out-patients: mega-analysis of four randomised comparisons*, American Journal of Psychiatry, 156, 1007-1013
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., King, M., (2004), *Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness : Qualitative study*, BJP, 184:176-181
- Dovidio, J.F., Major, B., Crocker, J., (2000), *Stigma: Introduction and overview*, In T.F. Heatherton, R.E. Cleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*, New York: Guilford Press
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., Patelakis, A., Stefanis, C., N., (2013), *Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis*, World Psychiatry, 12, 53-59
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., E., Patelakis, A., Stefanis, C., N., (2013), *Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece*, Journal of Affective Disorders, 145(3): 308-314.
- Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C., Peppou, L., E., Stefanis, C., N., (2011), *Increased suicidality amid economic crisis in Greece*, The Lancet, 378, 22:1459
- Economou, A, et al., (2008), *Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union*, J Econ Stud 2008, 35:368–384
- European Commission (2012), *Investing in Health*, Διαθέσιμο σε: http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
- Everson, S., A., et al., (2002), *Epidemiologic Evidence for the Relation between Socioeconomic Status and Depression, Obesity, and Diabetes*, J of Psychos Res, 53:891–895
- Falagas, M., E., Vouloumanou, E., K., Mavros, M., N., et al., (2009), *Economic crises and mortality: a review of the literature*, Int J Clin Pract, 63:1128–1135
- Frable, D.E., (1993), *Dimension of marginality: Distinctions among those who are different*, Personality and Social Psychology Bulletin, 19, 370-380

- Frenk, J., (2009), *Όταν η οικονομία νοσεί, αυξάνεται η θνησιμότητα*, Healthview, Διαθέσιμο σε: <http://www.healthview.gr/node/6242>
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., (2003), *Social Inequalities and the Common Mental Disorders: a systematic review of the evidence*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 38, 229–237
- Gaertner, S.L., Dovidio, J.F., (1984), The aversive form of racism. In J.F. Dovidio & S.L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism*. Orlando FL: Academic Press
- Gardner, J., Oswald, A., (2004), *How is Mortality Affected by Money, Marriage and Stress?* J Health Econ, 23:1181–1207
- Gateshill, G., Kucharska-Pietura, K., Wattis, J., (2011), *Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals*, The Psychiatrist, 35:101-105
- Gerdtham, U., Johannesson, M., (2005), *Business cycles and mortality: Results from Swedish microdata*, Soc Scien Med, 60:205–218
- Gerdtham, U., Ruhm, C., J., (2006), *Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD*, Econ Human Biol, 4:298–31611
- Giotakos, O., (2010), *Financial crisis and mental health*, Psychiatriki, 21 (3): 195-204
- Goebring, C., Gallacchi, M., B., Kiinzi, B., Bovier, P., (2005), *Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey*, Swiss Med Wkly, (135): 101-108
- Goffman, E., (1963), *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Goldberg, D., Huxley, P., (1992), *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*, London & New York: Routledge
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B., (2003), *A mental health service users' perspective to stigmatization*, Journal of Mental Health, 12, 223 - 234

- Griffiths, K., M., Christensen, H., Jorm, A., F., (2008), *Predictors of depression stigma*, BMC Psychiatry, 8:25
- Griffiths, K., M., Christensen, H., Jorm, A., F., Evans, K., Groves, C., (2004), *Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomized controlled trial*, The British Journal of Psychiatry, 185, 342-349
- Griffiths, K., M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm A., F., Nakane, H., (2006), *Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan*, BMC Psychiatry, 6:21
- Grohol, M., J., (2010), *Mental Health Statistics*, World of Psychology, Διαθέσιμο σε: <http://psychcentral.com/blog/archives/2010/05/03/mental-health-statistics/>
- Happel, C., Steele, A.D., Finley, M.J., Kutzler, M.A., Rogers, T.J., (2008), *Damgo-induced expression of chemokines and chemokine receptors: the role of TGF-beta1*, J Leukoc Biol., 83:956–63
- Healthpress (2013), *Στατιστικά στοιχεία για την κατάθλιψη*, Διαθέσιμο σε: <http://www.healthpress.gr/2013/10/02/123-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AE%CE%BD%CF%89%CE%BD-%CE%BC%CE%B5-%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%83%CF%85%CE%BC%CF%80%CF%84%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CE%BC%CE%B5/>
- Healy, C., M., McKay, M., F., (2008), *Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses*, J Advanced Nursing, 31(3): 681-688
- Hocking B., (2003), *Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business*, Schizophrenia. 178: S47–S48
- Holmes, E. A., Lang, T. J., Deerprouse, C., (2009), *Mental imagery and emotion in treatment across disorders: Using the example of depression. Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 21–28
- Hsu, K., Marshall, V., (1987), *Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows*, Am J Psychiatry, (144):1561-1566

- Iliceto, P., Pompili, M., Spencer-Thomas, S., Ferracuti, S., Erbutto, D., et al., (2013), *Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach*. *Stress*, Mar;16(2):143-52
- Imran, N., Haider, I., (2007), *The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness?* *Pakistan journal of medical sciences*, Professional Medical Publications, 23(3)
- Jenkins, R, Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., et al., (2008), *Debt, income and mental disorder in the general population*, *Psychol Med*, 38:1485–1493
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D., Scott, R., (1984), *Social stigma: The psychology of marked relationships*, New York: Freeman
- Jones, H., (1999), *Overload and stress*, A' Editon, Ed. Thimari, Athens
- Jorm, A., F., (2000), *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders*, *BJP*, 177:396-401
- Jorm, A., F., Korten, A., E., Jacomb, P., A., et al., (1997), *Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment*, *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186
- Kadri, N., Sartorius, N., (2005), *The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia*, *PLoS Medicine*, Volume 2, Issue 7, e136
- Kandri, T., Kalemi, G., Moschos, N., (2004), *The phenomenon of burnout «burnout syndrome», in the medical-nursing staff trauma units of GH Nice*, *Nursing*, 43 (1):116-125
- Kaplan, H.J., Sandock, B.J., (2001), *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, Clinical psychiatry*, 5th Edition, Baltimore: Williams & Wilkins
- Karamanoli, E., (2011), *Dept crisis strains Greece's ailing health system*, *Lancet*, 378:303-304
- Kennedy, H.,S., (2005), *Αποτελεσματική Θεραπεία της Κατάθλιψης*, μετ. Σαπουντζάκης, Εκδόσεις Βαγιονάκη, σελ. 9-17, Αθήνα

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2001), *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, *Lancet*, 378: 1457-1458
- Keramidas, P., (2004), *Organisational and psychosocial factors in determining the degree of burnout in nurses*, Dipl. Work, Patras
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O, Jin, R, Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A., Walters, E., Wang, P., (2009), *National Comorbidity Survey Replication*, *Journal of the American Medicine Association*, 273, 402-407
- Kleinman, A., Patel, V, (2003), *Poverty and common mental disorders in developing countries*, *Bulletin of the WHO*
- Knight, M.T.D., Wykes, T., Hayward, P., (2003), *People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*, *Journal of Mental Health*, 12, 209 – 222
- Kroenke, K., Katon, W., Lin, E.H., (2007), *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness*, *Gen Hosp Psychiatry*, 29(2): 147-55
- Kyziridis, T., C., (2003), *Time for change*, *BMJ* 5, 03, Διαθέσιμο σε: <http://bmj.com/cgi/eletters/324/7352/1470#34072>
- Lai, Y.M., Hong, C.P.H., & Chee, C.Y.I., (2000), *Stigma of Mental Illness*, *Singapore Medical Journal*, 42, 111-114
- Landers, D., Arent, S., (2001), *Exersice and mental health*, In R.N. Singer, H.A. Hausenblas, & C.M. Janelle (Eds.), *Handbook of sport psychology*, 2nd ed., pp.740-765, New Jersey, Jon Wiley & Sons, Inc
- Link, B.G., (1987), *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the expectations of rejection*, *American Sociological Review*, 52, 96- 112
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. (2001), *Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness*, *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626

- Luna, P., (2011), *Is the economic crisis affecting the quality of neurological services?* Lancet, 10: 602-603
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C., N., (2011), *Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46: 943-952
- Madianos, M., Stefanis, C., N., (1992), *Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27, 211-219
- Mann, C., Himelein, M., (2004), *Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness*, Psychiatric Services, Vol. 55 No. 2
- Marina Marcus, M. Taghi Yasamy, Mark van Ommeren, Dan Chishol, Shekhar Saxena, (2007), *Depression: A Global Public Health Concern*, Medical Publications, 23(3), Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Martinsen, E., W., (1994), *Physical activity and depression: clinical experience*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 377 (suppl.), 23-27
- Marwaha, S., Johnson, S., (2004), *Schizophrenia and employment: A review*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39, 337–349
- Mbatia, J., Shah, A., Jenkins, R., (2009), *Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania*, International Journal of Mental Health Systems
- Moore, K., A., Cooper, C., L., (1996), *Stress in mental health professionals: a theoretical overview*, Inter J Soc Psych, 42(2): 82-89
- Moser, K., (2009), *Unemployment and mortality*, In: Goldblatt P (ed) Longitudinal study: mortality and social organization, England and Wales, London, Stationery Office, 81–108
- Mulholland, C., (2010), *Depression Treatment*, Διαθέσιμο σε: www.netdoctor.co.uk

- Murphy, C., G, Athanasou, A., J., (1999), *The effect of unemployment on mental health*, Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 83-99, The British Psychological Society
- Needleman et al., (2002), *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*, The New England Journal of Medicine, Vol. 346, Iss. 22, 1715-1723, Boston, USA
- NIMH, (2010), *What medications are used to treat depression*, Διαθέσιμο σε: <http://www.nimh.nih.gov>
- Notara, V., Koupidis, S., A., Vaga, E., Grammatikopoulos, I., A., (2010), *Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management*, J Nurs Menag, 18(5): 501-4
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012- How Does Greece Compare*, Διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org/greece/BriefingNoteGREECE2012.pdf>
- OECD (2011), *Society at a Glance*, Διαθέσιμο σε: http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2011-en
- Oikonomou, N., Tountas, Y., (2011), *The Greek economic crisis: a primary health-care perspective*, Lancet, 377: 28-29
- Oppenheim, A.,N., (1992), *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, Pinter, London
- Park, Y., Kim, M., H., Kown, S., Shin, Y., J., (2009), *The association Between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries*, J Prev Med Public Health. 42(2):123-9
- Parker, G., B., Brown, L., B., (1982), *Coping behaviors that mediate between life events and depression*, Archives of General Psychiatry, 39, 1386-1391
- Parthasarathy, S., (2005), *Sleep and medical profession*, Curr Opin Pulm Med. (11):507-512
- Paul, K., Moser, K., (2009), *Unemployment impairs mental health: meta-analyses*, J Vocat Behav, 74:264–282

- Paykel, E.S., Hollyman, J.A., Freeling, P., Sedgwick, P., (2005), *Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice placebo-controlled trial*. J. Affect. Disord. 14, 83–95
- Peppou, L., Karayanni, I., Skalkotos, G., Kolostoumpis, D., Komporozos, A., Economou, M., (2010), *Public attitudes towards depression and psychiatric medication: barriers to treatment*, University Mental Health Research Institute (UMHRI)-Anti-Stigma Programme, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 14 (suppl 1), S33, Athens, Greece
- 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
- Preisling, M., Merikangas, K.R., Angst, J., (2001), *Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community*, Acta Psychiatry Scand, 104: 96–103
- Raphael, B., (2000), *A Population Health Model for the Provision of Mental Health Care*, Publication, Reynolds R., *Managing depression through needlecraft creative activities: a qualitative study*, The Art in Psychotherapy
- Renzi, C., Di Pietro, C., Tabolli, S., (2012), *Psychiatric morbidity and emotional exhaustion among hospital physicians and nurses: association with perceived job-related factors*, Arch Environ Occup Health, 67(2):117-23
- Reuben, D., (1985), *Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation*, Arch Intern Med, (145):286-288
- Rippere, V., (1979), *Scaling the helpfulness of antidepressive activities*, Behaviour Research and Therapy, 17, 439-449
- Ritsher, J., B., Otilingam, P.,G., Grajales, M., (2003), *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*, Psychiatry Res 2003, 121:31–49
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., Hocking, B., (2000), *Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives*, Australasian Psychiatry, Vol 8, No 1

- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., Hocking, B., (2000), *Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives*, Australasian Psychiatry, Vol 8, No 1
- Ruggiero, J., S., (2005), *Health, work variables, and job satisfaction among nurses*, JONA35(5): 254-263
- Ryall, J., (2009), *Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen*, Telegraph (London),
- Sapountzi, D., Lemonidou, C., (1994), *Nursing in Greece. Developments and Prospects*, Athens: Academy of Health Professions
- Sartorius, N., (2002), *Fighting stigma: theory and practice*, World Psychiatry 1:1
- Sartorius, N., (2002), *Iatrogenic stigma of mental illness*, BMJ. 324:1470–1
- Sartorius, N., (1999), *One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental illness*, In J. Guimón. W. Fischer, N. Sartorius (Eds.), *The image of madness*, pp. 96-104,. Basel: Karger
- Sartorius, N., (1998), *Stigma: what can psychiatrists do about it?* Lancet, Vol. 352
- Sartorius, N., Schulze, H., (2005), *Reducing the stigma of mental illness*, New York: Cambridge University Press
- Schulze, B., Angermeyer, M.C., (2003), *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*, Social Science & Medicine, 56, 299–312
- Scott, J., (2000), *New evidence in the treatment of chronic depression*, New England Journal of Medicine, 342
- Sproull, N., L., (1998), *Handbook of Research Methods*, Scarecrow Press, Metuchen, NJ, London
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., McKee, M., (2009), *The health implications of financial crisis: A review of the evidence*, Ulster Med J, 78(3): 142–145
- Svensson, M., (2007), *Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality?* Soc Scien Med, 65:833–841

- Swann, W.B., Jr., (1987), *Identity negotiation: Where two roads meet*, Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1038-1051
- Theodossiou, I., (1998), *The Effects of Low-pay and Unemployment on Psychological Well-being: A Logistic Regression Approach*, J Health Econ, 17:85–104
- Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., & Dickson, R.A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 475-482
- Thornicroft, G., (2008), *Stigma and discrimination limit access to mental health care*, Epidemiol.Psichiatr.Soc., vol. 17, no. 1, pp. 14-19
- Thornicroft G., Rose D., Mehta N., (2010), *Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do?*, Advances in psychiatric treatment. vol. 16, 53–59
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam A., (2007), *Discrimination in health care against people with mental illness*, International Review of Psychiatry, 19(2): 113–122
- Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V., Stefanis, C., (2000), *The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,35:487–493
- Tomson, L., Pangranzi, R., Friedman, G. & Hutsison, N., (2003), *Childhood depressive symptoms, physical activity and health related fitness*, Journal of sport and exercise psychology, 25, 419-439
- Triantafyllou, K., Angeletopoulou, C., (2011), *IMF and European co-workers attack public health in Greece*, Lancet, 278, 22:1459–1460
- Tsigos, C., Chrousos, G., (2002), *Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress*, Journal of Psychosomatic Research, 53(4): 865– 871
- Unescap, (2007), *Development of Health Systems in the Context of enhancing Economic Growth towards achieving the Millenium Developement Goals in Asia and the Pasific*, Διαθέσιμο σε: http://www.unescap.org/EDC/English/Commissions/E63/E63_4E.pdf
- Uutela, A., (2010), *Economic crisis and mental health*, Cur Opin Psychiatry 2010, 23:127–130

- Van Rossum C., T., M., (2002), *Socioeconomic Status and Mortality in Dutch Elderly People-The Rotterdam Study*, Eur J Pub Health, 10:255–261
- Wahl, O., (1999), *Mental Health Consumers' Experience of Stigma*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 25, No. 3
- Wilkin, P., (2003), In: Barker, P (ed), *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring*, London: Arnold. pp. 26–33
- Winefield, A., H., (1995), *Unemployment: its psychological costs*, In:Cooper CL, Robertson IT, editors, *International review of industrial and organizational psychology*, New York (NY):John Wiley & Sons Ltd, 169-212
- World Health Organization (2011), *Impact of economic crises on mental health*, Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2011), *Impact of economic crises on mental health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- World Health Organization (2011), *The World Health Report 2011: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Geneva, Switzerland: World Health Organization
- World Health Organization (2011), *Mental Health in Europe*, Copenhagen, Denmark, WHO
- Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J., (2000), *Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients*, Journal of Health and Social Behaviour, 41, 68–90
- Yadid, G., Nakash, R., Deri, I., Ttsmsr, G., Kinor, N., Gispn, I., Zangen, A., (2000), *Elucidation of the neurobiology of depression: insight from a novel genetic animal model*, Prog Neurobiol 62:353-378
- Yang, B., M., Prescott, N., Bae, E., Y., (2001), *The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea*, Health Policy, Plan 16: 372–85
- Zartaloudi, A., Madianos, M., (2010), *Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional*, Health Science Journal, Volume 4, Issue 2

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α

ΑΠΗΣΗ

Κορδύση Αικατερίνη
Νοσηλεύτρια ΤΕ
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Περιάνδρου 61
Κόρινθος, ΤΚ.20 100
Τηλ. 6932 030837

ΠΡΟΣ

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΘΕΜΑ: "Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας"

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα: *"Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στο στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις"*.

Επιβλέπων καθηγητής είναι ο κ. Σουλιώτης Κυριάκος, επίκουρος καθηγητής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιστημονικός σύμβουλος η κ. Σαρίδη Μαρία, διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου σας.

Για τη συλλογή των δεδομένων της διπλωματικής μου εργασίας θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για την ως άνω διπλωματική εργασία στο χώρο του νοσοκομείου σας.

Επισημαίνω ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους. Δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή της παρουσιάσής της.

Επισυνάπτω σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης (σκοπός, ερευνητικά ερωτήματα, επιμέρους στόχοι, μεθοδολογία, εργαλείο συλλογής δεδομένων, συμμετέχοντες, χρονοδιάγραμμα και θέματα δεοντολογίας).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι στο επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο και η τελική μορφή του, όπως αυτό θα διανεμηθεί στους ερωτώμενους, δεν περιλαμβάνεται εσκεμμένα ο όρος «κατάθλιψη», καθώς ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην ικανότητα αναγνώρισης της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου από το δείγμα που θα συμμετέχει στην έρευνα.

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε με την αιτούσα κ. Κορδύση Αικατερίνη (27410 21260, 6932 030837) ή με την επιστημονική σύμβουλο κ. Σαρίδη Μαρία (27413 61563).

Με εκτίμηση

Κορδύση Αικατερίνη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως μάστιγα του 21^{ου} αιώνα και ίσως όχι άδικα, καθώς τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μια τεράστια δυναμική εξάπλωσής της στον πλανήτη.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη βαρύτητας (ο οποίος αναφέρεται στη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική και κοινωνική ζωή) είναι ψυχικές [1][2].

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα. Υπολογίζεται ότι σήμερα η κατάθλιψη επηρεάζει 350 εκατομμύρια άτομα. Παγκόσμια έρευνα που έγινε για την ψυχική υγεία σε 17 χώρες έδειξε ότι περίπου 1 στα 20 άτομα ανέφεραν ότι είχαν ένα επεισόδιο κατάθλιψης τον προηγούμενο χρόνο. Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1. εκ. Ελληνίδες) πάσχουν από ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή η οποία μπορεί αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και να προληφθούν οι επιπτώσεις της. Παρόλο που είναι γνωστή η αποτελεσματικότητα των θεραπειών για την κατάθλιψη, λιγότερο από το 50% των πασχόντων λαμβάνουν τέτοια θεραπεία [3][4].

Το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια σήμερα, είναι ένα από τα κύρια εμπόδια, τόσο στην αναζήτηση και παραχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς, όσο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που πάσχει. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας επεκτείνεται και σε όλους αυτούς με τους οποίους το άτομο σχετίζεται: την οικογένεια του πάσχοντα, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών και τις μεθόδους θεραπείας.

Δυστυχώς, δεν είναι μόνο η ίδια η φύση της ασθένειας που “απομακρύνει” τον ψυχικά ασθενή από την θεραπεία. Οι αρνητικοί συνειρμοί και τα στερεότυπα, που αποτελούν παρελκόμενα της ψυχικής ασθένειας η “ταμπέλα” του ψυχικά ασθενή που συνοδεύει την διάγνωση (ειδικά όταν αυτή απαιτεί και σχετική φαρμακευτική αγωγή), συχνά αποθαρρύνουν το άτομο από το να αναζητήσει θεραπεία.

Τα στερεότυπα και οι αρνητικές αντιλήψεις γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή (τα φάρμακα θεωρούνται εθιστικά ή “εργαλεία” καταστολής) δεν υιοθετούνται μόνο από το γενικό πληθυσμό αλλά και από τα άτομα που καλούνται να την ακολουθήσουν [3].

Το φαινόμενο του στιγματισμού δεν ισχύει μόνο για τα άτομα που είναι ανημέρωτα περί του θέματος. Επαγγελματίες ακόμα και από το φάσμα των επαγγελματιών υγείας διατηρούν στάση αρνητική απέναντι στα ψυχικά άρρωστα μέλη της κοινωνίας [4].

Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι γιατροί και οι σπουδαστές της ιατρικής τείνουν να συμπερισταούν τις ίδιες αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες όπως αυτές του ευρέος κοινού. Από την άλλη πλευρά οι ψυχίατροι φαίνονται να διατηρούν την θετικότερη στάση-άποψη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και τα άλλα επαγγέλματα [7].

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αποτυπώσει και να διερευνήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας ενός επαρχιακού νοσοκομείου απέναντι στην κατάθλιψη και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν, καθώς και να μελετήσει την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Ποιες είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Κορίνθου απέναντι στο στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες μορφές θεραπείας – παρέμβασης.

ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

- Ικανότητα αναγνώρισης νόσου κατάθλιψης
- Καταγραφή στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κατάθλιψη
- Διερεύνηση αποτελεσματικότητας των μορφών θεραπείας – παρέμβασης
- Καταγραφή στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα
- Διερεύνηση αποτελεσματικών παροχών βοήθειας
- Αποτύπωση παραγόντων που κατά την άποψη των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ασθενών

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην παρούσα έρευνα, θα πραγματοποιηθεί μια συγχρονική μελέτη με τη χρήση εξειδικευμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου. Το δείγμα των συμμετεχόντων θα περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων της έρευνας θα αποτελέσει ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει βινιέτα για την αναγνώριση της νόσου, κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη η οποία αποτελεί μετάφραση της κλίμακας Depression Stigma Scale-Personal (DSS-Personal) που έχει κατασκευασθεί από τους Griffiths και συνεργάτες (Griffiths et al. 2004). Επίσης, περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών θεραπείας/παρέμβασης οι οποίες δεν είναι κλίμακα και βασίζονται σε αντίστοιχες μεθοδολογίες των Jorhi και συνεργάτες καθώς και αυτοσχέδια κλίμακα μελέτης στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα που έχει ενσωματωθεί στη δημοσίευση Perrou et al. (2010). Τέλος, περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για την κατάθλιψη.

Το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε από την ερευνήτρια και την επιστημονική σύμβουλο στη διαμόρφωση των δημογραφικών στοιχείων καθώς και στην εισαγωγή ερωτήσεων για το συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία.

Δομή ερωτηματολογίου

1. Δημογραφικά και άλλα στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων
2. Κλίμακα στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη
3. Ερωτήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας/παρέμβασης
4. Κλίμακα μελέτης στάσεων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα
5. Ερωτήσεις σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για την κατάθλιψη, τα αίτια προβλημάτων ψυχικής υγείας και τον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με αυτά

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείται χρόνος 15 λεπτών, κατά προσέγγιση. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θα συμπληρώνονται από τους ίδιους τους εργαζομένους. Η επιστροφή του συμπληρωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου θεωρείται ισοδύναμη με πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Παράρτημα του Πρωτοκόλλου.

Συμμετέχοντες - Χρονοδιάγραμμα

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου με τη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτό.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο θα κατατεθεί προς έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Κορίνθου και αφού γίνει δεκτό το αίτημα και χορηγηθεί η άδεια, θα ακολουθήσει πιλοτική μελέτη και θα πραγματοποιηθεί έρευνα πεδίου για χρονικό διάστημα δύο μηνών.

Η συλλογή των δεδομένων αναμένεται να αρχίσει τον Νοέμβριο του 2013 και να ολοκληρωθεί έως τον Φεβρουάριο του 2014.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με το πρόγραμμα SPSS 15.00.

ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Δεν θα γίνει καμία αναφορά στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική και δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων.

Η συμμετοχή των εργαζομένων στη μελέτη θα γίνει μετά από την προφορική και εξατομικευμένη ενημέρωση. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση θα δίδεται μέσω της υπογραφής του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου.

Θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων ενώ τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην ακαδημαϊκή κοινότητα, για επιστημονικούς σκοπούς.

Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Στοιχεία για την κατάθλιψη, διαθέσιμο σε: <http://www.katathlipsi.gr/>
2. Ανοίγουμε το διάλογο για την κατάθλιψη, διαθέσιμο σε: http://ygeiama.gr/wp-content/uploads/2012/09/katathlipsi_entypo2.pdf
3. Marina Marcus, M. Taghi Yasamy, Mark van Ommeren and Dan Chishol, Shekhar Saxena. *Depression: A Global Public Health Concern*, Available at: http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf, Medical Publications, 2007; 23(3)
4. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας δίνει ανησυχητικά στοιχεία για την κατάθλιψη, διαθέσιμο σε: <http://www.healthpress.gr/2012/10/09/>
5. Στίγμα: Ακόμα ένα βάρος για τους ψυχικά πάσχοντες, διαθέσιμο σε: <http://www.endynamei.gr/tag/>
6. Corrigan P. Watson A. *The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness*, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002, 9 (1): 35–53
7. Imran, N., Haider, I. *The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness?*, *Pakistan journal of medical sciences*, Professional Medical Publications, 2007, 23(3)

Παράρτημα Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΕΙ
ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2013

Αξιότιμε κύριε/κυρία,

Εκ μέρους του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» σας ενημερώνουμε ότι διεξάγεται μια έρευνα που έχει ως στόχο τη μελέτη των στάσεων απέναντι στο στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν σε επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι:

- Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ**. Παραμένει στη δική σας κρίση αν θα συμμετάσχετε.
- Το ερωτηματολόγιο είναι **ΑΝΩΝΥΜΟ** και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ**.
- Είναι πολύ σημαντικό να απαντηθούν **ΟΛΕΣ** οι ερωτήσεις.
- Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σε περίπτωση που δε βρείτε την ακριβή απάντηση που σας ταιριάζει, παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτή.
- Οι αυθόρμητες και ειλικρινείς απαντήσεις είναι πιο αντιπροσωπευτικές.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι 15 λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για τη μελέτη. Παρακαλούμε, αφιερώστε μερικά λεπτά από τον χρόνο σας, εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα.

Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων
για την πρόθυμη συμμετοχή σας στη μελέτη και την πολύτιμη βοήθειά σας

Με εκτίμηση,

Η ερευνήτρια

Αικατερίνη Κορδύση

Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Το παρόν ερωτηματολόγιο οργανώθηκε και διατυπώθηκε για τις ανάγκες της μεταπτυχιακής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στο τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» και η επιστημονική υπεύθυνη είναι η κ. Σαρίδη Μαρία.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία προσπάθεια καταγραφής δεδομένων που σχετίζονται με το στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη στην Ελλάδα, με στόχο τη διαμόρφωση - όσο το δυνατόν περισσότερο - μιας αντικειμενικής εικόνας για τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας και τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν σε όλους τους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Παρακαλούμε, να το συμπληρώσετε απαντώντας σε όλες τις ερωτήσεις.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική, καθώς παραμένει στη δική σας κρίση αν θα συμμετάσχετε. Οι απαντήσεις σας στις ερωτήσεις, θα πρέπει να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να αντανακλούν την προσωπική σας οπτική και άποψη για τα θέματα που πραγματεύονται. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση, μας ενδιαφέρει αποκλειστικά η παροχή και μόνο της δικής σας εκτίμησης.

Θα ήθελα να σας δηλώσω ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν από τις απαντήσεις, θα υποστούν στατιστική επεξεργασία και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Τα στοιχεία δεν θα χρησιμοποιηθούν ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, παρά μόνο σε ακαδημαϊκό επίπεδο.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι 10-15 λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για τη μελέτη. Παρακαλούμε, αφιερώστε μερικά λεπτά από τον χρόνο σας, εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα.

Ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων
για την πρόθυμη συμμετοχή σας στη μελέτη και την πολύτιμη βοήθειά σας

Με εκτίμηση,

Η ερευνήτρια

Αικατερίνη Κορδύση

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση.

1. ΦΥΛΟ

Άνδρας

Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)

20 έως 30

31 έως 40

41 έως 50

51 έως 60

άνω των 60

3. ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΜΕΓΑΛΩΣΕΙ

Αστική

Ημιαστική

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Κανένα

Ένα

Δύο

Τρία

Περισσότερα

6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Βασική Εκπαίδευση

Πτυχίο Α.Ε.Ι.

Πτυχίο Τ.Ε.Ι.

Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό

7. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ειδικός Ιατρός

Νοσηλευτικό προσωπικό ΠΕ ΤΕ ΔΕ ΥΕ

Ειδικευμένος Ιατρός

Επισκέπτης υγείας

Ψυχολόγος

Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων

Μαία/της

Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας

Κοινωνικός λειτουργός

Διοικητικός υπάλληλος

8. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

έως 5

5 έως 10

11 έως 15

16 έως 20

άνω των 20

9. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παθολογικός

Μονάδες - Χειρουργεία

Χειρουργικός

Άλλο

Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

B. ΣΕΝΑΡΙΟ

Η Μαρία είναι 26 χρονών. Σπουδάζει στη νομική. Τους τελευταίους 6 μήνες βιώνει έντονη ανησυχία γιατί δεν πέρασε κανένα μάθημα στην εξεταστική. Αναφέρει ότι δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί στο διάβασμα γιατί συνεχώς σκέφτεται ότι δεν θα τα καταφέρει με τα μαθήματα, όλα της φαίνονται πολύ δύσκολα και σκέφτεται να εγκαταλείψει τη σχολή της. Εμφανίζει δυσκολία στην επέλευση του ύπνου με αποτέλεσμα να αποκοιμείται τις πρώτες πρωινές ώρες και να μένει στο κρεβάτι μέχρι το μεσημέρι. Αναφέρει ότι ακόμη και όταν ξυπνάει, παραμένει ξαπλωμένη και σκέφτεται ότι όλη μια ημέρα έχει περάσει, εκείνη δεν έχει κάνει τίποτα, αναρωτιέται τι νόημα έχει να σηκωθεί από το κρεβάτι και αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να την βοηθήσει. Έχει απομακρυνθεί από τις φίλες της γιατί αισθάνεται ότι δεν την καταλαβαίνουν. Περνάει τον περισσότερο χρόνο της στο σπίτι και θεωρεί ανούσιες τις δραστηριότητες που παλαιότερα την ευχαριστούσαν. Δεν έχει όρεξη να περιποιηθεί τον εαυτό της και έχει χάσει αρκετό βάρος. Δυσκολεύεται να κάνει τις δουλειές του σπιτιού.

1. Από τις πληροφορίες που παρέχονται στο παραπάνω παράδειγμα, πιστεύετε ότι η Μαρία πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή;

Όχι

Ναι

Αν Ναι, ποια;

2. Τι βαθμού σοβαρότητας θεωρείτε ότι είναι;

Ελαφρύ

Μέτριου

Σοβαρού

Γ. ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Εις ερωτήσεις που ακολουθούν αποτυπώνονται οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε προβλήματα όπως αυτά που παρουσιάζονται στο παραπάνω παράδειγμα. Παρακαλώ επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση για κάθε δήλωση, σημειώνοντας με κύκλο τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1. Η Μαρία θα μπορούσε να συνέλθει εύκολα από μόνη της, αρκεί να το επιθυμούσε	5	4	3	2	1
2. Η Μαρία έχει αδύναμο χαρακτήρα	5	4	3	2	1
3. Η Μαρία δεν έχει κάποια ιατρική ασθένεια	5	4	3	2	1
4. Η Μαρία είναι επικίνδυνη	5	4	3	2	1
5. Είναι καλύτερα να αποφεύγεις ανθρώπους σαν την Μαρία, γιατί θα "καλλήσεις" κι εσύ	5	4	3	2	1
6. Η Μαρία είναι απρόβλεπτη	5	4	3	2	1
7. Εάν αντιμετωπίζα δυσκολίες με αυτές της Μαρίας, δε θα το έλεγα σε κανέναν	5	4	3	2	1
8. Δε θα προσλάμβανα κάποιον αν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας	5	4	3	2	1
9. Δε θα ψήφιζα έναν πολιτικό εάν γνώριζα ότι είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες δυσκολίες με αυτές της Μαρίας	5	4	3	2	1

Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΟΡΦΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν αποτυπώνονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις θεραπείες-παρεμβάσεις που βοηθούν στην αντιμετώπιση δυσκολιών όπως αυτές της Μαρίας.

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση για κάθε δήλωση, σημειώνοντας το ποσοστό που θεωρείτε ότι οι παρακάτω παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές.

	0 – 25 (%)	26 – 50 (%)	51 – 75 (%)	76 – 100 (%)
1. Να κάνει ψυχανάλυση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Να κάνει γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Να κάνει συμβουλευτική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Να κάνει δραματοθεραπεία (ή Art Therapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Να πάρει αντικαταθλυτικά φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Να πάρει βιταμίνες ή άλλα φυτικά βοηθήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Να πάρει αντιβιοτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Να πάρει αντιψυχωσικά φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Να βελτιώσει τη διατροφή της και να γυμνάζεται περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Να κάνει γιόγκα ή άλλου είδους ασκήσεις χαλάρωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Να διαβάσει βιβλία αυτοβοήθειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Να συζητάει με κάποιο οικείο πρόσωπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ε. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν καταγράφονται οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ψυχιατρικά φάρμακα γενικότερα και τα αγχολυτικά ειδικότερα. Παρακαλώ επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση για κάθε πρόταση, σημειώνοντας με κύκλο τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΟΙΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν εξάρτηση	5	4	3	2	1
2. Τα φυτικά προϊόντα και τα ομοιοπαθητικά είναι πιο αποτελεσματικά από τα ψυχιατρικά φάρμακα	5	4	3	2	1
3. Τα ψυχιατρικά φάρμακα περισσότερο ωφελούν παρά βλάπτουν	5	4	3	2	1
4. Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να σου αλλάξουν την προσωπικότητα	5	4	3	2	1
5. Όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι βλαβερά	5	4	3	2	1
6. Τα αγχολυτικά φάρμακα τύπου Lexotanil, Tenor και Xenex είναι εθιστικά	5	4	3	2	1

Z. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση

1. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας για δυσκολίες σαν αυτές που αντιμετωπίζει η Μαρία;

Όχι Ναι Αν Ναι, αναφέρετε μια _____

2. Σε περίπτωση που και εσείς αντιμετωπίζατε παρόμοιες δυσκολίες με τη Μαρία, που είναι πιθανό να απευθυνόσασταν; (Παρακαλώ διαλέξτε μόνο μία επιλογή)

Παθολόγο, νευρολόγο ή κάποιον άλλο ιατρό άλλης ειδικότητας (μη ψυχίατρο)

Κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό)

Φίλο ή Συγγενή

Ιερέα

Πουθενά, θα περίμενα να μου παράσει

Άλλον

3. Είχατε ποτέ ο ίδιος ή κάποιο κοντινό σας πρόσωπο (φίλος ή συγγενής) κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας;

Όχι Ναι

4. Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να πάρετε φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσετε τυχόν αγχωτικές καταστάσεις;

Όχι Ναι

5. Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, χρειάστηκε να επισκεφτείτε ψυχολόγο για να ξεπεράσετε κάποιο πρόβλημα;

Όχι Ναι

6. Πιστεύετε ότι η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εποχή μας οφείλεται σε:

Κληρονομικούς λόγους Ανεργία

Οικονομική αβεβαιότητα Πένθος

Αδυναμία του χαρακτήρα Άλλο

Φόβος απόλυσης

7. Η οικονομική κρίση έχει επιβαρύνει τον ψυχισμό σας;

Όχι

Ναι

8. Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στην καθημερινότητα της εργασίας σας;

Όχι

Ναι

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Παρακαλώ ελέγξε αν έχετε συμπληρώσει όλες τις ερωτήσεις.

*Για τυχόν διευκρινήσεις, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια
Κορδώνη Αικατερίνη στο τηλέφωνο 6932 030837 ή στη διεύθυνση kordoi.aik@gmail.com.*

Παράρτημα Γ

Ανάλυση Υποκλιμάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Ανάλυση 1^{ης} Υποκλίμακας (Γ. Κλίμακα Στάσεων)

	Mean	StdDev	Median	Cronbach's Alpha
Γ1	2,96	1,41	3	0,751
Γ2	3,68	1,02	4	
Γ3	3,22	1,52	4	
Γ4	1,66	1,04	1	
Γ5	1,06	0,31	1	
Γ6	2,40	1,20	2,5	
Γ7	1,64	1,05	1	
Γ8	1,86	1,11	1	
Γ9	2,52	1,53	2	

ΠΙΝΑΚΑΣ 49 - Ανάλυση 2^{ης} Υποκλίμακας
(Δ. Αποτελεσματικότητα μορφών θεραπείας-παρέμβασης)

	Mean	StdDev	Median	Cronbach's Alpha
Δ1	2,90	1,11	3	0,842
Δ2	2,62	1,07	3	
Δ3	2,72	1,13	3	
Δ4	1,72	0,93	1	
Δ5	2,24	1,22	2	
Δ6	1,88	1,19	1	
Δ7	1,04	0,20	1	
Δ8	1,48	0,84	1	
Δ9	2,98	0,96	3	
Δ10	2,78	1,06	3	
Δ11	2,70	1,07	3	
Δ12	3,22	0,97	4	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 50 Ανάλυση 3ης Υποκλίμακας (Ε. Αυτοσχέδια κλίμακα στάσεων
απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα)**

	Mean	StdDev	Median	Cronbach's Alpha
E1	3,20	1,51	3,5	0,877
E2	2,90	1,45	3	
E3	3,18	1,19	3	
E4	3,62	1,16	4	
E5	2,58	1,11	3	
E6	4,36	0,92	5	