

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**<<ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ>>**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΕΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**<<Αντιλήψεις και πεποιθήσεις των προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών  
υγείας σχετικά με την ψυχική υγεία>>**

**ΜΑΣΤΟΡΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 18024**  
**ΕΥΘΥΜΙΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ 18013**

**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ**

**Επιβλέπων Καθηγητής**  
**Σωτήριος Πλακάς**

**ΑΘΗΝΑ**  
**ΜΑΡΤΙΟΣ 2021**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**<<ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ>>**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΕΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**<<Αντιλήψεις και πεποιθήσεις των προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών  
υγείας σχετικά με την ψυχική υγεία>>**

**ΜΑΣΤΟΡΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 18024**  
**ΕΥΘΥΜΙΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ 18013**

**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ**

**Επιβλέπων Καθηγητής**  
**Σωτήριος Πλακάς**

**ΑΘΗΝΑ**  
**ΜΑΡΤΙΟΣ 2021**

**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE SCIENCES  
DEPARTMENT OF NURSING**



**Postgraduate PROGRAMME  
"CHRONIC DISEASE MANAGEMENT"  
Specialization: Neuroscience**

**TITLE**

**<< Perceptions and beliefs of undergraduate health students about mental health >>**

**MASTORAKIS CHARALAMPOS 18024  
EFTHYMIOPOULOS PANAGIOTIS 18013**

**PHYSICAL THERAPISTS**

**Supervisor  
Sotirios Plakas**

**ATHENS  
MARCH 2021**

## ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

<<Αντιλήψεις και πεποιθήσεις των προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ψυχική υγεία>>

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Σωτήριος Πλακάς	Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α	
2	Αλεξάνδρα Κορέλη	Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α	
3	Βασιλική Σακελλάρη	Καθηγήτρια, Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΠΑ.Δ.Α	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Χαρί Λίνας Μαστοράκης του Παύλου,  
με αριθμό μητρώου 18024 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών  
Σπουδών Διαχείριση Χρημάτων Νοσημάτων του Τμήματος Νοσηλευτικής  
Σχολής Επιστήμης Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα  


## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Παναγιώτης Ευθυμίου του Θεόδωρου,  
με αριθμό μητρώου 18013 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών  
Σπουδών Διοίκηση Χρονικών Νοσηρών του Τμήματος Νοσηλευτικής της  
Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/η Δηλών/ούσα



Copyright © Χαράλαμπος Μαστοράκης, Παναγιώτης Ευθυμιόπουλος 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του μεταπτυχιακού Προγράμματος Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της ψυχικής υγείας έχει αποκτήσει ολοένα και μεγαλύτερη διάσταση και σε εθνικό και σε οικουμενικό επίπεδο με τις ψυχικές παθήσεις να συνδέονται άρρηκτα με την σωματική υγεία, καθώς μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στο ίδιο το άτομο, στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες έρευνες σε οικουμενικό επίπεδο με σκοπό να διερευνηθούν οι συνέπειες των ψυχικών διαταραχών στην ψυχοσωματική ισορροπία του ατόμου. Η κοινωνία αντιμετώπιζε και αντιμετωπίζει με ένα διαφορετικό τρόπο την ψυχική ασθένεια επειδή διέφερε από τις υπόλοιπες σωματικές νόσους, όπως, για παράδειγμα, διάφορα νευρολογικά και καρδιοαναπνευστικά νοσήματα. Η ψυχική ασθένεια εξακολουθεί να μαστίζεται, από πολλούς ανθρώπους από διάφορες προκαταλήψεις και παρερμηνείες που μπορεί να οδηγήσουν τα πάσχοντα άτομα στην αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας. Η ψυχική ασθένεια, αρκετές φορές, σχετίζεται και συνδέεται με την επικινδυνότητα, το απρόοπτο του χαρακτήρα, την αδυναμία να ανταποκριθεί στις ανάγκες της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του ατόμου. (Οικονόμου,Μ.,2010). Αυτό το φαινόμενο, που αποκαλείται στίγμα, συνδέεται στενά με την ψυχική ασθένεια καθώς οδηγεί σε διακρίσεις μεταξύ των ανθρώπων οδηγώντας, κατά αυτόν τον τρόπο στην κοινωνική απομόνωση, στη εξάλειψη των δικαιωμάτων και στην απομόνωση και περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών. Επί του παρόντος, λίγες έρευνες έχουν δημοσιευτεί στην Ελλάδα που να ασχολούνται με τις συμπεριφορές του στίγματος καθώς και με τις πεποιθήσεις και αντιλήψεις που υιοθετούν οι φοιτητές επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στο χώρο της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τις στάσεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις των φοιτητών επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την ψυχική ασθένεια και την συμπεριφορά τους απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, καθώς και το κατά πόσο η πρακτική ενασχόληση με το θέμα της ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή των επικρατούντων προκαταλήψεων και του φαινομένου του στίγματος.

Η συγκεκριμένη μελέτη χωρίζεται σε δύο (2) μέρη. Στο πρώτο συμπεριλαμβάνονται οι εννοιολογικοί ορισμοί και τα επιδημιολογικά στοιχεία του στίγματος και της ψυχικής ασθένειας καθώς οι πεποιθήσεις και αντιλήψεις των φοιτητών αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέσα από την ανασκόπηση ερευνητικών άρθρων και βιβλιογραφίας. Στο δεύτερο, αφορά την πραγματοποίηση της ποσοτικής έρευνας όπου καταγράφεται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της έρευνας, η ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα. Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα, καθώς και η υποβολή προτάσεων για την



καταπολέμηση του φαινομένου του στίγματος και η σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την εργασία.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η εργασία αυτή θα ήταν δύσκολο να ολοκληρωθεί χωρίς την βοήθεια κάποιων ανθρώπων που συνέβαλλαν με άμεσο ή έμμεσο τρόπο στην ολοκλήρωση της. Πρωτίστως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή κο Πλακά Σωτήριο, για την καθοδήγηση τις πολύτιμες συμβουλές του και την επικοινωνία που είχαμε στην διάρκεια της συγγραφής της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας.

Θα θέλαμε, επίσης να ευχαριστήσουμε τους φοιτητές που αφιέρωσαν χρόνο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, την ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μας που με υπομονή και καρτερικότητα μας ανέχθηκαν και μας ενθάρρυναν στην όλη προσπάθεια περάτωσης της εργασίας αυτής. Ελπίζουμε να είναι υπερήφανοι για εμάς.

## Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1-ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΣΤΙΓΜΑ .....	15
ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ-ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ .....	17
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	22
2.1. Σχεδιασμός και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	22
2.2. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων .....	23
2.2.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών .....	23
2.2.2. Κλίμακα σχετικά με τις αντιλήψεις της κοινότητας προς τους ψυχικά πάσχοντες (“Community Attitudes Toward the Mentally Ill” [CAMI]).....	23
2.3 Ερωτηματολόγιο Συγκατάθεσης .....	24
2.4. Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης των Δεδομένων .....	25
2.4.1. Διαχείριση Δεδομένων.....	25
2.4.2. Έλεγχος Υποθέσεων και Στατιστική Σημαντικότητα .....	26
2.4.3. Κύριες Στατιστικές Τεχνικές.....	26
2.4.4. Πολυπαραγοντικές Αναλύσεις .....	27
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	28
Χαρακτηριστικά του Δείγματος .....	28
3. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Κλιμάκων.....	29
3.1. Έλεγχος Συσχετίσεων .....	30
3.1.1. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Α .....	30
3.1.2. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Β .....	30
3.1.3. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Γ .....	31
3.1.4. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Δ .....	31
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	34
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	40
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	42
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	48
περίληψη .....	48
CAMI SCALE PERMISSION .....	50
Conditions of Usage.....	50

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ.....	51
Έγκριση της πρότασης .....	51

## **Κατάλογος Πινάκων**

### **Πίνακας 3.1**

Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....σελ25

### **Πίνακας 3.2.**

Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσος και εύρος διακύμανσης των μεταβλητών.....σελ26

### **Πίνακας 3.3.**

Τυποποιημένες εκτιμήσεις παραμέτρων, τυπικά σφάλματα και διαστήματα εμπιστοσύνης για τις διαμεσολαβητικές σχέσεις.....σελ29

## **Κατάλογος Διαγραμμάτων**

### **Διάγραμμα 1.**

Διάγραμμα ροής μοντέλου διαμεσολαβήσεων.....σελ30

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1-ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που έχουν σχέση με τις ψυχικές παθήσεις συνθέτουν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον. Κατά καιρούς, πολλές ήταν οι ασθένειες που είχαν στιγματιστεί, όπως ο καρκίνος, η φυματίωση, το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή αλλιώς AIDS, οι οποίες παθήσεις θεωρούνταν και εξευτελιστικές και κοινωνικά ντροπιαστικές. Ωστόσο, η ψυχική νόσος είναι αυτό που έχει στιγματιστεί περισσότερο από το οτιδήποτε. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η ψυχική υγεία είναι μια έννοια που αναφέρεται σε μια ανθρώπινη κατάσταση, την συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία. Οι διάφοροι ορισμοί που έχουν αποδοθεί για αυτήν την πολυποίκιλη έννοια παρουσιάζουν μια αδυναμία συμφωνίας, καθώς η ψυχική νόσος δεν χαρακτηρίζεται απλώς και μόνο από την απουσία νόσου ιδιαίτερα όταν σταματάνε να υπάρχουν έννοιες όπως ψυχική ευημερία, αυτοπραγμάτωση, λειτουργικότητα και ανεξαρτησία. Η ψυχική υγεία «...είναι μια κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στα συνηθισμένα άγχη της ζωής, δύναται να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά, και είναι ικανό να προσφέρει στο κοινωνικό του περιβάλλον» (ΠΟΥ, 2007). Η ψυχική υγεία, δηλαδή, σχετίζεται με πολλές παραμέτρους που επηρεάζουν το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό, εργασιακό ή ακόμη και οικογενειακό επίπεδο. (Σκαραγκάς, 2003).

Η ψυχική νόσος ορίζεται ως ένα μείζον πρόβλημα που παρουσιάζει μια πληθώρα συμπτωμάτων που έχουν αντίκτυπο στην σκέψη, στην συναισθηματική λειτουργία, στην συμπεριφορά του ατόμου καθώς και στην επικοινωνία με τους συνανθρώπους του. Είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε κάθε οικογένεια ανεξαρτήτως ηλικίας και τα συμπτώματα ενδέχεται να ποικίλλουν μεταξύ τους, ανάλογα με την νόσο. Γενικότερα, οι ψυχικές διαταραχές δύνανται να εκδηλωθούν με ψυχική

και συναισθηματική ανεπάρκεια, παρέκκλιση από τη φυσιολογική συμπεριφορά, διαταραχές της μνήμης, μη πραγματική επαφή με την πραγματικότητα και τον ρεαλισμό μέχρι και ψευδαισθήσεις και παραληρητική συμπεριφορά. Η έναρξη των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να είναι ξαφνική ή η έντονη συμπτωματολογία να εμφανιστεί μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004). Η συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών είναι μεγάλη και αποτελεί μάλιστα για την δημόσια υγεία καθώς, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, μπορούν να προσβληθούν άτομα ανεξαρτήτως φυλής, χρώματος, ηλικίας και ούτω καθεξής. Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών είναι γνωστή και ως ψυχιατρική νοσολογία ή ψυχιατρική ταξινόμηση. Αντιπροσωπεύει μια βασική πτυχή της ψυχιατρικής και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας και αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τους ανθρώπους που μπορεί να διαγνωσθούν ως ψυχικά ασθενείς. (The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists 2016). Η αναγνώριση των ψυχικών παθήσεων μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, και ταξινομήσεις, αν και χρησιμοποιούνται ευρέως καθορισμένα καθοδηγητικά κριτήρια. Τα βασικότερα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών είναι το κεφάλαιο V της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-10) που δημιουργήθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) καθώς και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) που δημιουργήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association - APA) ενώ σε τοπικά επίπεδα ενδέχεται να εφαρμόζονται άλλα συστήματα ταξινόμησης όπως, για παράδειγμα, η κινέζικη ταξινόμηση των διανοητικών διαταραχών.

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ανά διαστήματα σε διάφορες χώρες, μεταξύ άλλων και η Ελλάδα, δείχνουν ότι περίπου το 20% του πληθυσμού υποφέρει από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή, οι οποίες ποικίλλουν όσον αφορά την μορφή και την βαρύτητά τους, και μπορεί να οδηγήσουν σε αναπηρία δια βίου. (Wittchen et al., 2011). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 450 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από κάποια ψυχοκοινωνική διαταραχή καθώς εκτιμάται ότι το 20-25% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής τους ήπιες ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές (World Health Organization, 2001). Ένα ποσοστό 2% του πληθυσμού, πάσχει είτε από ψυχωτικές συμπεριφορές, όπως είναι, για παράδειγμα, η σχιζοφρένεια, είτε από διπολική διαταραχή στις οποίες κρίνεται απαραίτητη η δια βίου φροντίδα και η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς. Το άγχος, η διαταραχή του συναισθήματος και διάφορα σωματικά ενοχλήματα είναι τα βασικότερα και πιο συνηθισμένα συμπτώματα που

εμφανίζει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Η συχνότερη διαταραχή, η οποία μπορεί να υφίσταται με άλλες είναι η κατάθλιψη, η οποία υπολογίστηκε από τον Π.Ο.Υ. πως το 2020 θα αποτελούσε το δεύτερο πρόβλημα υγείας σε κοινωνική επιβάρυνση παγκοσμίως.(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

## ΣΤΙΓΜΑ

Ο ορισμός του στίγματος κάνει λόγο για ένα σύνολο από ανεπιθύμητους, απαξιωτικούς και δυσφημιστικούς χαρακτηρισμούς που μπορεί να αποδοθούν σε ένα άτομο στερώντας του το δικαίωμα της αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο, ενώ παράλληλα αναγκάζεται το άτομο αυτό να προβαίνει σε απόκρυψη των αιτίων που προκαλούν αυτή την αντιμετώπιση. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο Goffman(1963), κάνει λόγο για σπύλωση της οντότητας και ταυτότητας του ατόμου, η οποία οδηγεί στην απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Εν συντομία, μπορούν να αναφερθούν τρία είδη στίγματος: α) Το στίγμα που έχει σχέση με την εξωτερική εμφάνιση όπως διάφορες σωματικές δυσμορφίες, αναπηρίες, γήρας, β) το στίγμα που αφορά τις εσωτερικές λειτουργίες (φυσικές, νοητικές) του ατόμου και αναφέρονται σε κομμάτια του χαρακτήρα του και, πολλές φορές, γίνεται λόγος για αδυναμία της προσωπικότητάς του όπως εξάρτηση, αλκοολισμός, ομοφυλοφιλία, ανεργία, τάσεις αυτοκτονίας και ούτω καθεξής καθώς και γ) το στίγμα που αναφέρεται στα συλλογικά στίγματα μιας φυλής, ενός έθνους, μιας θρησκευτικής ομάδας, τα οποία θεωρούνται ότι μεταδίδονται μέσω της καταγωγής και μπορούν να επηρεάσουν εξίσου όλα τα μέλη της οικογένειας (Goffman, 2001: 66-67). Κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων που παρουσιάζουν αυτού του είδους την συμπεριφορά απέναντι στα ευάλωτα άτομα είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η έλλειψη διαπροσωπικής επαφής με έναν ψυχικά ασθενή, η παραπληροφόρηση, η ημιμάθεια καθώς και ο φόβος που σχετίζεται με την πεποίθηση ότι τα άτομα που εμφανίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ενδέχεται να είναι επικίνδυνα. (Οικονόμου και συν., 2006).

Οι προκαταλήψεις που υπάρχουν σχετικά με την ψυχική νόσο αναφέρονται σε παράξενη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών, στο ακαταλόγιστο των πράξεων, και στην αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία (Goffman, 1963) με αποτέλεσμα αυτοί οι άνθρωποι συχνά να χαρακτηρίζονται ως επικίνδunami και απρόβλεπτοι (Corrigan & Penn, 1999). Διαχρονικά, σύμφωνα με τις επικρατούσες στάσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια, η ψυχική νόσος συνδέεται άρρηκτα

με την επικινδυνότητα. Οι προκαταλήψεις αυτές που επικρατούν στο κοινωνικό σύνολο αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής νόσου, καθώς το άτομο αρνείται να αναζητήσει ιατρική βοήθεια εξαιτίας του φόβου του χαρακτηρισμού από τους συνανθρώπους του (Thornicroftetal., 2008). Πράγματι, έρευνες δείχνουν ότι από την στιγμή που θα γίνει αντιληπτή η εμφάνιση συμπτώματος κάποιας ψυχωτικής διαταραχής, έως τη στιγμή που θα αναζητηθεί βοήθεια, χρειάζεται τουλάχιστον ένας χρόνος. (Black, Petersetal, 2001). Έρευνες έχουν δείξει, επίσης, ότι το στίγμα στα άτομα με ψυχική νόσο οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη καθώς και γρήγορη διακοπή της θεραπείας. (ByersAletal. 2012). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2000, η πλειοψηφία των Αμερικανών διστάζουν να δημιουργήσουν κοινωνικές και φιλικές σχέσεις με άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχική νόσο. (Martin et al., 2000). Οι συνέπειες του στίγματος στους ψυχικά πάσχοντες είναι πολλές και οι περισσότερες κάνουν λόγο για έλλειψη πόρων για την δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για οικονομικά προβλήματα και κοινωνική απομόνωση, για αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου αλλά και για αρνητικές επιπτώσεις σε οικογενειακό επίπεδο. Επιπλέον, ένα πολύ συχνό φαινόμενο που παρατηρείται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι η έννοια του εξωτερικευμένου στίγματος ή, αλλιώς, αυτοστιγματισμός.

Ο αυτοστιγματισμός κάνει λόγο για υποτίμηση, ντροπή και περιθωριοποίηση των ατόμων με προβλήματα συμπεριφοράς επηρεάζοντας, έτσι, τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους, την αυτοεικόνα τους ή την αυτοπεποίθησή τους. (Lefley, 1987). Υπάρχουν άτομα που λόγω του στίγματος αισθάνονται ντροπή σε περίπτωση που το πρόβλημα τους μαθευτεί, με αποτέλεσμα να το αποσιωπούν, και να μην αναζητούν βοήθεια και κατάλληλη θεραπεία. Αυτό έχει ως άμεση συνέπεια το άτομο να αναπτύσσει συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής και οδηγείται στην εσωστρέφεια και εν τέλει στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό. Σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη και την μεγέθυνση του στίγματος κατέχει η κουλτούρα και ο πολιτισμός της εκάστοτε χώρας. Για παράδειγμα οι Αφροαμερικάνοι είναι λιγότερο πιθανό να κατηγορήσουν άτομα με ψυχικές ασθένειες για βίαιες ενέργειες και είναι λιγότερο πιθανό να πιστεύουν ότι εκείνοι με ψυχικές ασθένειες πρέπει να τιμωρούνται για τυχόν βίαιες πράξεις (Anglinetal., 2006). Για την αντιμετώπιση του στίγματος απαιτείται μια πολυσύνθετη και συλλογική προσπάθεια με στόχο την αποφυγή απομόνωσης των ψυχικά πασχόντων και την ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο. Βασικός στόχος είναι η εξάλειψη των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων και αλλαγή στάσεων και απόψεων της κοινωνίας.



Μερικές δράσεις είναι η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές για την αιτιολογία, τα συμπτώματα, τις θεραπείες τους μύθους και τα στερεότυπα που τις ακολουθούν, η ενημέρωση των εκπαιδευτικών και των εργαζομένων στην υγεία σε θέματα ψυχικής υγείας, η επιμόρφωση των ατόμων που εργάζονται στα ΜΜΕ και η ανάπτυξη και εφαρμογή της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Μαδιανός 2006).

### ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ-ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η εκπαίδευση, οι προσωπικές αλληλεπιδράσεις καθώς και η επίδραση των ΜΜΕ και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος είναι από τα βασικότερα στοιχεία που μπορούν να διαμορφώσουν τις πεποιθήσεις απέναντι στην ψυχική νόσο (Byrne, 2018). Ωστόσο, η συντηρητική εκπαίδευση και μόνο πάνω στην ψυχική νόσο και γενικότερα στην ψυχική υγεία δεν συμβάλει στην μείωση του επιπέδου του στίγματος καθώς και παρόμοιων συμπεριφορών (Abbeyetal, 2011). Διάφορες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για να μελετηθούν οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο. Έρευνες που έχουν διενεργηθεί σε ασιατικές χώρες όπως είναι η Κίνα και το Χονγκ Κόνγκ έδειξαν ότι η συμπεριφορά των ατόμων με ψυχική νόσο θεωρείται μη αποδεκτή καθώς δεν ακολουθεί τους κοινωνικά άγραφους νόμους, και αυτό είναι κάτι που οδηγεί στην απομόνωση τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και της οικογένειάς του (Siuetal., 2012). Αντιθέτως, μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό στη Σουηδία έδειξε πως η διαπροσωπική γνώση του ατόμου, σχετικά με την ψυχική νόσο, πιθανότατα επηρεάζει τη στάση του απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Dahlbergetal., 2008).Επιπλέον, τα μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελούν κύρια αιτία για μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία άρα και εμφάνιση οικονομικών προβλημάτων. Μια μελέτη έδειξε ότι ψυχικά νοσούντες έχουν έως και 40% χαμηλότερο εισόδημα καθώς και ότι αποτελούν το ένα τρίτο (1/3) των αστέγων(Frank&McGuire. 2000).

Η σύγκριση των αντιλήψεων και πεποιθήσεων των ειδικών έναντι των μη ειδικών έχει εξετασθεί σε διάφορες έρευνες και αυτό γιατί οι επαγγελματίες υγείας είναι εκείνοι που θα έρθουν σε επαφή μελλοντικά με τους ψυχικά νοσούντες ασθενείς καθώς επίσης μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των πεποιθήσεων που αφορά την οικογένεια

των ασθενών αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς (Gulati et al., 2014). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα φάνηκε ότι οι ψυχίατροι έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας (Sevigny et al 1999; Yadav et al. 2012). Σε άλλες έρευνες όμως που έχουν δημοσιευτεί, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το επίπεδο του στίγματος στους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με τον γενικό πληθυσμό ή να είναι ακόμα μεγαλύτερο, παρότι μπορεί να ασχοληθούν με άτομα με ψυχική ασθένεια κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας (Lauberetal., 2006). Στην Ελλάδα, έχουν δημοσιευτεί λίγες έρευνες σχετικά με την στάση απέναντι στην ψυχική νόσο και στο ψυχικά πάσχον άτομο. Σε μια ελληνική μελέτη για τη στάση συγγενών νοσηλευόμενων ψυχικά πασχόντων απέναντι στην ψυχική ασθένεια, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μισοί συγγενείς την απέδιδαν σε ψυχικά τραύματα, τα 2/5 σε άγνωστα αίτια και ένα μικρό ποσοστό στην κληρονομικότητα (Alivisatos&Lyketsos, 1964). Πολύ συχνά παρουσιάζεται το φαινόμενο όπου ασθενείς υποκινούνται από οικεία πρόσωπά τους να σταματήσουν την φαρμακευτική τους αγωγή επειδή θεωρούν ότι τους βλάπτει ή επειδή νομίζουν ότι έχουν θεραπευτεί. Ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας, πολλές φορές δυσκολεύονται να διαχειριστούν τους ασθενείς που πρέπει να νοσηλευτούν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανησυχώντας για την αντίδραση των ίδιων των ασθενών. Η μη αναζήτηση βοήθειας, όμως, μπορεί να οδηγήσει στην επιδείνωση της ψυχικής νόσου με άμεση συνέπεια την εγκατάσταση χρονιότητας της νόσου, την μείωση της θεραπευτικής φροντίδας άρα και την δυσκολία επαναφοράς της λειτουργικότητας του ατόμου. Επιπλέον, οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν κατάλληλη θεραπευτική αγωγή είναι πιο πιθανόν να επαναλάβουν τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις, ενισχύοντας το στίγμα κάνοντας λόγο για τον λεγόμενο φαύλο κύκλο του στίγματος. Υπάρχει η πεποίθηση πως οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να γιατρευτούν, ή ότι είναι δύσκολο, ή ακατόρθωτο να λάβουν αποφάσεις για τον εαυτό τους παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπειών. (Dovidio etal., 2000). Η λειτουργία των θεσμών προστασίας δικαιωμάτων των ψυχικώς πασχόντων δεν είναι επαρκής. Παραβιάσεις των δικαιωμάτων στα άτομα με ψυχική ή ψυχολογική αναπηρία καταγγέλλονται παγκοσμίως με κύριες εκδηλώσεις τον σωματικό περιορισμό, απομόνωση, άρνηση βασικών αναγκών και ιδιωτικότητας. Κάθε ασθενής δικαιούται αξιοπρεπή περίθαλψη, ισότητα, ενημέρωση και προστασία των προσωπικών του δεδομένων. Επίσης, έχει δικαίωμα στην αποκατάσταση, την

ζωή στην κοινότητα καθώς και την διεκδίκηση αξιώσεων (Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος, 2014).

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο δήμο Αθηναίων το 2009 έδειξε, ότι οκτώ στους δέκα πολίτες συγγέουν κάποιες ψυχικές διαταραχές με την βία και την επικινδυνότητα αλλά και με αδυναμία για εργασία (Οικονόμου και συν., 2010). Ωστόσο, το φαινόμενο αυτό του στίγματος δεν υφίσταται μόνο στα άτομα που δεν έχουν γνώση πάνω σε αυτό το θέμα. Επαγγελματίες και από το χώρο της υγείας συντηρούν μια πιο αρνητική στάση απέναντι στα ψυχικά ευπαθή άτομα της κοινωνίας (Corrigan and Watson, 2002). Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι γιατροί και οι φοιτητές της ιατρικής υιοθετούν παρόμοιες, αν όχι τις ίδιες, αρνητικές απόψεις σχετικά με τις ψυχικές παθήσεις όπως αυτές του γενικού πληθυσμού, ενώ αντίθετα, οι ψυχίατροι τείνουν να έχουν μια πιο θετική στάση συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Rahman, 2001). Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, έδειξε ότι με το πέρασμα του χρόνου όλο και περισσότερα άτομα υιοθετούν μια πιο ουδέτερη στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και αυτό γιατί εξοικειώνονται με τους ασθενείς αυτούς (vanDoeselaer et al., 2008). Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι εκείνοι οι ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με διαταραχή της προσωπικότητας, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας τους αντιμετώπιζαν αρνητικά και είχαν μεροληπτική μεταχείριση. (Leonieke et al., 2013).

Οι φοιτητές των επαγγελμάτων υγείας αποτελούν σημαντικό κομμάτι για την αντιμετώπιση της μάστιγας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχική νόσο και τους παρεμποδίζει να αναζητήσουν την απαραίτητη βοήθεια και φροντίδα. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα νεαρότερα σε ηλικία άτομα έχουν γενικότερα πιο ευνοϊκές πεποιθήσεις και αντιλήψεις στα νοσούντα άτομα συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Pande et al., 2011). Επίσης, οι φοιτητές που συμμετείχαν σε προγράμματα βιωματικού χαρακτήρα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, έδειξαν ότι υιοθέτησαν περισσότερο θετικές αντιλήψεις και τρόπους συμπεριφοράς προς τους ψυχικά ασθενείς καθώς και ότι απέκτησαν περισσότερες γνώσεις και διαμόρφωσαν μια ολοκληρωμένη άποψη για τον αποϊδρυματισμό και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Ecomomou et al., 2011). Χαρακτηριστικό είναι ότι οι φοιτητές που βρίσκονταν σε μεγαλύτερο έτος σπουδών τείνουν να έχουν θετικότερες πεποιθήσεις απέναντι στο μείζον θέμα του στίγματος. Αυτό εξηγείται πιθανώς από το γεγονός ότι οι φοιτητές μικρότερων εξαμήνων ενδέχεται να μην

έχουν παρακολουθήσει μαθήματα που αφορούν γνώσεις και έννοιες σχετικά με την ψυχική υγεία και ψυχική νόσο (Αντωνιάδης και συν 2016). Επιπλέον, σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 95 φοιτητές νοσηλευτικής σε πανεπιστήμιο της Ιρλανδίας με την βοήθεια της κλίμακας CAMI (Community Attitudes Toward the Mentally Ill), οι φοιτητές παρουσίασαν την άποψη ότι οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας πρέπει να μην απομονώνονται από την κοινότητά τους, δεν πρέπει να τους ανατίθεται η ευθύνη για τις πράξεις τους και τα άτομα αυτά πρέπει να γίνονται κοινά αποδεκτά από την κοινωνία (Linden & Redpath, 2011). Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, φοιτητές από σχολές φυσικοθεραπείας απάντησαν σε ερωτήματα που αφορούσαν τη γνώση για τους ασθενείς με ψυχική υγεία συγκριτικά με φοιτητές άλλων επαγγελματιών υγείας, την ευαισθητοποίηση μεταξύ των φύλων των φοιτητών σχετικά με την ψυχική υγεία και, τέλος, αν οι φοιτητές που εξετάστηκαν στο μάθημα της ψυχικής υγείας βελτίωσαν τις στάσεις τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Η έρευνα έδειξε ότι οι φοιτητές φυσικοθεραπείας είχαν μια θετική στάση απέναντι στους ασθενείς με ψυχιατρική ασθένεια και ότι αυτοί οι ασθενείς είχαν καλύτερη αντιμετώπιση από φοιτητές που είχαν ενασχοληθεί με τέτοια περιστατικά ή είχαν παρακολουθήσει το αντίστοιχο μάθημα ενώ οι γυναίκες φοιτήτριες ήταν πιο ευαισθητοποιημένες σε σχέση με τους άντρες φοιτητές (Probst and Peuskens 2010). Όπως έχει αναφερθεί από τους Ross & Goldner (2009) αναφορικά με το στίγμα, τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις διακρίσεις της ψυχικής ασθένειας, στον κλάδο της νοσηλευτικής, διαπιστώνεται ότι οι φοιτητές και εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, στιγματίζουν και στιγματίζονται, αντιμετωπίζουν με φόβο τον ψυχικά πάσχοντα ασθενή αδιαφορώντας για τις ανάγκες του εξαιτίας της νόσου ενώ παράλληλα, διατυπώνουν απαισιόδοξες απόψεις για την πορεία και την έκβαση της νόσου. Επιπλέον, αποτελέσματα διάφορων ερευνών έδειξαν ότι το φαινόμενο του στίγματος δεν υφίσταται μόνο για τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς αλλά και στους ίδιους τους νοσηλευτές που εργάζονται σε χώρο με ψυχικά νοσούντες, αφού πολλές φορές δέχονται καυστικά σχόλια από συναδέλφους τους θεωρώντας πως θα παρουσιάσουν συμπτώματα, παρόμοια με αυτά των ασθενών, κάποια στιγμή στην ζωή τους, εξαιτίας της συναναστροφής τους με τους ψυχικά ασθενείς (Lauber & Sartorius, 2007). Όσον αφορά αποκλειστικά τους φοιτητές στον χώρο της νοσηλευτικής, μια έρευνα μελέτησε τις στάσεις των φοιτητών αυτών απέναντι στην ψυχική υγεία μετά την πρακτική τους άσκηση. Κατά την έρευνα αυτή, παρατηρήθηκε ότι η έλλειψη εργασιακής εμπειρίας με ψυχικά ασθενείς καθώς και έλλειψη εκπαιδευτικής κατάρτισης του προσωπικού φαίνεται πως οδηγεί σε αρνητικές συμπεριφορές απέναντι στην θεραπεία των

ασθενών αυτών. Πολλοί φοιτητές θεωρούν ότι οι άνθρωποι που βιώνουν μια ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνοι, απρόβλεπτοι, πιο επιρρεπή σε βία και τουλάχιστον εν μέρει υπεύθυνοι για την ασθένειά τους (Emrichetal. 2003). Η ενασχόληση με ασθενείς με προβλήματα στην ψυχική τους υγεία οδηγεί στην αύξηση της ανοχής των θεραπόντων ατόμων που περιβάλλουν τους ασθενείς αυτούς, όπως ιατροί και νοσηλευτές, καθώς συμβάλει και στην αποφυγή δημιουργίας στερεοτύπων απέναντι στα άτομα αυτά (Madianosetal 2005). Ωστόσο, ένας σεβαστός αριθμός φοιτητών, παρότι η κλινική άσκηση τους βοήθησε να εξοικειωθούν με ασθενείς με προβλήματα συμπεριφοράς και να κατανοήσουν περισσότερο την βαρύτητα που κατέχει η ψυχική υγεία στην συμπεριφορά του ατόμου, δηλώνει ότι δεν προτιμάει να ασχοληθεί με τέτοιου είδους περιστατικά στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία (Hunteretal 2015). Επομένως, μια από τις βασικότερες μεταβλητές στην αντιμετώπιση του φαινομένου του στίγματος είναι η επαφή με τους ψυχικά ασθενείς. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν εξοικειωθεί με την σχιζοφρένεια, έχουν διαμορφώσει πιο θετικές στάσεις και δεν παίρνουν απόσταση από τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή, καθώς και η θεωρητική εκπαίδευση στην ψυχιατρική νοσηλευτική μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση προκαταλήψεων, στερεοτύπων και θα βοηθήσει στις προσλήψεις αποφοίτων νοσηλευτικής στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό τομέα. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι πεποιθήσεις και αντιλήψεις των προπτυχιακών φοιτητών των επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας απέναντι στην ψυχική νόσο. Θα διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις με το φύλο, την ηλικία, καθώς και την σχολή φοίτησης. Επιπροσθέτως, η παρούσα μελέτη θα επιχειρήσει να διερευνήσει την εμπειρία των φοιτητών πριν και μετά την επαφή τους με άτομα με ψυχική νόσο, αν η προσθήκη επιπλέον μαθημάτων πάνω στην ψυχική υγεία στο πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της φύσης της ψυχικής υγείας καθώς και αν η πρακτική ενασχόληση με το θέμα της ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή των επικρατούντων προκαταλήψεων.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 2.1. Σχεδιασμός και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της συγχρονικής συλλογής δεδομένων με δειγματοληψία ευκολίας σε δείγμα φοιτητών από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Τα συνολικά δεδομένα προήλθαν από τη συμμετοχή 141 φοιτητών διαφορετικών τμημάτων του πανεπιστημίου. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε διαδικτυακά, λόγω των συνθηκών από την πανδημία Covid-19. Οι καθηγητές των τμημάτων ενημέρωναν τους φοιτητές για την διεξαγωγή της έρευνας. Όσοι επιθυμούσαν να συμμετάσχουν εθελοντικά, έρχονταν σε επαφή με τους ερευνητές και τους αποστελλόταν, μέσω email, το ερωτηματολόγιο, το οποίο ήταν στην ελληνική γλώσσα. Η δημιουργία και διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω της πλατφόρμας Google forms, η οποία είναι εύχρηστη και για τον δημιουργό αλλά και για το συμμετέχοντα. Μόλις οι συμμετέχοντες υπέβαλλαν το ερωτηματολόγιο, γινόταν αυτόματα καταχώρηση και ενημέρωση του ερευνητή από το σύστημα.

Πριν την συμμετοχή των φοιτητών στην έρευνα, οι φοιτητές ενημερώθηκαν τόσο για τους σκοπούς της έρευνας όσο και για την διατήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας των στοιχείων και των απαντήσεων των συμμετεχόντων μέσω του εντύπου ενημέρωσης και συγκατάθεσης για συμμετοχή στην μελέτη το οποίο και συμπλήρωναν ηλεκτρονικά (Βλέπε Παράρτημα). Έπειτα από το έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης, επέλεξαν την επιλογή «αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα» και συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Η οδηγία που δόθηκε στους φοιτητές κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ότι δεν υπάρχουν λανθασμένες απαντήσεις, αλλά αφορά την προσωπική τους γνώμη πάνω στο υπό εξέταση ζήτημα. Έγινε επιτυχής παραλαβή 141 ερωτηματολογίων, εκ των οποίων ελάχιστα δεν είχαν απαντημένες όλες τις ερωτήσεις. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης ήταν 7 λεπτά. Οι ερευνητές ήταν στη διάθεση των συμμετεχόντων το χρονικό διάστημα που γινόταν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, για διευκρινήσεις, όπου χρειαζόνταν. Η διανομή και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε στο διάστημα 15/6/2020-31/10/2020.

## 2.2. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια:

1) ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο με στοιχεία δημογραφικών πληροφοριών, και 2) η ειδική κλίμακα σχετικά με τις αντιλήψεις της κοινότητας προς τους ψυχικά πάσχοντες (“Community Attitudes Toward the Mentally Ill” [CAMI]) (Taylor & Dear, 1981).

### 2.2.1. Ειδική Ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών αποτελούνταν από το φύλο, τη ηλικία και το τμήμα σπουδών. Ειδικότερα, το φύλο κατηγοριοποιούνταν σε άνδρας και γυναίκα. Η ηλικία είχε τέσσερις πιθανές επιλογές: 18-20, 21-23, 23-25, και πάνω από 25 ετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός των κατηγοριών έγινε με τρόπο ώστε να αντιστοιχεί στο έτος φοίτησης των συμμετεχόντων και όχι την ακριβή καταγραφή της ηλικίας. Τέλος, το τμήμα φοίτησης ήταν ανοιχτής καταγραφής και κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις υποκατηγορίες: φυσικοθεραπεία, νοσηλευτική και άλλο τμήμα επιστημών υγείας.

### 2.2.2. Κλίμακα σχετικά με τις αντιλήψεις της κοινότητας προς τους ψυχικά πάσχοντες (“Community Attitudes Toward the Mentally Ill” [CAMI])

Το βασικό εργαλείο της έρευνας ήταν η σύντομη μορφή της κλίμακας πεποιθήσεων και αντιλήψεων της κοινότητας προς τους ψυχικά πάσχοντες (“Community Attitudes Toward the Mentally Ill” [CAMI]). Η κλίμακα αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις (4) υποκλίμακες. Αυτές είναι η διάσταση του αυταρχισμού, του ανθρωπισμού, του κοινωνικού αποκλεισμού, οι οποίες αποτελούνται από επτά (7) ερωτήματα-τοποθετήσεις, και η διάσταση της κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία αποτελούμενη από πέντε (5) ερωτήματα. Αξίζει να αναφερθούν κάποια παραδείγματα ερωτήσεων για κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα για την υποκλίμακα του αυταρχισμού, δείγμα ερωτήσεων είναι οι εξής: «Μία από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η απουσία αυτοπειθαρχίας και ψυχικής δύναμης», «Μόλις ένα άτομο παρουσιάσει σημάδια ψυχικής διαταραχής, πρέπει να νοσηλευτεί», ενώ για την υποκλίμακα του ανθρωπισμού, υπάρχουν οι ερωτήσεις-απόψεις του τύπου: «Οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια

έχουν για πολύ καιρό υπάρξει αντικείμενο γελοιοποίησης», «Έχουμε ευθύνη να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια». Για τις υποκλίμακες του κοινωνικού αποκλεισμού και της κοινοτικής φροντίδας είναι οι ερωτήσεις-απόψεις «Μια γυναίκα θα ήταν ανόητη αν παντρευόταν έναν άντρα ο οποίος έχει υποφέρει από ψυχική ασθένεια, ακόμη και αν φαίνεται ότι έχει αναρρώσει πλήρως» και « Η καλύτερη θεραπεία για πολλούς ανθρώπους με ψυχική ασθένεια είναι το να αποτελούν μέλη μιας φυσιολογικής κοινότητας» αντίστοιχα για την κάθε κατηγορία. Ο αυταρχισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός θεωρούνται αρνητικά χαρακτηριστικά ενώ ο ανθρωπισμός και η κοινοτική φροντίδα θετικά.

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, υπολογίζεται το άθροισμα κάθε υποκλίμακας. Το συνολικό σκορ της κλίμακας είναι το αποτέλεσμα του αθροίσματος των διαστάσεων του αυταρχισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού. Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με 5βάθμια κλίμακα, από 1 (διαφωνώ πολύ) έως 5 (συμφωνώ πολύ), με κάποιες ερωτήσεις να χρήζουν αντιστροφής. Το υψηλό σκορ αποτυπώνει πιο αρνητικές αντιλήψεις των ατόμων για τους ψυχικά πάσχοντες. Όσον αφορά στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας, προήλθε από το άθροισμα του αποτελέσματος του αυταρχισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbachalpha) κάθε υποκλίμακας όπως βρέθηκαν στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, ο συντελεστής αξιοπιστίας συνέπειας στην διάσταση του αυταρχισμού ήταν 0.41, στην διάσταση του ανθρωπισμού ήταν 0.43, στην διάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού ήταν 0.66 και στην διάσταση του κοινοτισμού ήταν 0.63. Ο συνολικός δείκτης της κλίμακας ήταν 0.65.

### 2.3 Ερωτηματολόγιο Συγκατάθεσης

Το πρώτο ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση ακολουθούσε το έντυπο συγκατάθεσης και αφορούσε ερωτήσεις για την ατομική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Οι ερωτήσεις αυτές σχετίζονταν με την κατανόηση των παρεχόμενων πληροφοριών, την συμμετοχή σε άλλη έρευνα τον τελευταίο χρόνο, την δημιουργία ερωτημάτων και πιθανών απαντήσεων που δόθηκαν από τους ερευνητές, με ποιόν ερευνητή είχαν επικοινωνία και την κατανόηση της δυνατότητας αποχώρησης από την έρευνα όποτε επιθυμούσαν. Κάποιες ενδεικτικές ερωτήσεις είναι οι εξής: «Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;», «Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες;», «Είχατε την ευκαιρία να υποβάλετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το ερευνητικό



πρόγραμμα;», «Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το ερευνητικό πρόγραμμα, όποτε θέλετε;», «Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα;». Οι απαντήσεις των ερωτήσεων ήταν κλειστές, τύπου Ναι/ Όχι. Τέλος, υπήρχε και μία ανοιχτή ερώτηση, η οποία ήταν η εξής: «Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;».

## 2.4. Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης των Δεδομένων

### 2.4.1. Διαχείριση Δεδομένων

Στην πρώτη φάση επεξεργασίας των ερευνητικών δεδομένων, πριν την διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων, εξετάστηκαν τα περιληπτικά αριθμητικά μέτρα των μεταβλητών. Αρχικά, έγινε έλεγχος στην καταχώρηση των δεδομένων για τον εντοπισμό τυχόν λαθών και την άμεση διόρθωσή τους. Σύμφωνα με τις οδηγίες βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου βάσει των κατασκευαστών, έγινε η δημιουργία των συνολικών βαθμολογιών της κλίμακας και υποκλιμάκων. Να σημειωθεί ότι, προηγουμένως, είχε γίνει επανακωδικοποίηση των προτάσεων με αρνητική διατύπωση (recoding). Έπειτα, πραγματοποιήθηκε η περιγραφική φάση της ανάλυσης των δεδομένων, η οποία συμβάλλει στην περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματός και τη διερεύνηση της φύσης των μεταβλητών μέσω των μέτρων θέσης και διασποράς. Από τα μέτρα θέσης, στις κατανομές που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή εφαρμόστηκε η μέση τιμή, ενώ για μη κανονικές κατανομές εφαρμόστηκε η διάμεσος. Από τα μέτρα διασποράς (variance), σε κανονικές κατανομές χρησιμοποιήθηκε η τυπική απόκλιση, ενώ σε μη κανονικές κατανομές έγινε χρήση του ενδοτεταρτημοριακού εύρους. Με βάση τα αριθμητικά περιληπτικά μέτρα, ελέγχθηκε η κανονικότητα των κατανομών, δηλαδή η συμμετρία/λοξότητα και η κύρτωση (skewness&kurtosis). Ο έλεγχος της κανονικότητας είναι αναγκαίος για την επιλογή χρήσης παραμετρικών ή μη παραμετρικών αναλύσεων μετέπειτα. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα ιστογράμματα και τα διαγράμματα πιθανοτήτων (NormalQ-QPlot& το DetrendedNormalQ-QPlot) για τον έλεγχο της συμμετρίας των κατανομών (Field, 2016; Γναρδέλλης, 2003). Επίσης, ελέγχθηκε η κατανομή της κλίμακας, η οποία παρουσιαζόταν με γραμμική κατανομή, βάσει του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov, σε όλες τις μεταβλητές.

Ένα συνηθισμένο πρόβλημα στις ποσοτικές έρευνες είναι οι περιπτώσεις ελλειπουσών τιμών. Οι ελλείπουσες τιμές (missing values) χρειάζεται να περιγραφούν και να αντιμετωπιστούν με τις κατάλληλες μεθόδους, ώστε να μην επηρεαστούν οι στατιστικές αναλύσεις. Η διαχείρισή τους

έγινε βάσει των οδηγιών που είχαν δώσει οι κατασκευαστές στο ψυχομετρικό εργαλείο. Ειδικότερα, η υπόδειξη των ελλειπουσών τιμών για ερωτήματα που έχρηζαν απάντησης εντοπιζόταν με τους αριθμούς 9-99-999, ενώ, για ερωτήματα στα οποία ο συμμετέχων δεν όφειλε να απαντήσει, οι ελλείπουσες τιμές ορίζονταν με τους αριθμούς 8-88-888. Οι τιμές αυτές παρέμειναν χωρίς σκορ και δεν λήφθηκαν υπόψιν στις αναλύσεις.

#### 2.4.2. Έλεγχος Υποθέσεων και Στατιστική Σημαντικότητα

Το επόμενο στάδιο αφορά τον έλεγχο των συσχετίσεων ανάμεσα στις μεταβλητές. Συγκεκριμένα εξετάζεται με τη χρήση στατιστικών μεθόδων αν μια υπόθεση που έχει διατυπώσει ο ερευνητής ισχύει στο συγκεκριμένο δείγμα. Στόχος της διαδικασίας ελέγχου των υποθέσεων είναι η απόρριψη ή η αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης. Για τον έλεγχο της αιτιότητας των αποτελεσμάτων σε τυχαίους ή μη παράγοντες, χρησιμοποιούνται στατιστικά κριτήρια, δηλαδή τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας. Η στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων ορίζεται ως η πιθανότητα τα αποτελέσματα να προέρχονται από τυχαίους παράγοντες. Στην παρούσα έρευνα ορίσαμε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το .05 (5%). Επιπλέον, σε πολυμεταβλητές αναλύσεις (pathanalyses), χρησιμοποιήθηκε το BonferroniTest, η οποία είναι μια διαδικασία προσαρμογής του επιπέδου σημαντικότητας ανάλογα με τον αριθμό των μεταβλητών που συμπεριλαμβάνονται στις πολυμεταβλητές στατιστικές αναλύσεις. Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγεται η εσφαλμένη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης. Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε ο τύπος .05/αριθμός μεταβλητών, ο οποίος δίνει ένα πιο συντηρητικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για κάθε ανάλυση (Field, 2016; Γναρδέλλης, 2003).

#### 2.4.3. Κύριες Στατιστικές Τεχνικές

Επόμενο βήμα ήταν ο έλεγχος των στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Με τον όρο συσχέτιση εννοείται ο βαθμός με τον οποίο σχετίζονται ή συμμεταβάλλονται δύο (απλή συσχέτιση) ή περισσότερες μεταβλητές (πολλαπλή συσχέτιση). Ο δείκτης συσχέτισης για συνεχείς γραμμικές μεταβλητές είναι ο Pearson, ο οποίος λαμβάνει τιμές από -1 έως +1. Η συσχέτιση μπορεί να είναι θετική, αρνητική ή μηδενική (απουσία συσχέτισης). Η δύναμη της συσχέτισης ορίζεται από το  $r$ , όπου όταν λαμβάνει τις τιμές 0.10 έως 0.29 δηλώνει ασθενή συσχέτιση, οι τιμές 0.30 έως 0.49 δηλώνουν μέτρια συσχέτιση, ενώ οι τιμές 0.50 έως 1.0 δείχνουν ισχυρή συσχέτιση. Σε μη γραμμικές μεταβλητές χρησιμοποιείται ο δείκτης SpearmanRho ( $\rho$ ) (Spearman's correlation coefficient), ο οποίος έχει τιμές μεγαλύτερες του

δείκτη Pearson, ενώ έχουν την ίδια χρήση ως προς τον τρόπο εξαγωγής αποτελεσμάτων (Field, 2016).

Ακόμη, θα χρησιμοποιηθεί η ανάλυση T-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την σύγκριση των μέσων όρων δύο ομάδων. Επίσης, θα χρησιμοποιηθεί η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης One-way Anova για την σύγκριση των μέσων όρων περισσότερων ομάδων. Για να πραγματοποιηθούν οι συγκεκριμένες αναλύσεις χρειάζεται μια συνεχής μεταβλητή, συνήθως η εξαρτημένη μεταβλητή ή μεταβλητή αποτελέσματος, και μια κατηγορική μεταβλητή, συνήθως η ανεξάρτητη μεταβλητή ή μεταβλητή πρόβλεψης (Field, 2016; Γαλάνης, 2009).

#### 2.4.4. Πολυπαραγοντικές Αναλύσεις

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις αφορούν την επίδραση μιας τρίτης μεταβλητής στην σχέση δύο άλλων. Αυτό μπορεί να έχει τρεις διαστάσεις: α) η τρίτη μεταβλητή να λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας (confounding variable), β) να λειτουργεί ως ρυθμιστής (moderator), ή γ) να διαμεσολαβεί την σχέση των άλλων δύο μεταβλητών (mediator). Η διαμεσολάβηση αφορά την ύπαρξη ενδιάμεσων μεταβλητών, οι οποίες γίνονται αντιληπτές ως ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο X παράγοντας επηρεάζει τον Y. Ουσιαστικά, η διακύμανση της μεταβλητής X προκαλεί μεταβολή στην μεταβλητή M, που έχει ως αποτέλεσμα την μεταβολή στην μεταβλητή Y. (Field, 2016). Στην παρούσα μελέτη, οι ενδεχόμενες διαμεσολαβητικές σχέσεις που διατυπώθηκαν στα ερευνητικά ερωτήματα ελέγχθηκαν με το πρόγραμμα PROCESS v3.5

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Το δείγμα αποτελούνταν από 141 άτομα, οι οποίοι ήταν φοιτητές διαφορετικών τμημάτων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Ο πίνακας 2.1 παρουσιάζει αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Από την επισκόπηση του πίνακα διαπιστώνεται ότι το δείγμα αφορούσε κυρίως γυναίκες, με ποσοστό 75,9%, ενώ οι άνδρες λάμβαναν το ποσοστό 24,1%. Το 18,4% των ατόμων εντάσσονταν στο πλαίσιο 18-20 ετών, το 24% αφορούσε το ηλικιακό πλαίσιο 21-23, το ποσοστό 25,5% το πλαίσιο 23-25 και το 29,1% του συνόλου λάμβαναν οι φοιτητές άνω των 25 ετών. Επιπροσθέτως, ο διαχωρισμός των κατηγοριών έγινε με τρόπο ώστε να αντιστοιχεί στο έτος φοίτησης των συμμετεχόντων και όχι την ακριβή καταγραφή της ηλικίας. Όσον αφορά το τμήμα φοίτησης, οι περισσότεροι φοιτητές προέρχονταν από τμήμα νοσηλευτικής με ποσοστό 55,3%, ακολουθούσαν οι φοιτητές φυσικοθεραπείας με ποσοστό 29,1% και, τέλος, το ποσοστό 15,6% είχαν οι φοιτητές άλλων τμημάτων επιστημών υγείας.

**Πίνακας 3.1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (n=141).

<b>Μεταβλητή</b>	<b>%</b>	
<i>Φύλο</i>		
Άνδρας	34	24,1%
Γυναίκα	107	75,9%
<i>Ηλικία</i>		
18-20	26	18,4%
21-23	38	24%
23-25	36	25,5%
> 25	41	29,1%
<i>Σπουδές</i>		
Νοσηλευτική	78	55,3%
Φυσικοθεραπεία	41	29,1%
Άλλο τμήμα επιστημών υγείας	22	15,6%

### Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Κλιμάκων

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα 3.1. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι τιμές για τον μέσο όρο, την διάμεσο, την τυπική απόκλιση, καθώς και την κατώτερη και ανώτερη βαθμολόγηση για τις μεταβλητές του αυταρχισμού, του ανθρωπισμού, του κοινωνικού αποκλεισμού, του κοινοτισμού και της συνολικής βαθμολόγησης της κλίμακας CAMI. Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα, σε όλες τις μεταβλητές υπήρξαν υψηλές και χαμηλές τιμές στα σκορ των συμμετεχόντων. Στις μεταβλητές του ανθρωπισμού ( $M = 27.72$ ) και του κοινοτισμού ( $M = 22.19$ ) φαίνεται από τους μέσους όρους ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν υψηλές βαθμολογίες κοντά στο ανώτερο όριο βαθμολόγησης, σε αντίθεση με τις μεταβλητές του αυταρχισμού ( $M = 20.38$ ), του κοινωνικού αποκλεισμού ( $M = 14.39$ ) και της συνολικής βαθμολόγησης ( $M = 34.76$ ).

### Πίνακας 3.2.

*Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσος και εύρος διακύμανσης των μεταβλητών*

	Μέσος όρος	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Αυταρχισμός	20.38	20	4.39	11	32.67
Ανθρωπισμός	27.72	28	2.24	20	30
Κοινωνικός αποκλεισμός	14.39	13	4.12	8	32
Κοινοτισμός	22.19	22	2.64	10	25
Συνολική κλίμακα (totalscore)	34.76	34	7.18	20	61

### 3.1. Έλεγχος Συσχετίσεων

#### 3.1.1. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Α

Το πρώτο μέρος των ερευνητικών υποθέσεων αφορούσε τη σχέση του φύλου με την συνολική βαθμολογία, τον αυταρχισμό, τον ανθρωπισμό, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την κοινοτική φροντίδα. Αναλυτικά, εφαρμόστηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα, για να συγκρίνουμε την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες;  $t(139)=-0.43, p=0.66$ . Επιπλέον, η εφαρμογή t-test δεν είχε ως αποτέλεσμα κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων ως προς τον αυταρχισμό;  $t(139)=-0.36, p=0.72$ , τον ανθρωπισμό;  $t(139)=1.37, p=0.17$ , τον αποκλεισμό;  $t(139)=-0.36, p=0.72$ , και την κοινοτική φροντίδα;  $t(139)=0.72, p=0.47$ .

#### 3.1.2. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Β

Το δεύτερο μέρος πραγματευόταν τη σχέση της ηλικίας με τις υποκλίμακες του αυταρχισμού, του ανθρωπισμού, του κοινωνικού αποκλεισμού, της κοινοτικής φροντίδας και την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Όσον αφορά για την ηλικία, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες του ανθρωπισμού  $F(3, 137)=0.41, p=0.75$  και του κοινοτισμού  $F(3, 137)=0.88, p=0.45$ . Ωστόσο, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση όσον αφορά τον αυταρχισμό  $F(3, 137)=3.46, p=0.018$ . Συγκεκριμένα, οι ηλικίες 23-25 ( $M=21.90, SD=4.87$ ) διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τις ηλικίες 18-20 ( $M=18.97, SD=3.78, p=0.009$ ) και από τις ηλικίες 21-23 ( $M=19.31, SD=3.89, p=0.01$ ). Οι τελευταίες δεν διέφεραν μεταξύ τους ( $p=0.75$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μεταξύ των ηλικιών 18-20 και 23-25, οι συμμετέχοντες των ηλικιών 23-25 ετών ήταν περισσότερο αυταρχικοί σχετικά με τους ψυχικά πάσχοντες.

Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση με τον κοινωνικό αποκλεισμό  $F(3, 137)=4.09, p=0.008$ . Ειδικότερα, οι ηλικίες 23-25 ( $M=15.97, SD=5.09$ ) διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τις ηλικίες 18-20 ( $M=12.53, SD=2.99, p=.001$ ) και από τις ηλικίες 21-23 ( $M=13.82, SD=3.64, p=0.022$ ). Διαφορά υπήρξε και στις ηλικίες άνω των 25 ετών ( $M=14.70, SD=3.73$ ) από τις ηλικίες 18-20 ( $p=0.032$ ). Οι ηλικίες 18-20 και 21-23 δεν διέφεραν μεταξύ τους ( $p=0.20$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες των κατηγοριών 23-25 ετών και 25

ετών και άνω τείνουν να έχουν την άποψη υπέρ του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση με την συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας  $F(3, 137)=5.30, p=0.002$ . Εξακριβώθηκε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών 23-25 ( $M=37.85, SD=7.91$ ) και των ηλικιών 18-20 ( $M=31.5, SD=5.56, p<0.001$ ) και 21-23 ( $M=31.14, SD=6.55, p=0.004$ ). Οι τελευταίες δεν διέφεραν σημαντικά ( $p=0.35$ ). Οι ηλικίες άνω των 25 ετών ( $M=35.63, SD=6.91$ ) διέφεραν από τις ηλικίες 18-20 ( $p=0.018$ ). Όπως και στην προηγούμενη ανάλυση, οι συμμετέχοντες των ηλικιών 23-25 ετών και 25 ετών και άνω είχαν υψηλότερο σκορ στην προκατάληψη και, επομένως, μεγαλύτερη προκατάληψη προς τους ψυχικά πάσχοντες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.2.

### 3.1.3. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Γ

Το τρίτο μέρος αφορούσε τη σχέση του τμήματος φοίτησης με τις εξαρτημένες μεταβλητές. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, αναλόγως τμήματος φοίτησης, στον αυταρχισμό ( $F=1.18, p=0.31$ ), τον ανθρωπισμό ( $F=0.66, p=0.52$ ), τον αποκλεισμό ( $F=2.20, p=0.11$ ), την κοινοτική φροντίδα ( $F=0.92, p=0.40$ ) και τη συνολική βαθμολόγηση ( $F=2.21, p=0.11$ ). Επομένως, το τμήμα φοίτησης δεν φαίνεται να επηρεάζει τις απόψεις των φοιτητών για του ψυχικά πάσχοντες.

### 3.1.4. Διερεύνηση Ερευνητικής Υπόθεσης Δ

Η τελευταία ερευνητική υπόθεση αφορά την περίπτωση ύπαρξης ενδεχόμενων διαμεσολαβητικών σχέσεων μιας τρίτης μεταβλητής στην σχέση δύο άλλων μεταβλητών. Συγκεκριμένα εξετάστηκε η σχέση μεταξύ του φύλου με α) τον κοινωνικό αποκλεισμό, β) το συνολικό σκορ της κλίμακας και γ) του αυταρχισμού μέσω του έτους σπουδών. Ειδικότερα, οι διαμεσολαβητικές σχέσεις θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές όταν το διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ) δεν περιλάμβανε την τιμή 0. Στον πίνακα 3.3 παρουσιάζονται οι τυποποιημένες εκτιμήσεις των παραμέτρων, τα τυπικά τους σφάλματα (ΤΣ) καθώς και τα αντίστοιχα ΔΕ.

Το φύλο σχετίζεται σημαντικά τόσο με τον κοινωνικό αποκλεισμό ( $R^2=0.047, F(2, 138) = 3.42, \beta=0.089, \text{ΤΣ}=0.05, 95\% \text{ ΔΕ} [0,007, 0,20], p=0.035$ ), όσο και με το συνολικό σκορ της κλίμακας ( $R^2=0.062, F(2, 138) = 4.56, \beta=0.101, \text{ΤΣ}=0.05, 95\% \text{ ΔΕ} [0,012, 0,22], p=0.012$ ), μέσω του έτους σπουδών. Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι το φύλο σχετίζεται και με τον αυταρχισμό σχετικά σημαντικά ( $R^2=0.041, F(2, 138) = 2.96, \beta=0.083, \text{ΤΣ}=0.04, 95\% \text{ ΔΕ}$

[0,008, 0,19],  $p= 0.055$ ), διαμέσου του έτους σπουδών, δημιουργώντας τάση, καθώς είναι πολύ κοντά στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Στην συνέχεια παρουσιάζεται το διάγραμμα 1 που παρουσιάζει την ροή των διαμεσολαβήσεων.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζουν ότι οι γυναίκες συμμετέχοντες, που βρίσκονται στο τρίτο ή στο τέταρτο και μεγαλύτερο έτος σπουδών, έχουν υψηλότερο σκορ στον αυταρχισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς και στην συνολική κλίμακα, η οποία απαρτίζεται από τις δύο αυτές κατηγορίες. Επομένως, η σχέση του φύλου με τις υποκατηγορίες του αυταρχισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού επηρεάζεται από το έτος σπουδών των συμμετεχόντων.

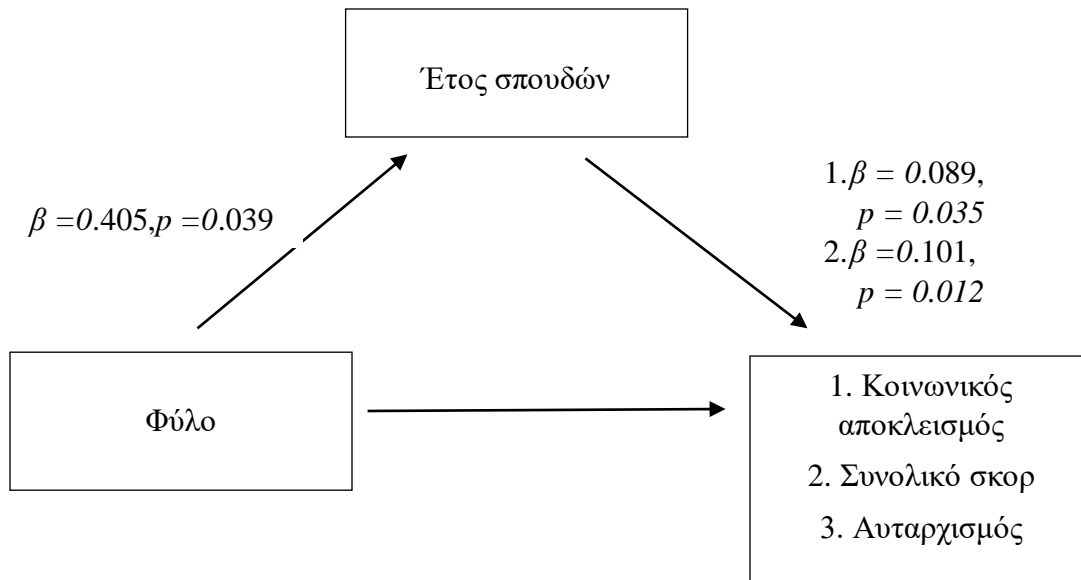
**Πίνακας 3.3.** Τυποποιημένες εκτιμήσεις παραμέτρων, τυπικά σφάλματα και διαστήματα εμπιστοσύνης για τις διαμεσολαβητικές συσχετίσεις.

Ανεξάρτητ ημεταβλητ ή	Διαμεσολαβητ ής	Εξαρτημέν η μεταβλητή	Εκτιμήσεις παραμέτρων (ΤΣ)	Διαστήματα εμπιστοσύνης 95%	
				Κατώτεροόρι ο	Ανώτεροόρι ο
Φύλο	→ Έτος σπουδών	→ Αποκλεισμό ς	0,089* (0,05)	0,007	0,20
Φύλο	→ Έτος σπουδών	→ Συνολικό σκορ	0,101* (0,05)	0,012	0,22
Φύλο	→ Έτος σπουδών	→ Αυταρχισμό ς	0,083† (0,04)	0,008	0,19

†  $p < 0,10$ , \* $p < 0,05$ .



Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής μοντέλου διαμεσολαβήσεων



Άμεση επίδραση 1.  $\beta = 0.072, p = 0.716$

Άμεση επίδραση 2.  $\beta = 0.086, p = 0.665$

Άμεση επίδραση 3.  $\beta = 0.07, p = 0.72$

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την καταγραφή των στάσεων και των αντιλήψεων των προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ψυχική νόσο, και οι πιθανές συσχετίσεις με το φύλο, την ηλικία, καθώς και την σχολή φοίτησης. Το δείγμα αποτέλεσαν 141 άτομα/ φοιτητές από διαφορετικά τμήματα υγείας και πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ) εκ των οποίων οι 34 ήταν αγόρια και 107 κορίτσια. Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ιδιαίτερες δυσκολίες καθώς, εξαιτίας της πανδημίας COVID-19 που έχει επηρεάσει την παγκόσμια κοινότητα και όχι μόνο, δεν υπήρχε μεγάλη ευχέρεια να συγκεντρωθεί μεγάλο δείγμα για την έρευνα και να πραγματοποιηθούν τα κατάλληλα βήματα για την περάτωση της, όπως είχαν οριστεί αρχικά. Συγκεκριμένα, η έρευνα είχε οριστεί να πραγματοποιηθεί με τον διαμοιρασμό έντυπων ερωτηματολογίων. Εν συνεχεία, λόγω της πανδημίας, τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν διαδικτυακά στους συμμετέχοντες. Βλέπουμε εύλογα ότι το ποσοστό των κοριτσιών συμμετεχόντων είναι πολύ μεγαλύτερο από εκείνο των ανδρών, καθώς τα περισσότερα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από φοιτητές νοσηλευτικής, όπου, συνήθως, φοιτά γυναικείος πληθυσμός.

Αναφορικά με την κλίμακα CAMI 26, που χρησιμοποιήθηκε, αξίζει να παρουσιαστεί η μέση τιμή του συνολικού σκορ της κλίμακας και των επιμέρους διαστάσεων αυτής. Ειδικότερα, το εύρος τιμών του συνολικού σκορ της κλίμακας κυμαινόταν από 20 έως 61. Η διάσταση του αυταρχισμού λάμβανε τιμές από 11 έως 34, ενώ η διάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού κυμαινόταν από 8 έως 32. Ακόμη, η διάσταση του ανθρωπισμού έλαβε τιμές από 20 έως 30, ενώ η έννοια του κοινοτισμού είχε τιμές από 10 έως 25. Τα παρόντα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς σε διάφορες χώρες στον κόσμο. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Yan Tongetal(2020) η συνολική βαθμολογία της CAMI μας δείχνει ότι οι εργαζόμενοι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι 39-58 ενώ οι φοιτητές ιατρικής είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα 39-54. Επιπλέον, σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία η συνολική βαθμολογία της υποκλίμακας CAMI όσο αφορά τον αυταρχισμό είναι 26-36, τον ανθρωπισμό 32-38, τον κοινωνικό αποκλεισμό 32-41 και του κοινοτισμού 35-41. (Sandeep Grover et al.2020). Παρατηρούμε ότι από το εύρος τιμών από τα

σκορ από την κλίμακες, οι Έλληνες είναι πιο ελαστικοί στις απαντήσεις τους και συνάμα στις απαντήσεις τους.

Από την πρώτη ερευνητική υπόθεση, συγκρίνοντας τις ηλικίες των φοιτητών, οι φοιτητές των ηλικιών 23 έως 25 ετών και άνω των 25 ετών, δηλαδή οι φοιτητές τρίτου και τέταρτου έτους παρουσίασαν στάσεις περισσότερο αυταρχικές και υπέρ του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων. Τα ευρήματα συνάδουν με κάποια προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα, δηλαδή ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνονται και οι αντιλήψεις για τον αυταρχισμό και τον κοινωνικό περιορισμό προς τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Παρόμοιο αποτέλεσμα είχαν βρει στην έρευνά τους οι Ahmad&Amani (2016) σε φοιτητές της Ιορδανίας, όπου η μεγαλύτερη ηλικία των φοιτητών συσχετίστηκε με λιγότερο ευνοϊκές στάσεις προς τους ψυχικά πάσχοντες. Όπως παρουσιάστηκε στην έρευνα των Οικονόμου και συνεργατών (2006), ο φόβος και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με ψυχική νόσο μπορεί να οφείλεται στην απουσία διαπροσωπικής επαφής με έναν ψυχικά νοσούντα ασθενή, στην έλλειψη πληροφόρησης ή παραπληροφόρησης, στην ημιμάθεια, και την αντίληψη της επικινδυνότητας για τους ψυχικά πάσχοντες. Ακόμη, μια ακόμη έρευνα των Οικονόμου και συνεργατών (2010) έδειξε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συνέδεαν ορισμένες ψυχικές διαταραχές με την βία, την επικινδυνότητα και ανικανότητα για εργασία. Με αυτή την άποψη οι στάσεις προς τη ψυχική ασθένεια είναι λιγότερο ευνοϊκές όσο αυξάνεται η ηλικία. Το εύρημα ίσως σχετίζεται με το γεγονός ότι το έτος διεξαγωγής της έρευνας ήταν το έτος όπου δεν διεξήχθησαν τα εργαστήρια των φοιτητών ή πρακτικές ασκήσεις σε νοσοκομειακά πλαίσια ώστε να έχουν κάποιου είδους επαφή με ασθενείς με ψυχική νόσο. Απόρροια αυτού είναι η αδυναμία των φοιτητών να έρθουν σε επαφή με ψυχικά πάσχοντες ώστε να αποκτήσουν την απαραίτητη εμπειρία και γνώσεις, οι οποίες θα οδηγήσουν και στην υιοθέτηση θετικότερων στάσεων προς αυτούς (Madianos et al., 2005). Παρόμοιο εύρημα υπήρχε στην έρευνα των Thongpriwan et al., 2015, όπου υπήρχαν σημαντικές διαφορές στο άγχος στην πρακτική ενασχόληση με ψυχικά ασθενείς ,φοιτητών που είχαν μαθήματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, κλινικής εμπειρίας και εργασιακής εμπειρίας στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, άλλες έρευνες έρχονται σε αντίθεση με το παρόν εύρημα. Συγκεκριμένα, η έρευνα των Madianos et al. (2005) σε 92 φοιτητές νοσηλευτικής του τελευταίου έτους, έδειξε ότι η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης στην ψυχιατρική επηρέασε τις απόψεις τους σχετικά με την

ψυχική ασθένεια, καθώς, εξέφρασαν λιγότερο αυταρχισμό και διακρίσεις, καθώς και θετικές απόψεις για την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών. Ακόμη, η έρευνα των Grover et al. (2020) έδειξε ότι νοσηλευτές νεότερων ηλικιών είχαν ευνοϊκότερες στάσεις προς την ψυχική ασθένεια. Τέλος, στην ελληνική έρευνα των Αντωνιάδη και συνεργατών (2016), φάνηκε ότι όσο αυξανόταν η ηλικία μειωνόταν ο αυταρχισμός, γεγονός που διαφέρει παρασάγγας από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας

Επιπλέον, η παρούσα έρευνα βρήκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του αυταρχισμού, του κοινωνικού αποκλεισμού και του συνολικού σκορ της κλίμακας. Έτσι, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι πιο αυταρχικές και να έχουν τάσεις κοινωνικού αποκλεισμού σε άτομα με ψυχική ασθένεια όσο μεγαλώνουν. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των Grover et al. (2020), όπου οι γυναίκες του δείγματος παρουσίασαν υψηλότερα σκορ στον κοινωνικό περιορισμό των ψυχικά πάσχοντων. Αυτό συναντάται πολύ συχνά και σε συντηρητικές αραβικές κοινωνίες, όπου οι διαταραχές συμπεριφοράς που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές εξομοιώνονται με «κοινωνική ντροπή» και η αρνητική στάση των νοσηλευτών μπορεί να έχει ιδιαίτερα επιβλαβείς επιπτώσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. (Wang P. S et al. 2005). Ωστόσο, το παρόν εύρημα αντιτίθεται στην έρευνα των Madianos et al. (2005), όπου δεν παρουσιάστηκαν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ακόμη, στην έρευνα των Αντωνιάδη και συν. (2016) φάνηκε ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερο θετικές στάσεις και αίσθηση ανθρωπισμού προς τους ψυχικά πάσχοντες σε σύγκριση με τον ανδρικό πληθυσμό, όπου υπήρχαν περισσότερο αυταρχικές στάσεις. Αυτή η αντίθεση ευρημάτων μπορεί να αιτιολογηθεί, καθώς στην παρούσα έρευνα ο αριθμός των γυναικών ήταν μεγαλύτερος από εκείνο των αντρών, ώστε να παρουσιαστεί κάποια ουσιαστική διαφορά. Η έρευνα των Poreddi et al., (2015) έδειξε βελτίωση στη συμπεριφορά των φοιτητών μετά από έκθεση σε ψυχιατρική κλινική σχετικά με τον στιγματισμό, ενώ το φύλο ήταν ένας από τους παράγοντες που διαπιστώθηκε ότι επηρεάζουν τη στάση των φοιτητών απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες συμμετέχοντες είχαν λιγότερα στερεότυπα και ήταν πιο καλοπροαίρετες από τους άνδρες μαθητές σε άτομα με ψυχικές ασθένειες.

Επίσης, όσον αφορά την ερευνητική υπόθεση σχετικά με την σχολή φοίτησης, δεν εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ των τμημάτων υγείας και πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής όσον αφορά τις αντιλήψεις προς τους ψυχικά πάσχοντες. Ωστόσο, μπορεί να ειπωθεί ότι οι φοιτητές

από τις σχολές που έχουν επαφή με ψυχικά ασθενείς, όπως οι σχολές υγείας και πρόνοιας, έχουν περισσότερο ευνοϊκή στάση, δεν αποδέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό απέναντι στην ψυχική νόσο και έχουν μεγαλύτερη κατανόηση, ανεξαρτήτως ηλικίας.(Madianos et al., 2005). Η παρούσα ερμηνεία είναι σύμφωνη με την πλειοψηφία της ερευνητικής δραστηριότητας, που δηλώνει ότι η εξοικείωση με τις ψυχικές νόσους έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία πιο θετικών στάσεων.

Σχετικά με τα παρόντα ευρήματα, διεθνείς έρευνες έχουν ασχοληθεί με το θέμα του στιγματισμού προς την ψυχική ασθένεια και τους πάσχοντες από αυτήν σε φοιτητικό πληθυσμό. Τα ευρήματα της έρευνας των Thongprijwan et al. (2015) παρουσίασαν ότι οι φοιτητές διαφορετικών ηλικιών, φύλων, εθνοτήτων και νοσηλευτικών προγραμμάτων δεν ανέφεραν σημαντικά διαφορετικές αντιλήψεις για την γνώση ψυχικής ασθένειας, τα αρνητικά στερεότυπα, το ενδιαφέρον για την νοσηλευτική ψυχικής υγείας ως μελλοντική καριέρα και τις πεποιθήσεις ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές παρέχουν πολύτιμη συμβολή στους καταναλωτές και στην κοινότητα. Τα αρνητικά στερεότυπα ήταν σημαντικά διαφορετικά μεταξύ των φοιτητών που είχαν προετοιμασία νοσηλευτικής ψυχικής υγείας είτε στην αίθουσα διδασκαλίας είτε στην κλινική πρακτική συγκριτικά με φοιτητές που δεν είχαν. Ακόμη, σε έρευνα των Zolezzi et al. (2017) σχετικά με το στίγμα σε φοιτητές του Κατάρ, φάνηκε ότι οι πεποιθήσεις που αντικατοπτρίζουν την κακή παιδεία της ψυχικής υγείας, όπως «φάρμακα για τη θεραπεία ψυχικών ασθενειών μπορούν να προκαλέσουν εθισμό», «η ψυχική ασθένεια δεν είναι όπως οποιαδήποτε άλλη ασθένεια» ή ότι «η ψυχική ασθένεια είναι τιμωρία από τον Θεό», αναφέρθηκαν από την πλειοψηφία των φοιτητών. Η στιγματική στάση που υποστηρίχθηκε από την πλειοψηφία των μαθητών περιλάμβανε την πεποίθηση ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν είναι ικανοί να εργαστούν, ότι είναι επικίνδυνοι και ότι δεν θα παντρεύονταν κάποιον με ψυχική ασθένεια. Επιπλέον, το 33,6% των μαθητών δήλωσαν ότι θα ντρεπόταν να αναφέρουν εάν κάποιος στην οικογένειά του ή οι ίδιοι είχαν ψυχική ασθένεια. Τέλος, έρευνα των Ahmad&Amani (2016) στην Ιορδανία έδειξε ότι οι Ιορδανοί μαθητές έχουν σχετικά λιγότερο ευνοϊκοί στην ψυχική νόσο από άλλες ομάδες μελέτης. Το γυναικείο φύλο, οι ιατρικές ειδικότητες, οι φοιτητές με προηγούμενο ιστορικό λήψης συμβουλευτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι φοιτητές που ανέφεραν χαμηλές βαθμολογίες για στιγματικές συμπεριφορές για ψυχικές ασθένειες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ευνοϊκότερη συμπεριφορά.

Συγκεκριμένα, οι φοιτήτριες ήταν πιο πρόθυμες να βοηθήσουν ψυχικά πάσχοντες και είχαν ευνοϊκότερες στάσεις από τους άνδρες φοιτητές.

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι, παρόλο που το τμήμα σπουδών δεν παρουσίασε διαφορές, το έτος σπουδών των συμμετεχόντων είχε διαμεσολαβητικό χαρακτήρα στη σχέση μεταξύ του φύλου και του αυταρχισμού, του κοινωνικού αποκλεισμού και του συνολικού σκορ της κλίμακας (Τρίτη ερευνητική υπόθεση). Το τελευταίο προκύπτει ως το άθροισμα του αυταρχισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού, γεγονός που καθιστά εύλογη την τελευταία σχέση. Αυτό που βλέπουμε είναι ότι οι γυναίκες, που φοιτούσαν σε μεγαλύτερο έτος σπουδών, είχαν περισσότερες αυταρχικές αντιλήψεις και σχετικές με τον κοινωνικό περιορισμό των ψυχικά πασχόντων. Αυτό το γεγονός συνάδει με τα ευρήματα της έρευνας που δημοσιεύτηκε από τους Syafiqah Shahif et al. (2019) όπου οι νοσηλεύτες με μεγαλύτερη εκπαιδευτική μόρφωση (μεταπτυχιακός τίτλος και πάνω) παρουσίαζαν περισσότερη αυταρχική συμπεριφορά. Αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι οι νοσηλεύτες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο είχαν μικρότερο χρόνο επαφής με ασθενείς με ψυχική ασθένεια και περισσότερο προς τους διοικητικούς ρόλους, ενώ άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η προσωπική επαφή με ψυχικά πάσχοντες ασθενείς μπορεί να μειώσει τέτοιους είδους αντιλήψεις και συμπεριφορά. (Mårtensson et al., 2014; Sathyanath et al., 2016). Χαρακτηριστικό είναι Ευρωπαίοι νοσηλεύτες όπου οι νοσηλεύτριες που ήταν γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση και ηλικίας άνω των 30 ετών παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά κοινωνικού αποκλεισμού. (Chambers et al., 2010). Τα υπάρχοντα στοιχεία έχουν δείξει ότι οι γυναίκες κρατούσαν μια πιο ανοιχτόμυαλη στάση συγκριτικά με το αντρικό φύλο, αν και στην αρχή ήταν πιο επιφυλακτικές αλλά όσο η εργασιακή εμπειρία αυξανόταν, έτσι υπήρχε και η ανάλογη διαμόρφωση της νοοτροπίας σχετικά με τους πάσχοντες ασθενείς. (Ewalds Kvist et al., 2013; Fujii et al., 2018).

Το στίγμα και γενικότερα οι προκαταλήψεις που υπάρχουν για την ψυχική νόσο, βρίσκονται βαθιά ριζωμένες στην κοινωνία μας γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ανάγκη συσπείρωσης, των επίσημων κρατικών υπηρεσιών, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και του συνόλου της κοινωνίας με σκοπό την σταδιακή του εξαφάνιση ενώ πολύ σημαντική είναι η άποψη των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας καθώς αυτοί είναι οι μελλοντικοί επιστήμονες που ενδέχεται να έρθουν σε επαφή με άτομα που νοσούν ψυχικά και όχι μόνο. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με τα εφόδια των γνώσεων, της πρακτικής τους ενασχόλησης και του κύρους που

διαθέτουν, οφείλουν να μεταφέρουν στην ευρύτερη κοινή γνώμη την αλήθεια για την ψυχική ασθένεια.. Όπως έγινε αντιληπτό στην παραπάνω μελέτη, παρουσιάζεται μεγάλο εύρος στις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των φοιτητών σε σχέση με το τμήμα φοίτησης, το φύλο και την ηλικία. Όπως είναι φυσιολογικό, η εμπειρία των φοιτητών παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης άποψης σε σχέση με την ψυχική νόσο και πως αυτή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα, οι συμμετέχοντες δεν ήταν θετικοί στο ερώτημα που αφορούσε ότι οι δαπάνες που παρέχει το κράτος για τους ψυχικά ασθενείς δεν θεωρούνται σπατάλη χρημάτων. Επομένως, θα πρέπει να ληφθούν περισσότερες προσπάθειες και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του παγκόσμιου αυτού φαινομένου. Εξίσου σημαντική είναι η παρουσία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα ΜΜΕ, με στόχο να ενημερώσουν και να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη και για να εκπροσωπήσουν τις θέσεις των ψυχικά ασθενών(Stuart, 2006). Στην έρευνα των Kutner&Beresin (1999), αναφέρονται συγκεκριμένες παρεμβάσεις στις δεξιότητες των ψυχιάτρων για την βελτιστοποίηση της παρουσίας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα των ψυχικά νοσούντων, ως οι πλέον κατάλληλοι σε αυτό το ζήτημα.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα έρευνα φέρει όλες τις αδυναμίες των ερευνών με ποσοτική μεθοδολογία. Όπως παρουσιάστηκε στην μέθοδο, για την μέτρηση των στάσεων των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα πεποιθήσεων και αντιλήψεων της κοινότητας προς τους ψυχικά πάσχοντες (“Community Attitudes Toward the Mentally Ill” [CAMI]), η οποία περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις (items) συνολικά. Το ερωτηματολόγιο που διαμοιράστηκε περιλάμβανε 25 ερωτήσεις, καθώς μια ερώτηση, εσφαλμένα, επαναλαμβανόταν. Ακόμη, ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha, στην παρούσα έρευνα, ήταν αρκετά χαμηλότερος από τον συντελεστή αξιοπιστίας που είχαν βρει οι κατασκευαστές της κλίμακας. Επιπρόσθετα, ένας ακόμη περιορισμός θα μπορούσε να είναι ότι υπήρξε εθελοντική συμμετοχή των φοιτητών, αφού ενημερώθηκαν αρχικά για το θέμα της έρευνας γεγονός που μπορεί να προκαλέσει συστηματικό σφάλμα επιλογής των συμμετεχόντων. Η παρούσα μελέτη φέρει τον περιορισμό μεγάλης ανισότητας του φύλου, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούνταν από γυναίκες, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Ακόμη, λόγω της πανδημίας Covid-19 και της δυσκολίας εύρεσης του δείγματος, υπήρχε μεγάλη ανισότητα στους συμμετέχοντες μεταξύ των τμημάτων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, γεγονός που αιτιολογεί και την μη ύπαρξη κάποιας σημαντικής διαφοράς στα αποτελέσματα. Τέλος, λόγω του σχετικά μικρού αριθμού του δείγματος και της ανομοιογένειας του όσον αφορά το φύλο, δεν είναι ασφαλές η εξαγωγή και η γενίκευση ασφαλών συμπερασμάτων.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη αποτελεί το εναρκτήριο βήμα για μια πιο οργανωμένη προσπάθεια κατανόησης των στάσεων της κοινής γνώμης για την ψυχική νόσο, καθώς μέσα από αυτή θα μπορέσουν να δημιουργηθούν μετέπειτα θετικότερες αντιλήψεις. Προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην δραστική εξάλειψη των στάσεων και των πεποιθήσεων που αυξάνουν τις διακρίσεις και το στίγμα ώστε να υιοθετηθούν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, στην αφομοίωση τους από την κοινωνία και την συμμετοχή στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Η αντιμετώπιση του στίγματος των ασθενών με ψυχική νόσο είναι ένα μείζων διαχρονικό θέμα, το οποίο μόνο μέσω της εκ των έσω κατανόησης του φαινομένου και της ενημέρωσης του κοινού θα μπορέσει να εκλείψει με απόρροια την εξυγίανση της κοινωνίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AbbeyS, CharbonneauM, TranulisC, MossP, BaiciW, DabbyL, GautamM, Paré M: Stigmaanddiscrimination [position paper]. *Can J Psychiatry* 2011, 56(10):1–9
2. Ahmad, R., & Amani, J. (2016). Stigma of mental illness and attitudes toward psychological help-seeking in Jordanian university students. *Research in Psychology and BehavioralSciences*, 4(1), 7-14. doi: 10.12691/rpbs-4-1-2
3. Alivisatos G, Lyketsos G. A preliminary report of research into the families of hospitalized mentally patients. *Int J SocPsychiatry* 1964, 10:37–44
4. Anglin, D. M., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(6), 857–862
5. Black, K., Peters, L., Rui, Q., Milliken, H., Whitehorn, D. &Kopala, L.C. (2001). Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophrenia Research* 47, 215-222
6. Byers AL, Arean PA, Yaffe K: Low use of mental health services among older Americans with mood and anxiety disorders. *PsychiatrServ* 2012;63(1):66–72)
7. Byrne, P. (2018). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *AdvancesinPsychiatricTreatment*, 6, 65–72.doi:10.1192/apt.6.1.65
8. ΓΑΛΑΝΗΣ Π. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. *ΑρχΕλλΙατρ* 2009, 26: 699-711.
9. Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M.A.R., Scott, A., Staniulienė, V., Zanotti, R., 2010. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int. J. Nurs. Stud.* 47, 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>.
10. Corrigan, P.W. & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *AmericanPsychologist*, 54(9), 765 – 776.
11. Corrigan, P.W., & Watson, A.C.(2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, 1, 16-19
12. Δ. Αντωνιάδης ,Α. Γκούτη Ε. Καλούδη, Ν. Τουρλεντέ, Α. Δουζένης, Χ. Χριστοδούλου, Λ. Λύκουρας, Μ. Λειβαδίτης, Μ. Σαμακουρή(2016) Στάσεις Ελλήνων φοιτητών προς την ψυχική ασθένεια *Ψυχιατρική* 2016, 27:98–105.

13. Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων. Αθήνα : Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος, Δεκέμβριος 2014.
14. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample-investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC PublicHealth* 2008, 9:8
15. Dovidio, J.F., Major, B., Crocker, J. *The social psychology of stigma*, New York: Guilford Press. 2000
16. Ecomomou M, Louki E, Peppou LE, Gramandani C, Yotis L, Stefanis N. Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *Int J SocPsychiatry*, 2011
17. Emrich K, Thompson TC and Moore K (2003) Positive attitude. An essential element for effective care of people with mental illnesses, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 41(1): 18–25.
18. Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., Lützén, K., 2013. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nord. J. Psychiatry* 67, 360–368. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.748827>.
19. FIELDA. Η διερεύνηση της στατιστικής με τη χρήση του SPSS της IBM. Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα, 2016
20. Fujii, T., Hanya, M., Kishi, M., Kondo, Y., Cates, M.E., Kamei, H., 2018. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian J. Psychiatr.* 36, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.017>.
21. Goffman, Erving. (2001 {1963}). *Στίγμα : Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. μτφ .Μακρυγιάννη ,Δ. Αθήνα: Αλεξάνδρεια
22. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London, Penguinbooks, 1963
23. Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. A mental health service users' perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health*. 2003
24. Gulati P, Das S, Chavan BS. Impact of psychiatry training on attitude of medical students toward mental illness and psychiatry. *Indian J Psychiatry*. 2014;56(3):271–8.

25. Haghghat Rahman (2001). A Unitary theory of stigmatization. *The British Journal of Psychiatry*, Vol178, 207-215.
26. H.U.Wittchen et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010
27. Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., Nehra, R., 2012. Supernatural beliefs, aetiological models and help seeking behaviour in patients with schizophrenia. *Indian Psychiatry J.* 21 (1), 49
28. Kutner L., Beresin E., (1999). Media training for psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 23:227-232
29. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? *ActaPsychiatScand* 113(Suppl 429):51–59
30. Lauber C. & Sartorius N. (2007) At issue: anti-stigma- endeavours. *International Review of Psychiatry* 19, 103–106.
31. Lauren Hunter, Tayler Weber, Mona Shattell& Barbara A. Harris (2015) Nursing Students' Attitudes about Psychiatric Mental Health Nursing, *Issues in Mental Health Nursing*, 36:1, 29-34
32. Linden M.A. & Redpath S.J. (2011) A comparative study of nursing attitudes towards young male survivors of brain injury: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 48, 62– 69
33. Μαδιανός, Μ.(2006) Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. 6η έκδοση. Αθήνα: Καστανιώτη
34. Madianos, M. G., Priami, M., Alevisopoulos, G., Koukia, E., & Rogakou, E. (2005). Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in mental health nursing*, 26(2), 169–183. <https://doi.org/10.1080/01612840590901635>
35. Mårtensson, G., Jacobsson, J.W., Engström, M., 2014. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 21, 782–788. <https://doi.org/10.1111/jpm.12145>.
36. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of “disturbing behavior”, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208–223

37. Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes toward people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *Br J Psychiatry* 2009, 194:278–284 21.
38. Michael G. Madianos, Maria Priami, George Alevisopoulos, Evmorfia Koukia & Efi Rogakou (2005), NURSING STUDENTS' ATTITUDE CHANGE TOWARDS MENTAL ILLNESS AND PSYCHIATRIC CASE RECOGNITION AFTER A CLERKSHIP IN PSYCHIATRY, *Mental Health Nursing*, 26:2, 169-183
39. Michel Probst \*, Jos Peuskens (2010) Attitudes of Flemish physiotherapy students towards mental health and psychiatry, *Physiotherapy* 96 (2010) 44–51
40. Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., & Λουκή Ε. (2006). Στίγμα και Ψυχική Διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*, 13(3), 28-43
41. Οικονόμου, Μ., Ε. Πέππου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, και Κ.Ν. Στεφανής (2010) Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες. *Ψυχιατρική*, 21(3):217-221
42. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- Π.Ο.Υ. (2007), What is mental health? Available from <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>
43. Παπαδοπούλου, Δ. (2012) Κοινωνιολογία του Αποκλεισμού στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης. Αθήνα: Τόπος.
44. Pande, V., Saini, R., Chaudhury, S., 2011. Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals. *Indian Psychiatry J.* 20 (1), 17
45. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P: Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005, 17(2):123–131.
46. Poreddi, V., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Attitudes toward people with mental illness among medical students. *Journal of neurosciences in rural practice*, 6(3), 349–354. doi:10.4103/0976-3147.154564
47. Richard G. Frank, Thomas G. McGuire, *Handbook of Health Economics Volume 1, Part B*, 2000, Pages 893-954
48. Ross C. A. & Goldner E. M. (2009) Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

49. Σκαραγκάς Δ., (2003), “ Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών”, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.83.
50. Sandeep Grover Neha Sharma Aseem Mehra Stigma for Mental Disorders among Nursing Staff in a Tertiary Care Hospital J Neurosci Rural Pract 2020;11:237–244
51. Sathyanath, S., Mendonsa, R.D., Thattil, A.M., Chandran, V.M., Karkal, R.S., 2016. Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the nonpsychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India.
52. Sevigny R, Wehying Y, Peigan Z, Marleau J, Zhouyun Y, Lin S. Attitudes toward the mentally ill in a sample of professionals working in a psychiatric hospital in Beijing. Int J SocPsychiatry, 1999
53. Siu BW, Chow KK, Lam LC, Chan WC, Tang VW, Chui WW. A questionnaire survey on attitudes and understanding towards mental disorders. East Asian Arch Psychiatry 2012, 22:18–24
54. Stuart H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? CNS Drugs, 20(2):99-106
55. Taylor SM, Dear MJ. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. Schizophren Bull 1981, 7:225–238.
56. The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, October 2016. <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-submissionsreports/document-library/diagnostic-manuals>
57. Thongpriwan, V., Leuck, S. E., Powell, R. L., Young, S., Schuler, S. G., & Hughes, R. G. (2015). Undergraduate nursing students’ attitudes toward mental health nursing. Nurse Education Today, 35(8), 948–953. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.011
58. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E (2008) Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. Int J MentHealthSyst. 2:3.
59. Thornicroft G: Shunned: Discrimination against people with mental illness. New York: Oxford University Press; 2006.).
60. Tsang, H.W., Tam, P.K., Chan, F., Cheung, W.M., 2003. Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: implications for their recovery. J. Community Psychol. 31 (4), 383–396.

61. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *ArchGenPsychiatry*. 2005 Jun;62:603–13
62. WHO, (2001), The world health report 2001. Mental health: New Understanding, New Hope
63. Yadav, T., Arya, K., Kataria, D., Balhara, Y.P.S., 2012. Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: a comparative analysis. *Indian Psychiatry J* 21 (1), 22
64. Yan Tong, Zhizhong Wang, Yan Sun and Shulan Li Psychometric Properties of the Chinese Version of Short-Form Community Attitudes Toward Mentally Illness Scale in Medical Students and Primary Healthcare Workers. *Front. Psychiatry* 2020 11:337.
65. Zolezzi, M., Bensmail, N., Zahrah, F., Khaled, S. M., & El-Gaili, T. (2017). Stigma associated with mental illness: perspectives of university students in Qatar. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 1221–1233. doi: 10.2147/NDT.S132075

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### περίληψη

Το κοινωνικό στίγμα που συναντάται σε περιστατικά ψυχικής νόσου αποτελεί ένα συνηθισμένο και διαχρονικό φαινόμενο που συναντάται με ποικίλες μορφές ανεξαρτήτως χώρας, φυλής, θρησκείας, φύλου και ούτω καθεξής, εμποδίζοντας την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων επηρεάζοντας δυσχερώς την ποιότητα ζωής τους, αναγκάζοντας τους να προβαίνουν συνεχώς σε κινήσεις απόκρυψης των αιτιών που προκαλούν αυτήν την αντιμετώπιση.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η καταγραφή των στάσεων και πεποιθήσεων των προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών υγείας για την ψυχική νόσο και οι πιθανές συσχετίσεις με το φύλο, την ηλικία, καθώς και την σχολή φοίτησης. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου και το δείγμα αποτέλεσαν προπτυχιακοί φοιτητές επαγγελματιών υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ). Η έρευνα περιλαμβάνει τυχαίο δείγμα 141 φοιτητών διαφορετικών τμημάτων του πανεπιστημίου με κύριο κορμό το τμήμα της νοσηλευτικής και φυσικοθεραπείας και ένα μικρότερο ποσοστό Σχολών επιστημών υγείας. Χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή της κλίμακας “Community Attitudes Toward the Mentally Ill” (CAMI), που αποτελείται από 26 ερωτήσεις και ταξινομούνται σε τέσσερις υποκλίμακες (διάσταση αυταρχισμού, διάσταση ανθρωπισμού, διάσταση κοινωνικού αποκλεισμού και διάσταση κοινοτικής ιδεολογίας για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας) και ειδικό ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων. Οι αντιλήψεις των φοιτητών για τη ψυχική νόσο δεν επηρεάζονται από την σχολή στην οποία φοιτούν αλλά επηρεάζονται από το έτος σπουδών και την επαφή με άτομα με ψυχική νόσο. Η επαφή με ψυχικά πάσχοντες συνδέονται με θετικότερες στάσεις ενώ, με αρνητικότερες στάσεις σχετίζονται τα μεγαλύτερα έτη σπουδών και ειδικότερα οι γυναίκες συμμετέχοντες, που βρίσκονται στο τρίτο ή στο τέταρτο και μεγαλύτερο έτος σπουδών, έχουν υψηλότερο σκορ στον αυταρχισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς και στην συνολική κλίμακα, η οποία απαρτίζεται από τις δύο αυτές κατηγορίες. Επιπλέον, φάνηκε ότι η επαφή με ψυχικά πάσχοντες έχει ως απόρροια την δημιουργία πιο θετικής στάσης απέναντι στην ψυχική νόσο καθώς και μεγαλύτερα ποσοστά κατανόησης και φιλικής διάθεσης.

Λέξεις κλειδιά : Ψυχική Νόσος, Στίγμα, Στερεότυπα, Φοιτητές, Αντιλήψεις, Πεποιθήσεις, Κοινωνικός αποκλεισμός

The social stigma found in cases of mental illness is a usual and a worldwide phenomenon and is encountered in various forms regardless of country, race, religion, gender and so on, hindering the social integration of the mentally ill. The stigmatizing perceptions faced by the mentally ill



adversely affect their quality of life, forcing them to constantly engage in concealment behaviors that cause this treatment.

This study deals with the attitudes and perceptions of undergraduate health students about mental illness. Possible correlations with gender, age, and schooling are also explored. Additionally, the present study attempts to investigate the experience of students before and after their contact with people with mental illness. The data collection was performed an electronic questionnaire and the sample consisted of undergraduate students of health professions of the University Of West Attica (UNIWA). Data were collected from 141 students randomly selected from schools of health and care sciences especially from departments of nursing and physiotherapy. The short version of the scale “Community Attitudes Toward the Mentality III” (CAMI) was used, which consists of 26 questions sorted to four subscales (domination scale, humanism scale, social exclusion scale and the scale measuring the community beliefs regarding the care of mentally ill), along with a special questionnaire in order to collect social and demographic data. Students’ attitudes towards mental illness are not influenced by the department they are studying, but are affected by the year of study and contact with people with mental illness. Personal contact with mentally ill is associated with positive attitudes, whereas the most negative attitudes are related to the older years of study and especially in the female participants, who are in the third or fourth and older year of study, have a higher score in authoritarianism and social exclusion, as well as in the overall scale, which consists of these two categories. In addition, contact with the mentally ill cancreate a more positive attitude towards mental illness as well as higher rates of understanding and friendliness.

**Key Words:** Mental Illness, Stigma, Stereotypes, Health students, Perceptions, Social Excursion, Discriminations

## CAMI SCALE PERMISSION

### Conditions of Usage

Permission is freely granted to use the CAMI scale for research, educational, academic and professional purposes, subject to two conditions: [1] the user makes appropriate attribution of the CAMI source; and [2] in order to avoid confusion or ambiguity, any modification(s) to the original scales must be clearly identified and recorded by the user in all reports and documentation pertaining to the user's project.

To access the CAMI Scale survey questionnaire and key, please fill in the form and check the permission agreement box.

For a thorough explanation of this research, and the development and purpose of the survey, read the article "[Scaling Community Attitudes Toward the Mentally III](#)" by S. Martin Taylor and Michael J. Dear.



## ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ

#### ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω, ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: [ethics@uniwa.gr](mailto:ethics@uniwa.gr)

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή

Αιγάλεω : 19/06/2020

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Πλακά Σωτήριο

ΚΟΙΝ: κ. Μαστοράκη Χαράλαμπο

κ. Ευθυμίουπουλο Παναγιώτη

#### Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 8η/19-06-2020 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Αντιλήψεις και Πεποιθήσεις των προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ψυχική υγεία**» με αριθμό πρωτοκόλλου 39995/12-06-2020 και Επιστημονικά Υπεύθυνο τον κ. Πλακά Σωτήριο.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου.

Η Πρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής  
και Δεοντολογίας της Έρευνας

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Α. Δελτσίδου', written over a light blue grid background.

Δρ Άννα Δελτσίδου

Καθηγήτρια

# ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

\* Απαιτείται

ΕΝΤΥΠΟ  
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ  
ΚΑΙ  
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Αγαπητοί Φοιτητές,

Καλείστε να συμμετέχετε στην έρευνα αυτή που διεξάγεται για τις ανάγκες της διπλωματικής εργασίας από τους φοιτητές του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΠΜΣ «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής Μαστοράκη Χαράλαμπος και Ευθυμίου Παναγιώτη.

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις των προπτυχιακών φοιτητών των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας απέναντι στην ψυχική νόσο. Η διερεύνηση των στάσεων των φοιτητών επαγγελματιών υγείας θα μας δώσει χρήσιμες γνώσεις σχετικά με τον σωστό σχεδιασμό της προπτυχιακής εκπαίδευσης σε σχέση με τις ψυχικές νόσους και ακόμα περαιτέρω και στον σωστό σχεδιασμό των ψυχιατρικών υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα ερευνητική πρόταση έχει εγκριθεί από την Ε.Η.Δ.Ε. του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η συμμετοχή σας είναι πλήρως εθελοντική. Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Οι ερευνητές θα διαχειριστούν με πλήρη εμπιστευτικότητα όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας.

Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί θα είναι ΑΝΩΝΥΜΟ, που σημαίνει ότι δε μπορούν να ταυτοποιηθούν τα στοιχεία σας μέσα από την απάντησή σας.

Όλες οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο θεωρούνται προσωπικά δεδομένα και θα προστατεύονται σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, ΓΚΠΔ ή GDPR).

Οι ερευνητές δεσμεύονται ότι δεν θα κρατήσουν τη διεύθυνση IP όσων απαντήσουν στα ερωτηματολόγια αποκλείοντας έτσι την δυνατότητα σε τρίτους να συνδέσουν την διαδικτυακή δραστηριότητά τους με πληροφορίες προσωπικής ταυτοποίησης.

Μόνο η ερευνητική ομάδα θα έχει πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Η φύλαξη των δεδομένων θα γίνει σε έναν μόνο ηλεκτρονικό υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης και δεν θα μεταφερθούν σε εξωτερικά μέσα αποθήκευσης.

Τα ερωτηματολόγια θα διατηρηθούν έως ότου ολοκληρωθεί η μελέτη και κατόπιν θα καταστραφούν.

Αν έχετε οποιοδήποτε ερωτήσεις ή απορίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τους ερευνητές.

Μαστοράκης Χαράλαμπος [babismast@gmail.com](mailto:babismast@gmail.com) κινητό: 6976736371

Ευθυμίου Παναγιώτης [panos\\_efthy@hotmail.com](mailto:panos_efthy@hotmail.com) κινητό: 6988910136

Πλακάς Σωτήριος [skplakas@uniwa.gr](mailto:skplakas@uniwa.gr) κινητό: 6971956718

1. Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

Ναι

Όχι

2. Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

3. Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

4. Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το ερευνητικό Πρόγραμμα;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

5. Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

6. Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το ερευνητικό πρόγραμμα, όποτε θέλετε; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

7. Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιεσδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

8. Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα; \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

9. Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;

---

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

10. ΗΛΙΚΙΑ \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

18-20

21-23

23-25

>25

11. ΦΥΛΟ \*

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

ΑΡΡΕΝ

ΘΥΛΗ



## 12. ΣΧΟΛΗ(ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ) \*

Παράβλεψη και μετάβαση στην ερώτηση 13

Κλίμακα  
μέτρησης  
των στάσεων  
απέναντι  
στην ψυχική  
ασθένεια

Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το περιεχόμενο των παρακάτω ερωτήσεων. Διαβάστε κάθε φράση και σημειώστε μία από τις εναλλακτικές επιλογές για να δείξετε το βαθμό της συμφωνίας ή της διαφωνίας σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

13. 1. Μία από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η απουσία αυτοπειθαρχίας και ψυχικής δύναμης.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ  
 -1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ  
 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ  
 +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ  
 +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

14. 2. Υπάρχει κάτι στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια, το οποίο καθιστά εύκολο το να τους ξεχωρίσεις από τους φυσιολογικούς ανθρώπους.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ  
 -1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ  
 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ  
 +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ  
 +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

15. 3. Μόλις ένα άτομο παρουσιάσει σημάδια ψυχικής διαταραχής, πρέπει να νοσηλευτεί.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

16. 4. Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια όπως όλες οι άλλες.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

17. 5. Πρέπει να δοθεί λιγότερη έμφαση στη δημόσια προστασία από τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

18. 6. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι μια ξεπερασμένη μέθοδος θεραπείας των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

19. 7. Ουσιαστικά, ο καθένας μπορεί να γίνει ψυχικά ασθενής

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

20. 8. Οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια έχουν για πολύ καιρό υπάρξει αντικείμενο γελοιοποίησης.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

21. 9. Χρειάζεται να υιοθετήσουμε μια αρκετά πιο ανεκτική στάση απέναντι στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια στην κοινωνία μας.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

22. 10. Έχουμε ευθύνη να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

23. 11. Οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια δεν αξίζουν τη συμπάθεια/συμπόνοια μας.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

24. 12. Οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια δεν αξίζουν τη συμπάθεια/συμπόνοια μας.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

25. 13. Η αύξηση των δαπανών για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι σπατάλη χρημάτων.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

26. 14. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες για τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια είναι επαρκείς.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

27. 15. Δεν πρέπει να δίνεται καμία ευθύνη στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

28. 16. Μια γυναίκα θα ήταν ανόητη αν παντρευόταν έναν άντρα ο οποίος έχει υποφέρει από ψυχική ασθένεια, ακόμη και αν φαίνεται ότι έχει αναρρώσει πλήρως

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

29. 17. Δε θα ήθελα να μένω δίπλα σε κάποιον ο οποίος έχει αρρωστήσει ψυχικά.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

30. 18. Ο καθένας με ιστορικό ψυχικών προβλημάτων πρέπει να είναι αποκλεισμένος από την ανάληψη δημόσιας θέσης

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

31. 19. Κανένας δεν έχει το δικαίωμα να αποκλείει τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια από τη γειτονιά τους.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

32. 20. Οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια είναι πολύ λιγότερο επικίνδυνοι από ότι υποθέτουν οι περισσότεροι άνθρωποι.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

33. 21. Οι περισσότερες γυναίκες οι οποίες κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι άξιες εμπιστοσύνης να φροντίζουν μικρά παιδιά (ως babysitters).

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

34. 22. Η καλύτερη θεραπεία για πολλούς ανθρώπους με ψυχική ασθένεια είναι το να αποτελούν μέλη μιας φυσιολογικής κοινότητας.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

35. 23. Όσο είναι εφικτό, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέχονται μέσω των υπηρεσιών της κοινότητας

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ



36. 24. Οι κάτοικοι δεν έχουν τίποτα να φοβηθούν από τους ανθρώπους οι οποίοι έρχονται στη γειτονιά τους για να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

37. 25. Είναι τρομακτική η σκέψη του να ζουν άνθρωποι με ψυχική ασθένεια σε κατοικημένες γειτονιές.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

38. 26. Η τοποθέτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε μια κατοικημένη περιοχή υποβιβάζει τη γειτονιά.

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 2 ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
- 1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- 0 ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- +1 ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ
- +2 ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ