



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας
Πτυχιακή Εργασία

*“Στάσεις των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι
Ηρακλείου Κρήτης απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και
τους ψυχικά ασθενείς”*



Συντάκτες: Δεπάστας Χαράλαμπος

Παπαχρονάκη Εμμανουέλα

Επιβλέπων καθηγήτρια: Βασιλική Σαπουνά, ΜΡΗ,
Κοινωνική Λειτουργός

Ηράκλειο 2008

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των στάσεων των φοιτητών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και να διερευνήσει αν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα πιθανόν τροποποιεί τις στάσεις αυτές.

Η μελέτη ήταν συγχρονική και σε αυτή συμμετείχε τυχαίο δείγμα 69 φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (32 άτομα Α' εξαμήνου και 37 άτομα Ζ' εξαμήνου) και 60 άτομα του Τμήματος Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών (19 άτομα Α' εξαμήνου και 41 άτομα Ζ' εξαμήνου) του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Γνώμη για την ψυχική αρρώστια» (Κλίμακα Ο.Μ.Ι) που διαμορφώθηκε από τους Cohen and Struening το 1962 και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του το 1982.

Από την έρευνα που διεξήχθη, δεν μπορούμε να βγάλουμε σαφή συμπεράσματα για την συσχέτιση του φύλου με την γνώμη για την ψυχική υγεία και αυτό γιατί η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών στην έρευνα ήταν σχεδόν 1:3 (31 άνδρες-98 γυναίκες). Παρά όλα αυτά, οι άνδρες σπουδαστές εμφάνισαν ελαφρά καλύτερη άποψη από τις γυναίκες.

Ακόμα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως σχετικά με τον τόπο καταγωγής των σπουδαστών (αστικά- μη αστικά κέντρα), οι φοιτητές από τα μη αστικά κέντρα έχουν θετικότερες αντιλήψεις για τους ψυχικά ασθενείς.

Τέλος, το σημαντικότερο εύρημα αυτής της έρευνας (βασικό ερευνητικό ερώτημα) ήταν η ανάδειξη της σπουδαιότητας της γνώσης, της εκπαίδευσης και γενικότερα του προγράμματος σπουδών που πιθανώς διαμορφώνουν της γνώμης απέναντι στην ψυχική υγεία. Οι φοιτητές του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας Ηρακλείου Κρήτης εμφάνισαν θετικότερες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία εν συγκρίσει με αυτούς των

Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών ενώ ακόμα, οι σπουδαστές του Ζ' εξαμήνου είχαν πιο θετικές αντιλήψεις σε σχέση με αυτούς του Α' εξαμήνου της Κοινωνικής Εργασίας.

Συμπερασματικά, η γνώση και η εκπαίδευση μπορεί να λειτουργήσει σαν αντίδοτο στην αρνητική στάση απέναντι στο στίγμα. Η ανάπτυξη του αισθήματος της αλληλοβοήθειας και της αλληλεγγύης προς τα άτομα αυτά, θα πρέπει να συμβαίνει από τις μικρές κιόλας ηλικίες και ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι πιθανώς μέσω της εκπαίδευσης.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική υγεία, στίγμα, ψυχική ασθένεια, γνώμη για ψυχική υγεία, στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract.....	4
Ευχαριστίες.....	9
Αντί προλόγου.....	10
Εισαγωγή.....	11

Κεφάλαιο 1. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Ψυχικές διαταραχές: Ορισμός.....	15
1.2. Το μέγεθος του προβλήματος.....	16
1.3. Σκιαγράφηση ψυχικά αρρώστου.....	17
1.4 Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών στη δημόσια υγεία - Αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία.....	19
1.5. Αναφορά σε συναφείς έρευνες.....	20

Κεφάλαιο 2. ΣΤΙΓΜΑ: Η «ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ» ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

2.1. Ορισμός στίγματος.....	25
2.2. Ο στιγματισμός στην ψυχική ασθένεια.....	25
2.2.1. Έρευνες σε σχολεία.....	31
2.2.2. Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς...32	
2.2.3. Ο «νόμος περί ψυχικής υγείας» της Αγγλίας.....	34
2.3. Αυτοστιγματισμός.....	35
2.4. Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. απέναντι στην ψυχική υγεία	39
2.5. Η στάση των τεχνών.....	40
2.6. Παρεμβάσεις με στόχο την αγωγή και προαγωγή της ψυχικής υγείας.....	42
2.7. Προσπάθειες μείωσης του στίγματος.....	45

Κεφάλαιο 3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1. Πληθυσμός μελέτης.....	47
3.1.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης- Πληθυσμός αναφοράς.....	47
3.1.2. Τύπος και πληθυσμός μελέτης.....	47
3.2. Μέθοδος.....	48
3.2.1. Ερωτηματολόγιο.....	48
3.2.2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου.....	50
3.2.3. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας.....	50

Κεφάλαιο 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά φοιτητών.....	52
4.2. Παραγοντική ανάλυση.....	53
4.3. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία στο σύνολο του δείγματος.....	55
4.4. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς το φύλο.....	56
4.5. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τη σχολή φοίτησης.....	56
4.6. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς το εξάμηνο φοίτησης.....	58
4.7. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τον τόπο καταγωγής (αστικά- μη αστικά κέντρα).....	59
4.8. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τη σχολή και το εξάμηνο φοίτησης.....	60

Κεφάλαιο 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Μεθοδολογικοί περιορισμοί.....	62
5.2. Κύρια ευρήματα.....	62
5.3. Συζήτηση.....	67

Βιβλιογραφία.....	70
Παράρτημα.....	76

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κατά αρχήν την επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Σαπουνά Βασιλική, ΜΡΗ, κοινωνική λειτουργό, που ανέλαβε την εποπτεία αυτής της πτυχιακής εργασίας. Με την καθοδήγησή της, τις συμβουλές της και το χρόνο που διέθεσε, βοήθησε και εκείνη στο να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Ιδιαίτερα θερμές ευχαριστίες στον κύριο Ιωάννη Χλιαουτάκη, καθηγητή του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, για την πολύ μεγάλη βοήθεια που μας έδωσε στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης. Οι συμβουλές του ήταν πολύτιμες και ήταν δίπλα μας όποτε τον χρειαστήκαμε.

Ακόμα, όλους όσους μας βοήθησαν με στοιχεία και πληροφορίες καθώς επίσης και του φοιτητές που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που στηρίχτηκε αυτή η πτυχιακή εργασία.

Μιας που η πτυχιακή εργασία αποτελεί το τελευταίο βήμα μας πριν από το πτυχίο, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε εγκάρδια όλους τους καθηγητές, τους επόπτες και τα πλαίσια τα οποία μας δέχτηκαν όλα αυτά τα χρόνια, για όλες αυτές τις γνώσεις και τα εφόδια που μας έδωσαν για την μετέπειτα ζωή και σταδιοδρομία μας.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ θα θέλαμε να το πούμε στους γονείς, τους φίλους και τις οικογένειες μας που όλα αυτά τα χρόνια μας στήριξαν στις σπουδές μας είτε οικονομικά είτε συναισθηματικά και αγωνιούσαν μαζί μας.

ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΟΛΟΥΣ

Αντί Προλόγου

*«...Χαμήλωσα τα μάτια μου, με πήρε η κατηφόρα
μες τη Αθήνα βρέθηκα και τη βουή βαρέθηκα
αμάξια με τολίζανε και οι καπνοί με πνίζανε...*

*Ψυχή ησυχία για να βρεις πρέπει πολύ να παιδευτείς
σαν να πληρώνεις τον καιρό με πόνο και με στεναγμό...»*

Σ.Μ.

Εισαγωγή

Η *Ψυχική Υγεία* δεν είναι ένα θέμα που απασχολούσε ή απασχολεί καθημερινά την κοινή γνώμη. Παρά όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια προβάλλεται ολοένα και περισσότερο από τα Μ.Μ.Ε. χωρίς ωστόσο ο τρόπος που παρουσιάζεται να είναι ο ενδεδειγμένος και ο ορθότερος. Στην μεγαλύτερη πλειοψηφία αυτών των προβολών, περισσότερο κερδοσκοπικά-εμπορικά χρησιμοποιήθηκε παρά για να βοηθηθεί η κοινωνία να μάθει περισσότερα για αυτήν και εμμέσως και αμέσως να σταθούν δίπλα στους ασθενείς.

Εν έτη 2008 και καθώς οι επιστήμες και οι κοινωνίες εξελίσσονται, πολλές είναι οι έννοιες που παραμένουν αναλλοίωτες στο χρόνο. Έννοιες οι οποίες είναι επιτακτική η ανάγκη εξάλειψής τους με σκοπό την εξυπηρέτηση των εκάστοτε πολιτών που βάζονται από αυτές και την εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας.

Μια από αυτές τις έννοιες είναι και αυτή του στιγματισμού των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Η ψυχική ασθένεια υπάρχει όπου υπάρχει κοινωνία και άνθρωπος. Το φαινόμενο είναι παγκόσμιο. Δεν αφορά συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Αφορά όλους μας. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περίπου τετρακόσια πενήντα εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, είκοσι τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από σχιζοφρένια και εκατόν είκοσι ένα εκατομμύρια από κατάθλιψη. Πολύ πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει πως τα επόμενα χρόνια η υπό αριθμών ένα ασθένεια που θα προσβάλλει τους ανθρώπους (συμπεριλαμβανομένου σωματικές ασθένειες) θα είναι η κατάθλιψη.

Σε όλη αυτή την αρνητική κατάσταση, έρχεται να προστεθεί ο στιγματισμός και οι αρνητικές συνέπειές του. Η πλέον στιγματισμένη μεταξύ όλων των νόσων είναι η ψυχική νόσος (Ανδρέου και Καραβάτος, 2004). Που μπορεί να οφείλεται όμως αυτό;

Όλες οι βιβλιογραφικές πηγές μας από την παγκόσμια βιβλιογραφία και έρευνες δείχνουν πως οι ψυχικά ασθενείς προκαλούν το φόβο στο κοινό. Ο φόβος συχνά συνδέεται με το άγνωστο. Σε συνδυασμό με την πλασματική συχνά εικόνα παρουσίασης

της ψυχικής ασθένειας από τα Μ.Μ.Ε. και της έλλειψης σωστής ενημέρωσης από το κοινό, ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών έρχεται ουσιαστικά σαν φυσικό επακόλουθο.

Το στίγμα είναι κάτι πολύ δυσβάστακτο για τους ψυχικά ασθενείς. Η ετικετοποίηση που υφίστανται αυτά τα άτομα δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση, την αποκατάστασή αλλά και την ομαλή ενσωμάτωσή τους από την κοινωνία (Björkman et al., 2007; Pitre et al., 2007; Sartorius, 1998; Μαδιανός 1997). Δεν είναι καθόλου τυχαίο πως μέσα από έρευνες που γίνονται κατά καιρούς, η ύπαρξη μαθήματος στα σχολεία και η επαφή-συναναστροφή (εργαστηριακό μάθημα) των μαθητών με ψυχικά ασθενείς ευνοεί την στάση των μαθητών απέναντι σε αυτούς σε ποσοστό έως και 74% (Pinfold et al., 2003; Rose et al, 2007).

Με αυτόν τον τρόπο γίνεται κατανοητό πόσο σημαντική είναι η εκπαίδευση και γενικότερα η πληροφόρηση που πρέπει να έχει και να παίρνει ο κόσμος για την ευαίσθητη ομάδα των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων.

Το αντικείμενο έρευνας της εργασίας είναι η συμπεριφορά, η στάση, οι προκαταλήψεις, οι σκέψεις και τα συναισθήματα που δημιουργούνται και υπάρχουν στους φοιτητές του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης για την ψυχική υγεία.

Τα ερωτήματα τα οποία μας είχαν δημιουργηθεί, ήταν το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος. Μέσω της σχολής Κοινωνικής Εργασίας και της επαφής με τον χώρο της ψυχικής υγείας, των γνώσεων που παίρνουμε (βιβλία, internet, γενικότερη εκπαίδευση) από τη σχολή αλλά και μέσω της επαφής με πλαίσια ψυχικής υγείας, η ευαισθητοποίηση δημιουργήθηκε ευκολότερα για να επιλεγεί ένα θέμα όπως αυτό. Έτσι η μελέτη των στάσεων των φοιτητών του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν ως ένα βαθμό την κοινωνία του σήμερα αλλά κυρίως του αύριο, για το πώς αντιμετωπίζουν την ψυχική υγεία και τους ψυχικά ασθενείς, μια ευαίσθητη κοινωνική ομάδα που χρειάζεται δίπλα της το συνάνθρωπο και που συχνά έρχεται αντιμέτωπη με το στιγματισμό, τον αποκλεισμό και το ρατσισμό, ήταν το θέμα που αποφασίσαμε να εργαστούμε.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν:

1. Ποιες είναι οι απόψεις των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας γύρω από το χώρο της ψυχικής υγείας;
2. Ποιος ο ρόλος της εκπαίδευσης, όσον αφορά τη στάση και τη συμπεριφορά απέναντι στους ψυχικά ασθενείς;

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των στάσεων των φοιτητών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης απέναντι στις ψυχικές διαταραχές, και να διερευνηθεί αν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να αλλάξει τις στάσεις αυτές, ενώ στους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης περιλαμβάνονται:

1. Η πιθανή επίδραση του έτους σπουδών στις στάσεις των φοιτητών για τις ψυχικές διαταραχές.
2. Η πιθανή επίδραση του έτους σπουδών στις προσωπικές εκτιμήσεις των φοιτητών για τους παράγοντες που επηρέασαν τη στάση τους απέναντι στις ψυχικές διαταραχές.
3. Οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την αλλαγή των στάσεων των φοιτητών.

Η παραδοχή ότι οι στάσεις ενός ατόμου αποτελούν κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου και σημαντικό παράγοντα καθορισμού συμπεριφοράς, έχει καθοδηγήσει πολλές μελέτες να ρίχνουν βάρος στην αξιολόγηση της αλλαγής των στάσεων σε θέματα ψυχικής υγείας, με μέσον αξιολόγησης την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης.

Η παρούσα μελέτη αναμένεται να αναδείξει την σημασία της εκπαίδευσης στην πιθανή αλλαγή στάσεων σε θέματα ψυχικής υγείας σε μια περίοδο που η συζήτηση εκσυγχρονισμού και εναρμόνισης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων γύρω από τις σύγχρονες εξελίξεις σε κάθε τομέα, αλλά και ειδικότερα στις ποικίλες βιολογικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις, στις γνώσεις που αφορούν ειδικούς πληθυσμούς, δημιουργούν πολλές εναλλακτικές δυνατότητες για την εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο.

Τέλος, θα μπορούσαν τα συμπεράσματα της παρούσης εργασίας να συνεκτιμηθούν με τα αντίστοιχα ερευνών και να τεθούν περισσότερα και ειδικότερα ερευνητικά ερωτήματα. Είναι πιθανόν η μελέτη να αναδείξει την ανανέωση και συμπλήρωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης.

1. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1. Ψυχικές διαταραχές: Ορισμός

Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στην διάθεση ή την συμπεριφορά και που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και /ή έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής διακύμανσης, αλλά αναφέρονται σε σαφώς *ανώμαλα* ή παθολογικά αίτια. Αυτές οι εκδηλώσεις, για να κατηγοριοποιηθούν ως διαταραχές, πρέπει να έχουν διάρκεια, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν κάποιο βαθμό προσωπικής δυσφορίας ή έκπτωσης της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει αναπτύξει μια σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς με κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες για χρήση στην κλινική πράξη και έρευνα (ICD-10, World Health Organization, 2001). Το κεφάλαιο V, της Δέκατης Αναθεώρησης της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10) είναι αφιερωμένο αποκλειστικά στις ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, ενώ για την χρήση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προορίζεται το βιβλίο με τίτλο «Οι ψυχικές διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη διάγνωση και την Αντιμετώπιση» (Π.Ο.Υ., Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1998).

Στις κατά ICD-10 μείζονες κατηγορίες ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών περιλαμβάνονται *ανάμεσα* σε άλλες και οι παρακάτω:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές.
- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.
- Σχιζοφρένεια, σχιζότυπες και παραληρηματικές διαταραχές.

- Διαταραχές της διάθεσης.
- Νευρωτικές, σχετιζόμενες με το στρες και σωματόμορφες διαταραχές.
- Συμπεριφορικά σύνδρομα σχετιζόμενα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες.
- Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων.
- Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης.
- Συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία
- Ακαθόριστες ψυχικές διαταραχές

Η μελέτη μας εστιάζει γενικότερα τις ψυχικές ασθένειες και όχι συγκεκριμένα κάποιου είδους ασθένεια, θέλοντας έτσι να εξετάσει πιο σφαιρικά την υπαρκτή εικόνα την στάση και τις αντιλήψεις για αυτές.

1.2. Το μέγεθος του προβλήματος

Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές, προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις χώρες και κοινωνίες, παρουσιάζονται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Ο συνολικός επιπολασμός των διαταραχών εκτιμάται ότι είναι 10% στους ενήλικες, περίπου ίδιος μεταξύ ανδρών και γυναικών και ότι το 20-25% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής τους ψυχικές διαταραχές. Τετρακόσια πενήντα περίπου εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, είκοσι τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από σχιζοφρένια και εκατόν είκοσι ένα εκατομμύρια από κατάθλιψη (World Health Organization 2001).

Επιδημιολογικές έρευνες στη κοινότητα διαπιστώνουν αυξητική τάση του μεγέθους της ψυχολογικής επιβάρυνσης και ψυχιατρικής νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια. Σε έρευνα πεδίου με χρήση δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης στις ΗΠΑ, το ποσοστό επιπολασμού, για μία ή περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές ήταν περίπου 30% (Kessler et al, 1984). Μία διεθνής μελέτη που έγινε από τον Π.Ο.Υ. σε 14

Κέντρα Υγείας σε όλο τον κόσμο (Μαδιανός, 1984; Ustun and Sartorius, 1995) έδειξε ότι ποσοστό 24% του συνόλου των ασθενών (στην Αθήνα 22%) που επισκέφθηκαν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ) έχουν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Αντίστοιχες επιδημιολογικές έρευνες στη χώρα μας κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν αναφέρει ποσοστά επιπολασμού περίπου στο 14-20% (Madianos et al., 1987; Μαυρέας, 2000).

Ευρήματα μελετών που διεξήχθησαν στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, συμφωνούν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές (Λιονής, 2003), ενώ υπογραμμίζουν τη σημασία της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών στην Π.Φ.Υ.

1.3. Σκιαγράφηση ψυχικά αρρώστου

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοια (2002) ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζεται από μια ποικιλία παραγόντων. Αυτοί είναι:

- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** Φτώχεια (ανεργίας, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, περιθωριοποίηση, έλλειψη στέγης)- Έρευνες σε χώρες όπως Βραζιλία, Χιλή, Ζιμπάμπουε, Ινδία, δείχνουν πως η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών ασθενειών σε φτωχούς είναι η διπλάσια από ότι σε πλουσίους).

- **Φύλο:** Σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει πως εντέλει σημαντική διαφορά στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών δεν υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων. Ωστόσο υπάρχει διαφορά στα είδη των ασθενειών που αναπτύσσουν. Για παράδειγμα στις γυναίκες είναι πιο συχνή η ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης ενώ στους άνδρες πιο συχνές είναι οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών και η διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας.

- **Ηλικία:** Από έρευνες έχει φανεί πως όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ψυχικής ασθένειας όπως έχει βρεθεί είναι η τρίτη ηλικία με συνηθέστερη ασθένεια αυτή της κατάθλιψης. Άνθρωποι άνω των 65 παρουσιάζουν σε ποσοστό 11.2%.

- **Σοβαρές απειλές** όπως συγκρούσεις, καταστροφές, πόλεμοι, κοινωνικές αναταραχές, επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων και έχουν ως επακόλουθο ψυχικά προβλήματα. Το ένα τρίτο έως το ήμισυ των εμπλεκομένων, πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές. Η συχνότερη διάγνωση είναι η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (Post-traumatic stress disorder -PTSD), συχνά συνοδευόμενη από καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα που δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να ονομαστούν διαταραχές.

- **Υπαρξη σοβαρών σωματικών ασθενειών** (πχ. Aids, καρκίνος, αναπηρία) συχνά κάνει τους ανθρώπους να υποφέρουν από ψυχολογικές επιπτώσεις (διαταραχές καθώς και άλλα προβλήματα). Οι επιπτώσεις του έντονου στιγματισμού και των διακρίσεων εναντίον ανθρώπων είναι μεγάλες. Συνήθως αναπτύσσουν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής, διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών κ.α.

- **Οικογενειακό περιβάλλον:** Μελέτες έχουν δείξει πως πέραν το ότι το οικογενειακό περιβάλλον συχνά ευθύνεται για την ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών, έχει παρατηρηθεί πως το εκπεφρασμένο συναίσθημα παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Ασθενείς που επέστρεψαν μετά τη θεραπεία τους στο οικογενειακό τους περιβάλλον και αντιμετώπισαν θετικό κλίμα απέναντί τους, βοηθήθηκαν στο να καλυτερεύσει η κατάστασή τους ενώ αντιθέτως αντιμετωπίζοντας αρνητική στάση χειροτέρευε η κατάστασή τους.

1.4. Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών στη δημόσια υγεία - Αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία

Σύμφωνα με πρόσφατες αναλύσεις του Π.Ο.Υ. (2001), οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς αντιπροσωπεύουν το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της Δημόσιας Υγείας από νοσήματα.

Οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές θεωρούνται ότι ευθύνονται για το 12.3% των ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα, για το 31% των ετών ζωής με ανικανότητα (YLDs) και για τις 6 από τις 20 κύριες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως. Κατά τις επόμενες δεκαετίες η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών εκτιμάται ότι θα αυξηθεί και η προβολή της για το 2020 δείχνει ότι αυτή θα ξεπεράσει το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα. Η κατάθλιψη ακόμη αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία ανικανότητας στον κόσμο (Murray and Lopez, 1996).

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα, οικονομικά τις κοινωνίες, τις κυβερνήσεις, τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αλλά και τις οικογένειες τους (Becker et al., 1999; Scott and Dickey, 2003). Το έμμεσο οικονομικό κόστος, που πηγάζει από την απώλεια κυρίως της εργασίας και την μειωμένη παραγωγικότητα της εργασίας, υπολογίζεται ότι είναι υψηλότερο από το άμεσο, σε αντίθεση με άλλα προβλήματα υγείας (Knapp et al., 1997).

Οι οικογένειες και όσοι τους φροντίζουν αναγκάζονται σε πολλές περιπτώσεις όχι μόνο να υποστούν το οικονομικό κόστος της φροντίδας αλλά και το κοινωνικό κόστος, όπως το συναισθηματικό βάρος, την έκπτωση της ποιότητας ζωής, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους. Εκτός από την προφανή δυστυχία που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές, αναγκάζονται να κάνουν προσαρμογές και συμβιβασμούς, που τους αποτρέπουν από το να εκπληρώσουν το δυναμικό τους στην εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις και τη διασκέδαση αλλά και να

υποστούν την προκατάληψη, το φόβο, τη ντροπή, την απόρριψη ή αποφυγή (Sartorius, 1998; Östman and Kjellin, 2002).

Τέλος, τα τελευταία χρόνια με τη μεταρρύθμιση στο τομέα της ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση του ατόμου με ψυχικές διαταραχές έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα (Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2000; Οικονόμου και συν, 2001), ο ρόλος της οικογένειας αλλά και η αποδοχή-η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος γίνεται ακόμη πιο σημαντικοί μιας και αποτελούν κύρια φυσικά υποστηρικτικά συστήματα για το άτομο με ψυχικές διαταραχές.

1.5. Αναφορά σε συναφείς έρευνες

Μια εκτενή ανασκόπηση ερευνών για τη στάση του κοινού απέναντι στον ψυχικά ασθενή που πραγματοποιήθηκε από την Rabkin (1972) αναφέρει ότι είναι λίγες οι έρευνες που χρησιμοποίησαν σωστή μεθοδολογία και δομημένες κλίμακες.

Έχει βρεθεί ότι η διαμόρφωση των στάσεων του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων, όπως το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το πολιτιστικό υπόβαθρο και η κοινωνική τάξη. Ο πιο σημαντικός παράγοντας όμως φαίνεται να είναι η έκταση και το είδος της προσωπικής επαφής με ψυχικά ασθενής (Shanley, 1981; Νέστορος και συν., 1992).

Επί προσθέτως, έρευνες που έχουν γίνει και που έχουν δημοσιευτεί, έχουν δείξει πως η εκπαίδευση μαθήματος για την ψυχική υγεία και η προβολή σχετικών με το θέμα videos σε μαθητές Λυκείου, έχουν αυξήσει τις γνώσεις τους και έχουν καλύτερευσει τις στάσεις τους, τα συναισθήματα και την συμπεριφορά τους απέναντι στους ψυχικά αρρώστους (Sharp et al., 2006).

Παρόμοια έρευνα έγινε και στις Η.Π.Α. Επιδίωξη αυτής της έρευνας ήταν να εξετάσει αν ένα πρόγραμμα βραχείας εκπαίδευσης για την ψυχική υγεία μπορεί να αυξήσει τις γνώσεις των φοιτητών σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και την θεραπεία τους (Sharp et al., 2006). Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη αποσκοπούσε στο να καθορίσει αν στους φοιτητές οι οποίοι θα βρίσκονταν σε μια αίθουσα και θα έρχονταν σε επαφή με ψυχιατρικά περιστατικά, θα μπορούσε να τους αυξηθεί η θετική στάση και προσδοκία για την ψυχοθεραπεία καθώς και αν θα καταγραφούν περισσότερο θετικές απόψεις για την ψυχική υγεία (Sharp et al., 2006).

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την ψυχική υγεία, μπορεί να βελτιώσει τη στάση για την επαγγελματική ψυχολογική βοήθεια, όπως επίσης και αλλάξει κάποιες απόψεις για την ψυχική υγεία. Η θετικότερη στάση των ατόμων που ήταν στην τάξη άλλαξε σε διάστημα σχεδόν ενός μήνα αποδεικνύοντας πως τα προγράμματα εκπαίδευσης για την ψυχική υγεία μπορούν να κάνουν ευνοϊκότερη την στάση του ατόμου απέναντι στην ψυχική υγεία. Επιπροσθέτως, τα μαθήματα στην τάξη μείωσαν από τους συμμετέχοντες τον αίσθημα του φόβου και του κινδύνου που ένιωθαν για τα ψυχικά άρρωστα άτομα. Όμως παρατηρήθηκε πως μετά από αυτήν την έρευνα και στο επόμενο διάστημα των 4 εβδομάδων οι αλλαγές στην στάση των ατόμων δεν παρέμειναν (Sharp et al., 2006).

Αυτή η έρευνα απέδειξε πως μια τάξη στο πανεπιστήμιο δίνοντας βάση στα προγράμματα εκπαίδευσης ψυχικής υγείας, κατά αρχήν αυξάνει την γνώση και ενισχύει το δυναμικό για αλλαγή της στάσης των φοιτητών απέναντι στον ψυχικά ασθενή και μέσω της συστηματικής δουλειάς που θα γίνεται καταπολεμούνται η άγνοια, ο φόβος, το στίγμα και ο κοινωνικός ρατσισμός για τα ψυχικά άρρωστα άτομα (Sharp et al., 2006).

Ακόμα, παρόμοια μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Keane το 1991 σχετικά με την επιρροή των προγραμμάτων της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στις στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ψυχική αρρώστια. Το ερωτηματολόγιο O.M.I. «Γνώμη για την ψυχική αρρώστια», χορηγήθηκε σε ομάδα φοιτητών νοσηλευτικής σχολής πριν και μετά το πρόγραμμα μαθημάτων. Οι μισοί φοιτητές που επέλεξαν να παρακολουθήσουν το

πρόγραμμα άλλαξαν τις στάσεις τους ως προς τον παράγοντα της αυταρχικότητας και την αιτιολογία για την διαπροσωπική σχέση. Σε συνάρτηση με τους άλλους φοιτητές, που δεν επέλεξαν το πρόγραμμα και αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μας δείχνουν ότι οι σπουδάστριες του δεύτερου έτους της Νοσηλευτικής σχολής είναι πιο ευαισθητοποιημένες στην κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά άρρωστων ατόμων, αυτό δείχνει ότι η εκπαίδευση στον τομέα της υγείας ασκεί μια σημαντική επίδραση στην θετική αλλαγή των αντιλήψεων προς την ψυχική αρρώστια (Keane, 1991).

Μια άλλη έρευνα η οποία εκπονήθηκε στην Κορέα χρησιμοποιώντας και εδώ την κλίμακα O.M.I., έδειξε πως οι νοσοκόμοι οι οποίοι εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές, έχοντας δώσει έμφαση στην θεωρητική τους εκπαίδευση, είναι ικανοί να καταλαβαίνουν τις βασικές δυσκολίες, να χαλιναγωγούν τα συναισθήματά τους και μέσω της εξάσκησης τους να είναι σε θέση να επιλέγουν το σωστότερο για αυτούς αλλά και να δίνουν καλύτερες λύσεις (Park, 1973). Η μελέτη έγινε για να κατανοηθούν πρώτον μερικά από τα προβλήματα στην εκπαίδευση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής και δεύτερον κάποιους από τους παράγοντες που επιδρούν στη στάση των νοσοκόμων απέναντι στην ψυχική υγεία και τους ψυχικά ασθενείς (Park, 1973). Η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η συζυγική τους θέση, η εμπειρία τους σε ψυχιατρικά περιστατικά και η εμπειρία τους πριν αποφοιτήσουν με κάποιον ψυχικά ασθενή, συγκρίθηκαν με την κλίμακα O.M.I. (Park, 1973). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνα ήταν λοιπόν: 1) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία των νοσοκόμων και στη στάση τους για τους ψυχικά ασθενείς. 2) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στο εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσοκόμων και στη στάση τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. 3) υπήρχε διαφορά ανάμεσα στη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής και στους νοσηλευτές ψυχιατρικών μονάδων για την ψυχική υγεία. 4) οι φοιτητές νοσηλευτές που είχαν εκπαίδευση-εμπειρία 3-4 εβδομάδων σε ψυχιατρικό τομέα, είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή όσον αφορά την καλύτερη στάση τους από ότι εκείνοι που είχαν εκπαίδευση-εμπειρία λιγότερη από μία εβδομάδα. Οι φοιτητές νοσοκόμοι που είχαν 1-2 εβδομάδες, 3-4 και περισσότερο εκπαιδευόμενοι σε ψυχιατρική μονάδα είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στην

Διαπροσωπική Αιτιολογία από ότι οι φοιτητές νοσοκόμοι που είχαν εκπαιδευτεί για λιγότερο από μια εβδομάδα. Υπήρχε σημαντική διαφορά στη στάση των φοιτητών από την έναρξη έως το τέλος της εμπειρίας τους. Οι νοσηλευτές που είχαν εκπαιδευτεί ψυχιατρική νοσηλευτική και είχαν εμπειρία σε δημόσιο ψυχιατρικό νοσοκομείο, είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στον παράγοντα της Κοινωνικής διάκρισης από ότι οι νοσηλευτές που είχαν εμπειρία σε ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. 5) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά σε νοσηλευτές με ψυχιατρική νοσηλευτική εμπειρία καθώς και σε πτυχιούχους νοσηλευτές σχετικά με την στάση τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. 6) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο φύλο και την ποικιλία εμπειριών των νοσηλευτών καθώς αποφοίτησαν για την στάση τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. 7) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά από την παρουσία ή μη στενότερης προσωπικής σχέσης με άτομο ψυχικά ασθενές 8) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά σχετικά με την συζυγική θέση των νοσηλευτών και την στάση τους για τους ψυχικά ασθενείς. 9) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε νοσηλευτές που είχαν προσληφθεί σε δύο διαφορετικά νοσοκομεία σχετικά με τις στάσεις τους για τους ψυχικά αρρώστους (Park, 1973).

Τέλος, θα αναφερθούμε σε μια έρευνα που έγινε στο Ισραήλ για την στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, χρησιμοποιώντας και πάλι την κλίμακα O.M.I. για την «Γνώμη για την ψυχική αρρώστια», η οποία έδειξε πως ο ισραηλινός λαός είναι διχασμένος. Από την μία πλευρά δείχνουν ένα σπουδαίο φιλελευθερισμό, μια ανεκτικότητα και μια προσαρμογή όσον αφορά την θεραπεία της ψυχικής ασθένειας, τα κοινωνικά τους δικαιώματα και την αποδοχή των ψυχικά ασθενών από τον κοινωνικό ιστό. Από την άλλη πλευρά αυτοί που απάντησαν, απέδειξαν τον φόβο τους, την αβεβαιότητά τους και την άρνησή τους όσον αφορά την συναναστροφή τους με αυτούς. Η έρευνα απέδειξε ακόμα πως οι απόψεις για την ψυχική υγεία των ισραηλινών εξαρτώνται από την εκπαίδευση, την ηλικία και την θρησκευτικότητα του ανθρώπου (Rahav et al., 1984).

Από τις πιο ολοκληρωμένες Ελληνικές έρευνες για τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια είναι του Μαδιανού και συν. (1984), όπου έδωσαν την κλίμακα Ο.Μ.Ι. σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων των δήμων Καισαριανής και Βύρωνα. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, δείχνουν ότι η στάση που εκφράζει την κοινωνική διάκριση προς τον ψυχικά άρρωστο αυξάνεται με την ηλικία, μειώνεται στα άτομα που μεγάλωσαν σε μεγάλες πόλεις και στα άτομα που είναι πτυχιούχοι Γυμνασίου ή Πανεπιστημίου ενώ οι φοιτητές παρουσιάζουν χαμηλότερη βαθμολόγηση. Όσον αφορά τη στάση προς τον ψυχικά ασθενή που εκφράζει την ανάγκη του κοινωνικού περιορισμού αυξάνει σημαντικά με την ηλικία και μειώνεται με την ανώτερη εκπαίδευση. Οι φοιτητές ξανά παρουσιάζουν την χαμηλότερη βαθμολόγηση στον παράγοντα αυτό σε σύγκριση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες, δηλαδή αρνούνται την επιβολή κοινωνικού περιορισμού στον ψυχικά άρρωστο. Οι υποομάδες όπως το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η εκπαίδευση και το επάγγελμα έδειξαν στάση που ερμηνεύεται ότι δέχονται την ανάγκη για παροχή κοινωνικής μέριμνας προς τον ψυχικά άρρωστο ενώ παράλληλα δέχονται την ένταξή τους μέσα στην κοινότητα. Επίσης, σπουδαστές και συνταξιούχοι συγκριτικά με τις άλλες ομάδες δείχνουν πολύ μικρό ενδιαφέρον για τα θέματα διαπροσωπικών σχέσεων που οδηγούν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Τα νέα στην ηλικία άτομα που μεγάλωσαν σε αστικά κέντρα με ανώτερο επίπεδο μόρφωσης και επαγγέλματος βλέπουν πολύ λιγότερο τον ψυχικά άρρωστο σαν ένα άτομο κατώτερο από τα άλλα. Οι προκαταλήψεις δηλαδή και τα στερεότυπα που υπάρχουν σε κάθε άτομο τείνουν να μειωθούν όταν το άτομο μορφώνεται περισσότερο.

2. ΣΤΙΓΜΑ: Η «ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ» ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

2.1. Ορισμός στίγματος

Το στίγμα είναι ένας όρος όχι πολύ συγκεκριμένος. Περιέχει την συγχώνευση τριών σχετικών συστατικών. Την έλλειψη γνώσης από το άτομο, υπό την μορφή της *άγνοιας*, την αρνητική προδιάθεση απέναντι στους ψυχικά αρρώστους (*προκατάληψη*) και τη *διάκριση* (Angermeyer and Dietrich, 2006; Rose et al., 2007). Αυτή η αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στα άτομα αυτά έχει ονομαστεί χαρακτηριστικά «δεύτερη νόσος». (Ανδρέου και Καράβατος, 2004).

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

2.2. Ο στιγματισμός στην ψυχική ασθένεια

Αναμφίβολα, η πλέον στιγματισμένη μεταξύ όλων των νόσων είναι, ακόμη και σήμερα, η ψυχική νόσος. Και τούτο, παρά το γεγονός ότι μετά τις απόλυτα αρνητικές στάσεις του παρελθόντος, ακόμη και στην αρχή της δεκαετίας του '80, η ψυχική νόσος τοποθετείται

στην ίδια «σειρά» με την τοξικομανία, την πορνεία και την εγκληματικότητα. Αρχίζουμε ήδη να διακρίνουμε και πιο εφεκτικές θέσεις, ουδέτερες ή και θετικές ακόμη έναντι αυτής, όχι μόνο εκεί όπου από καιρό είχαν αντιληφθεί σχετικές πρωτοβουλίες, αλλά και στη χώρα μας, που με καθυστέρηση ακολούθησε. Δεν διαφεύγει άλλωστε της προσοχής, ότι μερικές φορές είναι λίαν θορυβώδεις οι αντιστάσεις στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που μεταφέρει τη φροντίδα στην κοινότητα ή φροντίζει για την επαγγελματική απασχόληση αποασυλοποιημένων ασθενών (Corrigan and Watson, 2002; Ανδρέου και Καράβατος, 2004).

Αν και το στίγμα των φυσικών ασθενειών όπως ο καρκίνος, η φυματίωση και η επιληψία έχουν μειωθεί αισθητά παγκοσμίως, το στίγμα για τους ψυχικά άρρωστους ανθρώπους παραμένει αναλλοίωτο (Imran and Haider, 2007).

Μελέτες έχουν δείξει πως ο στιγματισμός στις ψυχικές ασθένειες είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε σχέση με τις άλλες μορφές στιγματισμού και οι απόψεις που κυριαρχούν για αυτά τα άτομα είναι πως είναι άτομα επικίνδυνα που ποτέ δεν πρόκειται να γίνουν καλά. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζουν κατά πρώτον η έλλειψη γνώσης και πληροφόρησης αλλά και ο τρόπος ο οποίος προσεγγίζεται το θέμα αυτό από τα μέσα. Αυτή η προσέγγιση συχνά γίνεται με λάθος τρόπο αφού παρουσιάζουν τους ανθρώπους αυτούς ως άτομα δυσάρεστα και δύσκολα. (Corrigan and Watson, 2002; Imran and Haider, 2007; Pitre et al., 2007).

Το στίγμα μπορεί να ασκήσει τεράστια επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Συνήθως τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα που βιώνουν τον στιγματισμό είτε απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο από φόβο για την αντιμετώπιση που δέχονται είτε υιοθετούν και λαμβάνουν ως φυσιολογική αυτή την αντιμετώπιση επιφορτίζοντας ακόμα περισσότερο την κατάστασή τους (Björkman et al., 2007; Pitre et al., 2007; Sartorius, 1998; Μαδιανός 1997).

Ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού παγκοσμίως εκφράζει την αρνητική στάση του απέναντι σε αυτά τα άτομα. Μάλιστα το ποσοστό είναι πολύ πιο υψηλό σε χώρες όπως οι Η.Π.Α. και της δυτικής Ευρώπης, εύρημα που δημιουργεί ερωτηματικά λόγω του ότι οι χώρες αυτές θεωρούνται σύγχρονες πρωτοπόρες και με υψηλού μορφωτικού επιπέδου ανθρώπους. Η στάση απέναντι στην ψυχική υγεία βρέθηκε δηλαδή πως μπορεί να διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Πολύ σημαντική είναι η ανακάλυψη αυτή και η κατάργηση του μύθου πως η λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στους ψυχικά διαταραγμένους ανθρώπους (Bell et al., 2008; Corrigan and Watson, 2002).

Κωδικοποιώντας πρόσφατα τις εμπειρίες των ασθενών με σχιζοφρένεια, των θεραπόντων ιατρών και των συγγενών τους, μέσα από συζητήσεις με ομάδες, προσδιορίστηκαν οι τέσσερις διαστάσεις του στίγματος: α) ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις, με περιορισμό των κοινωνικών επαφών, β) ως προς τις κοινωνικές αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια, όπως προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον κινηματογράφο, γ) ως προς τις κοινωνικές δομές, τις πολιτικές αποφάσεις και τις νομικές ρυθμίσεις- π.χ. την έλλειψη και κακή ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε σχέση με τις υπηρεσίες για τους ψυχικά πάσχοντες και δ) ως προς την προσβασιμότητα σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους- επαγγέλματα, γάμος κτλ. Η φύση του στίγματος- τι είναι αυτό που θα στιγματιστεί και πως- καθώς και οι επιπτώσεις, καθορίζονται πολιτισμικά. Το στίγμα της ψυχικής νόσου μπορεί να επηρεάζει και τους συγγενείς των ασθενών, οι οποίοι αναφέρουν προσωπικά βιώματα στιγματισμού σε ποσοστό έως και 50% (Chong et al., 2007; Ανδρέου και Καραβάτος, 2004).

Το στίγμα επιβαρύνει αυτή καθαυτή την ψυχική συμπτωματολογία και σχετίζεται με την επιδείνωση των δεδομένων που αφορούν την αποκατάσταση, όπως ανεργία, προβλήματα στέγασης, υποβολή των ασθενών σε ψυχική και σωματική εκμετάλλευση. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται και με την αυξημένη θνητότητα των σχιζοφρενών, ανεξαρτήτων ηλικίας, φύλου και άλλων παραγόντων. Πρόσθετη συνέπεια του στίγματος είναι και η αύξηση της επιβάρυνσης που θέτουν οι ψυχικές διαταραχές στη δημόσια υγεία. Η διάβρωση της κοινωνικής υπόστασης, του κοινωνικού δικτύου και

της αυτοπεποίθησης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας, την πλημμελή θεραπεία ή την απουσία κάθε θεραπείας, την ελαττωμένη συνεργασιμότητα στη θεραπευτική αγωγή, την παρατεταμένη πορεία της νόσου, εν τέλει τις νοσηλείες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν (Ανδρέου και Καράβατος, 2004).

Ενδεικτικά, τα αποτελέσματα μιας έρευνας στη Γερμανία, η οποία ερεύνησε τις προτιμήσεις του κοινού για την κατανομή των οικονομικών πόρων στην περίθαλψη της υγείας και την ιατρική έρευνα έδειξαν πως σωματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις ταξινομήθηκαν πρώτα ενώ οι ψυχικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη, η σχιζοφρένια και ο αλκοολισμός ήταν στις τελευταίες θέσεις. Αποτελέσματα παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν στη Γερμανία αναφέρονται και σε έρευνες από τις ΗΠΑ. Οι ερωτηθέντες χαρακτήριζαν τους ψυχικά ασθενείς ως «πάσχοντες» και ως άτομα επικίνδυνα. Άτομα που θα πρέπει να αποστασιοποιούνται από το κοινωνικό σύνολο (Angermeyer and Dietrich, 2006).

Το στίγμα θέτει διαφορά μεταξύ ενός προσώπου και άλλων ανθρώπων. Περιλαμβάνει τη σύνδεση του επονομαζόμενου προσώπου με τα αρνητικά στερεότυπα που υπερισχύουν στην κοινωνία για αυτήν την ομάδα ανθρώπων (Angermeyer and Dietrich, 2006).

Ο ψυχωσικός ασθενής παρουσιάζει περισσότερα προβλήματα αμέσως μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Το διάστημα μετά τη νόσο, περιγράφεται σαν μια περίοδος δυσκολιών και έντασης, που προκαλείται από την ανάγκη να διαφοροποιήσει τη συμπεριφορά του για να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές, βιολογικές και συναισθηματικές αλλαγές που υφίστανται. (Καρύδη και συν., 2004).

Έχει θεωρηθεί ότι η μείωση των λειτουργικών ικανοτήτων που θεωρείται η σημαντικότερη πλευρά της ψυχοπαθολογίας των χρόνιων ψυχωσικών, δεν οφείλεται μόνο στην υπολειμματική ψυχιατρική συμπτωματολογία, αλλά είναι αποτέλεσμα επίσης των δυσμενών περιβαλλοντολογικών συνθηκών, της ανεπάρκειας υποστηρικτικού συστήματος, του στιγματισμού, της έλλειψης πόρων και της αντίδρασης του ασθενούς

στις δυσκολίες αυτές που είναι η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η εξασθένηση κινήτρων και στόχων (Καρύδη και συν., 2004).

Οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική αποδοχή του ψυχικά ασθενή με ποικίλους και ρεαλιστικούς τρόπους. Πιθανές ερμηνείες που αφορούν το κοινωνικό στίγμα, συμπεριλαμβάνουν την επικινδυνότητα, τον καταλογισμό ευθυνών, την πτωχή πρόγνωση της νόσου και την αποδιοργάνωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι καταστάσεις στιγματίζονται περισσότερο όταν τις αντιλαμβανόμαστε σαν χρόνιες και δύσκολες να θεραπευτούν, άρα η πρόγνωση είναι πτωχή. Όμως έχει ανακαλυφθεί ότι αυτοί που είχαν παρακολουθήσει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα εμφάνιζαν λιγότερα συμπτώματα στιγματισμού (Καρύδη και συν., 2004).

Οι αρνητικές επιδράσεις των απόψεων του κοινού, με τη σειρά τους μειώνουν την αυτοπεποίθηση του ψυχικά ασθενή και για το λόγω αυτό, το στίγμα έχει θεωρηθεί σαν μια απειλή στην θεραπεία της ψυχιατρικής αποκατάστασης, με τη μορφή της μείωσης της ικανότητας να αντλήσει ικανοποίηση από τη ζωή, επιδρώντας στην ποιότητα ζωής και αυξάνοντας τη χρόνια κατάθλιψη. Πολλές έρευνες σημειώνουν ότι το στίγμα μειώνει την αυτοπεποίθηση και την κοινωνικότητα του ασθενή και έχει σαν αποτέλεσμα ακατάλληλες και παθολογικές στάσεις και συμπεριφορές (Björkman et al., 2007; Corrigan and Watson, 2002; Pitre et al., 2007; Sartorius, 1998; Καρύδη και συν., 2004; Μαδιανός, 1997).

Ενδεικτικά, οι χρόνιοι ασθενείς (περισσότερα από 21 χρόνια), ανέφεραν χειρότερη αποδοχή από τους φίλους κατά τη διάρκεια της ασθένειας σε σύγκριση με εκείνους που υπέφεραν από την ασθένεια για μικρότερο χρονικό διάστημα. Κακή αποδοχή από το φιλικό περιβάλλον καταγράφηκε από το 30,6% των χρόνιων ασθενών, 14,5% καταγράφηκε από ασθενείς που έπασχαν για 11 με 20 χρόνια, σε σύγκριση με το 6,9% των ασθενών που έπασχαν για λιγότερο από 10 χρόνια. Το ποσοστό των ασθενών που έχασαν τη δουλειά τους με την έναρξη των συμπτωμάτων ήταν υψηλότερο μεταξύ των ασθενών που έπασχαν για λιγότερο από 10 χρόνια (36,7%) παρά για τους ασθενείς που έπασχαν για 11 με 20 χρόνια (13,1%) και τους χρόνια πάσχοντες (5,3%). Το 1/3 των

ασθενών που έπασχαν για λιγότερο από 10 χρόνια πίστευαν πως δεν είχαν ανάγκη θεραπευτικής αγωγής, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για ασθενείς που έπασχαν για 11 με 20 χρόνια και πάνω από 21 χρόνια ανέρχονταν σε 9,8% και 23,3% αντίστοιχα (Καρύδη και συν., 2004).

Τα υψηλότερα ποσοστά καλής κοινωνικής αποδοχής από το φιλικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια της ασθένειας καταγράφηκαν από ασθενείς που δεν είχαν νοσηλευτεί σε ψυχιατρική μονάδα (67,7%) συγκριτικά με το 40,9% των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί. Το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν πως το οικογενειακό τους περιβάλλον ήταν «αρκετά περήφανο» για αυτούς πριν ασθενήσουν ήταν υψηλότερο μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν νοσηλευτεί (71,9%) συγκριτικά με εκείνους που είχαν νοσηλευτεί με ποσοστό 44,1%. Η αναλογία των ασθενών που οι οικογένειά τους κράτησε την ασθένεια κρυφή, ήταν υψηλότερη μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν νοσηλευτεί συγκριτικά με εκείνους που είχαν νοσηλευτεί (62,5% και 35,5%). Το 59,4% των ασθενών που δεν νοσηλεύτηκαν ποτέ, ανέφεραν ότι οι οικογένειές τους έκαναν ακατάλληλες αναφορές στην ασθένεια τους, ενώ οι αντίστοιχες τιμές για τους ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί ήταν 38,3% (Καρύδη και συν., 2004).

Η αναλογία των ασθενών που πίστευαν πως κάποιος που γνώριζε την ασθένειά τους θα τον/ την παντρευτεί ήταν υψηλότερη μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν νοσηλευτεί (37,9%) σε σχέση με αυτούς που είχαν νοσηλευτεί (15,5%). Η αναλογία των ασθενών που ένιωθαν έτοιμοι να διεκδικήσουν μία θέση εργασίας ήταν υψηλότερη μεταξύ εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ (39,3%) συγκριτικά με εκείνους που είχαν νοσηλευτεί (18,2%). Το πρόβλημα χαρακτηρίστηκε ως ψυχιατρικό από την οικογένεια σε ποσοστό 25,9% σε ασθενείς που δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ σε σύγκριση με το 47,3% των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί (Καρύδη και συν., 2004).

Το ποσοστό των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί και ένιωθαν άνετα να συζητήσουν με κάποιον την ασθένειά τους ήταν 21,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για εκείνους που δεν είχαν νοσηλευτεί ήταν 6,3%. Η αναλογία των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί και ανέφεραν ότι πως η διάγνωση προήλθε από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ήταν 57,3% ενώ

το ποσοστό εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί ήταν 21%. Η αναλογία των ασθενών που πίστευαν ότι ο χαρακτήρας της ασθένειας τους επηρέαζε την κοινωνική τους εικόνα ήταν υψηλότερη μεταξύ των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί (67,9% και 48,5%) (Καρύδη και συν., 2004).

Το στίγμα έχει φτάσει να είναι η δεύτερη φύση της ψυχικής ασθένειας. Το αναπόφευκτο για τον ψυχικά ασθενή. Είναι η ασθένεια της ίδιας μας της κοινωνίας. Κάτι που μας περνάει με άμεσα ή έμμεσα μηνύματα από την παιδική κιόλας ηλικία. Όσο βρίσκει πρόσφορο έδαφος αναπτύσσεται και παγιώνεται με την μορφή των στερεοτύπων και των αντιλήψεων. Ήδη έχει υπάρξει καθυστέρηση για την μείωση και την καταπολέμηση του από τις κοινωνίες και τους οργανισμούς που ασχολούνται με την επίλυση τέτοιων θεμάτων. Παρά όλα αυτά τα τελευταία κυρίως χρόνια με τις πολλές έρευνες που γίνονται παγκοσμίως, τις μελέτες αλλά και τις στρατηγικές εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κόσμου αναμένονται καλύτερα αποτελέσματα.

2.2.1. Έρευνες σε σχολεία

Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία η αρνητική στάση και αντίληψη απέναντι στους ψυχικά ασθενείς οφείλεται κυρίως στην ελλειμματική εκπαίδευση και την πληροφόρηση που έχει το άτομο γύρω από την ψυχική ασθένεια (Byrne, 2000). Έτσι γίνεται κατανοητή η ανάγκη εισαγωγής αυτού του είδους της εκπαίδευσης στα σχολεία και αυτό γιατί τα παιδιά και οι νέοι είναι η κοινωνία του αύριο. Μελέτες που έχουν γίνει σε σχολεία του κόσμου έχουν δείξει ακριβώς αυτά τα αποτελέσματα.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημοτικό σχολείο της Αγγλίας διαπίστωσε ότι μια ομάδα παιδιών, ηλικίας εννέα έως ένδεκα, είχε αναπτύξει ήδη αρνητικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, σχεδόν δηλαδή οι μισοί, ποσοστό της τάξης του 46% των παιδιών είχε περιγράψει τους ψυχικά ασθενείς με τις λέξεις «τρελός» και «τρομακτικός» καθώς και ότι είναι άτομα χλευασμού (Pitre et al., 2007).

Το 1986, σε μία έρευνα που εκπονήθηκε, στην Μεγάλη Βρετανία μετρήθηκε η στάση των παιδιών παιδικού σταθμού σε σύγκριση με την όγδοη τάξη απέναντι στην ψυχική υγεία και διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι με την ψυχική ασθένεια συγκαταλέγονταν σε αυτούς που χαρακτηρίζονται ως «λιγότερο προτιμητέα» άτομα (Pitre et al., 2007).

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στην Σκωτία βρέθηκε πως τα περισσότερα παιδιά δεν γνωρίζουν πως θα πρέπει να συμπεριφέρονται, να χειρίζονται και να μιλούν σε άτομα ψυχικά άρρωστα. Στην ίδια έρευνα φάνηκε πως οι έφηβοι έχουν ακόμα χειρότερη συμπεριφορά σε σύγκριση με τα παιδιά απέναντι στα ψυχικά άρρωστα άτομα ενώ θεωρούν ενοχλητικούς τους ανθρώπους που πάσχουν από αυτού του είδους τις ασθένειες (Rose et al., 2007). Γενικότερα όμως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι έχουν θετικότερη στάση απέναντι στα ψυχικά διαταραγμένα άτομα εν συγκρίσει με τους νεότερους. (Crisp and Gelder, 2000)

2.2.2. Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς

Το φαινόμενο του στιγματισμού δεν ισχύει μόνο για τα άτομα που είναι ανενημέρωτα περί του θέματος. Επαγγελματίες ακόμα και από το φάσμα των επαγγελματιών υγείας διατηρούν στάση αρνητική απέναντι στα ψυχικά άρρωστα μέλη της κοινωνίας (Corrigan and Watson, 2002).

Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι γιατροί και οι σπουδαστές της ιατρικής τείνουν να συμμεριστούν τις ίδιες αρνητικές απόψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες όπως αυτές του ευρέος κοινού. Από την άλλη πλευρά, οι ψυχίατροι φαίνονται να έχουν την θετικότερη στάση-άποψη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και τα άλλα επαγγέλματα (Imran and Haider, 2007).

Παρόμοια έρευνα διεξήχθη στις κάτω χώρες (Netherlands) η οποία μελετούσε την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Βρέθηκε λοιπόν πως με το πέρας του χρόνου η ουδέτερη στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς επικρατεί. Μετά την ηλικία των σαράντα οι επαγγελματίες υγείας αποστασιοποιούνται από τους πελάτες τους-ψυχικά ασθενείς. Η εξήγηση που δίνεται για αυτό είναι η εξοικείωση. Με τον καιρό δηλαδή επέρχεται η φθορά του επαγγελματία και απομονώνεται. Ακόμα μεγαλύτερη είναι η απομόνωση και η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στους ανθρώπους αυτούς από τους διευθυντές των υπηρεσιών αυτών. Αυτό φάνηκε πως οφείλεται στην μη συναναστροφή τους με αυτά τα άτομα (van Doeselaar et al., 2008).

Παρόμοια με την δική μας μελέτη διεξήχθη στην Αυστραλία, το Βέλγιο, τη Φινλανδία, την Ινδία, την Εσθονία και τη Λετονία σε φοιτητές φαρμακευτικής σχολής. Τα αποτελέσματα δείχνανε πως οι φοιτητές αυτών των φαρμακευτικών σχολών κρατούν στάση αρνητική απέναντι σε άτομα με σχιζοφρένεια και βαριά κατάθλιψη. Παρακάτω αναφέρονται μερικά από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής (Bell et al., 2008).

Το 52.5% των Αυστραλών φοιτητών και το 65.1% των Φιλανδών συμφώνησε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι ένας κίνδυνος. Το 30% των Αυστραλών και το 60% των Λετονών και των Εσθονών συμφώνησαν ότι οι σχιζοφρενείς είναι πολύ δύσκολο να μιλήσουν και να επικοινωνήσουν φυσιολογικά με τον κόσμο. Το 9.8% των Βέλγων και το 43.8% των Φιλανδών θεωρούν τους βαριά καταθλιπτικούς σαν άτομα που κρίνουν και τιμωρούν πολύ αυστηρά τους εαυτούς τους (Bell et al., 2008).

Οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι παρερμηνείες σε σχέση με τους ανθρώπους με τη σχιζοφρένεια και τη βαριά κατάθλιψη ήταν κοινές μεταξύ των σπουδαστών φαρμακευτικής σε όλες τις χώρες. Έτσι γίνεται αντιληπτό πόσο υστερούν τα συγκεκριμένα προγράμματα σπουδών σε σχέση με την πληροφόρηση που παρέχει και τις αντιλήψεις τις οποίες αναπτύσσονται μέσα σε αυτές τις σχολές για την ψυχική υγεία. Τα προγράμματα σπουδών θα πρέπει να προσεγγίζονται με ιδιαίτερη προσοχή ειδικά στα επαγγέλματα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πάρα πολύ προσεκτικοί από την ίδια τους την συμπεριφορά ως τη λέξη που θα χρησιμοποιήσουν καθώς εύκολα

μπορούν ακούσια να συμβάλουν στο στίγμα με μια απροσεξία που μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες («ιατρογενές στίγμα») (Bell et al., 2008).

Η έρευνα ολοκληρώνεται τονίζοντας πόσο ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα που βρέθηκαν (αρνητική στάση των φοιτητών φαρμακευτικής Αυστραλίας, Βελγίου, Φινλανδίας, Ινδίας, Εσθονίας και τη Λετονίας) όχι μόνο για την επικοινωνία των αυριανών φαρμακοποιών με τους μελλοντικούς πελάτες τους-ψυχικά ασθενείς αλλά και διερωτούμενοι για το κατά πόσο θα μπορέσουν να εξυπηρετήσουν αλλά και να βοηθήσουν ουσιαστικά τα άτομα αυτά (Bell et al., 2008).

2.2.3. Ο «νόμος περί ψυχικής υγείας» της Αγγλίας

Από τις αρχές το 1990 η χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία άρχισε να ακούγεται και να λέγεται όλο και πιο πολύ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η άποψη που επικρατούσε ήταν πως κάτι τέτοιο ήταν επιτακτικό για να αποτραπεί η βία και η ανησυχία της κοινωνίας για τους ψυχικά ασθενείς (Hewwit, 2008).

Εδώ και εκατοντάδες χρόνια στο μυαλό των Βρετανών οι όροι βία, κίνδυνος και ψυχική διαταραχή έχουν γίνει ταυτόσημες. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζουν τα M.M.E και ο τρόπος με τον οποίο προβάλλουν τον ψυχικά ασθενή. Η αρνητική προβολή των ψυχικά ασθενών μπορεί να χρεωθεί κάλλιστα σαν μια μεγάλη ήττα των υγειονομικών υπηρεσιών και αυτό γιατί από την πρώτη στιγμή θα έπρεπε να είχε προβλεφθεί πως η τόσο αρνητική προβολή αυτής της ομάδας των ατόμων θα επέφερε αυτού του είδους τα αποτελέσματα (Hewwit, 2008).

Η αίσθηση που επικρατεί στην κοινωνία για την ψυχική ασθένεια είναι αυτή της μολυσματικής κολλητικής νόσου. Αυτός είναι και ο λόγος που οι περισσότεροι αποστασιοποιούνται και απομονώνουν τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα (Hewwit, 2008).

Η πολιτική της κοινοτικής προσοχής για τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια ήρθε κάτω από την έντονη διερεύνηση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, μετά από μια σειρά ανθρωποκτονιών και γεγονότων βίας, αυτοκτονίας και παραμέλησης. Αυτό οδήγησε σε μια επανεμφάνιση της παλιότερης νομοθεσίας που στόχευε να αυξήσει τον έλεγχο των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια που ζουν εντός της κοινότητας. Το πρόγραμμα προσοχής εισήχθη το 1991 ως πλαίσιο για την οργάνωση της κοινοτικής ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών για τους ασθενείς ανάλογα με το επίπεδο κινδύνου τους. Τα μέτρα της κοινοτικής επίβλεψης που εφαρμόστηκαν στους ασθενείς υψηλού κινδύνου ήταν ιδιαίτερος περιοριστικά.

Ακολούθησε ο νόμος περί ψυχικής υγείας (ασθενείς στην Κοινότητα) το 1996. Αυτό επέτρεπε στις αρχές, να θέτει τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια και αντικοινωνική συμπεριφορά που ζουν στην κοινότητα, υπό κράτηση για την πλήρη θεραπεία τους στο πλαίσιο του νόμου το 1983 περί ψυχικής υγείας (Hewwit, 2008).

Όλα αυτά ήταν αποτέλεσμα της κοινωνικής φοβίας για τους ψυχικά αρρώστους και ιδιαίτερος τους σχιζοφρενείς αφού τα θεωρούσαν άτομα ιδιαίτερος βίαια. Ωστόσο ενδεικτικά, σύμφωνα με πολύ πρόσφατα στοιχεία, σε Αγγλία και Ουαλία μόνο το 8% των εγκλημάτων που διαπράττονται οι ένοχοι είναι ψυχικά διαταραγμένοι (Hewwit, 2008).

2.3. Αυτοστιγματισμός

Στις μέρες μας η θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς βελτιώνεται με αλματώδεις ρυθμούς και βασικό ρόλο σε αυτή τη βελτίωση παίζει η επανένταξη του ασθενούς στην κοινότητα, η κατάρτιση του με τις ποικίλες της μορφές, η εξάσκηση σε ικανότητες που είτε έχουν μειωθεί είτε ατονούν δραματικά καθώς και η προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας της ζωής του γενικότερα. Παρόλα αυτά, τις περισσότερες φορές ο ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται σαν «αβοήθητο θύμα» που όλοι προσπαθούν να στηρίξουν και να βοηθήσουν με όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερους

τρόπους. Σπάνια βέβαια αυτές οι προσπάθειες αφορούν στο πόσο ο ίδιος ο ασθενής βιώνει το πρόβλημά του, τα συμπτώματα της νόσου, τις νοσηλείες, την «ταμπέλα», την αλλαγή στην στάση των οικείων του και της κοινωνίας, την έκπτωσή του από τους ρόλους που είχε ή που στόχευε να έχει στη ζωή του. (Καρύδη και συν., 2004).

Ως «αυτοστιγματισμός» λοιπόν ορίζεται το σύστημα των παραμέτρων εκείνων που δηλώνουν τους τρόπους με τους οποίους ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τα βιώματα που προκύπτουν αφενός μεν από την ίδια τη νόσο συνολικά αφετέρου δε από τις αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος (Καρύδη και συν., 2004).

Ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει τις δικές του προκαταλήψεις και στερεότυπα που είχε πριν την εμφάνιση της νόσου είτε κατά τη διάρκειά της. Τα συμπτώματα, οι νοσηλείες του, η συνύπαρξη με άλλους ασθενείς, οι γνώμες των θεραπειών, η στάση της κοινωνίας τον έχουν τρομάξει και έχουν τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, η οποία επηρεάζει και την ίδια την έκβαση της θεραπείας του (Καρύδη και συν., 2004).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία ο αυτοστιγματισμός στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές απώλειες όπως για παράδειγμα την σημαντικότερη απώλεια του αυτοσεβασμού (Björkman et al., 2007; Corrigan and Watson, 2002; Καρύδη και συν., 2004; Μαδιανός, 1997).

Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, που ζουν σε μια κοινωνία που επικυρώνει το στιγματισμό, θα εσωτερικεύσουν αυτές τις ιδέες και θα θεωρήσουν ότι είναι λιγότερο σημαντικοί λόγω της ψυχικής διαταραχής τους. Ο αυτοσεβασμός σε αυτή την περίπτωση υποφέρει. Από έρευνα βρέθηκε πως σημαντικό ρόλο στην όποια επιθετικότητα εκδηλώνουν τα ψυχικά άρρωστα άτομα παίζει και ο στιγματισμός προς αυτά, όπως και η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. (Björkman et al., 2007; Corrigan and Watson, 2002; Hiwvit, 2008).

Η ψυχική ασθένεια διαταράσσει την ομοιόσταση του οργανισμού και επιδεινώνεται από την υποκειμενική εμπειρία της νόσου. Αυτό δρα ως στρεσογόνος παράγοντας, καθώς προκαλεί αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η υποκειμενική εμπειρία της ασθένειας ως ψυχοτραυματικός και ψυχοπιεστικός παράγοντας επιβαρύνεται αρνητικά και από τις κοινωνικές αντιδράσεις- προκαταλήψεις, κοινωνικό αποκλεισμό κτλ. και από τον ίδιο τον αυτοστιγματισμό του ατόμου. Το ψυχιατρικό στίγμα διέπεται από δύο διαστάσεις. Πρώτον, τη συμπεριφορά του πληθυσμού και δεύτερον τη συμπεριφορά και την αντίδραση του ασθενούς (Καρύδη και συν., 2004).

Ανεξαρτήτως του αντικειμενικού βαθμού που υφίσταται το άτομο, το *υποκειμενικό του βίωμα* υποτίμησης και περιθωριοποίησης είναι αυτό που επηρεάζει άμεσα την αυτοπεποίθηση και το επίπεδο δυσφορίας του. Έτσι, η έννοια του *εσωτερικευμένου στίγματος* έχει κεντρική θέση στην ερμηνεία της ψυχολογικής επιβάρυνσης, εξαιτίας του στίγματος. Αναφέρεται στην υποτίμηση, την ντροπή καθώς και τις συμπεριφορές απόκρυψης και απόσυρσης που αναδύονται, όταν το άτομο εφαρμόζει στον εαυτό του αρνητικά στερεότυπα. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης λόγω του στίγματος δεν αποτελεί σταθερή παραμόρφωση της προσωπικότητας, αλλά εξαρτάται από τις συλλογικές αναπαραστάσεις που φέρει το στιγματισμένο άτομο (Ανδρέου και Καραβάτος, 2004).

Σύμφωνα με μια σημαντική Αμερικανική έρευνα και όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο στιγματισμός στοιχίζει πολύ στους ψυχικά ασθενείς στην ζωή τους μέσα στην κοινωνία καθώς μειώνει τον αυτοσεβασμό τους. Από την άλλη πλευρά όμως βρέθηκε πως στιγματισμένες από τις κοινωνίες ομάδες όπως είναι οι μαύροι, οι ομοφυλόφιλοι και άλλοι λειτουργούν αντιστρόφως ανάλογα. Ενισχύεται δηλαδή ο αυτοσεβασμός τους βιώνοντας τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση από την κοινωνία (Corrigan and Watson, 2002).

Ο ψυχικά ασθενής «ασυλοποιείται» μένοντας στο σπίτι του ή σε προστατευμένες στεγαστικές δομές, αρνείται να συμμετέχει σε προγράμματα αποκατάστασης ή απομακρύνεται από αυτά, ταυτίζεται με το ρόλο του ασθενή και μόνο και δυσκολεύει τις προσπάθειες των θεραπειών. Ο βασικός λόγος για αυτή του τη στάση είναι ο

αυτοστιγματισμός. Το ότι ο ασθενής και η οικογένειά του κρατούν μυστική τη νόσο από τον κοινωνικό περίγυρο δημιουργεί αντιδράσεις στον ίδιο τον ασθενή αλλά έχει αντίκτυπο και στο άμεσο περιβάλλον του (Καρύδη και συν., 2004).

Οι νοσηλείες έχουν περιγραφή ως ένας παράγοντας που βάζει «ταμπέλες» και επηρεάζει το στίγμα που ακολουθεί τον ψυχικά ασθενή. Το είδος του ιδρύματος που ο ασθενής νοσηλεύεται, η διάρκεια νοσηλείας, ο βαθμός που ο ασθενής και η οικογένεια του έχουν κατανοήσει την αναγκαιότητα της θεραπείας, η κοινωνική θέση της οικογένειας και το μορφωτικό επίπεδο είναι παράγοντες που θα πρέπει να αξιολογηθούν πριν εξαχθεί οποιοδήποτε συμπέρασμα. (Καρύδη και συν., 2004).

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις στάσεις και τις απόψεις τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια αποτελεί σημαντική διάσταση για την ανάπτυξη συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων στην κλινική προσέγγιση. Για τον ασθενή, η αποδοχή της ασθένειας θα ήταν ένα αξιοσημείωτο θεραπευτικό βήμα αν συμπεριλαμβάνονταν στην θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι, με ένα σωστό τρόπο προσέγγισης της κατάστασης που βιώνει ο ασθενής από ειδικούς θα μπορούσε να μην κλονιστεί η αυτοπεποίθησή του και εμμέσως η ποιότητα ζωής του (Καρύδη και συν., 2004).

Εδώ και μερικά χρόνια, ο περιορισμός του στίγματος της ψυχικής νόσου άρχισε να απασχολεί τις οργανώσεις υγείας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων, που θα στοχεύουν, όχι μόνο στην ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, αλλά και στην αντιμετώπιση του στίγματος, θα είναι αποτελεσματικότερες και διαρκέστερες, σε συνδυασμό με τη σημαντικότερη βοήθεια που μπορεί να προσφέρουν οι οργανωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες των ασθενών. (Ανδρέου και Καράβατος, 2004).

Σημαντική είναι ακόμα η αντίληψη, ότι η ψύχωση είναι μία απλή ιδιαιτερότητα και αναγνωρίζεται το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές είναι μία *οδυνηρή ιδιαιτερότητα*. Αν ένα μέρος της οδύνης οφείλεται στη νόσο, το άλλο μέρος οφείλεται στην

εσωτερίκευση του στίγματος. Κι εδώ χωράει η ξεχωριστή μας παρέμβαση για τον περιορισμό ή και την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής νόσου, άσχετα από το αν η θεραπευτική επιλογή είναι τα φάρμακα ή η ψυχοθεραπεία ή ο συνδυασμός και των δύο, που είναι το πιο σύνηθες σήμερα (Ανδρέου και Καράβατος, 2004).

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι πηγές του στίγματος και να αντιμετωπιστούν, θα πρέπει να αναπτυχθεί η έρευνα και να εξεταστούν πολύπλευρα οι παράγοντες που σχετίζονται με τις πιθανές μεταβλητές που επηρεάζουν και ωθούν στον αυτοστιγματισμό και να μελετηθούν τα επίπεδα στίγματος που έχουν βιώσει οι ασθενείς και η προέλευση του φόβου που προκαλείται από το αναμενόμενο κοινωνικό στίγμα (Καρύδη και συν., 2004).

2.4. Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. απέναντι στην ψυχική υγεία

Στην εποχή μας, που όχι άδικα χαρακτηρίζεται σαν εποχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η ψυχιατρική και ο ψυχιατρικός άρρωστος «περνούν» στην κοινωνική μάζα μέσα από τις εφημερίδες με στήλες αφιερωμένες στην ψυχική υγεία, με κινηματογραφικές ταινίες που άλλοτε επιχειρούν να «μιμηθούν» και να αναδομήσουν τη ζωή του ψυχιατρικού ασθενή κι άλλοτε «χρησιμοποιούν» το φόβο απέναντι στον ψυχικά άρρωστο για να κινητοποιήσουν το ενδιαφέρον του κοινού (επιτείνοντας έμμεσα τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών). Η ενασχόληση αυτή των Μ.Μ.Ε. με την ψυχιατρική αξίζει ιδιαίτερης προσοχής γιατί τείνει να διαμορφώσει μια νέα ορολογία γνωστή (στις Η.Π.Α.) με τον όρο «psychomedia» (Δημέλης, 2004).

Οι επίπτωση που έχει κυρίως η τηλεόραση στη διαμόρφωση της εικόνας του ψυχιατρικού αρρώστου στο τηλεοπτικό κοινό μπορεί να είναι από καταστροφικές έως συμμαχικές για την καταπολέμηση του στίγματος. Η τηλεόραση αποτελεί ένα μέσο που με την εξάπλωση του «εισβάλει» πρακτικά σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και μπορεί να διαμορφώσει τάσεις, στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις στον κόσμο (Δημέλης, 2004).

Δίστανται οι απόψεις στην παγκόσμια βιβλιογραφία για το αν θα πρέπει να προβάλλεται η ψυχική υγεία στην τηλεόραση.

Οι τηλεοπτικές εκπομπές ολοένα και περισσότερο ασχολούνται με άτομα ψυχικά άρρωστα. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας θα πρέπει να αδράξουν αυτήν την ευκαιρία και να συμμετέχουν στις συζητήσεις αυτές για να αποκαταστήσουν τον στιγματισμό και την παραποίηση της εικόνας τους που υφίστανται οι ασθενείς από τα Μ.Μ.Ε. (Δημέλης, 2004).

Από την άλλη μεριά θεωρείται πως είναι ο «λάθος τόπος» για συζητήσεις περί ψυχικής υγείας η τηλεόραση αλλά και γενικότερα τα Μ.Μ.Ε. ειδικότερα αν γίνονται (που συνήθως αυτό συμβαίνει) από άτομα που καμία σχέση δεν έχουν με την ψυχική υγεία και σκοπός τους είναι προσωπικά ωφέλει και έσοδα (Δημέλης, 2004).

Είναι λοιπόν προφανές ότι δεν αρκεί να προβάλλεται η ψυχική αρρώστια από τα Μ.Μ.Ε. Μεγάλη σημασία έχει ο τρόπος ο οποίος εν τέλει διαμορφώνει και τη στάση του κοινού. Έτσι, η αρνητική προβολή έχει σαν συνέπεια της τον περαιτέρω στιγματισμό και την περιθωριοποίηση των ψυχικά αρρώστων. (Δημέλης, 2004).

2.5. Η στάση των τεχνών

Η αρνητική πληροφόρηση και στάση απέναντι στην ψυχική υγεία φάνηκε πως πηγάζει από πολλές πηγές. Κατά πρώτο λόγο από τα μηνύματα και τα στοιχεία που λαμβάνουμε από το οικογενειακό και το φιλικό μας περιβάλλον. Πέραν από τα Μ.Μ.Ε. όμως που αναφερθήκαμε παραπάνω, σπουδαίο ρόλο σε αυτό παίζουν και οι τέχνες και ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζουν την ψυχική υγεία. Ποιο είναι αυτό το άτομο παγκοσμίως που δεν έχει διαβάσει ένα λογοτεχνικό βιβλίο, που δεν έχει δει θεατρική παράσταση ή δεν έχει πάει στο σινεμά;

Τέχνες όπως η λογοτεχνία, το θέατρο, ο κινηματογράφος πολύ συχνά έχουν απεικονίσει πρωταγωνιστές με ψυχικές διαταραχές όπου η επίδρασή τους στο έργο είναι αρνητική. Η άγρια αχτένιστη τρίχα και το ατημέλητο ντύσιμο είναι τα κλασικά οπτικά σημάδια της «τρέλας» (Pirkins et al., 2006).

Από την παιδική ηλικία ωστόσο, όπως δείχνει η παρακάτω έρευνα, φαίνεται πως οι άνθρωποι βάζουν το στιγματισμό για τους ψυχικά ασθενείς στην κοινωνική τους ζωή.

Σε μελέτη που έγινε λοιπόν στην Νέα Ζηλανδία, βρέθηκε πως το 46% των παιδικών κινουμένων σχεδίων περιέχει κάποια αναφορά σε ψυχική ασθένεια. Αναλύοντας το λεξιλόγιο που χρησιμοποιήθηκε διαπιστώθηκε πως το λεξιλόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί ήταν κυρίως αρνητικό και πλήρως ασεβές. Παρουσίαζαν αυτούς τους χαρακτήρες σαν άτομα βίαια που συνήθως χάνουν τον έλεγχο, τρομακτικά ή σαν άτομα χλευασμού ή φόβου. Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε και για τις πασίγνωστες παιδικές ταινίες του Disney όπου διαπιστώθηκε πως σε ποσοστό 85% περιέχουν λεκτικές αναφορές στην ψυχική ασθένεια και χρησιμοποιήθηκαν κυρίως για να διακρίνουν και να δυσφημίσουν τους χαρακτήρες (Rose et al., 2007).

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι οι βίαιες πράξεις είναι πολύ πιθανότερο να διαπραχθούν από τους επί της οθόνης χαρακτήρες με ψυχική διαταραχή από ότι από τους άλλους χαρακτήρες και σε ένα ποσοστό πολύ υψηλότερο από αυτό που παρουσιάζονται στην πραγματική ζωή (Pirkins et al., 2006).

Πολλοί συγγραφείς έχουν μελετήσει την επίπτωση που είχε η προβολή ταινίας με πρωταγωνιστή έναν ψυχικά άρρωστο δολοφόνο σε ομάδες φοιτητών και κατέγραψαν μια επίταση της αρνητικής στάσης και του φόβου απέναντι στην ψυχική αρρώστια, ακόμη κι όταν της προβολής προηγούνταν ειδικό μήνυμα ότι η βία δεν είναι χαρακτηριστικό των ψυχιατρικών ασθενών (Δημέλης, 2004).

Οι θεατές των πλασματικών αυτών προγραμμάτων και ταινιών συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τις αρνητικές εικόνες την ψυχικής ασθένειας. Αυτές οι εικόνες έχοντας μια αθροιστική επίδραση στην αντίληψη του κοινού, φέρνει τους ψυχικά ασθενείς αντιμέτωπους με το στίγμα και τις συνέπειές του (Pirkins et al., 2006).

Για να αλλάξει αυτό, ο συγγραφέας Pirkins προτείνει συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών που παλεύουν για την καταπολέμηση του στίγματος και των θεατρικών και κινηματογραφικών παραγωγών με σκοπό την ενημέρωση και την εκπαίδευση του κοινού. Κάτι τέτοιο θεωρεί πως θα βοηθούσε πολύ στην καταπολέμηση του στίγματος. Θα μπορούσε να ξεκινήσει η παραγωγή έργων για παράδειγμα, που θα δείχνουν την πραγματικότητα για αυτούς τους ανθρώπους και την ζωή τους. Έτσι θα μπορέσει να ευαισθητοποιηθεί το κοινό και να αρχίσει να μειώνεται το στίγμα μέσω της ενημέρωσης που θα γίνεται.

2.6. Παρεμβάσεις με στόχο την αγωγή και προαγωγή της ψυχικής υγείας

Οι παρεμβάσεις με στόχο την αγωγή ψυχικής υγείας κατά κύριο λόγο αποβλέπουν: α) στην καταστολή των αρνητικών κοινωνικών αντιδράσεων, του στίγματος και των αρνητικών στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές ώστε να περιοριστούν μηχανισμοί αποκλεισμού και κοινωνικής διάκρισης σε βάρος των ψυχικά πασχόντων, και β) στην αύξηση της ευαισθησίας και της ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού αλλά και των ειδικών κοινωνικών ομάδων με πολλαπλασιαστική επίδραση (πχ. δημοσιογράφοι) σε θέματα ψυχικών διαταραχών, υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα αναζήτησης βοήθειας. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να υλοποιηθούν με την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των Μ.Μ.Ε., την οργάνωση happenings και την εμπλοκή των ίδιων των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους (Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

Συγκεκριμένα, η οργάνωση σε εθνικό επίπεδο πολύ καλά σχεδιασμένης κοινωνικής καμπάνιας με στόχο την καταστολή μύθων που πλαισιώνουν την ψυχική διαταραχή (πχ. τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι βίαια) (τηλεοπτικά σποτς, αφίσες), η λειτουργία

κινητών μονάδων ενημέρωσης με ειδικά έντυπα τα οποία μπορούν άτομα με ψυχιατρικό ιστορικό και οι οικογένειες τους να προωθούν, η δημόσια εξομολόγηση προσωπικών εμπειριών από σημαίνοντα πρόσωπα και η διοργάνωση εναλλακτικών συνεδρίων από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορούν να αποτελέσουν δράσεις αγωγής του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας (Wang et al., 2007; Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

Οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας αφορούν τρία επίπεδα: **ατομικό**, **κοινωνικό** και **κοινωνικό** επίπεδο.

Σε **ατομικό** επίπεδο, οι παρεμβάσεις αποβλέπουν στην προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας του ατόμου μέσα από την ενίσχυση και την ενδυνάμωση των εσωτερικών του πόρων (αυτοαποτελεσματικότητα, αυτοεικόνα, αίσθημα ελέγχου), των ικανοτήτων, των δεξιοτήτων και των δυνατοτήτων του προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στις αντιξοότητες της ζωής, στο στρες της καθημερινότητας και σε κρίσιμα συμβάντα. Θετική ψυχική υγεία σε ατομικό επίπεδο σημαίνει ότι μπορώ να ανταποκριθώ στις προκλήσεις της ζωής υιοθετώντας μια θετική προσέγγιση. Ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ευρημάτων έχει δείξει πως τα άτομα με θετική αυτοεικόνα, αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας και ελέγχου απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

Σε επίπεδο **κοινότητας**, οι παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας αφορούν την καλλιέργεια και την ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης αποβλέποντας στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, στην ενεργοποίηση των πολιτών και την προώθηση της συλλογικής δράσης για την καλύτερη προάσπιση και διεκδίκηση κοινωνικών αιτημάτων. Τα εμπειρικά ευρήματα δείχνουν πως οι κοινότητες με υψηλή εισοδηματική ανισότητα, με χαλαρούς ή ανύπαρκτους δεσμούς κοινωνικής συνοχής χαρακτηρίζονται από υψηλή εγκληματικότητα και θνησιμότητα. Αντίθετα, κοινότητες με υψηλή κοινωνική συνοχή και υψηλή συμμετοχικότητα σε συλλογικές δράσεις αναφέρονται με καλύτερα επίπεδα υγείας. Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική συνοχή προωθεί την υγεία και την ψυχική υγεία των μελών μιας κοινότητας ενδυναμωμένης. Σε ευρύτερο επίπεδο κοινωνίας, οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας αποβλέπουν από

τη μια στην άμβλυση των μηχανισμών εκείνων που λειτουργούν επιβαρυντικά περιθωριοποιώντας συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, και από την άλλη στη δημιουργία των συνθηκών εκείνων που να ευνοούν την επανένταξη κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων (όπως είναι οι ψυχικά πάσχοντες, ανήλικοι παραβάτες κτλ.) όπως και την εξίσωση ευκαιριών σε κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση (πχ. γυναίκες, άτομα με αναπηρίες κτλ.) (Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

Οι δράσεις που μπορούν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν σε ατομικό επίπεδο προαγωγής ψυχικής υγείας αφορούν τη συγκεκριμενοποίηση ομάδων με ιδιαίτερες ανάγκες για ενδυνάμωση των εσωτερικών τους πόρων, όπως έφηβοι, άνεργοι, νέες μητέρες. Οι έφηβοι αντιμετώπι με κρίσιμες αλλαγές, αβεβαιότητα, χαμηλή αυτοεικόνα και υψηλό στρες έχουν βρεθεί σημαντικά να ωφελούνται από παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας οργανωμένες μέσα στο σχολείο με στόχο την ενδυνάμωση των προσωπικών και κοινωνικών τους δεξιοτήτων και στη δημιουργία υποστηρικτικών περιβαλλοντικών συνθηκών. Όσον αφορά παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας, η δημιουργία θεσμών όπως «τα συμβούλια της γειτονιάς» και η παροχή υποστήριξης σε άτομα με υψηλή κοινωνική ευαλωτότητα από ομάδες εμπυχωτών μπορούν σημαντικά να συμβάλλουν στην ενεργοποίηση των πολιτών και στην ενίσχυση των εσωτερικών πόρων σε άτομα που βρίσκονται σε κοινωνικά ευάλωτη θέση (Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

Τέλος, οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευρύτερο **κοινωνικό** επίπεδο αφορούν σε σημαντικό βαθμό τις ίσες ευκαιρίες και συνθήκες σε κοινωνικές ομάδες με διαφορετικό κοινωνικό, πολιτισμικό κεφάλαιο που να είναι εκτεθειμένες σε διαφορετικές κοινωνικές πιέσεις (Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

Οι παραπάνω παρεμβάσεις είναι μόνο ενδεικτικές. Εκείνο που έχει σημασία να τονιστεί είναι πως είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί στη χώρα μας παράλληλα με παρεμβάσεις αγωγής και προαγωγής υγείας ένα είδος σχεδιασμού και οργάνωσης δράσεων με στόχο την αγωγή και προαγωγή της ψυχικής υγείας και στα τρία επίπεδα: ατομικό, κοινοτικό και κοινωνικό (Ζήσης και Στυλιανίδης, 2004).

2.7. Προσπάθειες μείωσης του στίγματος

Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν προγράμματα σε ισχύ για να μειωθεί το στίγμα. Υπάρχουν δύο βασικές αρχές που οδηγούν στην αποτελεσματική και συνεχή αλλαγή του στίγματος: 1) οι προσεγγίσεις πρέπει να είναι πολύπλευρες και πολλαπλές 2) πρέπει να εξεταστούν οι βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις που είναι οι θεμελιώδεις αιτίες του στίγματος (Pinfold et al, 2003).

Έχει διαπιστωθεί από μελέτες ότι η περιορισμένη επαφή με ψυχικά ασθενείς ενισχύει τις αρνητικές απόψεις απέναντί τους. Η εικόνα αυτή αλλάζει όταν αρχίσει η συστηματική επαφή με τα άτομα αυτά (Björkman et al., 2007; Pinfold et al, 2003; Pitre et al., 2007; Rose et al., 2007; Thomas, 2008).

Σε έρευνα που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία βρέθηκε πως μέσω των εργαστηριακών μαθημάτων και της άμεσης και προσωπικής επαφής των μαθητών με ψυχικά ασθενείς μειώνεται ο στιγματισμός προς τα άτομα αυτά και οι διακρίσεις. Οι μαθητές που ήρθαν σε προσωπική επαφή με ψυχικά διαταραγμένα άτομα φάνηκε από την έρευνα της Vanise Pinfold και των συνεργατών της πως είχαν καλύτερη στάση-άποψη από εκείνους που δεν είχαν έρθει σε επαφή με αυτά ή που δεν είχαν παρακολουθήσει τα εργαστηριακά αυτά μαθήματα (Pinfold et al, 2003). Σαν αποτέλεσμα της θετικότερης αντιμετώπισης του κοινού, ο αντίκτυπος είναι θετικότερος και στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (Rose et al., 2007; Thomas, 2008; Wang et al., 2007;).

Ο τυπικά ακαλλιέργητος βρετανικός πληθυσμός σε ζητήματα σχετικά με την ψυχική ασθένεια στηρίζεται από ένα εκπαιδευτικό σύστημα που δεν περιλαμβάνει τη συναισθηματική υγεία ως μέρος του εθνικού προγράμματος σπουδών. Ένα σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που εξετάζει το ψυχιατρικό στίγμα και τη διάκριση πρέπει να είναι μέρος μιας ολόκληρης-σχολικής στρατηγικής που υποστηρίζει τη συναισθηματική ευημερία των νέων και του σχολικού προσωπικού (Pinfold et al, 2003).

Η μείωση του στίγματος θα έπρεπε να είναι μέρος μιας υποχρεωτικής στρατηγικής προώθησης της ψυχικής υγείας που θα πραγματοποιείται μέσω του σχολικού προγράμματος σπουδών. Σκοπός του θα είναι να εξετάζονται οι κοινωνικές τιμές, η υγεία, η κοινωνική ευημερία και η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων για να προωθηθεί η κοινωνικά ορθή συμπεριφορά (Pinfold et al, 2003).

Αξιολογώντας όλα τα παραπάνω στοιχεία, από το Σεπτέμβριο του 2002 στο Ηνωμένο Βασίλειο εισήχθη στο πρόγραμμα σπουδών ως υποχρεωτικό, μάθημα που ευελπιστούν να μπορέσει να μειώσει-καταπολεμήσει τον κοινωνικό στιγματισμό (Pinfold et al, 2003).

3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1. Πληθυσμός μελέτης

3.1.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης- Πληθυσμός αναφοράς

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης κατά το χρονικό διάστημα του Απριλίου 2008. Σύμφωνα με στοιχεία που πήραμε από την γραμματεία του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, ο συνολικός ενεργός πληθυσμός των φοιτητών του Α.Τ.Ε.Ι. την παρούσα χρονική στιγμή ανέρχεται σε 13832 άτομα, ο πληθυσμός των φοιτητών της Κοινωνικής Εργασίας ανέρχεται σε 801 άτομα.

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, οι οποίοι φοιτούν στο πρώτο και στο τελευταίο εξάμηνο.

3.1.2. Τύπος και πληθυσμός μελέτης

Σχεδιάστηκε μια συγχρονική επιδημιολογική μελέτη (cross-sectional study). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην στάση και τις αντιλήψεις που έχουν οι φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π. του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης για την ψυχική υγεία και τους συγκρίνει με τους φοιτητές του Τμήματος Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών, Σ.Τ.Ε.Γ. του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Η επιλογή του Τμήματος Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών και Ανθοκομίας (Σ.Τ.Ε.Γ) έγινε με το σύστημα των τυχαίων αριθμών (random number tables).

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει 69 φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας που είναι εγγεγραμμένοι στο πρώτο και τελευταίο εξάμηνο σπουδών.

Τη δεύτερη ομάδα ελέγχου αποτελούν 60 φοιτητές του πρώτου και τελευταίου εξαμήνου του Τμήματος Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών και Ανθοκομίας (Σ.Τ.Ε.Γ).

Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων για την μελέτη ορίστηκαν τα παρακάτω:

- Φοιτητές των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας και Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών και Ανθοκομίας του Α.Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης
- Φοίτηση στο Α' και Ζ' εξάμηνο των σχολών τους

Το σύνολο των ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια της εισόδου στην μελέτη ήταν 226 σπουδαστές. Στη μελέτη συμμετείχαν 129 φοιτητές (57.1%).

Ο λόγος για τον οποίο δεν συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο από τα υπόλοιπα άτομα είναι διότι τις ημέρες που πραγματοποιήθηκε η έρευνα στο χώρο του Α.Τ.Ε.Ι. δεν παραβρέθηκαν σε αυτό.

3.2. Μέθοδος

3.2.1. Ερωτηματολόγιο

Για την μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Γνώμη για την ψυχική αρρώστια» (Κλίμακα Ο.Μ.Ι) που διαμορφώθηκε από τους Cohen and Struening το 1962 και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του το 1982. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 51 ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με την ψυχική αρρώστια, τα χαρακτηριστικά, την αιτιολογία και την επίδραση της στην κοινωνική συμπεριφορά και στα μέτρα που πρέπει να παίρνει η κοινωνία για την αντιμετώπιση της.

Η παραγοντική ανάλυση της πρωτότυπη κλίμακα Ο.Μ.Ι. εντόπισε πέντε παράγοντες οι οποίοι ήταν: Αυταρχισμός, Ευγενικά Αισθήματα, Ιδεολογία Ψυχικής Υγιεινής, Κοινωνικός Αποκλεισμός και Διαπροσωπική Αιτιολογία. Σε ανάλογες αναλύσεις με ελληνικά δεδομένα εντοπίστηκαν επίσης πέντε παράγοντες, αλλά με κάποιες αποκλίσεις

στους παράγοντες της ανάλυσης, οι οποίες προφανώς να οφείλονται στο διαφορετικό δείγμα και στο μέγεθος του. Ενδεικτικά αναφέρουμε την έρευνα για την στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια, που έγινε σε δύο δήμους της Αθήνας σε δείγμα 1574 ατόμων από το Μαδιανό και τους συνεργάτες του το 1984, στην οποία αναδείχθηκαν πέντε παράγοντες: της Κοινωνικής Διάκρισης, του Κοινωνικού Περιορισμού, της Κοινωνικής Φροντίδας, της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης, Αιτιολογία. Η έρευνα του Κουτρελάκου, 1984, για τις στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα, κατέληξε σε πέντε παράγοντες: Αυταρχισμός, Ενδο-οικογενειακή Δεσμοί, Στίγμα, Περιορισμός, Ανθρωπισμός. Σύμφωνα με τον συγγραφέα τρεις από τους παράγοντες παρουσίαζαν μεγάλη ομοιότητα με εκείνους της αρχικής αμερικανικής έρευνας, ενώ η μικρότερη ομοιότητα που παρουσίασαν οι άλλοι δύο (του Περιορισμού και του Ανθρωπισμού), μπορεί να οφείλεται στη βελτίωση των οικονομικών συνθηκών και του αναθμισμένου τρόπου ζωής των Ελλήνων. Τέλος, από την έρευνα των Φακίνου και Πετρογιάννη, 1997, μελετήθηκε η σχέση διάφορων δημογραφικών παραγόντων προς τις στάσεις απέναντι στην ψυχική αρρώστια. Σε δείγμα φοιτητών προέκυψαν τέσσερις παράγοντες: Στίγμα, Ανθρωπισμός, Αυταρχισμός, Ομαλοποίηση.

Ωστόσο, διεθνείς μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο Ο.Μ.Ι. έχουν αναδείξει 6 παράγοντες. Σε έρευνα των Pitre και συνεργατών σε παιδιά δημοτικού σχολείου του Καναδά αναδείχθηκαν 6 παράγοντες, οι εξής παρακάτω: Φιλανθρωπία, Κοινωνική Διάκριση, Στερεότυπα, Κοινωνικός Περιορισμός, Πρόβλεψη, Στιγματισμός. Αυτό έγινε επειδή διαπίστωσαν πως εν αντιθέσει με τους 5 παράγοντες που είχαν κάνει στην αρχή (Αυταρχικότητα, Φιλανθρωπία, Ιδεολογία ψυχικής υγείας, Κοινωνικός Περιορισμός, Διαπροσωπική Αιτιολογία) οι 6 παράγοντες που τελικά δημιούργησαν ήταν πιο αναλυτικοί και περιεκτικοί.

Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά στην εξαβάθμια κλίμακα Likert. Έχει χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς παγκοσμίως για την μελέτη των στάσεων απέναντι στην ψυχική αρρώστια. Παραπάνω αναφέρθηκαν έρευνες (κεφάλαιο 1.5.) που έχουν εκπονηθεί παγκοσμίως με θέμα την «Γνώμη για την Ψυχική Υγεία».

3.2.2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στους φοιτητές στο χώρο του Α.Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης το μήνα Απρίλη του 2008. Η μέση χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους φοιτητές ήταν περίπου 20 λεπτά.

3.2.3 Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης αναλύθηκαν και παρουσιάζονται στα αποτελέσματα τα δεδομένα που αφορούν την «Γνώμη για την ψυχική αρρώστια».

Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίησή τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Για την στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (P-value)<0.05) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14.0.

Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Για την εκτίμηση της στάσης και της γνώμης των φοιτητών απέναντι στην ψυχική αρρώστια και την πιθανή συσχέτισή τους με κοινωνικοδημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος, ήταν απαραίτητη η δημιουργία νέων μεταβλητών, τόπος καταγωγής (χωρισμός σε αστικά- μη αστικά κέντρα) αλλά και στην δημιουργία των 6 κύριων παραγόντων με τη μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis) που περιέχουν τις 51 ερωτήσεις για την γνώμη απέναντι στην ψυχική υγεία}. Για τη συσχέτιση των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, τέθηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% ($\alpha = 5\%$). Οι μεταβλητές οι οποίες θα συσχετισθούν θα ελεγχθούν για το κατά πόσο τα αποτελέσματά τους είναι στατιστικά σημαντικά ($0,05 > / \text{sig.}$). Ακόμα ελέγχθηκε η εσωτερική συνάφεια

(internal consistency-βαθμός αξιοπιστίας): Η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha. Αποδεικνύεται αξιοπιστία όταν ο δείκτης Cronbach's alpha είναι μεγαλύτερος του 0.6 (Cronbach's alpha >0.6).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά φοιτητών

Στον Πίνακα 1 και Πίνακα 2 βρίσκονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας και των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών αντίστοιχα. Στη μελέτη μας συμμετείχαν 69 φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, 32 φοιτητές του Α' εξαμήνου (46.4%) και 37 φοιτητές του Ζ' εξαμήνου (53.6%), του Α.Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 20.8 με επικρατέστερες τιμές τις ηλικίες 19 ετών (17, 24.6%) και 22 ετών (16, 23.2%). Η μικρότερη ηλικία που εμφανίστηκε στην έρευνα που διεξήχθη στους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας ήταν 18 ετών ενώ η μεγαλύτερη 27 ετών. Το 91.3% του πληθυσμού αυτού ήταν γυναίκες (63) και το 8.7% ήταν άνδρες (6). Το 50,7% (35 άτομα) κατάγονται από αστικές περιοχές ενώ 34 άτομα (49,3%) από μη αστικές περιοχές. Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα τους, τα επαγγέλματα με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ήταν τα αγρότης (6, 8.7%), δημόσιος υπάλληλος (6, 8.7%), ιδιωτικός υπάλληλος (5, 7.2%) και μηχανικός αυτοκινήτων (5, 7.2%). Αντιστοίχως για το επάγγελμα της μητέρας τους, με τα οικιακά ασχολούνται οι περισσότερες μητέρες (37, 53.6%), 9 δημόσιοι υπάλληλοι, δηλαδή το 13% ενώ 8 είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (11.6%). Ακόμα, μεγάλο ποσοστό (92.8%) απάντησε θετικά στην ερώτηση για το αν έχουν αδέρφια. 5 άτομα είπαν πως δεν έχουν αδέρφια (7.2%), το 53.6% είπαν πως υπάρχει ένα ακόμη παιδί στην οικογένεια (37 άτομα), 22 είπαν πως υπάρχουν άλλα δύο παιδιά στην οικογένεια, το 31.9% δηλαδή, 4 φοιτητές είπαν πως έχουν άλλα τρία αδέρφια (5.8%) ενώ 1 (1.4%) έχει τέσσερα ακόμα αδέρφια. 28 φοιτητές ανέφεραν πως είναι το πρώτο παιδί στη σειρά (40.6%), το 39.1% δηλαδή 27 άτομα ανέφεραν πως είναι το δεύτερο παιδί στην σειρά, 8 είπαν πως είναι το τρίτο παιδί (11.6%) ενώ ένας ανέφερε πως είναι το τέταρτο (1.4%).

Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών Α' και Ζ' εξαμήνου Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών που προέκυψαν από την μελέτη μας είναι τα ακόλουθα: Σε δείγμα 60 φοιτητών (19 Α' εξαμήνου-31.7% και 41 Ζ' εξαμήνου-68.3%) ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 23.6%, με επικρατέστερες τιμές το 20 (9, 15%) και έπειτα την

ηλικία των 22 ετών (8, 13.3%). Ηλικιακά ο μικρότερος φοιτητής ήταν 18 ετών ενώ ο μεγαλύτερος 49. Το 41.7 το δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 58.3% (35) ήταν γυναίκες. Από αστικά κέντρα κατάγονται 44 φοιτητές δηλαδή το 73,3% του δείγματος ενώ από μη αστικά κέντρα το 26.7% δηλαδή 16 άτομα. Οι γονείς 41 ατόμων είναι έγγαμοι, ποσοστό που φτάνει το 68.3%, το 18.3 οι γονείς δηλαδή 11 φοιτητών είναι χωρισμένοι και 8 φοιτητών των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών του Α' και Ζ' εξαμήνου ο γονέας του είναι χήρος-α (13.3%). Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα τους, τα επαγγέλματα με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ήταν σε ποσοστό 11.7% δημόσιος υπάλληλος (7) και έπειτα έρχεται ο έμπορος (5, 8.3%). Αντιστοίχως και στο επάγγελμα της μητέρας πρώτο σε συχνότητα εμφάνισης έρχεται η οικιακή ασχολία (21, 35%) και ακολουθεί το επάγγελμα της ιδιωτικής υπαλλήλου με ποσοστό 16.7% (10). Πολύ μεγάλο ήταν το ποσοστό που απάντησε πως έχει αδέρφια (54, 90%), 6 είπαν πως δεν έχουν αδέρφια δηλαδή το 10%, ένα παιδί ακόμα στην οικογένεια είπαν πως έχει το 28% (17), δύο αδέρφια έχουν το 48.3% (29), άλλα τρία αδέρφια 4 άτομα είπαν πως έχουν (6.7%), τέσσερα αδέρφια δήλωσαν πως έχει 5% του δείγματος (3) ενώ ένας (1.7%) έχει 6 αδέρφια. Το 35% (21) είπε πως είναι το πρώτο παιδί, 20 είπαν πως ότι είναι το δεύτερο (33.3%), 12 (20%) είπαν πως είναι το τρίτο ενώ ένας είπε πως είναι το τέταρτο (1.7%).

4.2. Παραγοντική ανάλυση

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι κατηγορίες (παράγοντες) που πιθανόν να συνιστούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου στην έρευνά μας, είναι έξι (Πίνακας 3), οι εξής παρακάτω:

1) *Ο παράγοντας Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας/Ιδεολογία* (13 ερωτήσεις). Καθορίζεται από ερωτήματα που ερευνούν το πώς αντιλαμβάνονται την ψυχική υγεία.

2) *Ο παράγοντας Κοινωνική Φροντίδα* (9 ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις αυτές εκφράζουν μια θετική άποψη απέναντι στην ιδεολογία της θεραπευτικής προσέγγισης και προτείνουν βελτίωση της ποιότητας της παροχής και κοινωνική υποστήριξη.

3) *Ο παράγοντας Στερεότυπα* (9 ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις αυτές εξετάζουν τις στάσεις απέναντι σε παγιωμένες αντιλήψεις που υφίστανται στους κόλπους της κοινωνίας για τους ψυχικά ασθενείς.

4) *Ο παράγοντας Κοινωνικός Περιορισμός* (8 ερωτήσεις). Ο παράγοντας αυτός καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν ένα ψυχικά άρρωστο, ο οποίος περιγράφεται σαν ένα άτομο κατώτερο σε σύγκριση με ένα φυσιολογικό. Περιλαμβάνει την ανάγκη για μια αυταρχική στάση προς τον ψυχικά άρρωστο.

5) *Ο παράγοντας της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης* (7 ερωτήσεις). Χαρακτηριστικό αυτών των ερωτήσεων είναι η ανάγκη για την ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στην κοινοτική ζωή.

6) *Ο παράγοντας Προέλευση Ψυχικής Υγείας* (5 ερωτήσεις). Σε αυτόν τον παράγοντα γίνεται έκφραση απόψεων για το ποιες θεωρούνται οι πηγές της ψυχικής αρρώστιας.

Οι ερωτήσεις που συνιστούν τον πρώτο παράγοντα εξηγούν το 14,54% της συνολικής διακύμανσης, ο δεύτερος παράγοντας εξηγεί ένα 7,88%, ο τρίτος παράγοντας εξηγεί ένα 5,92%, ο τέταρτος παράγοντας εξηγεί ένα 4,75%, ο πέμπτος παράγοντας το 4,14% και ο έκτος παράγοντας εξηγεί το 4,06% της συνολικής διακύμανσης. Και οι έξι παράγοντες εξηγούν το 41,28% περίπου της συνολικής διακύμανσης για το ερωτηματολόγιο ΟΜΙ (Πίνακας 3).

Στον έλεγχο της αξιοπιστίας αυτών των αποτελεσμάτων, φάνηκε ότι είναι αποδεκτός ο διαχωρισμός σε αυτούς τους έξι παράγοντες, καθώς ιδιοτιμές (eigenvalues) μεγαλύτερες του 1,0 σε κοινωνιολογικές μελέτες και τιμές Cronbach's alpha μεγαλύτερες από 0,6 είναι αποδεκτές, όταν γίνεται σύγκριση της αξιοπιστίας μεταξύ των παραγόντων που αποτελούν το ερωτηματολόγιο.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας αυτών των αποτελεσμάτων χρησιμοποιώντας το δείκτη Cronbach's alpha, φάνηκε ότι είναι αποδεκτός ο διαχωρισμός σε αυτούς τους έξι παράγοντες (Πίνακας 3).

Στην παρούσα ανάλυση, οι 6 παράγοντες παρουσίασαν αρκετές ομοιότητες με τους αντίστοιχους 5 παράγοντες της πρωτότυπης κλίμακας. Παρατηρείται μερική συμφωνία μεταξύ των παραγόντων των δύο ερευνών σε παράγοντες όπως της Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία με τον παράγοντα Κοινωνική Διάκριση, ο παράγοντας Προέλευση Ψυχικής Υγείας με τον παράγοντα Αιτιολογία ενώ και στις δύο έρευνες παρόμοιοι είναι οι παράγοντες της Κοινωνικής Φροντίδας, του Κοινωνικού Περιορισμού και της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης. Τέλος, διαφορά υπάρχει στον παράγοντα 3 (Στερεότυπα) που περιλαμβάνει διαφορετικές ερωτήσεις από ότι το πρωτότυπο του Μαδιανού και των συνεργατών του.

4.3. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία στο σύνολο του δείγματος

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων που δημιουργήθηκαν παραθέτονται στον Πίνακα 4. Για τον παράγοντα της Πρόληψης της ψυχικής υγείας/ Ιδεολογία, βρέθηκε πως η μέση τιμή του είναι 42.8 και η τυπική του απόκλιση 9. Για τον παράγοντα που μετρά την Κοινωνική Φροντίδα η μέση τιμή που βρέθηκε είναι 28.7 και η τυπική του απόκλιση 3. Στον παράγοντα Στερεότυπα η μέση του τιμή είναι 36.3 ενώ η τυπική του απόκλιση 6. Στον επόμενο παράγοντα, που είναι του Κοινωνικού Περιορισμού, 26.8 είναι η μέση τιμή του και 5.9 η τυπική του απόκλιση. 24.4 είναι η μέση τιμή και 4.3 η τυπική απόκλιση του πέμπτου παράγοντα (Κοινωνική Ενσωμάτωση). Τέλος στον παράγοντα Προέλευση Ψυχικής Υγείας η μέση τιμή του είναι 16.4 και 3.9 τυπική του απόκλιση.

4.4. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς το φύλο

Στον πίνακα 5 φαίνεται η συσχέτιση των παραγόντων που δημιουργήθηκαν ως προς το φύλο των ερωτηθέντων, οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις. Οι άνδρες οι οποίοι απάντησαν είναι 31 ενώ οι γυναίκες 98. Ως προς τον πρώτο παράγοντα, αυτόν της Πρόσληψης της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία, η μέση τιμή είναι 39.7 για τους άνδρες και 43.8 για τις γυναίκες. Αντιστοίχως, 7.9 και 9.1 είναι οι τυπικές αποκλίσεις τους. Για τον δεύτερο παράγοντα (Κοινωνική Φροντίδα) 28.5 και 3.2 είναι η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους άνδρες ενώ 28.8 και 2.9 για τις γυναίκες. Ο παράγοντας Στερεότυπα είχε μέση τιμή για τους άνδρες 36.9 και τυπική απόκλιση 5 και για τις γυναίκες 36.1 και 6.3 αντιστοίχως. 26.7 και 5.8 είναι για τους άνδρες η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τον παράγοντα Κοινωνικός Περιορισμός ενώ 26.8 και 6 είναι για τις γυναίκες. Όσον αφορά τον παράγοντα 5 (Κοινωνική Ενσωμάτωση), για τους άνδρες η μέση τιμή είναι 24.1 και η τυπική απόκλιση 5 ενώ για τις γυναίκες η μέση τιμή είναι 24.8 και η τυπική απόκλιση 4.1. Τέλος, για τον έκτο παράγοντα που περιέχει ερωτήσεις για την Προέλευση της Ψυχικής Υγείας, μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους άνδρες είναι 16.5 και 4.4 ενώ για τις γυναίκες είναι 16.4 και 3.8.

Στη συσχέτιση που έγινε μεταξύ των παραγόντων και της μεταβλητής του φύλου δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους. Για τον παράγοντα Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία η στατιστική σημαντικότητα είναι 0.178, για το δεύτερο παράγοντα (Κοινωνική Φροντίδα) 0.466, για τον τρίτο παράγοντα (Στερεότυπα) 0.532, για τον τέταρτο (Κοινωνικός Περιορισμός) 0.958, ο πέμπτος (Κοινωνική Ενσωμάτωση) 0.300 και τέλος ο παράγοντας 6 (Προέλευση Ψυχικής Υγείας) έχει 0.520.

4.5. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τη σχολή φοίτησης

Ο Πίνακας 6 δείχνει τη συσχέτιση των παραγόντων που δημιουργήθηκαν ως προς τη σχολή την οποία φοιτούν οι ερωτώμενοι καθώς και οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις. 69 είναι οι φοιτητές οι οποίοι ερωτήθηκαν από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και 60 από την σχολή Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών. Για τον παράγοντα Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας η μέση τιμή είναι 47.2 και η τυπική απόκλιση 8.8 ενώ για αυτούς των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 37.9 και 6.2 αντιστοίχως. Οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας, στον δεύτερο παράγοντα- Κοινωνική Φροντίδα, έχουν μέση τιμή 29.2 και τυπική απόκλιση 3.1. Στον ίδιο παράγοντα οι των Θεμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουν μέση τιμή 28.3 και τυπική απόκλιση 2.8. Στον παράγοντα Στερεότυπα 36.6 και 6.6 είναι η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας ενώ 36 και 5.3 είναι των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών. Στον τέταρτο παράγοντα (Κοινωνικός Περιορισμός) οι σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας έχουν μέση τιμή 28.2 και τυπική απόκλιση 6.1 και των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουν 25.1 μέση τιμή και 5.3 τυπική απόκλιση. Στον παράγοντα της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης 23.6 είναι η μέση τιμή και 4.3 η τυπική απόκλιση για τους φοιτητές Κοινωνικούς λειτουργούς ενώ 25.3 και 4.3 είναι οι αντίστοιχες τιμές για τους φοιτητές Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών. Τέλος, στον έκτο παράγοντα-Προέλευση Ψυχικής Υγείας για τους σπουδαστές Κοινωνικούς λειτουργούς η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση είναι 16.9 και 3.7 ενώ για τους σπουδαστές Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 15.9 και 4.1.

Στη συσχέτιση που έγινε μεταξύ των παραγόντων και της μεταβλητής «σχολή» έδειξε πως στατιστικά σημαντική είναι συσχέτιση με τον παράγοντα 1- Πρόσληψη της ψυχικής υγείας/ Ιδεολογία (0.014). Για τους υπόλοιπους παράγοντες οι συσχετίσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Στον παράγοντα Κοινωνική Φροντίδα η στατιστική σημαντικότητα είναι 0.508 στον παράγοντα Στερεότυπα 0.300, στον παράγοντα Κοινωνικός Περιορισμός 0.334, στον παράγοντα Κοινωνική Ενσωμάτωση 0.672 και στον παράγοντα Προέλευση Ψυχικής Υγείας είναι 0.735.

4.6. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς το εξάμηνο φοίτησης

Στον Πίνακα 7 παραθέτονται οι συσχετίσεις των παραγόντων ως προς το εξάμηνο φοίτησης των ερωτηθέντων καθώς επίσης και οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις. Στο Α' εξάμηνο φοιτούν 51 εκ των ερωτηθέντων και 78 στο Ζ'. Στον παράγοντα Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία για τους φοιτητές του Α' εξαμήνου η μέση τιμή είναι 42 ενώ η τυπική απόκλιση 9.1. Για αυτούς του Ζ' είναι 43.4 και 8.8. Στον παράγοντα Κοινωνική Φροντίδα που δημιουργήθηκε, η μέση τιμή είναι 28.6 για τους φοιτητές Α' εξαμήνου, η τυπική απόκλιση 2.1 ενώ για αυτούς του Ζ' είναι 28.8 η μέση τιμή και 3.5 η τυπική απόκλιση. Ο παράγοντας Στερεότυπα για τους σπουδαστές Α' εξαμήνου έχει μέση τιμή 35.4 και τυπική απόκλιση 6.3. Αντιστοίχως οι τιμές είναι 36.9 και 5.7 για αυτούς του Ζ'. Ο παράγοντας 4 (Κοινωνικός Περιορισμός) για τους σπουδαστές του Α' εξαμήνου έχει μέση τιμή 26.2 και 6.2 η τυπική του απόκλιση. 27.1 και 5.7 είναι η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των φοιτητών του Ζ' εξαμήνου για τον παράγοντα 4. Στον παράγοντα 5 (Κοινωνική Ενσωμάτωση) η μέση τιμή είναι 25.7 για τους φοιτητές Α' εξαμήνου των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας και Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών και 4.4 η τυπική απόκλιση. Του Ζ' εξαμήνου οι τιμές είναι 23.6 και 4.2 αντιστοίχως. Για τον τελευταίο παράγοντα (Προέλευση Ψυχικής Υγείας) και τους σπουδαστές Α' εξαμήνου η μέση τιμή είναι 16.2 ενώ η τυπική του απόκλιση είναι 4.5. 16.6 είναι η μέση τιμή των σπουδαστών Ζ' εξαμήνου και 3.5 η τυπική του απόκλιση.

Στη συσχέτιση που έγινε μεταξύ των παραγόντων και της μεταβλητής του εξαμήνου σπουδών βρέθηκε στατιστικά σημαντική η συσχέτιση μόνο με τον παράγοντα 2 (Κοινωνική Φροντίδα-0.007). Στις υπόλοιπες μεταβλητές δεν είναι στατιστικά σημαντικές οι συσχετίσεις. Στον παράγοντα 1- Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας είναι 0.848, στο παράγοντα 3- Στερεότυπα είναι 0.981, στον παράγοντα 4- Κοινωνικός Περιορισμός είναι 0.792, στον παράγοντα 5- Κοινωνική Ενσωμάτωση είναι 0.881 και στον τελευταίο παράγοντα- Προέλευση Ψυχικής Υγείας είναι 0.070.

4.7. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τον τόπο καταγωγής (αστικά- μη αστικά κέντρα)

Η συσχέτιση των παραγόντων που δημιουργήθηκαν με τον τόπο καταγωγής φαίνονται στον Πίνακα 8. Οι περιοχές που κατάγονται οι ερωτούμενοι για πρακτικούς λόγους χωρίστηκαν σε αστικά και σε μη αστικά κέντρα (σελ. 74). 79 είναι τα άτομα που κατάγονται από αστικά κέντρα και 50 εκείνοι που κατάγονται από μη αστικά. Στην συσχέτιση με τον παράγοντα Πρόσληψη της ψυχικής υγείας/ Ιδεολογία, αυτοί που κατάγονται από αστικά κέντρα έχουν μέση τιμή 41.3 και τυπική απόκλιση 8.4. Αντιστοίχως οι φοιτητές που κατάγονται από μη αστικά κέντρα έχουν 45.2 και 9.3. Για τον παράγοντα Κοινωνική Φροντίδα οι φοιτητές από τα αστικά κέντρα έχουν μέση τιμή και τυπική απόκλιση 28.6 και 3.2. Εκείνοι που κατάγονται από μη αστικά κέντρα έχουν 29 και 2.6. Στον τρίτο παράγοντα- Στερεότυπα οι σπουδαστές που είναι από αστικά κέντρα έχουν μέση τιμή 36 και τυπική απόκλιση 6.1 ενώ αυτοί που κατάγονται από μη αστικά κέντρα έχουν 36.8 μέση τιμή και 5.7 τυπική απόκλιση. Για τους φοιτητές που η καταγωγή τους είναι από αστικά κέντρα, στον παράγοντα 4 (Κοινωνικός Περιορισμός) έχουν μέση τιμή 25.9 και τυπική απόκλιση 6.2. Από την άλλη εκείνων που η καταγωγή τους είναι από μη αστικά κέντρα η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση είναι 28.1 και 5.2. Στον παράγοντα Κοινωνική Ενσωμάτωση οι καταγόμενοι από αστικά κέντρα έχουν μέση τιμή 24.4 και τυπική απόκλιση 4.5. Παρόμοια είναι η μέση τιμή και για τους φοιτητές από τα μη αστικά κέντρα έχοντας όμως τυπική απόκλιση λίγο μικρότερη, 4.2. Τέλος, ο έκτος παράγοντας (Προέλευση Ψυχικής Υγείας) σε συσχέτιση με τον τόπο καταγωγής για αυτούς που η καταγωγή τους είναι από αστικά κέντρα είναι 16.1 και η τυπική τους απόκλιση 4. Μέση τιμή 16.9 και τυπική απόκλιση 3.7 είναι οι τιμές των ερωτηθέντων που κατάγονται από μη αστικά κέντρα.

Στη συσχέτιση που έγινε μεταξύ των παραγόντων και της μεταβλητής «τόπος καταγωγής» δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους. Για τον παράγοντα Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας η στατιστική σημαντικότητα είναι 0.414, για τον παράγοντα Κοινωνική Φροντίδα 0.450, για τον τρίτο παράγοντα-Στερεότυπα 0.874,

για τον Κοινωνικό Περιορισμό 0.502, ο πέμπτος-Κοινωνική Ενσωμάτωση 0.591 και τέλος ο παράγοντας 6 (Προέλευση Ψυχικής Υγείας) έχει 0.397.

4.8. Συσχετίσεις παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τη σχολή και το εξάμηνο φοίτησης

Σε αυτή τη συσχέτιση έχουμε 32 άτομα στο Α' εξάμηνο Κοινωνικής Εργασίας και 37 στο Ζ' ενώ στο Α' εξάμηνο της σχολής Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουμε 19 άτομα και 41 στο Ζ' (Πίνακας 9). Στον παράγοντα 1- Πρόσληψη της ψυχικής υγείας/ Ιδεολογία για τα άτομα του Α' εξαμήνου Κοινωνικής εργασίας η μέση τιμή είναι 45.1 και η τυπική απόκλιση είναι 8.5. Εκείνοι του Ζ' εξαμήνου έχουν 49 μέση τιμή και 8.7 τυπική απόκλιση. Από την άλλη πλευρά οι σπουδαστές του Α' εξαμήνου της σχολής Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουν μέση τιμή και τυπική απόκλιση 36.8 και 7.8. Αντιστοίχως οι του Ζ' φοιτητές έχουν 38.4 και 5.3. Στον δεύτερο παράγοντα- Κοινωνική Φροντίδα οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας του Α' εξαμήνου έχουν μέση τιμή 28.9 και τυπική απόκλιση 2.2. ενώ αυτοί του Ζ' έχουν 29.4 και 3.7. Των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών οι φοιτητές Α' και Ζ' εξαμήνου έχουν μέση τιμή και τυπική απόκλιση 28 και 1.8 και 28.4 και 3.1 αντιστοίχως. Ο επόμενος παράγοντας- Στερεότυπα που δημιουργήθηκε, έχει μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τους σπουδαστές Α' και Ζ' εξαμήνου του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας 35 και 6.5 και 38.1 και 6.3. Με τον ίδιο τρόπο έχουμε για τους σπουδαστές των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών του Α' εξαμήνου τη μέση τιμή στο 36.1 και την τυπική απόκλιση στο 6 ενώ για αυτούς του Ζ' έχουμε 35.9 την μέση τιμή και 5 την τυπική απόκλιση. Στον παράγοντα 4- Κοινωνικός Περιορισμός η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των φοιτητών Κοινωνικής εργασίας Α' εξαμήνου είναι 27.6 και 6.2 ενώ αυτών του Ζ' είναι 28.7 και 6.1. Στον ίδιο παράγοντα οι ερωτώμενοι του Α' και Ζ' εξαμήνου της σχολής Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουν μέση τιμή και τυπική απόκλιση 23.9 και 5.6 οι πρώτοι και 25.7 και 5.1 οι δεύτεροι. Ο παράγοντας 5- Κοινωνική Ενσωμάτωση σε συσχέτιση με τη σχολή και το εξάμηνο φοίτησης βρέθηκε πως η μέση τιμή των σπουδαστών Α' εξαμήνου της σχολής Κοινωνικής Εργασίας είναι 24.9 και η τυπική τους απόκλιση 4.6. Εκείνοι του Ζ' έχουν 22.5 και 3.7. Οι φοιτητές του

A' εξαμήνου Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουν μέση τιμή και 3.8 τυπική απόκλιση ενώ αυτοί του Z' 24.5 και 4.4. Για τον έκτο παράγοντα, αυτόν της Προέλευσης της Ψυχικής Υγείας, οι φοιτητές A' εξαμήνου Κοινωνικής Εργασίας έχουν μέση τιμή 16.6 και τυπική απόκλιση 3.9. Εκείνοι του Z' έχουν μέση τιμή 17.2 και τυπική απόκλιση 3.5. Οι φοιτητές του A' εξαμήνου των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών έχουν μέση τιμή 15.7 και τυπική απόκλιση 5.4 ενώ οι φοιτητές του Z' εξαμήνου έχουν μέση τιμή 16 και τυπική απόκλιση 3.4.

Στη συσχέτιση που έγινε μεταξύ των παραγόντων και των μεταβλητών «σχολή» και «εξάμηνο» έδειξε πως στατιστικά σημαντική είναι η συσχέτιση με τον παράγοντα 2- Κοινωνική Φροντίδα και τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας A' και Z' εξαμήνου (0.003) καθώς επίσης και του παράγοντα 6- Προέλευση της Ψυχικής Υγείας και των φοιτητών Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών A' και Z' εξαμήνου (0.007). Για τους υπόλοιπους παράγοντες (Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας, Στερεότυπα, Κοινωνικός Περιορισμός και Κοινωνική Ενσωμάτωση) οι συσχετίσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Στον παράγοντα Πρόληψη της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία για τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας A' και Z' εξαμήνου η στατιστική σημαντικότητα είναι 0.918 ενώ για αυτούς των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 0.078. Στον παράγοντα Κοινωνική Φροντίδα η στατιστική σημαντικότητα για τους ερωτηθέντες των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 0.076. Στον παράγοντα Στερεότυπα για τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας είναι 0.983, ενώ για αυτούς των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 0.734. Στον παράγοντα Κοινωνικός Περιορισμός η στατιστική σημαντικότητα έχει την τιμή για τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας 0.705 ενώ για αυτούς των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 0.657. Στον παράγοντα Κοινωνική Ενσωμάτωση για τους σπουδαστές της Κοινωνικής εργασίας η τιμή είναι 0.389 και για αυτούς των Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών είναι 0.599. Τέλος στον παράγοντα Προέλευση Ψυχικής Υγείας είναι 0.669 για τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Η μελέτη ήταν συγχρονική, που ως γνωστό δεν επιτρέπει την διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων. Συμπεριέλαβε σπουδαστές των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας και Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών (Α' και Ζ' εξαμήνου) του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης (129 άτομα από τα 226 στο σύνολό τους) και το γεγονός αυτό ίσως να μην επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο των φοιτητών.

5.2. Κύρια ευρήματα

Η παρούσα μελέτη εστίασε σε θέματα όπως στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική υγεία και την πιθανή συσχέτιση των παραγόντων αυτών με κάποια κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ερωτούμενων όπως είναι το φύλο, ο τόπος καταγωγής, η σχολή και το εξάμηνο σπουδών.

Στη μελέτη μας, η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε 6 παράγοντες, γεγονός που αποτελεί διαφορά και καινοτομία της μελέτης από τις προγενέστερες αναλύσεις. Η μερική ομοιογένεια κάποιων παραγόντων ενισχύει τη δομική εγκυρότητα του εργαλείου.

Στη μελέτη η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν γυναίκες (98, 76%) εν αντιθέσει με τους άνδρες που ήταν 31 άτομα δηλαδή το 24%. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας αποτελείται στην πλειοψηφία του από γυναίκες (στην προκειμένη είχαμε 63 στο σύνολο 69 ερωτηθέντων, ποσοστό που φτάνει στο 91.3%). Πιο ισορροπημένο ήταν το δείγμα που πήραμε από τη σχολή Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών όπου σε σύνολο 60 ατόμων το 58.3% (35 άτομα) ήταν γυναίκες και τα 25 άτομα (41.7%) άνδρες. Έτσι, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι γυναίκες τείνουν να επιλέγουν επαγγέλματα υγείας λόγω του ότι είναι άτομα πιο ευαίσθητοποιημένα σε αντίθεση με τους άνδρες (Imran and Haider, 2007).

Εξετάζοντας στο σύνολο του δείγματος, παρατηρείται πως για τον παράγοντα Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία η αντίληψη των φοιτητών είναι θετική (Μ.Τ. 42.8) όπως και στον παράγοντα της Κοινωνικής Φροντίδας (Μ.Τ. 28.7). Για τον επόμενο παράγοντα-Στερεότυπα, είναι επίσης θετική η στάση των ερωτηθέντων (Μ.Τ. 36.3) εν αντιθέσει με την αρνητική θέση που έχουν απέναντι στον παράγοντα του Κοινωνικού Περιορισμού (Μ.Τ. 26.8). Θετική είναι η στάση των σπουδαστών στον παράγοντα της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης (Μ.Τ. 24.4) ενώ για τον τελευταίο παράγοντα-Προέλευση της ψυχικής υγείας στο σύνολο του δείγματος η στάση και η αντίληψη των φοιτητών που ερωτήθηκαν ήταν πολύ αρνητική παρουσιάζοντας μέση τιμή 16.4. Παρατηρούμε λοιπόν πως υπάρχει στο δείγμα μας μια τάση θετική αποδοχής των ψυχικά ασθενών. Εντύπωση ωστόσο προκαλεί και θέτει ερωτηματικά για την ισχύ και αξιοπιστία των απαντήσεων που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες τα αποτελέσματα της συσχέτισης με τον παράγοντα 6-Προέλευση της Ψυχικής Υγείας, όπου στις ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτόν τον παράγοντα γίνεται έκφραση απόψεων για το ποιες θεωρούνται οι πηγές της ψυχικής αρρώστιας. Παρατηρούμε μια αρκετά χαμηλή μέση τιμή που δηλώνει ότι οι απόψεις τους για την ψυχική ασθένεια και την προέλευσή της δεν είναι αυτές που θα έπρεπε. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η έλλειψη γνώσης γύρω από το θέμα της ψυχικής υγείας είναι ο πρώτος λόγος που δημιουργεί λανθασμένες αντιλήψεις-στίγμα για τα ψυχικά άρρωστα άτομα. Το εύρημα αυτό πιθανώς τονίζει την ελλειμματική εκπαίδευση του πληθυσμού γενικότερα γύρω από τον τομέα της ψυχικής υγείας και κάνει ίσως επιτακτικότερη την ανάγκη για άμεση εύρεση λύσεων όπως την εισαγωγή μαθήματος στα σχολεία αλλά και την εκπαίδευση του πληθυσμού μέσω σεμιναρίων, εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων.

Σύμφωνα με το φύλο των ερωτηθέντων, οι γυναίκες (Μ.Τ. 43.8) ερωτούμενοι στον παράγοντα 1-Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας έχουν ευνοϊκότερη άποψη για τους ψυχικά ασθενείς σε σχέση με τους άνδρες (Μ.Τ. 39.7). Στον δεύτερο παράγοντα (Κοινωνική Φροντίδα) παρατηρούμε μεταξύ των δύο φύλων μια σχετική ισορροπία με πιο θετική άποψη να έχουν οι άνδρες (Μ.Τ. 28.5). Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν πως και για τα Στερεότυπα οι άνδρες σπουδαστές εμφάνισαν θετικότερες απόψεις με μέση τιμή μεγαλύτερη 36.9 αντί από αυτή των γυναικών 36.1. Στον επόμενο παράγοντα, αυτόν του Κοινωνικού Περιορισμού, φάνηκε μια ισορροπία σε σχέση με το φύλο πάνω στις

αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια σε μια αρνητική στάση που κρατούν οι φοιτητές (μέση τιμή 26.7 για τους άνδρες και 26.8 για τις γυναίκες). Στον πέμπτο παράγοντα (Κοινωνική Ενσωμάτωση) έχουμε μια ευνοϊκότερη στάση των γυναικών (Μ.Τ. 24.8) σε σχέση με αυτή των ανδρών. Τέλος, σχετικά με την Προέλευση της Ψυχικής Υγείας θετική αντίληψη φαίνεται να έχουν οι άνδρες παρουσιάζοντας μέση τιμή 16.9 αντί 15.9 που παρουσιάζουν οι γυναίκες μέσα στην γενικότερη όμως αρνητική αντίληψη που έχουν στον παράγοντα αυτό. Το δείγμα για τις στάσεις και τις αντιλήψεις μεταξύ ανδρών και γυναικών απέναντι στην ψυχική υγεία δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό για την κοινωνία καθώς το δείγμα των ανδρών εν συγκρίσει με αυτό των γυναικών είναι περίπου τρεις φορές μικρότερο. Αυτό οφείλεται στον μικρό αριθμό ανδρών σπουδαστών κυρίως στο τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας. Παρά όλα αυτά όμως, βρέθηκε πως οι άνδρες έχουν μια πιο ευνοϊκή αντιμετώπιση στους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Όσον αφορά το ρόλο που παίζει ο τόπος καταγωγής (αστικά-μη αστικά κέντρα) για τις απόψεις των ατόμων σχετικά με την ψυχική υγεία παρατηρούμε μια θετικότερη στάση και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από τα άτομα που κατάγονται από τα μη αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα που μπορούμε να θεωρήσουμε ότι έρχεται σύμφωνο με το εύρημα του Bell και της ομάδας του αλλά και του Corrigan και του Watson που καταργεί το μύθο πως η λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στους ψυχικά διαταραγμένους ανθρώπους. Συγκεκριμένα, στον παράγοντα της Πρόσληψης της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία, τα άτομα από τα μη αστικά κέντρα παρουσιάζουν θετικότερη αντίληψη (Μ.Τ 45.2) από αυτούς που έχουν ζήσει στις μεγάλες πόλεις (Μ.Τ 41.3). Όσον αφορά την Κοινωνική Φροντίδα, θετική στάση κρατούν οι σπουδαστές από τα αστικά κέντρα (Μ.Τ. 28.6). Και για τον τρίτο παράγοντα (Στερεότυπα) και για τον τέταρτο (Κοινωνικός Περιορισμός) αλλά και για τον έκτο (Προέλευση Ψυχικής Υγείας) οι ερωτούμενοι φοιτητές του δείγματός μας από μη αστικά κέντρα παρουσιάζουν και πάλι θετικότερη γνώμη απέναντι στην ψυχική υγεία σε σχέση με αυτούς που κατάγονται από αστικά κέντρα με μέσες τιμές αντιστοίχως 36.8, 28.1 και 16.9. Στον παράγοντα τέλος της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης, παρουσιάζουν ίδια μέση τιμή, 24.4. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης συσχέτισης έρχεται πιθανώς σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που θα

αναμέναμε, ότι δηλαδή τα άτομα που κατάγονται από τις μεγάλες-ανεπτυγμένες πόλεις θα είχαν και θετικότερες αντιλήψεις πάνω στην ψυχική υγεία. Είναι δύσκολο να κάνουμε ακριβείς υποθέσεις για το που μπορεί να οφείλεται αυτό. Ωστόσο μπορούμε να υποθέσουμε πως η διαφορετική δομή και ρυθμοί ζωής ανάμεσα σε αστικά-μη αστικά κέντρα, το ότι η άνθρωποι και οι οικογένειες είναι περισσότερο οικείοι, ανοιχτοί και φιλικόι μεταξύ τους στα μη αστικά κέντρα από ότι στα αστικά και η δομή της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένου τις αξίες και τις αρχές που δίνει στο παιδί, ίσως να είναι κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως η εκπαίδευση δεν πρέπει σε αυτό το επίπεδο να θεωρηθεί πως παίζει ρόλο στην διαμόρφωση αντιλήψεων καθώς δεν μπορεί να διαφέρει σημαντικά από τόπο σε τόπο.

Σημαντικά είναι επίσης τα αποτελέσματα που βρέθηκαν στην σύγκριση των δύο σχολών μεταξύ τους. Θετικότερη σε μεγάλο ποσοστό (+10.1) είναι η στάση που έχουν οι ερωτούμενοι σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας με μέση τιμή 47.2 για τον παράγοντα Πρόσληψης της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία. Αξιοσημείωτο είναι το αποτέλεσμα στον δεύτερο παράγοντα-Κοινωνική Φροντίδα. Οι σπουδαστές Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών παρουσιάζουν ευνοϊκότερη στάση απέναντι σε αυτούς του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας με μέση τιμή 28.3. Αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσαμε να το συσχετίσουμε με το αποτέλεσμα της έρευνα που διεξήχθη στις κάτω χώρες και αναφέρει πως με τον καιρό η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα αυτά φθίνει και με τον καιρό αρχίζει να γίνεται ουδέτερη. (van Doeselaar et al., 2008). Στον παράγοντα Στερεότυπα οι φοιτητές κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν και πάλι, με μικρή διαφορά, θετικότερη στάση (Μ.Τ. 36.6). Αντιστοίχως και στον παράγοντα του Κοινωνικού Περιορισμού, με μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ τους όμως, της τάξης του +3.1, οι φοιτητές κοινωνικοί λειτουργοί έχουν θετικότερες αντιλήψεις εν συγκρίσει με αυτές των Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών, έχοντας μέση τιμή 28.2. Στον επόμενο παράγοντα, αυτόν της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης βρέθηκε πως και πάλι οι σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας έχουν πιο θετική αντίληψη για τους ψυχικά ασθενείς (Μ.Τ. 23.6). Τέλος, όσον αφορά τις απόψεις των φοιτητών γύρω από την Προέλευση της Ψυχικής Υγείας, βρέθηκε πως και εδώ οι σπουδαστές του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας διατηρούν πιο

θετική άποψη σε σχέση με αυτούς των Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών έχοντας μέση τιμή 16.9. Η θετικότερη αντίληψη που βρέθηκε από την έρευνα μας πως έχουν οι σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας εν συγκρίσει με τους φοιτητές Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών, σύμφωνα και με την παγκόσμια βιβλιογραφία θα μπορούσε να επικυρώσει πολλές από τις απόψεις που έχουν ειπωθεί στο θεωρητικό μέρος. Επί παραδείγματι, το ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι άτομα πιο ευαισθητοποιημένα σε θέματα ψυχικής υγείας από άλλου είδους επαγγελματίες (Imgran and Haider, 2007). Ακόμα το ότι η εκπαίδευση γύρω από θέματα ψυχικής υγείας και το πρόγραμμα σπουδών της Κοινωνικής Εργασίας βοηθούν στην άνθιση θετικότερων αντιλήψεων αλλά και στην άποψη ότι η άμεση επαφή (μέσω εργαστηριακών μαθημάτων ή επισκέψεων κτλ.) με ψυχικά ασθενείς βελτιώνει την εικόνα που έχει στο μυαλό του ο άνθρωπος για αυτά τα άτομα (Björkman et al., 2007; Pinfold et al., 2003; Pitre et al., 2007; Rose et al., 2007; Thomas, 2008).

Τέλος, ένα άλλο στοιχείο που θέλαμε να αναδείξουμε από την έρευνά μας (σύμφωνα με τα ερευνητικά μας ερωτήματα) ήταν η διαφορά των στάσεων και των αντιλήψεων ανάμεσα στο Α' και Ζ' εξαμήνο του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας. Όπως δείχνουν και τα παρακάτω στοιχεία, οι φοιτητές του Ζ' εξαμήνου του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας παρουσίασαν θετικότερες απόψεις σε σύγκριση με τις απόψεις των φοιτητών του Α' εξαμήνου, αποτέλεσμα που μπορεί να συσχετιστεί με την άποψη πως η άμεση επαφή με ψυχικά ασθενείς (μέσω των εργαστηριακών μαθημάτων, επισκέψεων αλλά και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα) βελτιώνει την στάση και την αντιμετώπιση που έχουν οι άνθρωποι απέναντι στους ψυχικά αρρώστους (Björkman et al., 2007; Pitre et al., 2007; Rose et al., 2007; Thomas, 2008). Συγκεκριμένα, για τον παράγοντα Πρόσληψη της Ψυχικής Υγείας/ Ιδεολογία η αντίληψη των φοιτητών του Ζ' εξαμήνου είναι πιο θετική (Μ.Τ. 49) σε σχέση με την αντίληψη που έχουν αυτοί του Α' (Μ.Τ. 45.1). Στον παράγοντα Κοινωνική Φροντίδα υπάρχει μια σχετική ισορροπία στις απόψεις των σπουδαστών Α' και Ζ' εξαμήνου με ευνοϊκότερη την στάση των φοιτητών του Α' (Μ.Τ. 28.9). Σε όλους τους υπόλοιπους παράγοντες, Στερεότυπα, Κοινωνικό Περιορισμό, Κοινωνική Ενσωμάτωση και Προέλευση Ψυχικής Υγείας, οι σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Ζ' εξαμήνου παρουσιάζουν θετικότερες απόψεις, στάσεις και

αντιλήψεις σε σχέση με αυτές των φοιτητών του Α' εξαμήνου. Για τους προαναφερθέντες παράγοντες οι μέσες τιμές είναι αντιστοίχως 38.1, 28.7, 22.5 και 17.2. Ωστόσο δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτοι πως η εκπαίδευση και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που λαμβάνουν οι σπουδαστές του Ζ' εξαμήνου Κοινωνικής Εργασίας είναι ο μοναδικός λόγος που βελτιώνει τη στάση τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Άλλοι παράγοντες που μπορούμε να υποθέσουμε πως ευθύνονται για αυτό είναι η μεγαλύτερη ηλικία, η αύξηση της ωριμότητας του ατόμου, εμπειρίες της ζωής-βιώματα και άλλα.

** Για τους παράγοντες 1,3,4,6 όσο μεγαλύτερη είναι η μέση τιμή, τόσο θετικότερη είναι η στάση και η αντίληψη για αυτούς. Αντίστοιχα σημαίνει, για τους παράγοντες 2 και 5 η μικρή μέση τιμή.*

5.3. Συζήτηση

Η ψυχική ασθένεια είναι η πιο στιγματισμένη εκ των ασθενειών. Τα ψυχικά άρρωστα άτομα δίνουν μια άνιση μάχη όχι μόνο απέναντι στην ίδια τους την ασθένεια αλλά και εναντίον της «δεύτερης ασθένειας»-του κοινωνικού στίγματος.

Όλα αυτά τα χρόνια οι κοινωνίες παρακολουθούσαν αμέτοχες τα μηνύματα αρνητισμού που λάμβαναν οι ψυχικά ασθενείς και η κατάσταση όλο και χειροτέρευε με τον καιρό. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, έχουν στραφεί ολοένα και περισσότερα βλέμματα προς αυτά τα άτομα. Μελέτες και έρευνες που βοηθούν στην προαγωγή της γνώσης αλλά και στρατηγικές για την καταπολέμηση του στίγματος έχουν ήδη ξεκινήσει να βρίσκονται δίπλα στα ψυχικά διαταραγμένα άτομα. Όλες οι μελέτες έχουν εντοπίσει και επισημάνει την ύπαρξη του στίγματος για αυτά τα άτομα. Όμως ευελπιστούν πως στα επόμενα χρόνια και με τις ορθότερες κινήσεις, που έχουν ήδη ξεκινήσει από τις υπηρεσίες που ασχολούνται με αυτά τα άτομα, τα νέα αποτελέσματα θα είναι ενθαρρυντικά και θα φανερώσουν την σταδιακή μείωση του στίγματος.

Όσον αφορά την έρευνά μας, όπως φάνηκε από αυτήν (ευρήματα που έρχονται σε συμφωνία με μελέτες που έχουν γίνει παγκοσμίως), απαντώντας στα ερευνητικά μας

ερωτήματα, άτομα όπως οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας όντως διαφοροποιούνται από σπουδαστές άλλης σχολής (άσχετης με επάγγελμα υγείας-στην προκειμένη ήταν η σχολή Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών). Η στάση τους και οι αντιλήψεις τους είναι συνολικά θετικότερες απέναντι στην ψυχική υγεία σε σχέση με τους φοιτητές της άλλης σχολής. Αυτό φάνηκε από την σύγκριση των απόψεων μεταξύ των δύο σχολών, όπου στο σύνολο των στάσεων, οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας ήταν αισθητά θετικότερες. Επίσης, η έρευνά μας επιβεβαίωσε (όπως και πολλές έρευνες παγκοσμίως) πως η εκπαίδευση γύρω από το χώρο της ψυχικής υγείας, το πρόγραμμα σπουδών αλλά και η άμεση επαφή με τους ψυχικά ασθενείς μπορεί να βελτιώσει την στάση απέναντι στους ασθενείς. Αυτό γίνεται φανερό από το γεγονός πως οι σπουδαστές του Ζ' εξαμήνου της Κοινωνικής Εργασίας είχαν καλύτερα αποτελέσματα-την καλύτερη στάση και αντίληψη για την ψυχική υγεία εν συγκρίσει και με αυτούς του Α' αλλά και με τους σπουδαστές των Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών. Ακόμα, θα μπορούσαμε να πούμε πως επιβεβαίωσε το εύρημα των Bell, Corrigan και Watson ότι οι ανεπτυγμένες και οι προηγμένες χώρες δεν έχουν λιγότερο κοινωνικό στίγμα από τις υπόλοιπες. Δεν μπορεί να υπάρξει τέτοιος συσχετισμός. Σε σχέση με την δική μας έρευνα, ταυτίζοντας τις προηγμένες χώρες με τα αστικά κέντρα που κατάγονται οι φοιτητές και τα μη αστικά κέντρα με τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες βρήκαμε πως οι σπουδαστές από τα μη αστικά κέντρα έχουν πιο θετικές αντιλήψεις για την ψυχική υγεία από αυτούς που κατάγονται από αστικά κέντρα.

Έτσι, γίνεται φανερό πως οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν κυρίως στο χώρο της εκπαίδευσης και του σχολείου, καθώς ο άνθρωπος από την μικρή του κιόλας ηλικία διαμορφώνει τις αξίες και τις αντιλήψεις του όπως επίσης δέχεται και μηνύματα από την κοινωνία. Η σωστά δομημένη προώθηση της αγωγής και της προαγωγής υγείας στην κοινωνία πρέπει να είναι κινήσεις που όλες οι χώρες και όλες οι κοινωνίες του κόσμου θα κάνουν ώστε να ξεκινήσει άμεσα η μείωση του στίγματος. Πρέπει όλοι οι επαγγελματίες υγείας και οι οργανώσεις να εργαστούν σκληρά για την θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας από τους ασθενείς αλλά ακόμα να εργαστούν και να συνεργαστούν και με τους ανθρώπους όλου του κόσμου για την θεραπεία της ασθένειας της κοινωνίας, του στίγματος.

Αυτή η πτυχιακή εργασία ευελπιστούμε να έχει συνέχεια. Χρειάζεται ακόμα μεγαλύτερη διερεύνηση του θέματος των στάσεων απέναντι στην ψυχική υγεία και των παραγόντων που παίζουν ρόλο στην διαμόρφωση των αντιλήψεων γύρω από αυτήν. Θα θέλαμε οι έρευνες που θα επακολουθήσουν να εστιάσουν κυρίως στο ρόλο της εκπαίδευσης (θεωρητικής και πρακτικής) του ανθρώπου πάνω στην ψυχική υγεία καθώς η γνώση αποτελεί το εφόδιο της εξέλιξης και της προόδου.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Angermeyer, C., Dietrich, S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113 (3): 163–179.

Becker T, Knapp M, Knudsen H.C. The EPSILON study of schizophrenia in five European countries: design and methodology for standardizing outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *British Journal of Psychiatry*, 1999; 175, 514-521.

Bell, S., Aaltonen, E., Bronstein, E., Desplenter, F., Foulon, V., Vitola, A., Muceniece, R., Manjiri, S., Gharat., Volmer, D., Marja S., Airaksinen., Timothy, F., Chen. (2008). Attitudes of pharmacy students toward people with mental disorders, a six country study. *Pharmacy World & Science International Journal of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care*

Björkman, T., Svensson, B., Lundberg, B. Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Psychiatric*, 2007; 61(5): 332-338

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

Corrigan, P., Watson, A. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002; 9 (1): 35–53.

Chong, S., Verma, S., Vaingankar, J., Chan, Y., Wong, L., Heng, B. (2007). Perception of the public towards the mentally ill in developed Asian country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Crisp, A., Gelder, M. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177: 4-7.

Hewitt, J. Dangerousness and mental health policy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008; 15(3): 186-194

Imran, N., Haider, I. The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness?. *Pakistan journal of medical sciences*. Professional Medical Publications, 2007; 23(3).

Keane, M. (1991). Acceptance vs. rejection: Nursing students' attitudes about mental illness. *Perspectives in psychiatric Care*. 27 (3), 13-8.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* 1984, 41:934-941.

Knapp M, Chisholm D, Leese M., Amaddeo F, Tansella M, Schene A, Thornicroft G, Vazquez-Barquero J-L, Knudsen H-C, Becker T and the EPSILON Study Group. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scand* 2002 : 105 : 42-54.

Madianos M, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis C. Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta psychiatr. scand.* 1987; 75: 158-165.

Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. WHO and World Bank 1996 a (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

Östman M, Kjellin L. Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2002; 181: 494-498.

Park, YS. (1973). A study of the Attitudes of Nonpsychiatric Registered Nurses towards Mental Illness and Mental Patients. *J. Korean Acad Nurs.* 3(2). 31-44

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 2003; 182: 342-346

Pirkis, J., Blood, W., Francis, C., McCallum, K. On-Screen Portrayals of Mental Illness: Extent, Nature, and Impacts. *Journal of Health Communication*, 2006; 11: 523 – 541

Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., Landry, S. The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. *Journal of Mental Health*, 2007; 16(3):415-429

Rahav, M., Struening, E., Andrews, H. (1984). Opinions on mental illness in Israel. *Soc. Sci. Med.* 19(11). 1151-8

Robkin, J. (1972). Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171

Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., Kassam, A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BioMed Central Ltd*, 2007;7:97

Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, 1998; Vol. 352.

Scott J, Dickey B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 92-94

Shanley, E. (1981). Attitudes of psychiatric hospital staff towards mental illness. 6:3. 199-203

Sharp, W., Hargrove, D., Johnson, L., Deal, W. (2006). Mental Health Education: An Evaluation of a Classroom Based Strategy to Modify Help Seeking for Mental Health Problems. *Scholarly Journal online*. 47 (4). 425

Thomas, P. Psychosocial and economic issues related to physical health in psychiatric illness. *Physical Health Considerations in Psychiatry: Views on Recognition, Monitoring and Management*, 2008; 18(2): 115-120.

Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. WHO, 1995; 323-334

van Doeselaar, M., Slegers, P., Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' Attitudes Toward Reducing Restraint: The Case of Seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly*

Wang, J., Fick, G., Adair, C., Lai, D. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*; 2007; 103(1-3): 91-97

World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Ελληνική βιβλιογραφία

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

Δημέλης, Δ.(2004). Ψυχιατρική και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης: Εξοικείωση με την ψυχική αρρώστια ή Διαστρέβλωση-Εκμετάλλευση της πραγματικότητας; Εγκέφαλος: τεύχος 3 τόμος 41

Ζήση, Α., Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. Εγκέφαλος τεύχος 3 τομος 41

Καρύδη, Μ., Τζεδάκη, Μ., Παπακωνσταντίνου, Κ., Στεφανής, Ν., Στεφανης, Κ. (2004). Μελέτη αξιολόγησης αυτοστιγματισμού σε ψυχωσικούς ασθενείς, Τετράδια Ψυχιατρικής, Ν. 87, σελ. 25

Κονταξάκης Β, Χριστοδούλου Γ. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών. Προληπτική ψυχιατρική. Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000: 175-179.

Λιονής Χ. Συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ιατρού γενικής/οικογενειακής ιατρικής: εμπειρίες από την Ελλάδα. Hellenic Psychiatry General Hospital, 2003; 1(1).

Μαδιανός, Μ. (1997). Η ψύχωση στην κοινότητα: Σχέδιο για ένα πρότυπο κοινοτικής ψυχοθεραπείας, Τετράδια Ψυχιατρικής, Ν. 55, σελ. 10

Μαδιανός Μ, Μαδιανού Δ, Βλαχονικολής Ι, Στεφανής Κ. Η στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια σε δύο δήμους της Αθήνας: Δημογραφικές και κοινωνικές επιδράσεις. Εγκέφαλος, 1984; 21: 162-167.

Μαυρέας Β. Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Προληπτική ψυχιατρική. Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000; 69-76.

Νέστορος Ν, Χαντζή Α, Στυλιανού Μ, Βαλλιανάτου Γ, Κανελλάκης Π. (1992). Στάσεις απέναντι στην ψυχική αρρώστια των φοιτητών ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Ψυχολογικές Έρευνες στην Ελλάδα, 1: 195-207

Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):239-253.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτιο Νοσοκομείο. Οι Ψυχικές Διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα- ICD10/Κεφάλαιο V. Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β. Αλεβίζος και Β. Μαυρέας (Επιμ.). Εκδ. ΒΗΤΑ. Αθήνα 1998.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα, 2002.

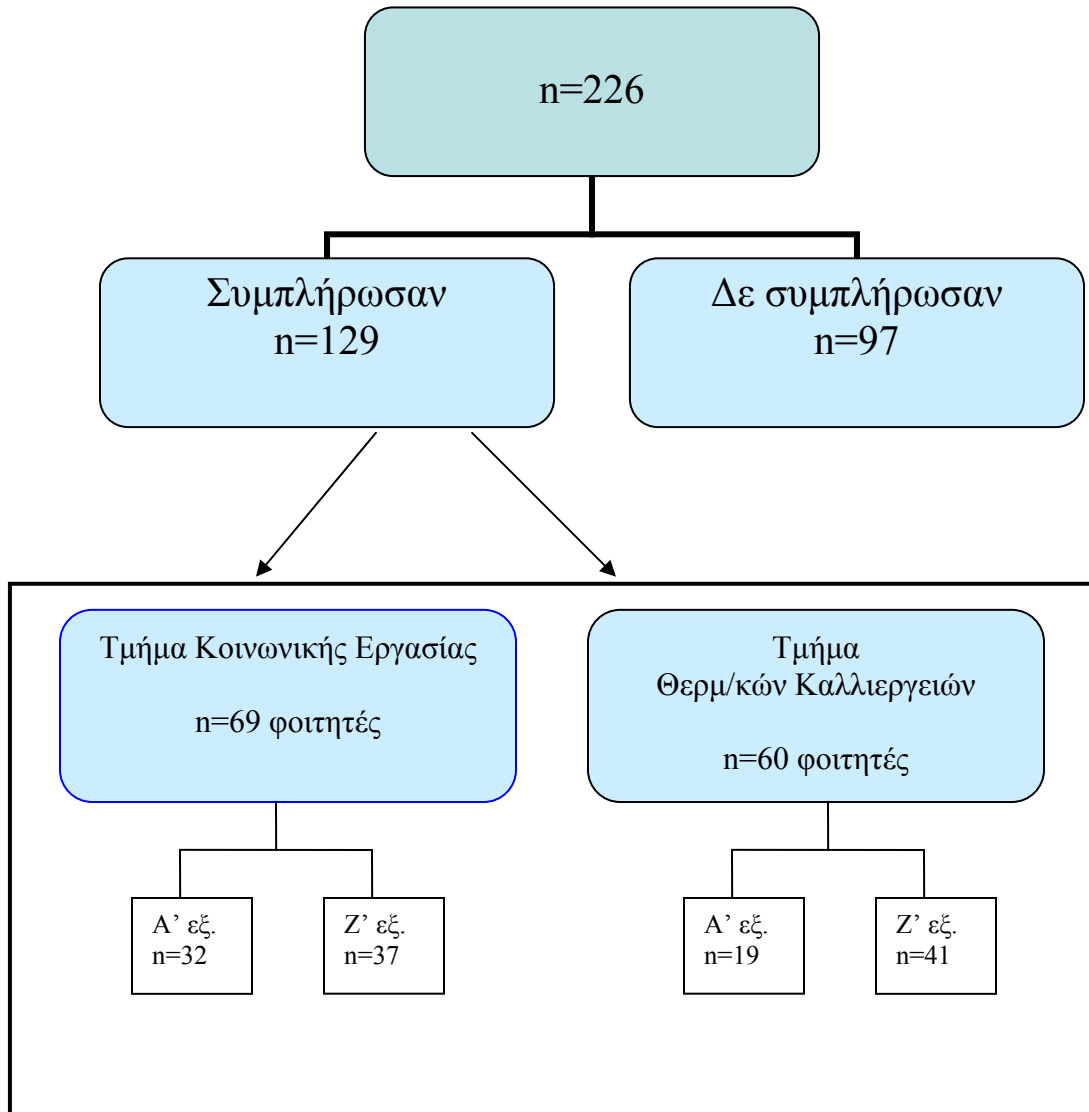
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1. Πληθυσμός μελέτης



Ποσοστό συμμετοχής: 57.1%

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας Α' και Ζ' εξαμήνου.

Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά	Φοιτητές (n=69)	
	Μέση τιμή 20.89	T.A 2.2
<i>Ηλικία(έτη)</i>	n	%
<i>Φύλο</i>		
Άνδρας	6	8.7
Γυναίκα	63	91.3
<i>Εξάμηνο Σπουδών</i>		
Α'	32	46.4
Ζ'	37	53.6
<i>Τόπος καταγωγής*</i>		
Αστικά κέντρα	35	50,7
Μη αστικά κέντρα	34	49,3
<i>Οικογενειακή κατάσταση γονέων</i>		
Έγγαμοι	65	94.2
Διαζευγμένοι	2	2.9
Χήρος-α	2	2.9
<i>Αναφορά ερωτηθέντων για το αν έχουν αδέρφια</i>		
Ναι	64	92.8
Όχι	5	7.2
<i>Αναφορά ερωτηθέντων για το πόσα αδέρφια έχουν</i>		
Δεν έχω αδέρφια	5	7.2
1	37	53.6
2	22	31.9
3	4	5.8
4	1	1.4
<i>Αναφορά ερωτηθέντων για το ποιο παιδί είναι στην σειρά</i>		
Δεν έχω αδέρφια	5	7.2
1 ^ο	28	40.6
2 ^ο	27	39.1
3 ^ο	8	11.6
4 ^ο	1	1.4

Πίνακας 2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά φοιτητών Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών Α' και Ζ' εξαμήνου.

Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά	Φοιτητές (n=60)	
	Μέση τιμή 23.06	T.A 4.92
Ηλικία(έτη)	n	%
Φύλο		
Άνδρας	25	41.7
Γυναίκα	35	58.3
Εξάμηνο Σπουδών		
Α'	19	37.1
Ζ'	41	68.3
Τόπος καταγωγής*		
Αστικά κέντρα	44	73.3
Μη αστικά κέντρα	16	26.7
Οικογενειακή κατάσταση γονέων		
Έγγαμοι	41	68.3
Διαζευγμένοι	11	18.3
Χήρος-α	8	13.3
Αναφορά ερωτηθέντων για το αν έχουν αδέρφια		
Ναι	54	90
Όχι	6	10
Αναφορά ερωτηθέντων για το πόσα αδέρφια έχουν		
Δεν έχω αδέρφια	6	10
1	17	28
2	29	48.3
3	4	6.7
4	3	5
6	1	1.7
Αναφορά ερωτηθέντων για το ποιο παιδί είναι στην σειρά		
Δεν έχω αδέρφια	6	10
1 ^ο	21	35
2 ^ο	20	33.3
3 ^ο	12	20
4 ^ο	1	1.7

* Τόπος καταγωγής (διαχωρισμός αστικών-μη αστικών κέντρων)

Αστικά κέντρα: Αθήνα, Ηράκλειο, Πειραιάς, Χανιά, Ιωάννινα, Πάτρα, Λαμία, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Κύπρος

Μη αστικά κέντρα: Λασιθί, Ρέθυμνο, Νάξος, Τρίπολη, Ικαρία, Ρόδος, Κάλυμνος, Κεφαλονιά, Σέρρες, Σύρος, Κέρκυρα, Θάσος, Αιτωλοακαρνανία, Καστοριά, Λειβαδιά, Ορεστιάδα, Κως, Κάρπαθος

Πίνακας 3. Διερευνητικοί παράγοντες για το ερωτηματολόγιο ΟΜΙ

<i>Ερωτήσεις</i>	Επιβάρυνση Παράγοντα	Ιδιοτιμές (Eigenvalues)	Εξηγούμενη Διακύμανση (%)	Cronbach's alpha
<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1</u>				
<i>Πρόσληψη Ψυχικής Υγείας /Ιδεολογία</i>				
Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο δεν είναι πιο επικίνδυνοι από τον μέσο κανονικό άτομο	-,459			
Οι άνθρωποι δε θα αρρώσταιναν ψυχικά αν απέφυγαν τις κακές σκέψεις	,572			
Ένας καρδιοπαθής έχει μόνο μια πάθηση, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους	,494			
Οι άνθρωποι με ψυχική αρρώστια δεν πρέπει ποτέ να υποβάλλονται σε θεραπεία στο ίδιο νοσοκομείο με ανθρώπους που πάσχουν από σωματική αρρώστια	,351			
Αν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς, αδελφές και βοηθητικό προσωπικό, πολλοί από τους αρρώστους θα γίνονταν αρκετά καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο	,276			
Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους σε παιδική ηλικία	,554	7,41	14,54	0.726
Η ψυχική αρρώστια οφείλεται συνήθως σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος	,305			
Όπως και αν το δει κανείς, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι	,500			
Οι καθηγητές πανεπιστημίων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες	,476			
Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο είναι πιο άρρωστοι από πολλούς ψυχικά άρρωστους που νοσηλεύτηκαν	,466			
Αν και ορισμένοι ψυχοσθενείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι	,602			
Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις	,534			
Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θέλησης	,465			
<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2</u>				
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>				
Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περιέργους τρόπους, δεν είναι σωστό να μας περιγελούμε	-,451	4,02	7,88	0.172
Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους, σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά	,557			
Τα ψυχιατρεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν μας τύχουν της αναγκαίας φροντίδας	-,572			
Ο καλύτερος τρόπος χειριστούμε τους αρρώστους των ψυχιατρείων είναι να τους έχουμε κλειδαμπαρωμένους	,609			

Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με το να αποτύχει στη ζωή του	,528			
Στους αρρώστους των ψυχιατρείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση	-,425			
Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται όσο το δυνατόν σαν α ζει στο σπίτι του	-,659			
Οι άρρωστοι που δεν μπορούν να δουλέψουν εξ' αιτίας ψυχικής αρρώστιας, πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν	-,642			
Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά, με μια ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση)	,427			
<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3</u>				
Στερεότυπα				
Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι είναι διατεθειμένοι να δουλέψουν	-,517			
Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία, δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται	,534			
Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο, ποτέ δε θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός	,483			
Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άνδρα που είχε κάποτε μια σοβαρή ψυχική αρρώστια έστω και αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί	,658			
Αν ένας άρρωστος σε ψυχιατρείο χτυπήσει κάποιον, πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει	,515	3,02	5,92	0.611
Κάθε ψυχιατρείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες	,510			
Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέψει σε μια γυναίκα να χωρίσει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια	,632			
Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους	,393			
Πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρείο πέρα από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά	,376			
<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 4</u>				
Κοινωνικός Περιορισμός				
Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι δουλεύουν	,452	2,42	4,75	0.671
Μολονότι οι άνθρωποι που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να τους επιτρέπεται να παντρεύονται	,414			
Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια	,528			
Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κυριεύουν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν	,336			
Όταν κάποιον έχει ένα πρόβλημα ή μια στεναχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα	,605			

Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου, πολύ άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής	,502			
Υπάρχει κάτι που έχουν οι ψυχικά άρρωστοι ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους	,588			
Οι άνθρωποι στα ψυχιατρεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά	,513			
<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 5</u>				
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>				
Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες	,592			
Οι περισσότεροι άνθρωποι στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνοι	,515			
Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια	,492			
Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένοι	,471	2,11	4,14	0.168
Όποιος είναι σε ψυχιατρείο για ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει	-,322			
Οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο είναι εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά (baby sitter)	,603			
Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο ψυχιατρείο μέχρι να γίνουν καλά, ακόμη και αν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες	,489			
<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 6</u>				
<i>Προέλευση Ψυχικής Υγείας</i>				
Αν οι γονείς αγαπούσαν τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια	,529			
Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδιναν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά	,685	2,07	4,06	0.607
Οποιοσδήποτε κάνει σκληρή προσπάθεια να καλυτερεύσει τον εαυτό του, αξίζει το σεβασμό των άλλων	,441			
Αν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων αναλαμβάνονταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δε θα αρρώσταναν	,482			
Αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγαλώνανε με ψυχικά αρρώστους γονείς, θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι	,514			

Αξιόπιστη η κλίμακα αν Cronbach Alpha> 0.60

Πίνακας 4. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία στο σύνολο του δείγματος

Παράγοντες	n	M.T	T.A
<i>Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία</i>	129	42.8	9
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	129	28.7	3
<i>Στερεότυπα</i>	129	36.3	6
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	129	26.8	5.9
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	129	24.4	4.3
<i>Προέλευση Ψυχικής Υγείας</i>	129	16.4	3.9

Πίνακας 5. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς το φύλο

Παράγοντες	Άνδρες (n=31) M.T (T.A)	Γυναίκες (n=98) M.T (T.A)	P
<i>Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία</i>	39.7 (7.9)	43.8 (9.1)	0.178
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	28.5 (3.2)	28.8 (2.9)	0.466
<i>Στερεότυπα</i>	36.9 (5)	36.1 (6.3)	0.532
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	26.7 (5.8)	26.8 (6)	0.958
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	24.1 (5)	24.8 (4.1)	0.300
<i>Προέλευση Ψυχικής Υγείας</i>	16.5 (4.4)	16.4 (3.8)	0.520

Στατιστικά σημαντικό αν $p < 0.05$

Πίνακας 6. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τη σχολή φοίτησης

Παράγοντες	Κοινωνικής Εργασίας (n=69) M.T (T.A)	Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών (n=60) M.T (T.A)	P
<i>Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία</i>	47.2 (8.8)	37.9 (6.2)	0.014
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	29.2 (3.1)	28.3 (2.8)	0.508
<i>Στερεότυπα</i>	36.6 (6.6)	36 (5.3)	0.300

Κοινωνικός Περιορισμός	28.2 (6.1)	25.1 (5.3)	0.334
Κοινωνική Ενσωμάτωση	23.6 (4.3)	25.3 (4.3)	0.672
Προέλευση Ψυχικής Υγείας	16.9 (3.7)	15.9 (4.1)	0.735

Στατιστικά σημαντικό αν $p < 0.05$

Πίνακας 7. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς το εξάμηνο φοίτησης

Παράγοντες	A' (n=51) Μ.Τ (Τ.Α)	Z' (n=78) Μ.Τ (Τ.Α)	P
<i>Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία</i>	42 (9.1)	43.4 (8.8)	0.848
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	28.6 (2.1)	28.8 (3.5)	0.007
<i>Στερεότυπα</i>	35.4 (6.3)	36.9 (5.7)	0.981
Κοινωνικός Περιορισμός	26.2 (6.2)	27.1 (5.7)	0.792
Κοινωνική Ενσωμάτωση	25.7 (4.4)	23.6 (4.2)	0.881
Προέλευση Ψυχικής Υγείας	16.2 (4.5)	16.6 (3.5)	0.070

Στατιστικά σημαντικό αν $p < 0.05$

Πίνακας 8. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τόπο καταγωγής (αστικά- μη αστικά κέντρα)

Παράγοντες	Αστικά κέντρα (n=79) Μ.Τ (Τ.Α)	Μη αστικά κέντρα (n=50) Μ.Τ (Τ.Α)	P
<i>Πρόσληψη της ψυχικής υγείας / Ιδεολογία</i>	41.3 (8.4)	45.2 (9.3)	0.414
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	28.6 (3.2)	29 (2.6)	0.450
<i>Στερεότυπα</i>	36 (6.1)	36.8 (5.7)	0.874
Κοινωνικός Περιορισμός	25.9 (6.2)	28.1 (5.2)	0.502
Κοινωνική Ενσωμάτωση	24.4 (4.5)	24.4 (4.2)	0.591
Προέλευση Ψυχικής Υγείας	16.1 (4)	16.9 (3.7)	0.397

Στατιστικά σημαντικό αν $p < 0.05$

Πίνακας 9. Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των 6 παραγόντων Γνώμης για την Ψυχική Υγεία ως προς τη σχολή και το εξάμηνο φοίτησης

Παράγοντες	Σχολή	Εξάμηνο Σπουδών	M.T (T.A)	P
<i>Πρόσληψη της ψυχικής υγείας/ Ιδεολογία</i>	<i>Κοινωνική Εργασία</i>	<i>A'</i> <i>(n=32)</i>	45.1 (8.5)	0.918
		<i>Z'</i> <i>(n=37)</i>	49 (8.7)	
	<i>Θερμοκηπι ακών Καλλιεργειών</i>	<i>A'</i> <i>(n=19)</i>	36.8 (7.8)	0.078
		<i>Z'</i> <i>(n=41)</i>	38.4 (5.3)	

<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	<i>Κοινωνική Εργασία</i>	<i>A'</i> <i>(n=32)</i>	28.9 (2.2)	0.030
		<i>Z'</i> <i>(n=37)</i>	29.4 (3.7)	
	<i>Θερμοκηπι ακών Καλλιεργειών</i>	<i>A'</i> <i>(n=19)</i>	28 (1.8)	0.076
		<i>Z'</i> <i>(n=41)</i>	28.4 (3.1)	

<i>Στερεότυπα</i>	<i>Κοινωνική Εργασία</i>	<i>A'</i> <i>(n=32)</i>	35 (6.5)	0.983
		<i>Z'</i> <i>(n=37)</i>	38.1 (6.3)	
	<i>Θερμοκηπι ακών Καλλιεργειών</i>	<i>A'</i> <i>(n=19)</i>	36.1 (6)	0.734
		<i>Z'</i> <i>(n=41)</i>	35.9 (5)	

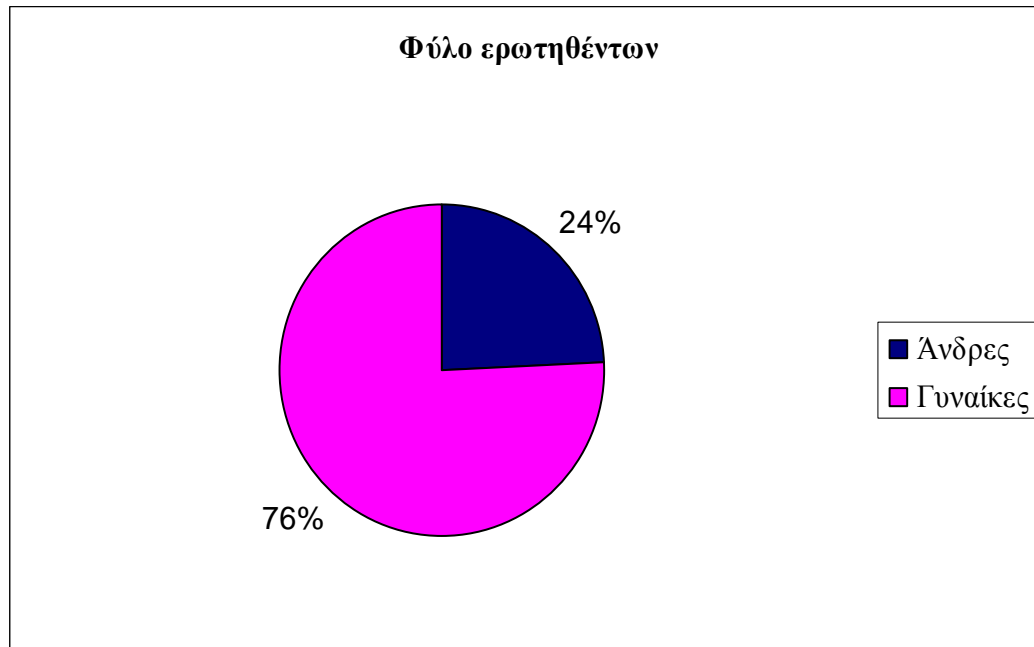
Κοινωνικός Περιορισμός	Κοινωνική Εργασία	A' (n=32)	27.6 (6.2)	0.705
		Z' (n=37)	28.7 (6.1)	
	Θερμοκηπι ακών Καλλιεργει ών	A' (n=19)	23.9 (5.6)	0.657
		Z' (n=41)	25.7 (5.1)	

Κοινωνική Ενσωμάτωση	Κοινωνική Εργασία	A' (n=32)	24.9 (4.6)	0.389
		Z' (n=37)	22.5 (3.7)	
	Θερμοκηπι ακών Καλλιεργει ών	A' (n=19)	26.9 (3.8)	0.599
		Z' (n=41)	24.5 (4.4)	

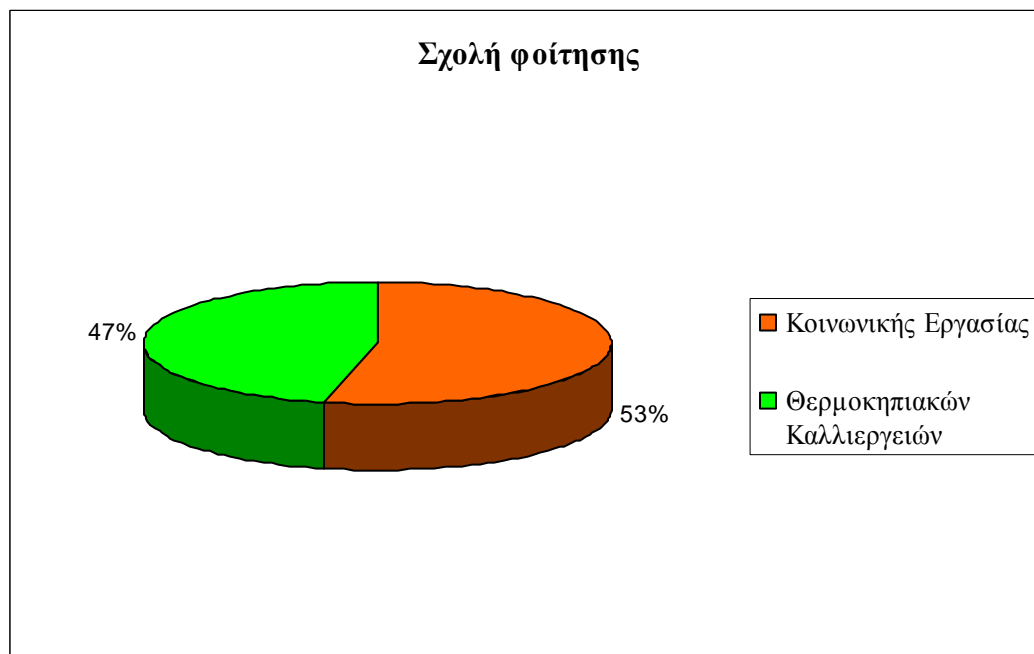
Προέλευση Ψυχικής Υγείας	Κοινωνική Εργασία	A' (n=32)	16.6 (3.9)	0.669
		Z' (n=37)	17.2 (3.5)	
	Θερμοκηπι ακών Καλλιεργει ών	A' (n=19)	15.7 (5.4)	0.007
		Z' (n=41)	16 (3.4)	

Στατιστικά σημαντικό αν $p < 0.05$

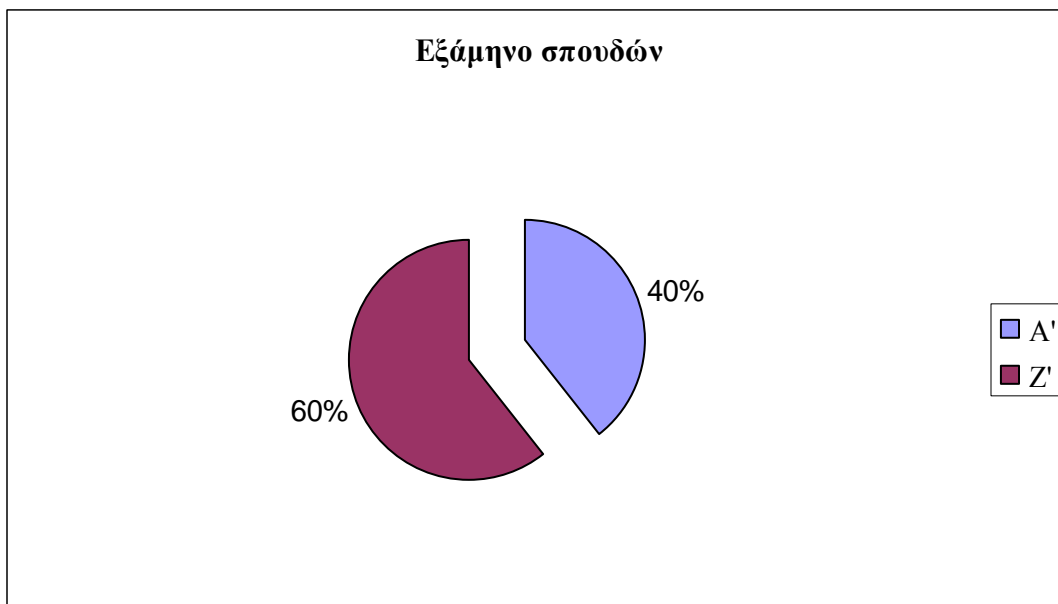
Γράφημα 1.



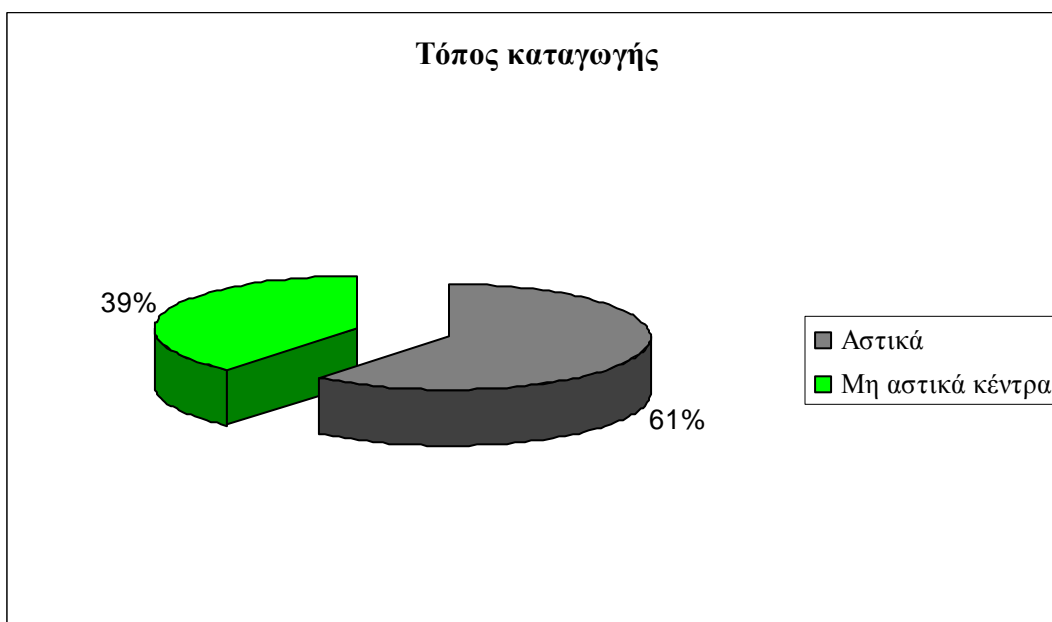
Γράφημα 2.



Γράφημα 3.



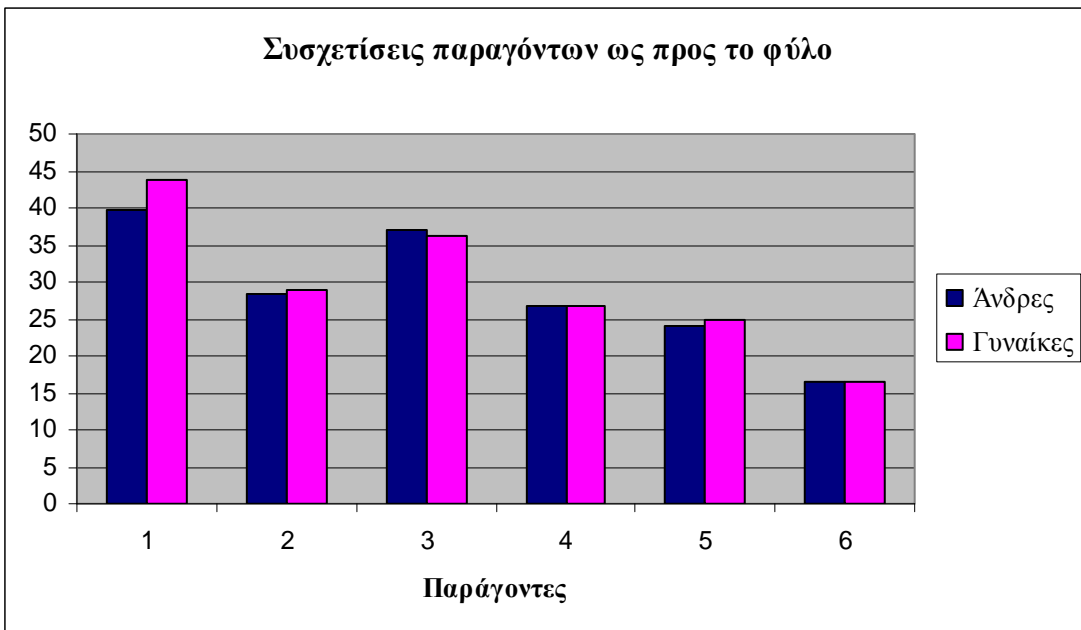
Γράφημα 4.



Γράφημα 5.

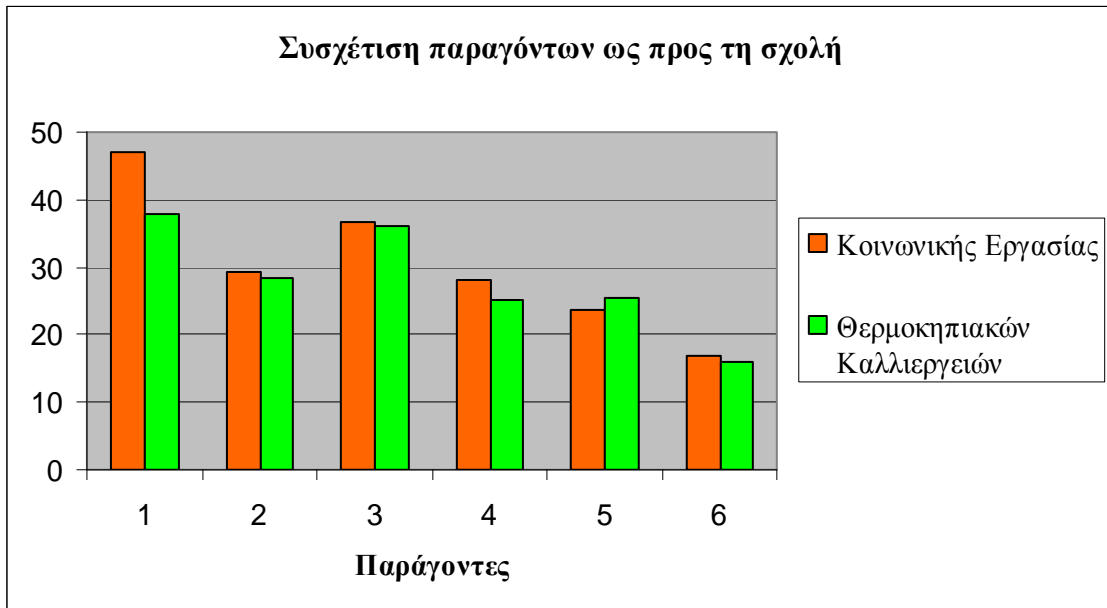


Γράφημα 6.



** Για τους παράγοντες 1,3,4,6 όσο μεγαλύτερη είναι η μέση τιμή, τόσο θετικότερη είναι η στάση και η αντίληψη για αυτούς. Αντίστοιχα σημαίνει, για τους παράγοντες 2 και 5 η μικρή μέση τιμή.*

Γράφημα 7.

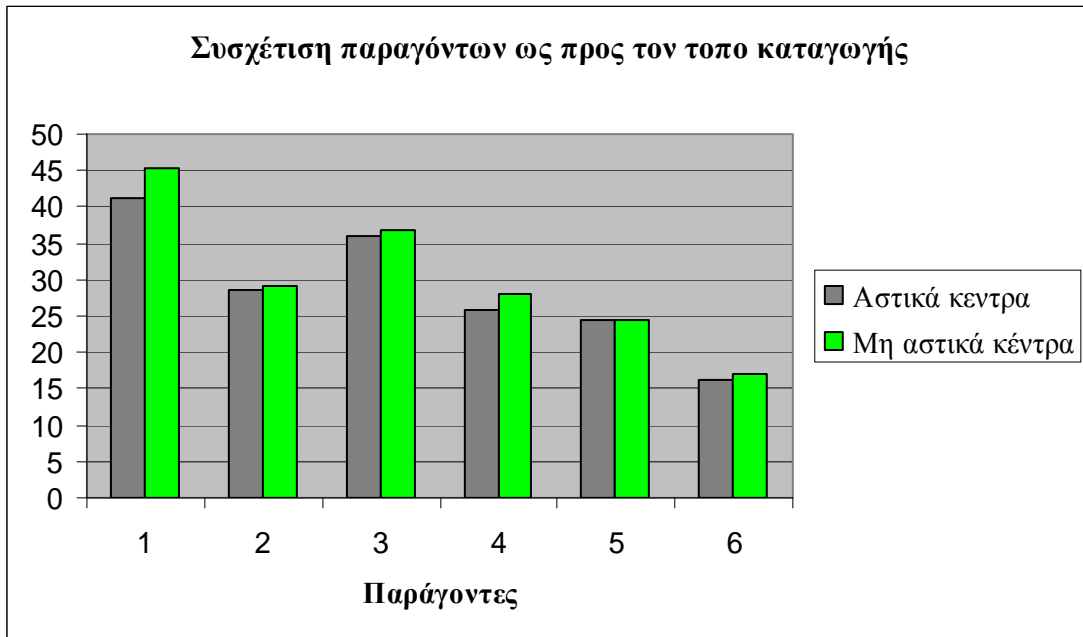


Γράφημα 8.

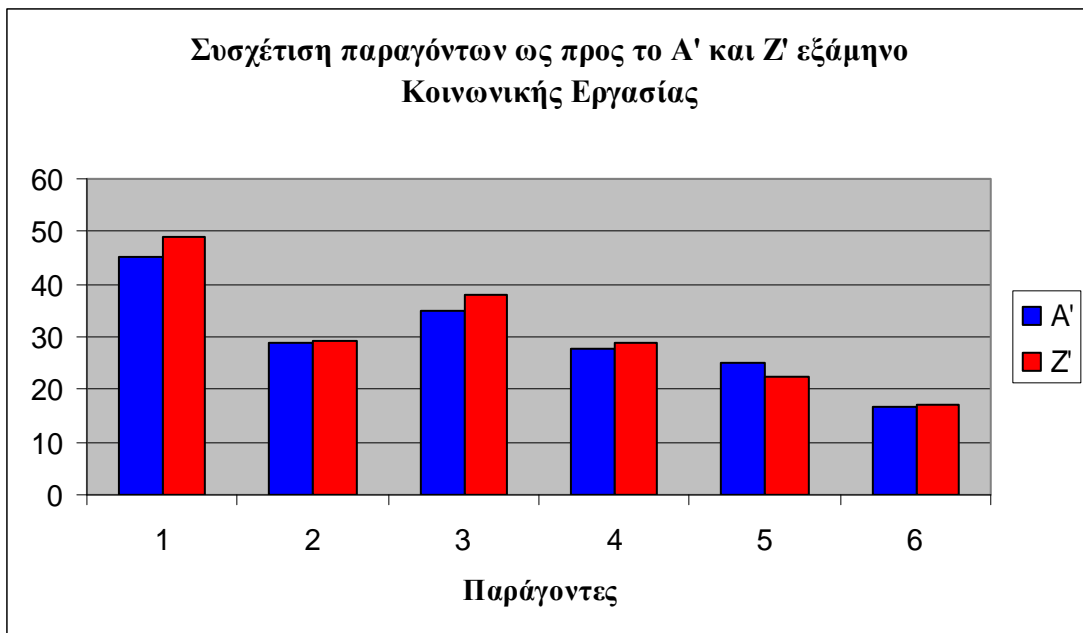


* Για τους παράγοντες 1,3,4,6 όσο μεγαλύτερη είναι η μέση τιμή, τόσο θετικότερη είναι η στάση και η αντίληψη για αυτούς. Αντίστοιχα σημαίνει, για τους παράγοντες 2 και 5 η μικρή μέση τιμή.

Γράφημα 9.

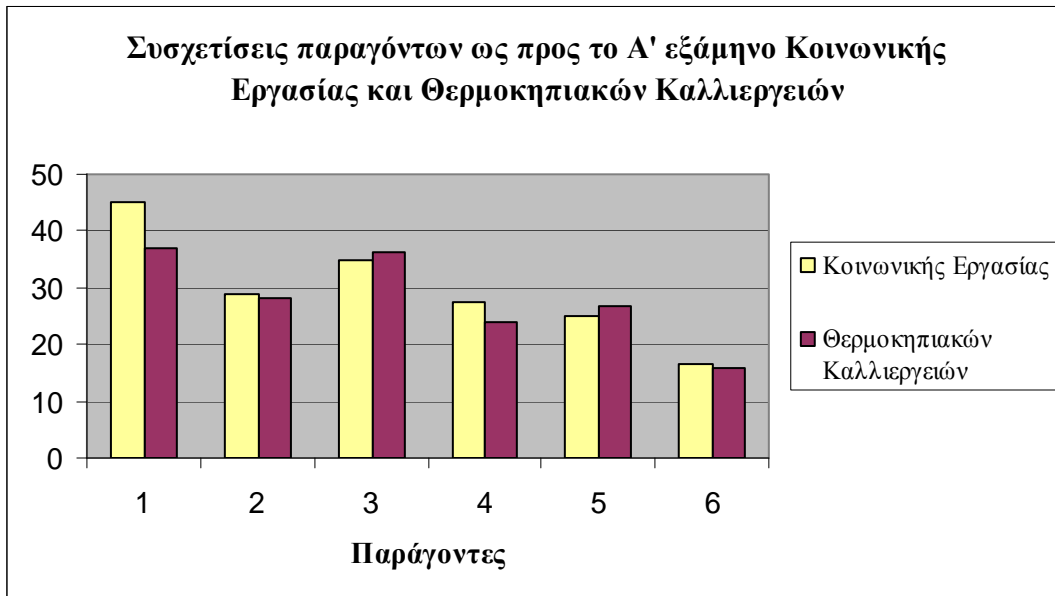


Γράφημα 10.

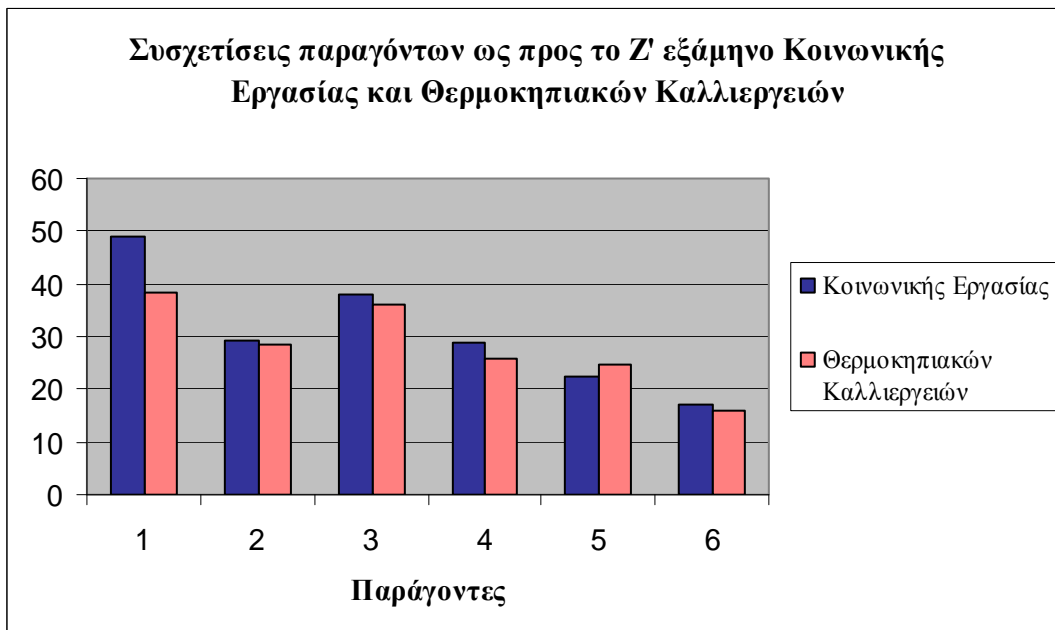


* Για τους παράγοντες 1,3,4,6 όσο μεγαλύτερη είναι η μέση τιμή, τόσο θετικότερη είναι η στάση και η αντίληψη για αυτούς. Αντίστοιχα σημαίνει, για τους παράγοντες 2 και 5 η μικρή μέση τιμή.

Γράφημα 11.



Γράφημα 12.



** Για τους παράγοντες 1,3,4,6 όσο μεγαλύτερη είναι η μέση τιμή, τόσο θετικότερη είναι η στάση και η αντίληψη για αυτούς. Αντίστοιχα σημαίνει, για τους παράγοντες 2 και 5 η μικρή μέση τιμή.*